



Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales

**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos



Por un niño sano  
en un mundo mejor

# 8° Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría

26, 27 y 28 de abril de 2017 • Buenos Aires

## Sedes

**Panamericano Buenos Aires**

**Hotel & Resort**

Carlos Pellegrini 551

Ciudad de Buenos Aires

**Exe Hotel Colón**

Carlos Pellegrini 507

Ciudad de Buenos Aires

# RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES

**PO: Presentación Oral**

**POS: Presentación Oral de Trabajo Libre Seleccionado**

**RPD: Recorrida Pósters Digitales**

## PARÁLISIS HIPOCALÉMICA FAMILIAR: RECONOCIMIENTO Y MANEJO DE UN CASO DE HIPOCALEMIA ATÍPICO A PROPOSITO DE UN CASO.

RPD  
01

Núñez P.<sup>1</sup>; Porrini P.<sup>2</sup>; Santos C.<sup>3</sup>; Paniagua G.<sup>4</sup>; Gagliardi R.<sup>5</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5</sup>

<pedrovnunez@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La parálisis hipocalémica familiar (PHF) es una patología que pertenece al grupo de las canalopatías del músculo esquelético. Los pacientes que la padecen presentan periodos asintomáticos o subclínicos que alternan con episodios de debilidad muscular aguda. En el tratamiento de las reagudizaciones que cursan con hipocalcemia severa; además de las consideraciones habituales para el manejo de cualquier hipocalcemia, el médico deberá contemplar ciertas particularidades relacionadas con esta entidad singular.

### OBJETIVO:

Presentar el caso de un paciente con un cuadro de debilidad muscular aguda de etiología infrecuente con sospecha de Parálisis Hipocalémica Familiar y analizar las complicaciones surgidas en el tratamiento de su hipocalcemia.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente que consulta por un cuadro de parálisis flácida aguda. En función de una rápida valoración surge la sospecha diagnóstica de un caso de reagudización de PHF y se inicia una corrección de potasio por vía endovenosa. Posteriormente el paciente presenta una hipercalcemia rebote descrita en la bibliografía para esta entidad en particular y relacionada con su fisiopatología.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La discusión girará entorno a la elección de la estrategia terapéutica elegida, analizando los fundamentos de dicha elección, considerando la falta de tratamientos aprobados en la actualidad y la gravedad del paciente. El tratamiento de las crisis de debilidad en la PHF con hipocalcemia severa constituye un desafío dada la inexistencia de tratamientos estandarizados en la actualidad. Se realizan algunas recomendaciones para el tratamiento las crisis de debilidad con hipocalcemia considerando las particularidades de esta entidad. Finalmente se resalta el rol que adquieren los servicios de emergencias en el diagnóstico de esta patología cuya reagudización constituye una oportunidad diagnóstica.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA DIETA CETOGÉNICA DE LOS NIÑOS CON EPILEPSIA REFRACTARIA. UN MODELO DE CUIDADO.

PO  
03

Rojas K.<sup>1</sup>; Palacio J.<sup>2</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2</sup>

<karyrojas981@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La dieta cetogénica (DC) es un tratamiento no farmacológico y efectivo utilizado como método alternativo para el manejo de la epilepsia refractaria desde 1992. Ante la falta de evidencia a cerca de las intervenciones de enfermería, se delinearon recomendaciones clínicas que aportan un cuidado interdisciplinario.

### OBJETIVO

Describir las intervenciones de enfermería en el manejo de la DC del niño con epilepsia refractaria.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en los principales portales médicos: Pubmed, Cochrame, Medline, Scielo en idioma inglés y español, durante el periodo 2011-2014. Si bien la evidencia encontrada muestra un enfoque clínico médico, la falta de reportes en las intervenciones de enfermería motivo el desarrollo de las siguientes recomendaciones.

### RESULTADOS

A) Comunicación efectiva al niño/adolescente y grupo familiar. B) Valorar el nivel socioeconómico. C) Asegurar la correcta administración de la alimentación (fórmula comercial de relación 4:1 Ketocal® o SHS Nutricia). D) Control y registro de glucemia una vez por turno a través del monitoreo de glucemia capilar con tiras reactivas valorando signos de hipoglucemia. E) Control y registro de glucosuria y cuerpos cetónicos. F) Control de signos vitales cada dos horas. G) Control de balances de ingresos y egresos

una vez por turno. H) Control de peso semanal. I) Evitar la administración de jarabes con aporte de glucosa. J) Administrar comprimidos vía oral o por Sonda nasogástrica de acuerdo al compromiso deglutorio. K) Preparar los goteos con solución fisiológica (no suero glucosado). L) Educar acerca de los beneficios de la exposición solar para la incorporación de la vitamina D. M) Administrar calcio según indicación médica para evitar la osteopenia y osteoporosis. N) Administrar anticonvulsivantes según protocolo de neurología aplicado para cada paciente.

### DISCUSIÓN

Las presentes recomendaciones de enfermería pretenden aunar criterios en la atención del niño/adolescente con dieta cetogénica por epilepsia refractaria. Se cree conveniente articular mediante las Sociedades Argentinas de Neurología y Nutrición el desarrollo de un consenso nacional sobre intervenciones de enfermería.

## A PROPÓSITO DE UN CASO. CUIDADOS NEUROCRÍTICOS A UN NIÑO CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEAL GRAVE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

PO  
04

Palacio J.<sup>1</sup>; Rojas K.<sup>2</sup>; Mogro V.<sup>3</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>

<lic\_josepalacio@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El presente trabajo refleja como a partir de un caso clínico, el enfermero intensivista desarrolla una planificación estratégica de cuidados diferenciales considerando los principales patrones funcionales alterados de un niño con injuria cerebral.

### OBJETIVOS

Implementar cuidados diferenciales a un niño con traumatismo encefalocraneal (TEC) grave.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño sexo M, de 2 años y 8 meses, 25 kg. Ingresó el 20/06/16 a la UCI, derivado de Hospital de José C. Paz, con diagnóstico de TEC por herida de arma de fuego. Se solicitó derivación a un centro de mayor complejidad donde se realizó interconsulta con neurocirugía y TAC confirmando hematoma subdural el cual se drena con posterior colocación de catéter interventricular para medición de presión intracraneal (PIC). Se implementa terapia de primera línea.

### DISCUSIÓN

A través de un planeamiento estratégico se priorizaron las siguientes intervenciones: Cuidados neurológicos: posición cefálica en la línea media y a 30°, valorar el nivel de conciencia y estado de sedación; a través de monitoreo bis, valoración pupilar. Armado y colocación de transductor para medición de PIC. Cuidados respiratorios: Posición semifowler, verificar la correcta fijación del TET, observar simetría torácica y corroborar

posición del TET, aspiración de secreciones según necesidad. Cuidados hemodinámicos: armar transductor arterial, control de constantes vitales: PVC, tensión arterial, valoración de perfusión distal. Cuidados renales: balance de ingresos y egresos, ritmo diurético y control de densidad urinaria. Cuidados de la piel: optimizar la normotermia, prevenir lesiones por decúbito, mantener la piel seca e hidratada, realizar curación de accesos vasculares periféricos y centrales, mantener mucosa oral limpia y humectada. Cuidados oculares: prevenir úlceras corneales mediante gel oftálmico. Cuidados a la familia: favorecer el régimen de visita de los padres a la UCI.

### CONCLUSIÓN

Los cuidados neurocríticos constituyen un desafío para los profesionales de enfermería que se desempeñan en la UCI ya que deberá desarrollar un planeamiento diferencial según la criticidad del niño.

## DOS CUERPOS EXTRAÑOS EN ESÓFAGO. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
05

Botta F.<sup>1</sup>; Pellegrini M.<sup>2</sup>; Berlin S.<sup>3</sup>; Carli R.<sup>4</sup>

SERVICIO MATERNO INFANTIL HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANDRES SAN ANDRES DE GILES<sup>1,2,3,4</sup>

<federicobotta@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños es un accidente evitable que se observa principalmente en niños menores de 3 años.

El niño, impulsado por su curiosidad y afán de reconocer objetos, se los lleva a la boca y en cualquier descuido puede ingerirlos. La mayoría de ellos atraviesan el tubo digestivo sin ocasionar manifestaciones clínicas ni complicaciones; sin embargo, un porcentaje significativo se impacta en el esófago y causa vómitos, odinofagia, disfagia y sialorrea.

Los cuerpos extraños más frecuentes son las monedas. Las complicaciones ocurren por lo general cuando se demora el diagnóstico o se trata de objetos grandes, afilados.

Existen unos condicionantes anatómicos que facilitan la impactación de los cuerpos extraños. En primer lugar en el esófago, que es un órgano poco adaptable y con estrecheces fisiológicas, principalmente a nivel de: músculo cricofaríngeo, impresión aórtica y unión esofagogástrica. Cuando han pasado el esófago, las posibilidades de retención a nivel del píloro o de la válvula ileocecal son menores. Habitualmente se afirma que si los cuerpos extraños pasan el esófago tienen el 95% de posibilidades de ser expulsados sin problemas.

### OBJETIVOS

Comunicar caso de ingesta de dos monedas impactadas en esófago que ingresó a una guardia pediátrica de un Hospital Municipal del interior de la Pcia de Buenos Aires.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña A.P de 2 años de edad que ingresa por guardia previa ingesta

accidental de 2 monedas presentando intensa sialorrea, irritabilidad, vómitos, y odinofagia. Se le realizaron radiografías que evidencian la existencia de 2 monedas de diferente tamaño en esófago ante lo cual se trasladó en ambulancia previa comunicación telefónica al servicio de Endoscopia del Hospital Posadas para su extracción, encontrándose en el procedimiento 2 monedas (1 Peso-dímetro 23 mm y 25 cts-dímetro 24 mm) extraídas con pinza ratón según consta en informe. Regreso a nuestra institución luego de la endoscopia con buena evolución clínica, medicado con omeprazol y con seguimiento por gastroenterología infantil.

### CONCLUSIONES

La ingestión de cuerpos extraños (CE) es un accidente que se presenta en niños sanos, los enferma bruscamente y, en algunos casos, compromete su vida. Los CE en el esófago son más frecuentes que los bronquiales. Los objetos alojados en el esófago dan síntomas que son permanentes desde el momento de la ingesta hasta su extracción. La endoscopia bajo anestesia es el método de elección para extraer los objetos retenidos en el esófago en los niños. Proporciona una mejor exposición del CE y permite emplear pinzas de diversos tamaños. Se recomienda dentro de las 24 h del accidente (salvo emergencia) en orden de realizarla en condiciones óptimas, con personal entrenado e instrumental adecuado.

El riesgo de complicaciones se incrementa con el tiempo de retención. Es fundamental la educación de los padres y cuidadores del niño. El pediatra debe instruir a los padres sobre los riesgos dando normas de alimentación, sugerencias acerca del cuidado que deben tener con los objetos pequeños y asesoramiento sobre las características de los juguetes según la edad del niño.

## ENCEFALOPATIA NECROTIZANTE AGUDA

Acebedo V.<sup>1</sup>; Wolfsteiner N.<sup>2</sup>; Schnitzler N.<sup>3</sup>; Aruj A.<sup>4</sup>; Delgadillo J.<sup>5</sup>; Nava V.<sup>6</sup>; Rodriguez K.<sup>7</sup>; Morales G.<sup>8</sup>; Capra D.<sup>9</sup>; Rugilo C.<sup>10</sup>  
SANATORIO TRINIDAD RAMOS MEJIA<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

<vivianacebedo@yahoo.com.ar>

RPD  
06

### INTRODUCCION

La ANE, es un trastorno neurológico devastador y rápidamente progresivo, que se presenta en niños sanos, después de virosis. La incidencia real, es desconocida. Hay reportados 240 casos, predominantemente en Asia. Tiene una morbimortalidad elevada.

### OBJETIVO

Describir un caso de presentación poco frecuente, que se manifiesta con encefalopatía, shock, coagulopatía e injuria hepática. Siendo imprescindible para su diagnóstico, un alto índice de sospecha clínica y la realización oportuna de una RMN.

Niña de 5 años. Comienza con vómitos incoherentes, fiebre y diarrea, de 3 días de evolución, deshidratada grave, cianosis y convulsiones tónicas con deterioro progresivo de la conciencia, motivando su ingreso en ARM. Laboratorio: Pancitopenia, coagulopatía, transaminasas aumentadas y medio interno normales. TAC de cerebro con hipodensidad en área bitalámica. La paciente es ingresada a UTIP en ARM, sedoanalgesiada, con drogas vasoactivas. Se asume como Status convulsivo febril y encefalopatía aguda, se policultiva y se medica con ceftriaxona y Aciclovir. Resultado positivo ROTAVIRUS. EEG: Ligera lenificación del ritmo de base sin actividad paroxística. Serologías para hepatitis negativas. Se deriva a nuestra UCIP, para completar estudios y tratamiento. Ingresada en ARM, crítica, inestable hemodinámicamente con drogas vasoactivas. Se coloca catéter de PIC con presión de apertura de 25 mmHg persistente, respondiendo al tratamiento de 1ra línea. Se retira a las 48hs. Se realiza RMN: con lesiones talámicas bilaterales simétricas con áreas centrales hiperintensas en T1,

T2 y FLAIR. Estas lesiones restringen en la secuencia de difusión. PSG: Desorganizado. Diagnósticos diferenciales, encefalitis inmunomediada, ADEM, encefalitis herpética y ACV de ganglios basales. Se realiza nueva PL, bandas oligoclonales, anticuerpos anti neuronales. PCR virales negativos. Hormonas tiroideas normales. Cologenograma sin hallazgos patológicos. Se trata con gammaglobulina 2gr/kg y Levetiracetam, con escasa respuesta clínica. Se administra 5 días de Solumedrol y diltiazem, coenzimas. Por ARM prolongada, se traqueostomiza. Se repite RMN persistiendo las áreas necróticas bitalámicas. Actualmente la paciente se encuentra con Apertura ocular espontánea, tos ante estímulos, parcialmente conectada con el entorno, TQT, GTT.

### DISCUSION

La ANE es una alteración neurológica rara. Las tasas de mortalidad alcanzan el 30%, y grave discapacidad neurológica en el 15 % de los sobrevivientes. El curso clínico de la ANE es grave, con un rápido inicio de convulsiones en el 40 % de los casos, alteración de la conciencia en el 28 %; el 20 % presentan vómito y grados variables de disfunción hepática.

### CONCLUSIÓN

La ANE es una enfermedad con una presentación clínica de rápida evolución, con una morbimortalidad elevada, si no se detecta y se trata a tiempo. Presenta un patrón radiológico patognomónico que involucra ambos tálamos de manera simétrica, que facilita el diagnóstico temprano y eventual tratamiento intensivo de soporte, medicación antiviral, intervención con inmunomoduladores y suplementos metabólicos, en procura de disminuir las secuelas de esta entidad.

## EVOLUCIÓN DE RESULTADOS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Malla I.<sup>1</sup>; Torres S.<sup>2</sup>; González Campaña A.<sup>3</sup>; Fauda M.<sup>4</sup>; Cheang Y.<sup>5</sup>; Selzer E.<sup>6</sup>; Villa A.<sup>7</sup>; Silva M.<sup>8</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<imalla@cas.austral.edu.ar>

PO  
10

### INTRODUCCIÓN

Avances en técnicas quirúrgicas, manejo de inmunosupresión y cuidados de trasplante hepático mejoran sus resultados y evolución.

### OBJETIVO

Reportar evolución de mortalidad, inmunosupresión, infecciones, días de internación en terapia y piso en 3 diferentes años de nuestro programa de trasplante hepático pediátrico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos retrospectivamente historias clínicas digitales de pacientes pediátricos con trasplante hepático en 3 años de programa, registrando mortalidad, complicaciones quirúrgicas, tratamiento de rechazo, sepsis bacteriana, infecciones por citomegalovirus, síndrome linfoproliferativo postrasplante, días de internación general y en terapia intensiva.

### RESULTADOS

se describen las características de los pacientes en la Tabla:

Notamos disminución en la edad de trasplante y aumento de donante vivo. Disminución de tratamiento corticoideo empírico, así como de sepsis e infecciones sintomáticas por CMV. Aumentan las reoperaciones con complicaciones vasculares y disminuyen las complicaciones biliares. Disminución de días de estadía en internación y en UCIP.

### DISCUSIÓN

Mejoras en técnicas quirúrgicas y manejo hepatológico, internista e internista de pacientes pediátricos con trasplante hepático permiten disminuir los tiempos de internación y complicaciones, aún con disminución de tamaño de los receptores, mayores dificultades en la cirugía y gravedad de los mismos.

Año	2009	2013	2015
n TH	8	9	12
Edad al TH (mediana meses - rango)	91.6 (6-192)	45.2 (6-180)	16 (6-147)
Varones/Mujeres	3/5	5/4	2/10
Donante vivo/cadáverico	2/6	6/3	8/4
Etiología	AVB 3 Cirrosis 2 FHA 1 Otras 2	AVB 7 FHA 1 Otras 1	AVB 10 Otras 2
Muertes	2 (1 posTH inmediato)	0	2 (1 posTH inmediato 1 pérdida de seguimiento)
Pulsos corticoides empíricos	2	0	0
Pulsos corticoides por RCA	4	0	1
Sepsis bacteriana	4	1	1
CMV	4 (sintomáticos - 1 muerte)	1 (asintomático)	3 (asintomáticos)
SLP	0	1	0
Reoperaciones	3	4	6
Complicaciones VB	5	4 (1 retrasplante)	1
Otras complicaciones	1 PRES - 1 vascular	0	7 (2 FPI - 1 reTH - 2 hemoperitoneos, 2 vasculares, 1 bridas intestinales)
Días internación (mediana - rango)	27.5 (4-108)	19.5 (11-50)	16 (7-79)
Días en UCIP (mediana - rango)	25.5 (4-108)	10.4 (4-30)	8 (2-76)

Ref. TH: trasplante hepático, AVB: atresia de vías biliares, FHA: falla hepática aguda, RCA: rechazo celular agudo, CMV: citomegalovirus, SLP: síndrome linfoproliferativo postrasplante, VB: vía biliar, FPI: falla primaria del injerto, UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos.

## IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES PARA DISMINUIR LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. PROF. JUAN P. GARRAHAN. BUENOS AIRES, ARGENTINA

PO  
12

*Pellegrini S.<sup>1</sup>; Haimovich A.<sup>2</sup>; Landry L.<sup>3</sup>; Centeno M.<sup>4</sup>*  
HOSPITAL J.P.GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>  
<solanapellegrini@hotmail.com>

### INTRODUCCION

Los eventos adversos al cuidado de la salud (EAACS) no son actos intencionales ni negligentes y pueden ser abordados de manera multidisciplinaria para reducirlos al mínimo posible. Desde el año 2010 hay programas en UCI para disminuir la infección hospitalaria con resultados alentadores. En función de estos resultados consideramos la posibilidad de incluir otros indicadores de calidad que nos permitan mejorar la calidad de atención.

### OBJETIVOS

Disminuir los EAACS en UCIP con intervenciones evaluables a través de indicadores de calidad.

### MATERIAL Y METODOS

Estudio clínico epidemiológico prospectivo, cuasi experimental, con intervenciones, y medición de su impacto "antes después". Se incluyeron todos los pacientes internados en las Terapias Polivalentes del Hospital Garrahan entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de mayo de 2015. Los indicadores evaluados fueron: Infección asociada a catéteres(IAC x 1000 días catéter)- Neumonía asociada a respirador(NAR x 1000 días ARM)- Infección urinaria asociada a sonda vesical (ITU x 1000 días sonda vesical)- Úlceras de córnea(UC x 100 pacientes)- Úlceras por presión(UP x 100 pacientes)- Extubaciones accidentales(EA x 1000 días de intubación)-Desconexión del circuito del respirador (DR x 1000 días ARM)- Retiro accidental de catéteres (RAC x 1000 días catéter)- Caída de

la cama (CC x 1000 días paciente). Para cada indicador se implementaron intervenciones educativas de entre 1 y 2 meses de duración, protocolos y/o listas de chequeo.

### RESULTADOS:

	IAC	NAR	ITU	UC	UP	EA
2014	4,6	1,9	1,2	1	3,4	6,5
2015	7	2	1,5	0,8	1	2
p	0,15(NS)	0,93(NS)	0,74(NS)	0,78(NS)	0,015(S)	0,03(S)

### CONCLUSIONES

No hubo cambios significativos en las infecciones asociadas al cuidado de la salud y úlceras de córnea. Se redujeron significativamente las extubaciones accidentales y las úlceras por presión. Las CC no fueron evaluables por su escasa frecuencia, mientras que DR y RAC mostraron dificultades para su registro real.

## COMO UTILIZAMOS LA ADRENALINA FRENTE A UN SHOCK ANAFILÁCTICO EN PEDIATRÍA

RPD  
13

*Fustiñana A.<sup>1</sup>; Rino P.<sup>2</sup>; Dellacorte M.<sup>3</sup>; De Pinho S.<sup>4</sup>; Zlotogora A.<sup>5</sup>; Nuñez P.<sup>6</sup>; Casais G.<sup>7</sup>; Hualde G.<sup>8</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>9</sup>; Boto A.<sup>10</sup>; Romina G.<sup>11</sup>; Cesar S.<sup>12</sup>; Guadalupe P.<sup>13</sup>*  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13</sup>  
<anafusti@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El shock anafiláctico/ anafilaxia severa (SA/AS) es una urgencia cuyo reconocimiento y manejo temprano salva vidas. La adrenalina (AD) es el tratamiento de elección y los criterios clínicos para indicarla publicados por World Allergy Organization (WAO) en el 2012 son claves en la reversión de los síntomas. Creemos que la baja incidencia de la enfermedad podría favorecer el desconocimiento de los criterios de la WAO y que la indicación de AD no ocurra u ocurra de manera inadecuada.

### OBJETIVOS

Evaluar el reconocimiento de los criterios clínicos del SA/AS y la indicación de AD como droga de elección a la dosis y por la vía correcta.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una breve encuesta anónima a médicos con residencia completa en pediatría que realizan guardias por lo menos una vez por semana en un hospital de tercer nivel, consignando antigüedad en el cargo.

### RESULTADOS

Se encuestaron 71 médicos. El 69 % refirió haber participado en la atención de un SA/AS. La mediana de años transcurridos desde el fin de la residencia fue de 3 años (0,1-24). 99% indicó AD como primera droga, 73% por vía intramuscular y 55% la dosis correcta. El 48% indicó AD de forma correcta. El 35% identificó los criterios clínicos de SA/AS. Los que reconocieron SA/AS y utilizaron AD de forma correcta fueron el 21%.

### CONCLUSIONES

La AD es la droga de elección utilizada frente al SA/AS por los médicos pediatras encuestados. La mitad no la indica de forma correcta, ya sea por error en la vía de administración o en la dosis, siendo esto último más frecuente. Existe subdiagnóstico del SA/AS y el criterio clínico menos reconocido (55%) fue la asociación de compromiso cutáneo con síntomas gastrointestinales persistente

## TELEMEDICINA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICO. DESARROLLO DE UNA NUEVA MODALIDAD ASISTENCIAL



Truskowski M.<sup>1</sup>; Pellegrini S.<sup>2</sup>; Fain J.<sup>3</sup>; Vildoza C.<sup>4</sup>; Selvatici L.<sup>5</sup>; Vassallo J.<sup>6</sup>; Ruvinsky S.<sup>7</sup>; López Cruz G.<sup>8</sup>;  
Haimovich A.<sup>9</sup>; Landry L.<sup>10</sup>; Debbag R.<sup>11</sup>; Agüero L.<sup>12</sup>; Argañaraz B.<sup>13</sup>; Sauer E.<sup>14</sup>; Corgnali M.<sup>15</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,7,9,10</sup>; HOSPITAL CEPSE SANTIAGO DEL ESTERO<sup>4,8,12,13,14,15</sup>;

RELACIONES INSTITUCIONALES DEL HOSPITAL GARRAHAN<sup>5,11</sup>; DOCENCIA E INVESTIGACION HOSPITAL GARRAHAN<sup>6</sup>

<martintruskowski@hotmail.com>

Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

Los Programas telemédicos entre unidades de cuidados intensivos han demostrado ser eficaces y seguros en el mundo. En Argentina realizamos el primer piloto que permitió el diagnóstico y tratamiento de pacientes entre el Hospital Garrahan y CEPSE de Santiago del Estero, posibilitando la optimización de los servicios de atención en salud, ahorrando tiempo y dinero y facilitando el acceso de zonas distantes a especialistas.

### OBJETIVOS

Documentar y evaluar una nueva modalidad de asistencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento a distancia de los pacientes en UCIP a través de un sistema de comunicación audiovisual y computarizado.

### METODOLOGÍA

Se implementó desde la UCIP Garrahan un programa de atención sincrónica para pacientes internados y seleccionados por la Terapia Intensiva del CEPSE (23/02/16 al 31/10/16). Se utilizó un sistema de videoconferencia Polycom y se realizó un seguimiento conjunto y diario de los pacientes seleccionados. Se desarrolló un modelo de historia clínica TELE-UCI y un sistema de registros. Se evaluó satisfacción de los usuarios del sistema mediante una encuesta al finalizar la consulta.

### RESULTADOS:

Ingresaron al estudio 29 pacientes, el 72 % corresponde al sexo masculino. La edad promedio fue de 35 meses (2-168). La media del PIM2 al ingreso de CEPSE fue de 13.2 y 12.6 en Tele-UCI. El diagnóstico más frecuente fue shock séptico y el acompañamiento en el diagnóstico fue la conducta más habitual. El 55 % no requirió soporte de especialistas, siendo infectología el más consultado. Solo cinco pacientes obitaron, coincidiendo con la mortalidad a los 28 días de egreso de Tele-UCI. Se registraron 3 derivaciones al Hospital Garrahan. Se realizaron 155 teleconferencias y 396 consultas. El tiempo total de conexión fue de 126 horas, con un promedio diario de 48 minutos. El promedio de pacientes diarios y de tiempo destinado por consulta fue de 3 (1-5) y de 19 minutos respectivamente. La media de seguimientos por pacientes fue de 20,6 días (2-107).

Tele-UCI mejoró la capacidad de comprensión de la situación clínica (96%) y modificó la relación con la familia (65%). El modelo asistencial demostró un 88.5% de satisfacción.

### CONCLUSIÓN

Según los profesionales participantes, TELE-UCI respalda al equipo que se encarga del diagnóstico, tratamiento y seguimiento diario de los pacientes, fortalece la confianza familiar en el trabajo local, genera una disminución de traslados de pacientes evitando el desarraigo familiar.

## COMPLICACIÓN DE COQUELUCHE EN PACIENTE NO VACUNADO. REALIDAD ACTUAL



Alvez S.<sup>1</sup>; Amantía G.<sup>2</sup>; Bernale M.<sup>3</sup>; Gonzalez Fernandez M.<sup>4</sup>; Ferraro N.<sup>5</sup>

HOSPITAL RAUL LARCADE<sup>1,2,3,4,5</sup>

<yaminaalvez@hotmail.com>

### INTRODUCCION

En el marco legal, la ley 22909/1983 art.11 menciona que las vacunaciones incluidas en el calendario nacional son obligatorias para todos los habitantes del país La ley 114, art. 45, establece que la autoridad de protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito de CABA la constituye el consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Existen vacunas que generan exclusivamente protección individual por lo que no representa un riesgo en cuanto convivan vacunados con no vacunados, ya que sólo tiene riesgo de enfermar el no vacunado. De esta forma se vulnera el derecho INDIVIDUAL a la salud. Ejemplo: vacuna con componente tetánico Existen vacunas con las que convivir con no vacunados representa un riesgo de enfermar, aún estando adecuadamente vacunado. Así se vulnera el derecho INDIVIDUAL como COLECTIVO. Ejemplo: vacuna con componente pertusis. La vacunación de toda la población es un derecho y obligación tanto individual como colectivo, para evitar las complicaciones prevenibles de la ausencia de la misma.

### OBJETIVO

Comunicar las complicaciones prevenibles en pacientes no vacunados.

### CUADRO CLÍNICO

Paciente de 13 meses de edad de sexo femenino, sin antecedentes perinatólogicos de importancia, con esquema de vacunación incompleto,

que presenta cuadro respiratorio y convulsión tónica clónica generalizada asociada a fiebre y de 30 minutos de duración que cede con impregnación con fenobarbital. Paciente pasa a UTIP donde permanece 19 días internado. Requirió ARM por 18 días y cánula nasal por 5 días. Recibió tratamiento antibiótico empírico inicial con: Ceftriaxona 80 mg/kg/día por 7 días; y luego con Claritromicina 15 mg/kg/día por 7 días; Oseltamivir 3 mg/kg/ día; Vancomicina 60 mg/kg/día 10 días.

PCR *BORDETELLA PERTUSSIS*: POSITIVO (18/06/16) Hemocultivos, LCR y aspirado traqueal Negativo.

### CONCLUSIONES

El caso expuesto nos pone en tema actual de la negativa de algunos padres o cuidadores, que se niegan a la administración de la vacunación nacional obligatoria. Se podría haber evitado la internación y su afección neurológica por *Bordetella Pertussis* con la vacuna. El desafío actual es demostrar, que la mejor herramienta es la prevención de enfermedades y complicaciones, realizando vacunaciones previstas

## ENCEFALITIS DE SAN LUIS: REPORTE DE UN CASO.

Truszkowski M.<sup>1</sup>; Gimenez T.<sup>2</sup>; Ortega L.<sup>3</sup>; Zuccaro G.<sup>4</sup>; Marelli J.<sup>5</sup>; Morsuccio E.<sup>6</sup>;  
Spina M.<sup>7</sup>; Vieyra M.<sup>8</sup>; Exposito J.<sup>9</sup>; Sagarnaga J.<sup>10</sup>; Delfabro R.<sup>11</sup>; Alban S.<sup>12</sup>; Cardozo L.<sup>13</sup>; Taboada A.<sup>14</sup>; Teves A.<sup>15</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1</sup>; INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO<sup>2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15</sup>  
<martintruszkowski@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El virus de San Luis (SL) pertenece a la familia Flaviviridae, presentando similitud antigénica con otros flavivirus circulantes en la Argentina (dengue, fiebre amarilla, Oeste del Nilo). Esta enfermedad se transmite a través de mosquitos de la especie Culex y algunos roedores. En Argentina, se registran casos esporádicos, habitualmente asintomático en niños, aunque en los últimos años se reportan un aumento de casos, siendo la forma fatal muy poco frecuente.

### OBJETIVO

Revisión de un caso clínico.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años de edad, previamente sana, derivada desde Urdinarrain, Entre Ríos por cuadro febril y compromiso del estado general. Presenta al ingreso signos clínicos de meningoencefalitis y tomografía axial computada (TAC) de cerebro normal, se toman cultivos y se medicada con ceftriaxone y aciclovir. Presenta convulsiones tónico-clónico generalizadas por lo que pasa a Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Presenta deterioro deterioro del sensorio por lo que ingresa en asistencia respiratoria mecánica. Se realiza RMN de cerebro normal. Evoluciona con Status Epiléptico, requiriendo coma inducido por barbitúricos (tiopental). Se repite punción lumbar que muestra pleiocitosis e hiperproteorraquia. Cultivos negativos y Hepes Simlex y Adenovirus negativo en líquido

cefalorraquídeo, se envía líquido para estudio viral ampliado. Al cuarto día de internación, presenta pupilas intermedias, arreactivas, TAC de cerebro que muestra hipodensidad cerebral difusa compatible con infarto cerebral. Se coloca sensor de presión intracraneal (PIC) con 30 mmHg de apertura y comienza medidas de para el manejo de hipertensión endocraneana, por presentar refractariedad al tratamiento, se repite TAC observándose infarto cerebral masivo. La paciente evolucionó desfavorablemente, y fallece al sexto día de internación. Se realiza punción lumbar post mortem, realizándose diagnóstico de Encefalitis de SL por IgM positiva para SL por MAC-ELISA.

### CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente con manifestaciones clínicas agudas de meningoencefalitis, con una etiología y evolución poco frecuente, pero que se muestra en aumento en el último tiempo en nuestro medio.

## EPILEPSIA REFRACTARIA TRATADA CON ACEITE DE CANNABIS: REVISIÓN DE CASO CLÍNICO

Truszkowski M.<sup>1</sup>; Gimenez T.<sup>2</sup>; Ortega L.<sup>3</sup>; Vieyra M.<sup>4</sup>; Exposito J.<sup>5</sup>; Sagarnaga E.<sup>6</sup>; Delfabro R.<sup>7</sup>; Alban S.<sup>8</sup>;  
Priccolo G.<sup>9</sup>; Teves A.<sup>10</sup>; Cardozo L.<sup>11</sup>; Taboada A.<sup>12</sup>; Schnitzler N.<sup>13</sup>; Aberastury M.<sup>14</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1</sup>; INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO<sup>2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup>  
<martintruszkowski@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La epilepsia refractaria en los niños y adultos jóvenes es una forma de epilepsia que conlleva severos costos personales, psicosociales y económicos. La investigación del uso de cannabidiol en esta población comienza con la aprobación por la FDA de proyectos que se iniciaron en enero de 2015, con un fármaco basado en cannabidiol puro, dada la existencia de una creciente presión en la búsqueda de alternativas terapéuticas no tradicionales. Persisten aún dificultades para poder determinar la composición exacta de las variedades a combinar y las dosis a utilizar. Sin embargo, estudios reportan la posibilidad terapéutica efectiva para algunos pacientes. Esta gravísima condición de difícil tratamiento y efectos adversos frecuentes derivados de la medicación utilizada, puede hacer del aceite de cannabis una alternativa paliativa en el tratamiento de pacientes cuando no se logre una respuesta efectiva a tratamientos habituales.

### OBJETIVOS

Revisión de un caso clínico

### CASO CLÍNICO

Paciente de 11 meses de vida, con diagnóstico de síndrome genético (traslocación 11 y 15), retraso madurativo y epilepsia refractaria, que ingresa a terapia intensiva pediátrica por convulsiones. Durante su internación completa ciclo de ACTH sin respuesta. Medicada con clonazepam, levetiracetam, fenobarbital y carnitina. Se realizan cambios de medicación, agregándose y modificando dosis de vigabatrina y

topiramato. Presenta status epileptico, que se controla con goteo de midazolam. Durante el descenso del mismo aparecen nuevamente crisis parciales. Presenta dosaje de medicación anticonvulsiva en rango. Se decide iniciar tratamiento con aceite de cannabis, con dosis crecientes. Se logra retirar goteo de midazolam y controlar crisis epilépticas.

### CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de una paciente refractaria al tratamiento anticonvulsivo con seis drogas antiepilépticas, que redujo la frecuencia de crisis siendo las mismas de menor duración desde la incorporación al tratamiento de aceite de cannabis.

## TELEMEDICINA EN INFECCIONES RARAS DEL SNC: ROMBOENCEFALITIS EN PEDIATRÍA, A PROPOSITO DE UN CASO.

RPD  
20

Argañaraz B.<sup>1</sup>; Vildoza C.<sup>2</sup>; Lopez Cruz M.<sup>3</sup>

CEPSI "EVA PERON"<sup>1,2,3</sup>

<drablancaarganaraz@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las Romboencefalitis son enfermedades inflamatorias de etiología infecciosa infrecuentes en pediatría.

### OBJETIVO

Presentar características clínicas y evolución de un niño con diagnóstico confirmado de Romboencefalitis.

### CASO CLÍNICO

Pte de sexo masculino, 1a, previamente sano. Antecedente de traumatismo secundario a caída de su propia altura 48 hs previas. Consulta por hipotonía generalizada de 24 hs de evolución, imposibilidad en la deambulación, estrabismo convergente de ojo dcho, reflejos conservados y deterioro del sensorio (Glasgow 12/15). Al ingreso, febril (38°), hemodinamicamente estable, hipotónico en tronco y ambos miembros sup e inf, atáxico? sensorio alternante, ROT conservados. Fondo ojo: N, con el resto del examen físico s/p. Se realiza inicialmente HMG y bioquímica Gral, fción hepática y renal: N, HMCx 2 Neg, PL glucosa y proteínas: N, se envía muestra a cultivo y estudio virológico. Como probable infección de SNC se medica con Ceftriaxona 100 mg/kg/d y Aciclovir 60 mg/kg/d. Se realiza TAC cerebro s/ contraste dentro de límites normales. A las 48 hs el pte presenta deterioro del sensorio con caída de Glasgow 8/15, requiere ingreso a UTIP para soporte respiratorio, hemodinamicamente estable. Se repite TAC c/s contraste se identifica masa infiltrante en tronco, mesencéfalo y pedúnculos cerebelosos. Presenta convulsión TCG que cede DFH, se realiza RNM con y sin gadolinio

informándose lesión difusa en tronco y pedúnculo, asumiéndose el cuadro por imagen como Romboencefalitis. Se solicitó HIV, E. Barr, Micoplasma. Se aísla en LCR Herpes 1 y 2, por lo que se confirma el diagnóstico de Romboencefalitis herpética, completa 21 días de tto con Aciclovir con buena respuesta clínica. 17 días de internación en UTIP, (15 ARM), 35 de internación total. Egresó del hospital, lúcido conectado, vigil, pérdida de pautas madurativas y movimientos incoordinados en los miembros. Continúa con controles por estimulación temprana, neuro y fonoaudiología.

### DISCUSIÓN

La Romboencefalitis es afección inflamatoria secundaria a infecciones del tronco encefálico y cerebelo. Rara en pediatría, los agentes etiológicos más frecuentes son los virus.

### CONCLUSIÓN

Fue importante el manejo interdisciplinario a través de teleuc, para diagnóstico y seguimiento adecuado, logrando que el paciente pueda completarlos en su localidad de origen. La Romboencefalitis en pediatría es rara pero debe considerarse en pacientes con afección en SNC e imagen compatible.

## SINDROME COMPARTIMENTAL ORBITARIO: ABORDAJE INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. A PROPOSITO DE UN CASO.

RPD  
22

Hansen M.<sup>1</sup>; Dinunzio L.<sup>2</sup>; Mendoza G.<sup>3</sup>; Virginillo M.<sup>4</sup>; Zadoff R.<sup>5</sup>

HNRG<sup>1,2,3,4,5</sup>

<jimenahansen@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El síndrome compartimental orbitario es una de las tres urgencias oftalmológicas que pueden ocasionar la pérdida irreversible de la visión, junto a las lesiones cáusticas y el traumatismo ocular abierto. La órbita es una cavidad no expansible, por lo cual aumentos agudos en el volumen de la misma resultan en aumento de la presión intraorbitaria. Es una rara pero devastadora condición. La recuperación visual depende de la rapidez y efectividad de las maniobras de descompresión.

### OBJETIVOS

Dar a conocer este síndrome poco frecuente para poder realizar un diagnóstico temprano, indicar tratamiento precoz y evitar así las secuelas irreversibles.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente de 10 años con dolor ocular agudo, proptosis progresiva, quemosis y abolición de la agudeza visual de 20 hs de evolución. Presenta como antecedente una malformación vascular intraorbitaria retroconal embolizada parcialmente en el año 2011. Inicialmente, se realizó tratamiento del dolor con opioides, oclusión y lubricación ocular en el servicio de emergencias. Se realizó angiografía observándose sangrado agudo retroconal sin disminución del ángulo posterior del globo ocular. Fue evaluada por Oftalmología que decidió no realizar tratamiento descompresivo de urgencia. Se realizó nueva embolización y cirugía oftalmológica en forma programada.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico del síndrome compartimental orbitario es clínico. El manejo adecuado y la prevención de secuelas depende del diagnóstico

y tratamiento precoz. En adultos el trauma facial y las complicaciones de cirugías oftalmológicas son las causas principales. En niños predominan las condiciones preexistentes como malformaciones vasculares.

Los síntomas principales son disminución de agudeza visual, dolor ocular y diplopía. Al examen físico se evidencia proptosis, limitación de movimientos oculares, hemorragia subconjuntival difusa, rigidez palpebral con disminución de la retropulsión ocular "tight orbit". En el fondo de ojo se observa edema del disco óptico, congestión venosa y edema de retina.

Las imágenes no deben retrasar el tratamiento, siendo la RMN el estudio de elección.

La descompresión de emergencia debe realizarse en la cabecera del paciente, de no contar con oftalmólogo disponible, el médico más experimentado debe realizar el procedimiento, a través de cantotomía lateral o cantolisis inferior. Se observan buenos resultados en pocos minutos. El manejo médico debe incluir, cabecera a 45°, evitar aumentos agudos de presión intraocular, analgésicos de alta potencia ( morfina, fentanilo).

### CONCLUSIÓN

La cantolisis inferior y cantotomía lateral son procedimientos que deben conocer el médico de emergencia ya que ante la presencia de síndrome compartimental orbitario, su realización mejora las posibilidades de recuperación de la visión. Se describe el procedimiento en Traumatic retrobulbar hemorrhage: emergent decompression by lateral canthotomy and cantholysis. AU Vassallo S, Hartstein M, Howard D, Stetz J SOJ Emerg Med. 2002 Apr;22(3):251-6.



## INTOXICACIÓN GRAVE POR MONÓXIDO DE CARBONO Y UTILIZACIÓN TARDÍA DE CÁMARA HIPERBÁRICA



*Lombardo F.<sup>1</sup>; Cairone N.<sup>2</sup>; García Puglisi S.<sup>3</sup>; Kogan A.<sup>4</sup>; Irigoyen J.<sup>5</sup>; Cardoso P.<sup>6</sup>; Cargnel E.<sup>7</sup>*

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUITIERREZ<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<fran-fmed@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN:

La intoxicación grave por monóxido de carbono (CO) puede originar luego de las 48 horas un cuadro neurológico tardío. Aunque en general es de tipo neurocognitivo, menos frecuentemente puede ocasionar la aparición de otros signos, como es la ceguera. El contexto de CO en humo de incendio implica una mezcla de sustancias tóxicas cuyo impacto también se debe tener en cuenta: cianhídrico, acroleína, etc. El tratamiento de estos cuadros con oxígeno en cámara hiperbárica (OCB) no se encuentra aún normatizado.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años oriundo de Entre Ríos, previamente sano, presentó intoxicación aguda por inhalación de humo de incendio mientras se encontraba bañando. El humo emanado por el calefón del baño.

Es hallado inconsciente, con la cara y narinas teñidas por el humo negro en el recinto. Al percibir probable paro cardiopulmonar, realiza maniobras de resucitación cardiopulmonar con ayuda de unos vecinos. Y trasladado a un hospital, donde continúan con las maniobras de resucitación, sin ingresar en asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Recupera conciencia, pero presenta excitación psicomotriz y, como secuela, dificultad en el habla.

A las 48 horas presenta trastorno progresivo de la visión llegando a la ceguera, junto con mutismo y pérdida de control de esfínteres, asumiendo en ese momento que se trata de un cuadro psiquiátrico y no ser secundario a su intoxicación.

En el quinto día solicitan traslado para ser evaluado y tratado por nuestra Unidad de Toxicología.

Ingresa al hospital en coma, con indicación de ingresar en ARM.

Se realiza extubación al tercer día de permanencia en nuestra unidad, observándose estabilización cardiorespiratoria, pero el paciente presenta ceguera, (Fondo de ojo: edema de papila izquierdo), mutismo, mostrando signos de respuesta a estímulos auditivos mediante señas, e hiperreflexia. Se indican sesiones de OCB, observándose a partir de la segunda sesión mejoría paulatina de su cuadro neurológico

Recibe un total de 35 sesiones de OCB. Estudios: se observan alteraciones en EEG, RMN y SPECT

Luego del tratamiento: paciente que recupera visión, orientado en tiempo y espacio, habla aunque con lentitud, recupera la motricidad gruesa, deambula y corre sin dificultad. Continúa en evaluación por sus dificultades en motricidad fina y neurocognitivas, esto es, memoria y atención, afectando lecto escritura y cálculos matemáticos

### CONCLUSIÓN

Es fundamental que ante un cuadro de intoxicación por humo de incendio se tomen las medidas terapéuticas adecuadas precozmente, ya que se puede desarrollar la sintomatología en forma abrupta, retrasando el diagnóstico y tratamiento correctos, como la posibilidad de realizar sesiones con OCB.

## SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL CONTEXTO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.



*Zancocchia N.<sup>1</sup>; Guerrini C.<sup>2</sup>; Sanchez N.<sup>3</sup>; Gutiérrez M.<sup>4</sup>; Boretto M.<sup>5</sup>; Galicchio M.<sup>6</sup>; Flynn L.<sup>7</sup>*

SANATORIO DE NIÑOS<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<ninazancocchia@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome hemofagocítico (SHF) se caracteriza por una activación patológica excesiva del sistema inmune, desencadenado por noxas adquiridas (infecciones, enfermedades oncológicas o reumatológicas), o por causas genéticas (primario o familiar). Debido a que en la mayoría de los casos se presenta con fiebre, alteraciones hematológicas y esplenomegalia, el diagnóstico suele ser confundido con patologías más frecuentes, impidiendo el inicio del tratamiento de esta enfermedad, lo que es grave en el contexto de pacientes severamente enfermos.

### OBJETIVOS

Describir las características clínicas de los pacientes con SHF diagnosticados en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y su evolución con el tratamiento.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes menores de 18 años, con diagnóstico de SHF internados en la UTI de nuestro sanatorio en un periodo de 10 años (setiembre de 2006 - setiembre de 2016), con particular énfasis en los hallazgos clínicos, de laboratorio y anatomía patológica.

Los criterios diagnósticos y el tratamiento se ajustaron al Protocolo HLH- 2004.

### RESULTADOS

Se diagnosticaron 10 pacientes con SHF ( 8 F), con una edad promedio de 6 años, ( 7 m -15 a).

En un caso se identificaron 2 mutaciones heterocigotas en el gen de la perforina (W374X y Q446P), en tanto que los 9 restantes fueron considerados formas secundarias.

La combinación de fiebre, adenopatías, hepatoesplenomegalia y leucopenia estuvo presente en todos los pacientes (10/10). Hiperferritinemia (9/10), hipofibrinogenemia (6/10) e hipertrigliceridemia (5/10) fueron datos destacados del laboratorio. Se observó hemofagocitosis en 8/10 pacientes en médula ósea, y en 3/4 en que se estudiaron tejidos como hígado y ganglios linfáticos. Todos los pacientes recibieron tratamiento de SHF de acuerdo al Protocolo HLH-2004 con una sobrevida de 6/10.

### CONCLUSIÓN

En nuestra serie los hallazgos clínicos y de laboratorio nos permitieron sospechar la enfermedad y según los criterios diagnósticos implementar el protocolo de tratamiento. La sobrevida fue similar a la bibliografía.

## INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA DE ORIGEN TOXICOLÓGICO Y DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

Lombardo F.<sup>1</sup>; García Puglisi S.<sup>2</sup>; Cairone N.<sup>3</sup>; Kogan A.<sup>4</sup>; Irigoyen J.<sup>5</sup>; Cardoso P.<sup>6</sup>; Cargnel E.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUITIERREZ<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<fran-fmed@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN:

El abordaje de las hepatopatías en pacientes previamente sanos puede convertirse en un gran desafío debido a las múltiples etiologías que pueden ocasionar las mismas. En países desarrollados la principal causa de trasplante por insuficiencia hepática aguda es la toxicológica, mientras que en los países subdesarrollados, es la segunda en frecuencia. Dentro de las sustancias tóxicas pueden ser por sobre dosificación de medicamentos y por drogas de abuso como la inhalación de cloroformo éter ingesta de alcohol, metaanfetaminas entre otros.

### DESARROLLO

Paciente de 15 años de edad, previamente sana, que consulta en un centro hospitalario por presentar dolor abdominal e intolerancia a la vía oral de 48 hs de evolución. Al examen físico la paciente se encuentra en regular estado general con ictericia y coluria. Laboratorio de ingreso GOT: 6154 U/l GPT: 8164 U/l, TP: 25 segundos, KPTT: 47segundos, BT: 5,54 mg/dl, BD: 4,51mg/dl. Permanece internada 6 días por sospecha de colecistitis aguda recibiendo tratamiento antibiótico. Por presentar deterioro de la función hepática (TP: 28 segundos, KPTT: 52segundos, BT: 12 mg/dl, BD: 10 mg/dl) se deriva a nuestro hospital para ser evaluada por el Servicio de Hepatología. Se solicitan múltiples estudios descartando etiología viral, metabólica y autoinmune. Desde clínica solicitan interconsulta a nuestra Unidad de Toxicología debido al antecedente detectado de consumo de drogas psicoactivas. Se realiza anamnesis dirigida donde surge como dato de relevancia en la utilización de dichas sustancias, la inhalación de "Lanza Perfume" y consumo importante de alcohol en los últimos tres

meses. En la composición del inhalante podemos encontrar sustancias como cloroformo y éter, ambas hepatotóxicas. El alcohol puede agravar esta toxicidad. Teniendo en cuenta el componente de cloroformo, su mecanismo de acción y los reportes publicados de tratamiento, se decide utilizar N-Acetilcisteína como antídoto. La evolución del cuadro es lenta pero favorable, con mejoría progresiva de los valores de laboratorio y parámetros clínicos.

### CONCLUSIÓN

Ante la presencia de un paciente con insuficiencia hepática aguda, siempre debe realizarse una anamnesis dirigida y estudios complementarios para descartar exposición a fármacos u otras sustancias hepatotóxicas. Esto permite iniciar un tratamiento precoz con antídoto. Si bien la N-Acetilcisteína se utiliza en el tratamiento de intoxicaciones agudas por paracetamol, se ha establecido el beneficio de la utilización de la misma en insuficiencia hepática de otras etiologías, debido a que varios tóxicos compartirían el mismo mecanismo fisiopatológico.

## PAPILOMATOSIS LARÍNGEA RECURRENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sanchez N.<sup>1</sup>; Guerrini C.<sup>2</sup>; Zancocchia N.<sup>3</sup>; Gutiérrez M.<sup>4</sup>; Boretto M.<sup>5</sup>; Flynn L.<sup>6</sup>  
SANATORIO DE NIÑOS<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<natys\_01\_75@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La Papilomatosis laríngea recurrente (PLR) es una enfermedad causada por el virus papiloma humano (HPV), que se caracteriza por la presencia de tumores epiteliales en la vía aérea. Su principal mecanismo de contagio es por contacto directo. La zona más frecuentemente afectada es la laringe, pero puede comprometer cualquier lugar de la vía aéreo-digestiva. Sus manifestaciones van desde la disfonía a la obstrucción completa de la vía aérea, causando incluso la muerte. En ocasiones pueden malignizarse y transformarse en carcinoma epidermoide.

### OBJETIVO

Reportar un caso de PLR atendido en nuestro servicio, enfatizando la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 3 años de vida, nacida de parto natural por parto en avalancha, con diagnóstico al año de vida de papilomatosis laríngea por HPV, que ingresa con dificultad respiratoria moderada. Antecedente: diagnóstico de papilomas laríngeos por HPV que recibió tratamiento con láser en 2 oportunidades en otra institución.

Al ingreso se realiza videoendoscopia respiratoria, donde se observan múltiples mamelones que alteran la anatomía normal de la laringe, no pudiendo distinguirse las estructuras habituales ni las cuerdas vocales, siendo la traquea normal. Se realizó traqueostomía paliativa, mejorando el cuadro respiratorio. Se efectuó Tac de torax con contraste, donde no se evidencian malformaciones nodulares. Biopsia: HPV tipo herpes 6.

Ingresa en Protocolo de resección con láser más inyección de bevacizumab intralesional quincenal por 4 sesiones.

### DISCUSIÓN

Actualmente los tratamientos disponibles son sólo paliativos. Consisten en la escisión quirúrgica de los papilomas, para mantener la vía aérea sin obstrucción y mejorar la calidad de la voz. Tienen alta tasa de recidiva y habitualmente se requieren múltiples intervenciones, resultando un tratamiento de alto costo.

El uso de bevacizumab combinado con láser, aumentaría el intervalo de tiempo entre los procedimientos quirúrgicos.

Serán necesarios nuevos estudios que avalen la aplicación de la vacuna para HPV a edades más precoces, así como la indicación de cesárea en madres portadoras de este virus, para reducir la incidencia de esta enfermedad.

## TRATAMIENTO EN LA URGENCIA DE LA NEUTROPENIA FEBRIL

*Peralta L.<sup>1</sup>; Botana Rodríguez C.<sup>2</sup>; Evangelista S.<sup>3</sup>; Posadas Martínez M.<sup>4</sup>*

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<peraltalauri@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Los tratamientos quimioterápicos pueden presentar complicaciones siendo la neutropenia febril una de las principales.

### OBJETIVO

Describir el tratamiento en la urgencia de la neutropenia febril asociada a shock séptico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un niño de 7 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda recaída bajo tratamiento quimioterápico.

### RESULTADOS

Paciente masculino de 7 años de edad con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda riesgo intermedio en noviembre de 2014; con recaída en junio de 2016 (temprana). Portador de catéter semiimplantable. Última quimioterapia del 19 al 25 de julio (bloque RA1). Ingresa a guardia de nuestro hospital 72hs. después de finalizado el bloque de quimioterapia por dolor abdominal y de miembros inferiores. Niega fiebre en el interrogatorio. Al ingreso se constata paciente subfebril, taquicárdico, taquipnéico con pulsos periféricos débiles e hipotensión arterial. Se coloca oxígeno de apoyo, vía periférica iniciándose expansión con solución fisiológica. Se habilita catéter semiimplantable, se toman dos

hemocultivos más diferencial de catéter; inicia tratamiento antibiótico endovenoso con meropenem, vancomicina y ampicilina a dosis habituales. Recibe 50 ml/kg. de expansión con solución fisiológica en 30 minutos, persiste con hipotensión arterial iniciando inotrópicos (adrenalina) y se decide su pase a terapia intensiva. Evoluciona favorablemente, cumple tratamiento antibiótico sin rescate microbiológico.

### CONCLUSIONES

La neutropenia febril es una urgencia infectológica. La inmunosupresión condicionada por los regímenes quimioterápicos que reciben los pacientes hacen que los mismos puedan tener una infección oculta aún sin fiebre. El alto índice de sospecha y la rapidez con la que el paciente recibe el tratamiento adecuado es determinante en la evolución de los mismos.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: SIRS LUEGO DE LA MUERTE DE UNA GEMELA SIAMESA. ¿CIRUGÍA DE SEPARACIÓN DE URGENCIA?

*Fortini Y.<sup>1</sup>; Berros F.<sup>2</sup>; Exposito J.<sup>3</sup>; Lopez Amaya G.<sup>4</sup>; Fernandez S.<sup>5</sup>; Haimovich A.<sup>6</sup>; Fortini Y.<sup>7</sup>*

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<yaninafortini@yahoo.com.ar>



### INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de gemelas siamesas femeninas tipo toracoconfalopago. A los 4 meses de vida ingresan a la guardia con sospecha de shock séptico, una de ellas fallece a las 3 horas del ingreso. A las 2 horas la gemela II empeora hemodinámicamente y luego de 10 horas la gemela II fallece. Históricamente el tratamiento de siamesas ha generado discusiones éticas aún no saldadas. El ingreso a unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es motivo de controversia dada las dificultades que se generan con el tratamiento definitivo de estos pacientes y las graves secuelas con las que resultan.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico en el que se plantea la urgencia de una separación quirúrgica tras el fallecimiento de una gemela siamesa.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Pacientes siamesas femeninas tipo toracoconfalopago, recién nacidas pretérmino (35 semanas, 4250 gramos), de 4 meses de vida que ingresan a la guardia por cuadro de dificultad respiratoria de una semana de evolución y fiebre. A su ingreso se constata taquicardia, taquipnea, mala perfusión periférica, tiraje generalizado, regular entrada de aire bilateral y desaturación, con sospecha de shock séptico, por lo que se decide intubación electiva de ambas. Se colocan dos accesos venosos periféricos y se comienza con reanimación hídrica e inotrópicos. Ingresan a UCIP, se conectan a asistencia respiratoria mecánica con altos parámetros. Ecocardiograma que constata ausencia de movimiento del miocardio

ventricular y ausencia de la señal doppler en las 4 válvulas, certificando óbito de la gemela I.

Se plantea la cirugía de separación de urgencia. La gemela II comienza con mayor deterioro hemodinámico, requiriendo inotrópicos a altas dosis, hipotensión arterial y acidosis metabólica refractaria al tratamiento. Dada esta condición clínica se imposibilita el traslado al quirófano postergando la intervención quirúrgica. A las 10 hs del óbito de la gemela I, se constata el fallecimiento de la gemela II.

### DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

La cirugía de separación de gemelos siameses es un procedimiento quirúrgico de alta complejidad. Ello plantea un dilema ético, pues el hecho de compartir anatomía implica riesgos de pérdida de órganos o funciones, obligándolos a veces a tener que elegir entre favorecer más a uno que a otro. El desarrollo de técnicas de separación quirúrgica y la anticipación de un pronóstico de supervivencia es una difícil situación en el momento del nacimiento. Cada tipo de siameses es un caso particular que debe ser evaluado por comité de ética hospitalario y establecer las consideraciones más adecuadas y ofrecer una clara información a los padres.

También es necesario asesorar adecuadamente a las familias que esta condición podría ser causal de interrupción del embarazo, por los riesgos potenciales para la salud materna. Hay muy poca experiencia internacional sobre el manejo de estos pacientes porque en general se acuerda la interrupción del embarazo durante las primeras semanas.

## ABSCESO HEPÁTICO POR SAMR-CO EN PACIENTE QUE CONSULTA POR ABDOMEN AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RPD  
30

Steeman Perazzo M.<sup>1</sup>; Simonetti E.<sup>2</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2</sup>

<martinasp03@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El SAMR de la comunidad (SAMR-Co) es un microorganismo responsable de infecciones invasivas en pacientes pediátricos previamente sanos, con puerta de entrada en piel y partes blandas u osteoarticulares, en la mayoría de los casos. Estas infecciones, suelen tener evolución tórpida. En ocasiones requieren drenaje quirúrgico, y en otros casos, pueden presentar severas complicaciones o comprometer la vida del niño.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico a partir de un motivo de consulta frecuente, de difícil abordaje, obteniendo como resultado un diagnóstico poco habitual.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 13 años de edad, consulta por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de intensidad 8/10 y fiebre de 5 días de evolución. Al examen físico no presentaba signos de reacción peritoneal. Se decidió su internación para estudio y manejo del dolor. Se realizó laboratorio al ingreso constatando leucocitosis y plaquetopenia como únicos datos positivos. Se realizó ecografía abdominal, donde no se encontraron alteraciones. A las pocas horas del ingreso, la niña evolucionó con empeoramiento del

estado general, se tomaron hemocultivos x2 (negativos) y se indicó ceftriaxona ornidazol por sospecha de Sepsis con Foco Enteral. Al agregarse a la clínica, hipoventilación pulmonar derecha, se realizó una segunda ecografía donde se constató derrame pleural. Dada la persistencia del dolor, sin mejoría clínica, se solicitó TC de abdomen en la que se observó: imagen heterogénea de contornos lobulados y leve refuerzo periférico con compromiso de segmentos 7, 8 y 5 hepáticos de 14,1 x 7,5 x 9,8 cm, compatible con absceso hepático. Dicha lesión, fue drenada obteniendo material purulento que resultó positivo para SAMR Co. La niña cumplió tratamiento EV con Vancomicina + Clindamicina + Rifampicina por 13 días y luego continuó tratamiento ambulatorio con teicoplanina.

### CONCLUSIONES

Ante infecciones infrecuentes, como el Absceso Hepático, se debe considerar el SAMR-Co, como agente responsable de enfermedad invasiva, presente o no puerta de entrada para el mismo. Se deberá indicar tratamiento antibiótico que cubra este microorganismo, previa toma de hemocultivos. Es fundamental el cultivo microbiológico y evaluar sensibilidad antibiótica del germen, para ajustar el tratamiento al paciente y mantener una vigilancia epidemiológica para detectar resistencia.

## ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICA

PO  
31

Núñez P.<sup>1</sup>; Santos C.<sup>2</sup>; Gagliardi R.<sup>3</sup>; Paniagua G.<sup>4</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<pedrovnunez@hotmail.com>

### MARCO TEÓRICO

Si bien la ventilación mecánica (VM) es una técnica habitualmente utilizada en unidades de cuidados intensivos pediátricos y en quirófano, de manera progresiva esta comenzando a utilizarse también en unidades de emergencias pediátricas, sala de cuidados intermedios, internaciones domiciliarias de paciente crónicos y en traslados de paciente críticos.

Es por esto que el conocimiento y manejo de la VM no debe ser exclusivo del médico intensivista o del anestesiólogo, sino que debe entrenarse en su manejo básico también el médico pediatra que realiza emergencias, traslados y el médico internista.

Una vez que el médico que atiende emergencias ha decidido la necesidad de soporte ventilatorio para un paciente determinado existen varios factores que demoran su pasaje a una unidad de cuidados intensivos.

En general luego de instrumentada la vía aérea es habitual que el paciente se mantenga ventilado con bolsa manual a cargo de personal de área de emergencias hasta que disponga de su plaza.

Prolongados tiempos de ventilación con bolsa manual suponen la exposición del paciente a un tratamiento subóptimo y a complicaciones que pueden ser evitadas o minimizadas con el uso de un equipo de ventilación en el área de emergencias.

### OBJETIVOS

Describir la experiencia del uso de un Equipo de ventilación en una unidad de emergencias en hospital pediátrico de cuarto nivel en CABA.

### POBLACIÓN

Pacientes de 0 a 15 años que ingresaron ARM durante su estadía en la unidad de Emergencias de nuestro hospital entre septiembre del 2014 y noviembre de 2016 hasta.

### DESARROLLO

Para el desarrollo de la VM contamos con un Equipo de ventilación para cuidados semicríticos Carina SW 3.2n (Drager). Se realizaron jornadas de instrucción teórica y práctica con médicos intensivistas y kinesiólogos especializados para entrenar al personal médico y de enfermería del área de emergencias en el uso del equipo.

### RESULTADOS

Ingresaron en ARM 25 pacientes dentro del periodo de tiempo detallado, siendo las causas más frecuentes de ingreso a ARM el shock y la insuficiencia respiratoria. El dispositivo de vía aérea más utilizado fue el tubo endotraqueal, no se requirió colaboración del intensivista o kinesiólogo en la mayoría de los casos y tampoco se registraron complicaciones.

Evaluación de la experiencia: Se logró implementar el uso del Equipo de ventilación y así de esta contribuir a mejorar la calidad de la atención de los pacientes con requerimiento de ARM durante su estadía en la unidad.

## RECONOCIMIENTO Y MANEJO DE ERGOTISMO EN PEDIATRÍA, A PROPOSITO DE 2 CASOS

Osorio Name N.<sup>1</sup>; Lancheros Escolar K.<sup>2</sup>; Nuñez P.<sup>3</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>

<nname\_o@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El ergotismo es una complicación de la intoxicación aguda o crónica por el consumo de derivados de la ergotamina. Es una enfermedad poco común, con implicancias diagnósticas y terapéuticas que continúan siendo un desafío, especialmente en la edad pediátrica. Se manifiesta clínicamente como insuficiencia vascular secundaria a vasoespasmo y puede comprometer tanto a la microvasculatura como a los medianos y grandes vasos. Esta afectación puede ser de grado variable pudiéndose desarrollar en ciertos casos vasoespasmo severo e isquemia tisular.

### OBJETIVOS

Presentar dos casos de pacientes con diagnóstico de infección por VIH tratados con drogas antirretrovirales que recibieron ergotamina y desarrollaron un cuadro de ergotismo; describiendo la forma de presentación clínica, su evolución y las dificultades presentadas en su diagnóstico y tratamiento.

### DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Se reportan dos casos de pacientes infectados por VIH y en tratamientos con inhibidores de la proteasa que consultan en la unidad de Emergencias por un cuadro de dolor en miembros inferiores y signo-sintomatología compatible con insuficiencia vascular. En contexto de su enfermedad de base, antecedentes de ingesta de ergotamínicos y su forma de presentación clínica se sospecha de ergotismo agudo.

Se imparte como tratamiento hidratación endovenosa, suspensión de tratamiento antirretroviral, se inicia profilaxis antitrombótica, y en uno de los casos se colocó catéter epidural para inhibición simpática. Logrando reversión total de las manifestaciones clínicas iniciales.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La discusión estará enfocada en las dificultades presentadas en el diagnóstico del cuadro y su tratamiento, lo cual obedece a varios factores entre los que podemos citar su baja prevalencia, complejidad y potencial gravedad. Como cualquier circunstancia infrecuente la falta de experiencia suele demorar su reconocimiento; se requiere de la participación de un equipo multidisciplinario formado por médicos pediatras clínicos, hematólogos, especialistas en diagnósticos por imágenes, toxicólogos, infectólogos y cirujanos vasculares en su diagnóstico y tratamiento. Finalmente queremos resaltar la existencia de grupos de riesgo para el desarrollo de ergotismo agudo con dolencias crónicas como la migraña medicados con derivados ergotamínicos por periodos prolongados; en particular los pacientes infectados por VIH y en tratamiento inhibidores de la proteasa, quienes debieran recibir pautas claras que contraindiquen el uso de derivados de la ergotamina.

## ABORDAJE POR GUARDIA DEL PACIENTE CON TORTICOLIS Y FIEBRE. PRESENTACION DE DOS CASOS.

Di Nunzio L.<sup>1</sup>; Pinter M.<sup>2</sup>; Gomez L.<sup>3</sup>; Warlet N.<sup>4</sup>; Praglia F.<sup>5</sup>

HNRG<sup>1</sup>; DEPARTAMENTO DE URGENCIA - HNRG<sup>2</sup>; SERVICIO DE ENDOSCOPIA - HNRG<sup>4</sup>; SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA - HNRG<sup>5</sup>

<ludinunzio@icloud.com>



### INTRODUCCION

A propósito de dos casos que se presentaron en la guardia del HNRG con torticólis y fiebre, repasar manejo inicial de estos pacientes y causas más frecuentes.

### CASOS CLINICOS:

La primera es una paciente de 4 años con un absceso retrofaríngeo y el segundo caso es un paciente de 8 años con Síndrome de Grisel.

### OBJETIVOS

Presentar dos casos clínicos de pacientes que consultan por guardia con torticólis y fiebre, uno de ellos con una causa de curso benigno y sin complicaciones mayores en su evolución y el otro caso en el extremo opuesto por su gravedad y potenciales complicaciones. Repasar el abordaje inicial del paciente con torticólis y fiebre, su evaluación en el departamento de urgencias y tratamiento.

### DISCUSION

Existen numerosas causas de torticólis de comienzo agudo. Se las sub-clasifica en su origen traumático o no traumático. Es mandatorio determinar si el paciente presenta estado toxo-infeccioso para no retrasar el diagnóstico y el manejo precoz en caso de sepsis. La evaluación incluye el examen físico, laboratorio con hemograma y reactantes de fase aguda. Si se encuentra disponible debe realizarse strep-test o cultivo de fauces. También radiografías (RX) de cuello frente y perfil y proyección transoral. En la RX lateral de cuello debe evaluarse el aumento del espesor de los tejidos blandos retrofaríngeos o pre-vertebrales. Se puede afirmar que el paciente presenta aumento del espacio retrofaríngeo cuando el grosor de los tejidos blandos supera al

diámetro anteroposterior del cuerpo de una vertebral cervical. Otros datos relevantes son la presencia de aire en el espesor de los tejidos blandos que podría indicar traumatismo penetrante o infección por gérmenes anaerobios, la rectificación cervical con pérdida de la lordosis cervical fisiológica y la subluxación rotatoria o entero-posterior atlanto-axoidea. La TAC es el estudio de elección y la RMN puede aportar información acerca del compromiso neurológico en caso de subluxación cervical antero-posterior. El manejo interdisciplinario es fundamental.

El absceso retrofaríngeo suele originarse por propagación de las infecciones de la vía aérea superior a los ganglios linfáticos localizados en ese espacio, que son prominentes en el niño <5 años, en los niños mayores, el origen suele ser a partir de un traumatismo penetrante. El tratamiento empírico inicial es con antibióticos parenterales. El diagnóstico del síndrome de Grisel debe sospecharse en un niño con antecedente de infección del tracto respiratorio superior. La RX lateral de cuello, un intervalo de atlanto-odontoideo mayor de 4,5 mm es diagnóstico de subluxación de C1-C2. La TAC es la prueba de elección, idealmente con reconstrucción 3D. El tratamiento es conservador, con inmovilización cervical con collar cervical blando y AINES.

### CONCLUSION

Ante la consulta por guardia de un niño febril con torticólis debe sospecharse un absceso latero o retrofaríngeo y causas menos frecuentes, como el Síndrome de Grisel. El inicio temprano del tratamiento antibiótico disminuye la morbimortalidad en el caso de los abscesos y el diagnóstico y tratamiento conservador precoz mejora el pronóstico de los pacientes con subluxación atlantoaxoidea no traumática.

## EMERGENCIAS EN ONCOLOGÍA: SÍNDROME DEL MEDIASTINO SUPERIOR

Botana Rodríguez C.<sup>1</sup>; Evangelista S.<sup>2</sup>; Peralta L.<sup>3</sup>; Posadas Martínez M.<sup>4</sup>

HTAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<claubotana@yahoo.com.ar>



### INTRODUCCION

El Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) comprende los signos y síntomas que resultan de la compresión, obstrucción o trombosis de la vena cava superior. Si, además, existe compresión de la tráquea, se denomina Síndrome del Mediastino Superior (SMS). En los niños con masas mediastínicas, el SVCS coexiste muchas veces, con síntomas de compresión traqueal y dificultad respiratoria y se considera una emergencia oncológica. Es poco común en niños. Los tumores malignos de mediastino son la causa más frecuente. Aproximadamente el 10% de estos tumores presentan SMS.

### OBJETIVO

Describir la sintomatología, y el tratamiento del SMS en el Servicio de Emergencias.

### MATERIAL Y METODOS

Presentación de una niña de 2 meses que ingresa por dificultad respiratoria y masa mediastinal.

### RESULTADOS

Niña de 2 meses de edad que ingresa al servicio de Emergencias derivada de la Provincia del Chaco por dificultad respiratoria y masa mediastinal. Consulta 7 días previos por dificultad respiratoria e irritabilidad, donde permanece internada con diagnóstico de Bronquiolitis, por empeoramiento clínico a las 48 hs se realiza Rx de Torax donde se observa importante masa mediastinal, Hemograma donde se constata Hiperleucocitosis y PAMO con diagnóstico de LLA,

se deriva para tratamiento. Al ingreso a nuestro Htal paciente en mal estado general, con dificultad respiratoria severa, cianosis peribucal, desaturación y bradicardia extrema que responde a bolso, masaje cardiaco y se decide intubación endotraqueal y su ingreso a UTIP.

### CONCLUSIONES

Ante la sospecha clínica de síndrome de mediastino superior, el pediatra debe valorar cuidadosamente la función respiratoria y cardiovascular. Se debe actuar en forma rápida y precisa. Ante un paciente sintomático se tomarán las siguientes medidas:

- Posición semisentada.
- Administración de oxígeno.
- Asegurar un acceso venoso, preferentemente en miembros inferiores, realizar aporte adecuado por el riesgo de presentar lisis tumoral, pero tener cuidado de no sobrehidratarlo.
- Contacto y control cercano con Unidad de Cuidados Intensivos.
- Debe evitarse la anestesia general o sedación para la realización de procedimientos.

## PROCALCITONINA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE SEPSIS, EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

Itharte M.<sup>1</sup>; Rocío D.<sup>2</sup>; Basabivaso C.<sup>3</sup>; Kohan D.<sup>4</sup>; Battisti M.<sup>5</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN ROQUE<sup>1,2,3</sup>; FACULTAD DE INGENIERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS<sup>4,5</sup>

<itharte@gmail.com>



El diagnóstico precoz de sepsis se basa actualmente en los síntomas y signos sumados a pruebas de laboratorio no específicas, por lo que los biomarcadores han surgido como la posibilidad de ayuda al diagnóstico presuntivo precoz.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad de la procalcitonina (PCT) como bio marcador en el diagnóstico precoz de sepsis.

Se realizó un estudio prospectivo, observacional unicéntrico, en el que se incluyeron 32 pacientes desde 30 días a 14 años 11 meses y 29 días, internados en Terapia Intensiva del Hospital Materno Infantil San Roque de la ciudad de Paraná, con sospecha de sepsis, durante los meses de junio a diciembre del año 2015. Se excluyeron, grandes traumatismos, intervenciones quirúrgicas complejas, quemaduras, y pacientes en los que no pudieron realizarse los cultivos respectivos.

Las determinaciones plasmáticas de PCT se realizaron los días uno, tres y siete de ingreso al servicio, por electroquimioluminiscencia. Valores de corte para PCT: baja probabilidad de infección menor a 0,5 ng/ml, intermedia mayor de 0,5ng/ml y menor a 2 ng/ml y alta probabilidad de sepsis mayor a 2 ng/ml.

En los resultados obtenidos en los niveles de PCT del primer día, la mitad de los pacientes tuvo un nivel de al menos 2 ng/ml, mientras que el resto presentó niveles inferiores a este valor. En aquellos con niveles más altos todos padecieron sepsis y en los que presentan niveles más bajos el 87,5% padeció la patología. Se observó que el 53,33% de los pacientes enfermos presentó niveles elevados, iguales o superiores a 2ng/ml.

Se estimó un modelo logístico para la proporción de pacientes con sepsis considerando el nivel inicial de PCT de al menos 2 ng/ml como variable explicativa, no resultado significativo el coeficiente asociado a la misma. A partir de los datos muestrales con que se dispuso, el test de independencia exacto de Fisher permitió concluir que los niveles de PCT de al menos 2 ng/ml y padecer sepsis resultan variables independientes. Se concluye que, en nuestro estudio, la procalcitonina no aparece como un bio marcador útil en el diagnóstico precoz de sepsis.

Palabras clave: Sepsis, biomarcadores, procalcitonina

## BOTULISMO POR HERIDA: REPORTE DE UN CASO

Piovano M.<sup>1</sup>; Anze V.<sup>2</sup>; Mosciaro M.<sup>3</sup>; Dávila E.<sup>4</sup>; Carbó C.<sup>5</sup>; Pereyra B.<sup>6</sup>; Seguí P.<sup>7</sup>; Llanos L.<sup>8</sup>; Echenique G.<sup>9</sup>; Marinelli I.<sup>10</sup>; Iphais J.<sup>11</sup>; Marconi D.<sup>12</sup>; Guerrero M.<sup>13</sup>; Riveros S.<sup>14</sup>; Quinteros P.<sup>15</sup>; Sanchez Peri M.<sup>16</sup>

HOSPITAL NOTTI<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16</sup>  
<laurapio@hotmail.com>



Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

Es la forma más infrecuente de presentación, producida por neurotoxinas secretadas por *Clostridium botulinum*.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 7 años de edad. Ingresó al Hospital Humberto Notti en febrero del 2016 por presentar fractura expuesta de muñeca. Presentó síndrome compartimental e infección del sitio de herida. Ingresó al noveno día de internación a Terapia Intensiva por desmejoría del cuadro neurológico, requirió asistencia respiratoria mecánica. Se realizó punción lumbar, tomografía axial de cerebro, electroencefalograma, potenciales evocados auditivos y electromiograma. Se envió material de la herida, suero y contenido intestinal para detección de toxina botulínica. Al día doce de internación se informó resultado positivo para dicha toxina en suero. Se administró antitoxina botulínica heteróloga bivalente. Se retiró la asistencia respiratoria mecánica el día 40 de internación y continuó con ventilación no invasiva por 5 días más. Recibió el alta hospitalaria a los 50 días de internación.

### DISCUSIÓN

El botulismo por heridas es la forma menos frecuente de presentación. En nuestro país en los últimos 20 años se reportaron 7 casos, de los cuales 5 fueron en Mendoza. Suele presentarse en niños mayores y jóvenes con lesiones en extremidades de tipo traumáticas y también

por lesiones por uso de drogas intravenosas y nasales. El periodo de incubación es de 4 a 14 días. Las manifestaciones clínicas son similares al botulismo por alimentos aunque sin síntomas gastrointestinales. Los síntomas iniciales suelen ser parálisis flácida descendente y simétrica con afectación temprana de pares craneales. Pueden presentar trastornos autonómicos. Los pacientes suelen estar lúcidos. Por insuficiencia respiratoria progresiva pueden requerir asistencia respiratoria mecánica.

El diagnóstico se basa en datos epidemiológicos, clínica, electromiograma y detección de toxina botulínica en suero y en material de la zona lesionada.

Como diagnósticos diferenciales se mencionan: Síndrome de Eaton-Lambert, Miastenia Gravis, variedad Miller Fisher del Síndrome de Guillén Barré y Tétanos.

El tratamiento consiste en medidas de sostén, debridación local de la herida, administración de antibióticos y la administración de antitoxina botulínica.

La mortalidad reportada es alrededor del 10% y la morbilidad es elevada.

### CONCLUSIÓN

La sospecha diagnóstica es importante para no demorar las pruebas diagnósticas y su tratamiento.

## SHOCK COMO MANIFESTACIÓN DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE

Gagliardi R.<sup>1</sup>; Santos C.<sup>2</sup>; Paniagua G.<sup>3</sup>; Fontana S. Y.<sup>4</sup>

HTAL. GARRAHAN<sup>1 2 3 4</sup>  
<rominagagliardi@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La anemia hemolítica autoinmunitaria (AHA) por anticuerpos fríos es un trastorno caracterizado por la presencia de anticuerpos que se fijan a la membrana eritrocitaria, a bajas temperaturas, y producen una destrucción prematura de los hematíes. Es una entidad poco frecuente en pediatría, que ocurre en el curso de infecciones. En los casos con hemólisis severa, el tratamiento debe ser enérgico y con un enfoque multidisciplinario.

### OBJETIVOS

Describir caso clínico de paciente de 3 años con cuadro de anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se controla evolución de paciente de 3 años que ingresa con ictericia, fiebre, taquicardia, en regular estado general, y se revisa la literatura.

Paciente previamente sano, que ingresa con ictericia, fiebre y signos clínicos de shock.

Luego de estabilización inicial, en base a examen clínico y estudios complementarios, se interpreta cuadro como shock anémico por hemólisis. Se decide su pase a UCI para monitoreo estricto, con requerimientos de ARM e inotrópicos, y soporte transfusional. Se indica Rituximab.

Se obtiene resultado de anticuerpos fríos C3bd con rescate de Mycoplasma en serologías.

### CONCLUSIÓN

La AHA es una situación clínica grave que puede comprometer la vida del paciente y, de no ser abordada rápidamente, puede llevar a la muerte.

Es una forma de presentación atípica de shock en pediatría, lo que puede retrasar su reconocimiento y tratamiento inicial.

El tratamiento debe ser precoz y con medidas de sostén para lograr la estabilización hemodinámica.

El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinario, evitando la exposición al frío, y en caso de compromiso hemodinámico, puede estar indicada la transfusión de glóbulos rojos, y la administración de corticoides, hemodrivados y/o anticuerpos monoclonales.

## ORIENTACIÓN PARA RADIÓLOGOS EN LA ATENCIÓN DE FRACTURAS FRECUENTES EN MIEMBRO SUPERIOR EN NIÑOS.

POS  
40

Ferreira P.<sup>1</sup>

HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERON<sup>1</sup>

El Hospital de Niños, es el único hospital pediátrico de la provincia asistiendo al mayor porcentaje de pacientes entre 1 mes-16 años de edad. Por la falta de médicos especialistas en el interior se muestran las aumentadas las interconsultas con derivaciones desde el interior e incluso de los distintos centros de salud de otras áreas hacia esta Institución. El paciente llega a la guardia del hospital con estudios radiográficos deficientes en la calidad y en la técnica. Por lo que en el Hospital se repiten estos estudios generando dos situaciones que deben considerarse: Primero, la demora en la obtención de un buen diagnóstico y rápido tratamiento. Y segundo la repetición los estudios radiográficos implica volver irradiar al paciente. Es ante esta dificultad que se comenzó, con el apoyo de la Asociación de radiólogos, la implementación de ateneos con la presentación de casos para capacitación de los radiólogos inexpertos en pediatría. Las radiografías de miembros son los estudios con mayor frecuencia solicitados en el Servicio de diagnóstico por imágenes por lo que se comenzó con esta propuesta con el desarrollo en este tema. Además de acompañar con la realidad provincial de la falta de médicos traumatólogos en el interior. En correlación con la bibliografía revisada las lesiones en miembros superiores en niños son las más frecuentes debido a sus actividades deportivas y sus juegos. Los niños presentan

características particulares en su esqueleto en desarrollo, entre las que se destaca la elasticidad de sus tejidos y zonas de mayor debilidad de acuerdo a su grado de maduración esquelética por las que se originan lesiones con patrones propios de la edad pediátrica.

Resaltando que las técnicas radiológicas requieren además de lo técnico, comprender el desarrollo normal del hueso, reconocer los distintos patrones y los tipos de lesiones de los niños. Un buen diagnóstico radiológico, en la mayoría de los casos, es suficiente para formular un plan de tratamiento por parte del médico y el radiólogo comprometido será de gran apoyo en la resolución de estos casos.

Objetivo: Capacitar a los radiólogos inexpertos en pediatría sobre fracturas frecuentes en miembro superior.

Diagnóstico: Repetición de estudios radiograficos de pacientes derivados de otras instituciones generando demora en el diagnóstico y tratamiento del paciente. Aumento de dosis de radiación en la población pediátrica.

Población de destino: Licenciados y Técnicos radiólogos con poca experiencia en pediatría.

Actividades de desarrollo: Ateneos sobre temas con mayor inconveniente.

Evaluación: En proceso.

## ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL DE TACROLIMUS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

PO  
41

Riva N.<sup>1</sup>; Pérez E.<sup>2</sup>; Galván M.<sup>3</sup>; Cáceres Guido P.<sup>4</sup>; Dip M.<sup>5</sup>; Licciardone N.<sup>6</sup>; Inventarza O.<sup>7</sup>; Schaiquevich P.<sup>8</sup>; Buamscha D.<sup>9</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>

<nataliarivahg@gmail.com>

Tacrolimus (FK) es el pilar de los esquemas inmunosupresores, siendo el inhibidor de calcineurina de elección para la prevención y tratamiento del rechazo en trasplante de órganos sólidos. Los productos de FK incluyen cápsulas y formulaciones intravenosas. Sin embargo, los niños tienen dificultades para tragar las cápsulas inmediatamente después del trasplante debido a la sedoanalgesia y asistencia respiratoria mecánica. Además, el FK intravenoso es muy tóxico. Por lo tanto, la administración sublingual (SL) es una alternativa para alcanzar niveles terapéuticos y evitar el rechazo temprano del injerto.

### OBJETIVO

Estudiar la seguridad y la eficacia de la administración de FK SL en pacientes pediátricos que no pueden deglutir cápsulas de FK por su corta edad, ventilación mecánica y/o sedoanalgesia durante su internación en la Unidad de Cuidados Intensivos en el post-trasplante hepático inmediato.

### MÉTODOS

Se estudiaron pacientes pediátricos con atresia de vías biliares trasplantados en 2014-2015. Se registraron las concentraciones sanguíneas de FK obtenidas de rutina previo a la administración del medicamento (C0), eventos adversos, parámetros clínicos e interacciones farmacológicas. Asimismo se registraron los episodios de rechazo agudo confirmados por biopsia. Se utilizó el test de Wilcoxon para muestras pareadas en el estudio de interacciones farmacológicas.

### RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes con una mediana (rango) de seguimiento y edad de 22 días(6-68) y 0,9años(0,6-6,3), respectivamente. Tres eventos adversos y 3 RA (nefrotoxicidad, hipomagnesemia y neurotoxicidad) ocurrieron durante el período de estudio. La mediana (rango) de dosis/día y los niveles de COFK fueron de 0,11 mg/kg (0,02-0,31) y 6,4ng/ml (2,0-23,2), respectivamente. Durante la administración concomitante de claritromicina, se observó un aumento significativo en los niveles de FK normalizados por la dosis ( $p < 0,05$ ).

### CONCLUSIÓN

Los parámetros de seguridad y eficacia de la administración de FK-SL se estudiaron en pacientes pediátricos trasplantados hepáticos que tuvieron dificultades para ingerir las cápsulas, bajo ventilación mecánica y/o sedoanalgesia. Según los niveles sanguíneos de FK alcanzados, la vía SL fue eficaz. La interacción FK-claritromicina puede afectar la seguridad de la administración de SL-FK. Este estudio enfatizó el rol del monitoreo terapéutico para mantener las concentraciones sanguíneas de FK en el rango terapéutico.



## SIMULACIÓN CLÍNICA COMO METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA EN LA FORMACIÓN DE POSGRADO: CASO SIMULADO DE SHOCK SEPTICO

PO  
42

Raul N.<sup>1</sup>; Bordogna A.<sup>2</sup>; Palacio G.<sup>3</sup>; Gonzalez G.<sup>4</sup>; Podestá M.<sup>5</sup>; Figuepron K.<sup>6</sup>; Cinquegrani K.<sup>7</sup>; Medici P.<sup>8</sup>; Allasia M.<sup>9</sup>  
HOSPITAL EL CRUCE/COMITÉ DE SHOCK PEDIÁTRICO SATI<sup>1 2 5 6 7 8</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ /  
COMITÉ DE SHOCK PEDIÁTRICO SATI<sup>3</sup>; HOSPITAL CHURRUCA/COMITÉ DE SHOCK PEDIÁTRICO SATI<sup>4</sup> ;  
HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALLASIA/COMITÉ DE SHOCK PEDIÁTRICO SATI<sup>9</sup>  
<norma.raul@hospitalelcruce.org>

### INTRODUCCION

El reconocimiento precoz y tratamiento agresivo de la sepsis en los primeros sesenta minutos son esenciales, pudiendo modificar su evolución natural y pronóstico. La simulación clínica permite aprender el manejo de una patología compleja, coordinar el trabajo en equipo y desarrollar actitudes personales, lo que podría mejorar la calidad de asistencia.

### OBJETIVOS

Analizar la eficacia de la jornada mediante un examen pre y post jornada y evaluar el manejo de pediatras en formación en un escenario simulado de shock séptico e identificar puntos a mejorar en el entrenamiento de los mismos.

### MATERIAL Y METODOS

Se realizaron jornadas dirigidas a pediatras en formación de 2º, 3º y 4º año. Consistieron en una clase teórica y un escenario de shock séptico sugerido por el Comité de Shock Pediátrico de la SATI en un centro de simulación clínica con simulador pediátrico de alta fidelidad. La evaluación teórica consistió en un examen pre y post jornada con nueve preguntas de opción múltiple y se aplicó el test estadístico para datos pareados Wilcoxon Signed Rank Test (WSRT). Se comparó el resultado de las preguntas entre sí a través del test estadístico Anova. La simulación se evaluó mediante un checklist que contempló anamnesis y comunicación, diagnóstico, manejo clínico y trabajo en equipo (puntaje de 0-2) y se analizó en datos porcentuales.

### RESULTADOS

Se realizaron 8 jornadas con un total de 92 participantes. El examen post jornada mostro mejores resultados con respecto al pre jornada, 11(RI 11-12) vs. 8,9 (RI 8-11), encontrándose una diferencia significativa (WSRT). Al comparar las respuestas entre sí mediante el test de Anova solo se observó una diferencia significativa en el pretest. Se realizaron 24 simulaciones habiendo resuelto correctamente el 57.6%. Los mejores resultados fueron obtenidos en el diagnóstico del shock (89,6%) y los peores en el trabajo en equipo (45%). La anamnesis y comunicación arrojó un 64.6% y el 58,3% realizo adecuadamente el manejo clínico del caso.

### CONCLUSION

Los médicos pediatras en formación saben identificar un cuadro de shock séptico, pero precisan mejorar su capacitación para tratarlo adecuadamente, siendo el aspecto critico a mejorar el trabajo en equipo. La actividad resulto un método educativo útil observándose una diferencia significativa en los resultados del posttest.

## MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

POS  
43

Bonetto G.<sup>1</sup>; Taffarel P.<sup>2</sup>; Gamerman M.<sup>3</sup>; Jorro Barón F.<sup>4</sup>; Debaisi G.<sup>5</sup>; Zifferman A.<sup>6</sup>; Acerenza M.<sup>7</sup>; Landry L.<sup>8</sup>; Selandari J.<sup>9</sup>; Gaviña C.<sup>10</sup>; Flores L.<sup>11</sup>; Fernández E.<sup>12</sup>; Clavel A.<sup>13</sup>; Cacciamano A.<sup>14</sup>; Capocasa P.<sup>15</sup>; Calvo B.<sup>16</sup>; Angos M.<sup>17</sup>  
SANATORIO ALLENDE<sup>1</sup>; HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE DE C.A.B.A.; SANATORIO SAGRADO CORAZÓN DE C.A.B.A.; HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA; HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA<sup>3</sup>; HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE DE C.A.B.A.<sup>4 5</sup>; SANATORIO SAGRADO CORAZÓN DE C.A.B.A.; HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN". C.A.B.A.<sup>6 7 8 9 10 11</sup>; HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON DE SAN JUAN<sup>12 13</sup>; HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA<sup>14</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA<sup>15</sup>; SANATORIO ALLENDE<sup>16</sup>; ENTE COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTES DE CÓRDOBA (E.CO.D.A.I.C.)<sup>17</sup>  
<germanbonetto\_@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La muerte encefálica (ME) es una condición determinada por el cese completo e irreversible de las funciones cerebrales. El mantenimiento de las funciones vitales crea una oportunidad para la donación de órganos, siendo la misma una necesidad insatisfecha en pediatría.

### OBJETIVO

Determinar la incidencia de ME en UTIPs, la proporción de ME clínicas no certificadas, y la relación entre donantes y receptores.

### PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y multicéntrico, que incluyó a todos los pacientes con ME de 7 Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPs) de Argentina durante el período 01/01/2013 al 30/09/2016.

### RESULTADOS

En las UTIPs donde se llevó a cabo el estudio, se registraron un total de 10541 ingresos, con una mortalidad global del 7,45%. El 19,14% de los pacientes fallecidos cumplían con los requisitos clínicos de ME, que fue certificada en el 13,4% de los óbitos (N=103), con mediana de edad de 84 meses, siendo sus principales causas el politraumatismo y la hipoxia/isquemia cerebral. En la certificación de ME, la combinación de EEG y test de apnea, tendiente

a evaluar corteza y tronco cerebral, respectivamente, fue la más utilizada (65%); los días transcurridos desde el ingreso a la UTIP hasta el diagnóstico de ME fueron 2 (0,8-5); y el tiempo de sostén de órganos, desde el diagnóstico de ME y la parada cardíaca o ablación, fue de 24 (12-24) horas. El 89% de las ME presentaron complicaciones, siendo la disfunción hemodinámica la más frecuente (63,2%), y 38 pacientes presentaron 3 o más complicaciones. De los 103 pacientes con ME, 16 fueron catalogados como NO ABORDADOS, cuando la parada cardíaca sobrevino previa a la evaluación por parte de la entidad reguladora o bien la misma se produjo en el proceso de evaluación. De los ABORDADOS (87) por el INCUCAI, 59 (67,8%) fueron descartados (59,3% NO APTOS y 40,7% NEGATIVA FAMILIAR). De los 28 casos de ME que cumplían criterios para ser donantes, en 26 se llevó a cabo el procedimiento (mediana de 10 años de edad); 19 fueron donantes reales (órganos sólidos y tejidos), mientras que los restantes 7 donaron sólo de tejidos. Se beneficiaron con el trasplante 72 pacientes que recibieron órganos sólidos, mientras que otros 50 pacientes fueron o serán potencialmente injertados con tejidos.

### CONCLUSIÓN

La ME representó 1% del total de ingresos. Los donantes efectivos representaron el 25% de los pacientes con ME confirmada. En el 68% de los sí donantes, se efectivizó el trasplante de órganos sólidos.

## NUEVA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DE RECUPERACIÓN CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE TUCUMÁN: 6 MESES DE FUNCIONAMIENTO

RPD  
45

Fagalde G.<sup>1</sup>; Chavez M.<sup>2</sup>; Ramasco L.<sup>3</sup>; Rearte A.<sup>4</sup>; Perea H.<sup>5</sup>; Juarez P.<sup>6</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS. TUCUMAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<gfagalde@gmail.com>

### INTRODUCCION

En Junio del 2016 se realiza la apertura de la UCIP de recuperacion Cardiovascular en el Hospital del Niño Jesús de Tucumán. Esta Unidad viene a completar lo iniciado con el programa de Cardiopatías Congénitas de la nacion que se puso en funcionamiento en la provincia durante el año 2010. Desde el inicio del programa la recuperacion de los pacientes posoperatorios de cirugía cardiaca congenita ingresaban a la UCIP polivalente del hospital. Debido al aumento de la demanda y la complejidad de las cirugías se plantea la necesidad de la apertura de una Unidad exclusiva para estos pacientes. Resultados desde su apertura se realizaron 60 cirugías el 58% de sexo masculino. 60% con Circulacion extracorporea. Categoria de riesgo segun RACHS 1: grupos 1,2,3 y 4. La mediana de estadia es de 6 dias y el modo de 3. El 74% tuvieron CVC y vias arteriales. El 32% utilizo ARM.

El 0.5% requirio VNI de salida del ARM. En relacion a los estandares de calidad tuvimos 1 infeccion asociada a CVC. 3 pacientes presentaron inestabilidad esternal de los cuales 1 requirio refijacion quirurgica.

Fallecieron 2 pacientes (ATRPV y Cirugía de Glenn) no relacionados a problemas quirurgicos. Se operaron entre otros CIA,CIV, DUCTUS, Ventriculo Unico (Fontan y Glenn), ATRPV, Tetralogias de Fallot, COA, etc.

### COMENTARIO

Esta presentacion tiene el objetivo de hacer conocer a la nueva Unidad. Par los proximos 3 años el desafio es realizar entre 150 y 180 cirugias cubriendo la baja y mediana complejidad del NOA y realizar cirugias con CEC en neonatos.

## ESTADÍA PROLONGADA EN UCIP DE PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) DEBIDO A POLIMORFISMO DE TETRAHIDROFOLATOREDUCTASA (THFR) Y SECUNDARIO A PRIMERA EXPOSICIÓN A METROTREXATE.

RPD  
46

Melendi G.<sup>1</sup>; Hernandez A.<sup>2</sup>; Picon A.<sup>3</sup>; Hernandez Y.<sup>4</sup>; Moreno R.<sup>5</sup>; Cardigni G.<sup>6</sup>

SANATORIO DE TRINIDAD DE PALERMO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<gmelendi@gmail.com>

### INTRODUCCION

En Argentina se registran 370 casos/año de LLA en pediatria. Se estima que un 30% ingresa a UCIP en algún momento de la enfermedad. La caracterización de la toxicidad por metrotrexate se ha beneficiado de la epigenética. En la Argentina existe tests para su diagnóstico.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 13 años con diagnóstico reciente de LLA ingresa a UCIP con signos de shock luego de recibir primer pasaje endovenoso de metrotrexate (protocolo 2 GTLA mM). Inicialmente requirió drogas vasoactivas, antibioticoterapia y oxígeno suplementario. Por sospecha de toxicidad se solicita dosaje de metrotrexate, mostrando niveles 4 veces lo esperado.

Debido al compromiso gastrointestinal por mucositis severa inicia nutrición parenteral total (NPT).

Luego de 15 días de internación presentó pancitopenia prolongada (26 días) asociada a fiebre que obligo a realizar cultivos y protocolo de búsqueda de focos profundos seriados. Luego de 4 semanas de estudios se aísla Candida albicans en sangre y Fusarium sp en piel y mucosas.

La estadía en UCI fue de 61 días, NPT 35 días y 45 días de antibióticos y antifúngicos (Fig. 1).

Se analizo los polimorfismos de la enzima THFR, encontrándose la variante A1298C (cambio de glutamato por alanina), que inhibe la metabolización correcta del metrotrexate. El costo de este test fue de 40 USD.

El paciente continuó con protocolo alternativo de quimioterapia logrando la remisión completa, sin nuevos ingresos a UCIP.

### DISCUSIÓN

Dos polimorfismos de la THFR se asocian a toxicidad severa, el C677T y el A1298C ampliamente descriptos en la literatura. En la Argentina, Felice et al, como parte del estudio multicéntrico Berlín-Frankfurt-Münster (BFM) describen el riesgo aumentado de leucopenia severa. El paciente descripto, heterocigota para el segundo polimorfismo, mostró las complicaciones adjudicadas a dicha variante, exponiéndolo a compromiso de vida y estadía prolongada en UCIP.

### CONCLUSIÓN

Los pacientes con LLA en la argentina se pueden beneficiar de los conocimientos actuales sobre la toxicidad de los quimioterápicos. Están disponibles test validados, accesibles, pudiendo disminuir la morbimortalidad y los altos costos de estadía en UCIP.

## INTOXICACIÓN GRAVE POR CARBAMAZEPINA

De Lillo L.<sup>1</sup>; Coria A.<sup>2</sup>; Wolfsteiner N.<sup>3</sup>; Azcárate A.<sup>4</sup>; Alesio H.<sup>5</sup>; Tiszler M.<sup>6</sup>; Colman C.<sup>7</sup>;  
Figueredo V.<sup>8</sup>; Di Benedetto C.<sup>9</sup>; Fiorillo R.<sup>10</sup>; Chavez X.<sup>11</sup>; Valencia D.<sup>12</sup>

UTIP HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDIATRÍA FEDERICO FALCÓN, DEL VISO, PILAR<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>  
<leonardodelillo@yahoo.com.ar>

RPD  
47

### INTRODUCCIÓN

La carbamazepina (CBZ) se utilizó inicialmente en el tratamiento de la neuralgia del trigémino y se aprobó como antiepiléptico a partir de 1974. Su uso ha ido en aumento, lo que determinó un mayor número de intoxicaciones agudas de causa accidental o intencional.

Reduce la liberación de glutamato, mediador de la neurotransmisión excitadora, y estabiliza las membranas neuronales bloqueando los canales sodio dependientes. Es además un potente agente anticolinérgico y el rango terapéutico es de 4 - 10 µg/ml.

Se metaboliza en hígado resultando un metabolito activo con similares propiedades que la CBZ, de gran importancia en caso de sobredosis.

La clínica de la intoxicación aguda es fundamentalmente neurológica y en casos graves ocurren síntomas cardiorespiratorios. El tratamiento de la intoxicación con CBZ se basa en el soporte de las funciones vitales y en el empleo de carbón activado.

### OBJETIVO

Describir un caso de intoxicación grave por CBZ y alertar a nuestros colegas sobre la importancia de un tratamiento precoz y monitoreo en la UTI.

### CASO CLÍNICO

Niña de 10 años de edad que ingresa a guardia con alteración del sensorio, la madre refiere ingesta de 20 comprimidos de CBZ de 200 mg. Vacunación incompleta, tuvo dos internaciones por neumonía durante el primer año de vida.

Se realizan medidas de rescate con carbón activado, laxante osmótico e hiperhidratación. El dosaje inicial de CBZ fue de 39,5 µg/ml.

Continúa con deterioro progresivo del sensorio, status convulsivo, se broncoaspira y pasa a UTI.

Permaneció en ARM 6 días, requirió inotrópicos por 72 hs y antibióticos.

El laboratorio mostró leucopenia, plaquetopenia, movilización de enzimas hepáticas, alteración del coagulograma y la CPK muy elevada. Al segundo día desarrolla un intenso íleo paralítico dificultando el descenso de los niveles plasmáticos de CBZ. Se indicaron enemas evacuantes y al recuperar el tránsito intestinal se retoma el carbón activado. Comienza con realimentación al 6° día.

Evolucionó favorablemente con descenso paulatino de los niveles de CBZ pasando a sala al 7mo día.

### CONCLUSIÓN

La intoxicación con CBZ con niveles plasmáticos de 27-35 µg/ml se considera grave. Las medidas generales apuntan a la estabilización con especial atención a la vía aérea, función respiratoria y cardiovascular. Los pacientes sintomáticos deben internarse hasta la mejoría de la clínica, evaluando el riesgo suicida y magnitud de ingesta. Es recomendable que con valores iniciales mayores a 20 se ingrese a UTI.

## EFICACIA PROPOFOL – FENTANILO VERSUS KETAMINA – PROPOFOL EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS QUE REQUIERAN SEDOANALGESIA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

Morilla L.<sup>1</sup>; Dominguez P.<sup>2</sup>; Gauto R.<sup>3</sup>; Portillo S.<sup>4</sup>; Watanabe M.<sup>5</sup>; Mesquita M.<sup>6</sup>; Pavlicich V.<sup>7</sup>

HOSPITAL GENERAL PEDIATRICO ACOSTA ÑU<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
<morillaslp@gmail.com>

PO  
48

### INTRODUCCIÓN

Una correcta sedo analgesia durante los procedimientos diagnósticos o terapéuticos dolorosos garantiza: control apropiado del dolor, éxito en los resultados y bajo número de efectos adversos

### OBJETIVO

Evaluar la eficacia del propofol–fentanilo (P/F) versus propofol–ketamina (P/K) en los procedimientos dolorosos en el DEP.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico aleatorizado controlado con cegamiento del evaluador. Se incluyeron pacientes de 6 meses a 18 años, ASA menor a 3, sometidos a sedoanalgesia para la realización de procedimientos dolorosos mayores en los meses de julio a diciembre del 2016. Variables: datos demográficos, tipo de procedimientos Tiempo sedación adecuada (Ramsay ≥4), Tiempo de analgesia adecuada (Campbell ≤3), dosis adicionales, tiempo de recuperación y efectos adversos. Los datos fueron analizados en SPSSv21, para comparar las medias se utilizó pruebas no paramétricas (Mann Whitney) y las variables cualitativas la prueba de chi cuadrado. Se consideró un error alfa inferior al 5%. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la institución con consentimiento informado.

### RESULTADOS

Se analizaron 60 procedimientos (30 en cada grupo). No hubo diferencias en: edad, sexo, tipo de procedimientos, duración de la infusión, duración del procedimiento y tiempo de recuperación.

El tiempo para alcanzar la sedación (minutos) fue mayor con P/F respecto a P/K : 2,77 ± 2,04 ( IC 95% 2 – 3,4) vs 1,4 ± 0,9 (IC95%1 – 1,7) p < 0, 001. El tiempo para alcanzar la analgesia adecuada P/F 3,92±3,1 (IC 95% 2,82 – 5) vs P/K 2,97±1,7 (IC 95%,2,37 -3,57) p < 0, 001. El P/F requirió mayor proporción de dosis adicionales, 80% vs 43% p<0,004 y tuvo más efectos colaterales 43.3% vs 16,6% p<0,024. La proporción de los efectos adversos, P/F vs P/K, fue: hipoxemia (36,6 vs 6) , vómitos (0 vs 3) , dolor en sitio de infusión (6 vs 0), laringoespasmos y urticaria (0 vs 3). La aparición de efectos adversos fue más rápida en el grupo P/F.

### CONCLUSIÓN

La combinación de P/F resultó menos eficaz que el P/K para los procedimientos dolorosos en el DEP debido a que alcanza el efecto de sedoanalgesia en mayor tiempo, requiere más dosis adicionales y posee más efectos colaterales.

## PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

*Boto A.<sup>1</sup>; Rino P.<sup>2</sup>; Santos S.<sup>3</sup>; Della Corte M.<sup>4</sup>; Reinoso G.<sup>5</sup>; Martínez A.<sup>6</sup>*

HTAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<botoanabella@live.com.ar>

PO  
49

### INTRODUCCIÓN

La MEP se dedica especialmente a la atención de situaciones que requieren intervención inmediata. Entre 25 y 30% de la población que visita los servicios de Emergencias son niños. En las últimas décadas aumentaron en el mundo los programas de formación de MEP a través de carreras universitarias, residencias, becas y diversos cursos.

### OBJETIVOS

Describir las características de un curso a distancia de MEP desarrollado desde el año 2012, dirigido a médicos y enfermeros, a nivel nacional, con certificación del H. Garrahan y la S.A.P.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe un curso que se desarrolla desde el 2012 y que cuenta con sedes en C.A.B.A., Pacheco, Pilar, Pehuajó, Córdoba, Resistencia, Santa Rosa, Formosa, Salta, Santa Fe, Rosario, Mendoza.

Estuvo dirigido a médicos y enfermeros con diferente nivel de formación que trabajan en MEP. Los docentes fueron médicos especialistas clínicos y quirúrgicos, y licenciados en enfermería. A través del campus virtual del H. Garrahan se utilizó el sistema Blackboard para presentación de las clases en PowerPoint y se adjuntó material bibliográfico.

### RESULTADOS

Participaron desde el año 2012 al 2016: 710 alumnos, 14 sedes distribuidas a lo largo del país y 62 docentes especialistas clínicos o quirúrgicos. Se brindaron clases teóricas de 90 a 120 minutos cada una. Se realizaron 2 evaluaciones al promediar y finalizar el programa, tuvieron 40 preguntas multiple choice cada una.

### CONCLUSIONES

Este programa, como otros que se realizan, intenta favorecer el crecimiento y desarrollo de la MEP. El aumento del número de inscriptos y la incorporación de nuevas sedes a lo del país apoyan la continuidad del programa. Consideramos que como parte de la educación continua de la MEP se debe proseguir con este tipo de cursos que favorecen el desarrollo de la Emergentología pediátrica.

## INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO EN URUGUAY LUEGO DE 10 AÑOS DE LA EPIDEMIA DE SAMR.

*Mas M.<sup>1</sup>; Tortora S.<sup>2</sup>; Morosini F.<sup>3</sup>; Hernandez K.<sup>4</sup>; Benítez M.<sup>5</sup>; Dall'orso P.<sup>6</sup>; Prego J.<sup>7</sup>*

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<marianamas@gmail.com>

PO  
50

En el año 2001 *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) adquirido en la comunidad emergió en Uruguay. Los gérmenes identificados en las infecciones de piel y partes blandas (P y PB) variaron, alcanzando un 60 % el SAMR adquirido en la comunidad. Fue necesario modificar el tratamiento empírico inicial de estas infecciones. Trabajos nacionales recientes muestran un nuevo cambio en las infecciones en niños hospitalizados. No hay datos de los agentes etiológicos responsables de las infecciones de tratamiento ambulatorio luego de 10 años de la epidemia del SAMR-com.

### OBJETIVO

Analizar la etiología de las infecciones de P y PB que reciben tratamiento ambulatorio. Determinar la prevalencia de SAMR y su sensibilidad a los antibióticos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyeron los niños que consultaron en el Departamento de Emergencia Pediátrica del CHPR por lesiones de P y PB tratados en forma ambulatorio con aislamiento de germen. Se realizó seguimiento telefónico a las 72 hs luego del alta. Período: 10 de diciembre de 2015 al 31 de marzo de 2016. Variables: edad, sexo, diagnóstico, aislamiento de germen, tratamiento indicado, evolución a las 72 hs.

### RESULTADOS

Consultas por P y PB: 797 (7 % del total). Ambulatorias 691. Ambulatorias con agente etiológico identificado: 194. Mujeres 102, edad: media y mediana 4 años. El diagnóstico más frecuente fue impétigo 181/194 (93%). Etiología: SA 152 (SAMS 151, SAMR 1), EBHGA 3, EBHGB 3, coinfecciones 32 (16%), otros 4. Las 32 coinfecciones fueron SAMS asociado a otro agente, 22 con EBHGA. Tratamiento antibiótico: tópico más oral 99, tópico 54, oral 21, sin antibiótico 20. Se logró seguimiento en 166 pacientes (86%). Presentaron buena evolución 165, requirieron nueva consulta 5 (4 controles, 1 aumento de las lesiones), ninguno fue hospitalizado.

### CONCLUSIONES

SA sólo o asociado sigue siendo el principal agente involucrado en las infecciones de P y PB que reciben tratamiento ambulatorio. SAMR fue el responsable del 47% de las infecciones estafilocócicas ambulatorias en el año 2004 en el mismo DEP. En esta SAMR serie representa el 0,6%. Los cambios epidemiológicos permiten elegir otros antimicrobianos para el tratamiento empírico inicial de las infecciones de P y PB más leves.

## SULFATO DE MAGNESIO INTRAVENOSO EN LA CRISIS ASMÁTICA 1<sup>ER</sup> AÑO DE EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA.

PO  
51

*Tortora S.<sup>1</sup>; Morosini F.<sup>2</sup>; Alonso B.<sup>3</sup>; Dall'orso P.<sup>4</sup>; Prego J.<sup>5</sup>*

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL<sup>1</sup>; HOSPITAL PEREIRA ROSSELL<sup>2,3,4,5</sup>

<tortorasol@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La crisis asmática es un motivo de consulta frecuente en la urgencia pediátrica. El tratamiento clásico se basa en broncodilatadores inhalados, corticoides sistémicos y oxigenoterapia. 15% de los pacientes tiene escasa respuesta al tratamiento inicial y requieren ascender en la escala terapéutica. En ocasiones es necesario el uso de broncodilatadores intravenosos, asociado a soporte respiratorio. El sulfato de magnesio, antagonista fisiológico del calcio, inhibe la contracción del músculo liso bronquial. La incorporación precoz de este fármaco podría contribuir a alcanzar el objetivo principal del tratamiento de la crisis asmática: evitar su progresión y la necesidad de soporte respiratorio invasivo.

### OBJETIVO

Comunicar el 1º año de experiencia incorporando sulfato de magnesio en el protocolo de tratamiento de crisis asmática moderada-severa en el DEP -CHPR.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Niños 2-14 años, que consultaron por crisis asmática y recibieron sulfato de magnesio en el periodo 23/06/14- 22/06/15. Se excluyeron niños con enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica. Protocolo de administración de sulfato de magnesio iv: 50 mg/k en 20 min diluido en dextrosa 5%, en la 1ª hora de tratamiento en la crisis asmática severa, o luego de la segunda hora en la moderada con mala respuesta al tratamiento de primera línea. La severidad de la crisis se determinó con el Pediatric

Asthma Score (PAS), puntaje mayor a 12 severa, moderada 8 a 11. Se evaluó respuesta positiva a las 2 hs con descenso del PAS. Se establecieron controles de presión arterial y conciencia.

### RESULTADOS

Se registraron 1278 consultas por Crisis Asmática. En 80 se utilizó Sulfato de Magnesio; 57 crisis severas y 23 moderadas. Mediana de edad 4 años. El PAS disminuyó en 52 pacientes, media de 2 puntos. 31 pacientes solo requirieron sulfato de magnesio como broncodilatador iv, en 49 se asoció otro (21 por persistir con criterios de severidad a pesar de responder a sulfato de magnesio y 28 por no responder). Ingresaron 39 pacientes a Cuidados Moderados, 40 a UCI, 1 se otorgó alta a domicilio. En 40 pacientes se asoció soporte respiratorio, 39 no invasivo (CNAF y/o VNI), 1 AVM que correspondió a una neumonía por B. Pertussis. No se reportaron efectos adversos al fármaco. No hubo fallecidos.

### CONCLUSIONES

La incorporación de sulfato de magnesio como terapia farmacológica en la crisis asmática que no responde a la primera línea de tratamiento resultó beneficioso, sencillo y sin efectos adversos. Esta estrategia sola o asociada a soporte respiratorio no invasivo permitió en pacientes respondedores reducir la necesidad de otros fármacos iv y el ingreso a UCI.

## USO DE KETAMINA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. APLICABILIDAD Y SEGURIDAD

PO  
52

*Tortora S.<sup>1</sup>; Más M.<sup>2</sup>; Dall'orso P.<sup>3</sup>; Morosini F.<sup>4</sup>; Prego J.<sup>5</sup>*

HOSPITAL PEREIRA ROSSELL<sup>1,2,3,4,5</sup>

<tortorasol@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La realización de procedimientos dolorosos es frecuente en los Servicios de Urgencia Pediátrica. Las técnicas de sedoanalgesia tienen el objetivo de controlar el dolor y la ansiedad, evitar los movimientos del paciente y proporcionar cierto grado de pérdida de memoria del procedimiento, a fin de permitir un procedimiento con éxito y seguridad, minimizando las respuestas psicológicas desfavorables, asociadas a intervenciones médicas dolorosas. Existen diferentes protocolos pediátricos para sedoanalgesia en procedimientos dolorosos. Uno de los más utilizados con buenos resultados es la asociación de Ketamina, Atropina y Midazolam.

### OBJETIVOS

Describir la experiencia en sedo-analgesia con ketamina en procedimientos dolorosos, en el DEP-CHPR.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Período: enero 2011-julio 2016.

### POBLACIÓN

Niños < 15 años en quienes se usó Ketamina vía intravenosa para procedimientos dolorosos. Fuente de datos: historias clínicas.

### RESULTADOS

Se incluyeron 97 pacientes, rango de edad 9m-14 años, mediana 5 años. Varones 53. Indicaciones: toracocentesis 56, procedimientos ortopédicos 34, extracción de cuerpo extraño 2, punción lumbar 3, intubación orotraqueal 1, reducción de hernia 1. Dosis utilizada: 0,5-2,5 mg/kg, media 1mg/kg. Se colocó acceso vascular para realizar sedoanalgesia en 38 pacientes, 59 lo requerían por su enfermedad de base. Fármacos utilizados: ketamina 17, ketamina-midazolam-atropina 41, ketamina-midazolam 21, ketamina- atropina 16, ketamina-midazolam-fentanyl 2. La sedoanalgesia fue realizado en todos los casos por el pediatra de guardia con monitorización cardiovascular y saturometría. El procedimiento diagnóstico o terapéutico pudo realizarse con éxito en 95/97 pacientes. Se registraron complicaciones en 3 pacientes: vómitos 2, taquicardia e hipotensión 1. En 64 pacientes se indicó admisión hospitalaria, vinculada a la enfermedad de base del niño y no a complicaciones del procedimiento, 22 pacientes se otorgó el alta hospitalaria desde el servicio de urgencias.

### CONCLUSIONES

La sedoanalgesia con ketamina sola o asociada con otros fármacos en procedimientos dolorosos en la urgencia pediátrica a cargo del pediatra de guardia resultó segura, efectiva. La monitorización del paciente durante y luego del procedimiento permite identificar y tratar las posibles complicaciones.

## SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS PEDIÁTRICOS. EXPERIENCIA CON LA ASOCIACIÓN FENTANIL-MIDAZOLAM EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

PO  
53

Mas M.<sup>1</sup>; Tortora S.<sup>2</sup>; Amarillo P.<sup>3</sup>; Morosini F.<sup>4</sup>; Dall'orso P.<sup>5</sup>; Prego J.<sup>6</sup>

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<marianamas@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La realización de procedimientos dolorosos es frecuente en los Servicios de Urgencia Pediátrica. Evitar el dolor, la ansiedad y realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos en forma segura debe ser considerado en todos los casos. Existen diferentes protocolos pediátricos de sedoanalgesia recomendados para su uso en los servicios de urgencia. En Uruguay los más utilizados en pediatría en el área de urgencia son la asociación fentanil-midazolam y ketamina-midazolam-atropina.

### OBJETIVOS

Describir la experiencia en sedo-analgesia con Fentanilo en procedimientos dolorosos, en el DEP-CHPR.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Período: enero 2011-julio 2016. Población: Menores de 15 años en quienes se usó Fentanilo iv para procedimientos dolorosos. Fuente de datos: historias clínicas.

### RESULTADOS

N= 256. Edad media 9 años (rango: 1-15). Varones 192 (75%). Indicación de sedoanalgesia: procedimientos ortopédicos 234; punción diagnóstica ósea o articular 9, toracocentesis 6, exploración y sutura de heridas 3, drenaje de abscesos 2, extracción de cuerpo extraño 1, punción lumbar 1. La sedoanalgesia fue realizada por el pediatra de guardia capacitado en sedoanalgesia y soporte vital avanzado, con monitorización cardiovascular y oximetría. En todos los pacientes se utilizó fentanilo, 0,5-3  $\mu$ /kg, media

1  $\mu$ /kg. 255 asociado a Midazolam, 1 a dipirona. 85 % requirieron colocar un acceso vascular para sedoanalgesia. Presentaron efectos adversos 3 niños (1%): tos y desaturación, broncoobstrucción (niño cursando crisis asmática leve), depresión de conciencia. No requirieron soporte vital avanzado, ni modificar el destino del paciente. El 82% de los pacientes permaneció en el DEP menos de 2hs luego del procedimiento. Fueron dados de alta a domicilio 178 pacientes (70%).

### CONCLUSIONES

La sedo analgesia con midazolam-fentanilo a cargo del pediatra de guardia, con el niño monitorizado resultó eficaz y segura en esta serie. Permitió la realización de los procedimientos sin complicaciones y el alta a domicilio desde la emergencia en pocas horas en la mayoría de los casos. La necesidad de disponer de un acceso vascular solo para administrar fármacos durante el procedimiento es una debilidad que debe evaluarse detenidamente. La administración por vías alternativas que eviten la punción con aguja es un desafío futuro que los autores deberán considerar, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, el riesgo de su enfermedad de base y la profundidad de la sedación requerida.

## CATETER NASAL DE ALTO FLUJO EN NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS CON CRISIS ASMÁTICA MODERADA-SEVERA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.

PO  
55

Morosini F.<sup>1</sup>; Tortora S.<sup>2</sup>; Amarillo P.<sup>3</sup>; Alonso B.<sup>4</sup>; Mas M.<sup>5</sup>; Dallorso P.<sup>6</sup>; Prego J.<sup>7</sup>

CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<morosinifa@gmail.com>

### INTRODUCCION

La oxigenoterapia por catéter nasal de alto flujo (CNAF) es un recurso terapéutico para el tratamiento de diversas enfermedades que cursan con insuficiencia respiratoria aguda en la población pediátrica. Su uso se ha estudiado ampliamente en lactantes con infección respiratoria aguda en cuidados intensivos y moderados. Hay pocos trabajos en niños mayores en el ámbito de la urgencia pediátrica. Esta técnica se aplica en Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) desde 2011 en sala de cuidados moderados en menores de 2 años y desde 2013 en forma precoz en el Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP) en lactantes con broncoobstrucción. Publicaciones recientes avalan su aplicación en niños de todas las edades que requieren soporte respiratorio. La crisis asmática con insuficiencia respiratoria es el motivo más frecuente.

### OBJETIVOS

Comunicar la experiencia con el uso de CNAF en pacientes mayores de 2 años con crisis asmática moderada-severa en el DEP-CHPR.

### PACIENTES Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de niños mayores de 2 años con crisis asmática asistidos con CNAF en DEP-CHPR entre el 1/6/13 – 31/08/2016. La severidad de la crisis asmática se evaluó con Pediatric Asthma Score (severa > 11, moderada 8 a 11). Se utilizó equipo Fisher Paykel, con flujímetro de hasta 70 L/min.

### RESULTADOS

Se incluyeron 78 pacientes. Sexo femenino: 41. Crisis asmática moderada 34; severa 44. PAS: media 11 (9-14). Se indicó CNAF por persistencia de síndrome funcional respiratorio e insuficiencia respiratoria post broncodilatadores según pauta. Flujo máximo: media 30L/m (12 – 60). Duración de OAF en DEP: media 15 h (1-46). Recibieron CNAF como único tratamiento de soporte respiratorio: 42; continuaron con ventilación no invasiva 33. En 3 pacientes se indicó AVM por insuficiencia respiratoria severa. En 1 paciente se constató neumotórax hipertensivo en una radiografía realizada post inicio CNAF. No se registraron fallecimientos.

### CONCLUSIONES

CNAF resultó un recurso terapéutico de fácil aplicación y rápido acceso en la urgencia para el tratamiento de estabilización inicial de niños mayores de 2 años con fallo respiratorio. Se utilizaron flujos promedio de 2L/k/min, con buena tolerancia. Constituyó el único soporte respiratorio en la mitad de este grupo de pacientes. Su indicación precoz en el tratamiento progresivo y escalonado de la crisis asmática moderada y severa en la emergencia ha ido en aumento. Seguramente ésta observación deberá considerarse en la elaboración y actualización de protocolos de atención de la crisis asmática

## USO DE NITROPRUSIATO DE SODIO EN CRISIS HIPERTENSIVAS, ESTUDIO RETROSPECTIVO

PO  
56

Acosta P.<sup>1</sup>; Cinqui G.<sup>2</sup>; Garcia M.<sup>3</sup>; Nogueira M.<sup>4</sup>

H. GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<pameacosta@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las crisis hipertensivas se definen como valores de tensión arterial (TA) 5 mmHg por encima del p99 para la edad, talla y sexo, y suponen una grave amenaza para la vida o la función de órganos vitales. Se clasifican en emergencia o urgencia en relación al compromiso o no de órgano blanco. Si bien es infrecuente, su reconocimiento temprano y manejo adecuado son fundamentales por su potencial riesgo. Son pocos los fármacos disponibles y su uso en pediatría continúa siendo off label en la mayoría de los casos.

### OBJETIVO

El objetivo primario es valorar la respuesta a la 48 horas de infusión de nitroprusiato de sodio (NPS), clasificando los valores de TA como normales, hipertensión sin crisis o crisis hipertensiva según edad, sexo y talla. El objetivo secundario es describir la aparición de eventos adversos graves relacionados al uso de las mismas.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, donde se analizaron los pacientes internados en el Hospital de Pediatría J. P. Garrahan, en el período comprendido entre el 01/01/2014 y el 30/11/2016. Se recopiló la información a partir de la base de datos de Farmacia y las Historias Clínicas informatizadas. Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre 1 mes y 16 años, con diagnóstico de crisis hipertensiva que recibieron

tratamiento endovenoso con NPS. Los criterios de exclusión fueron: pacientes postquirúrgicos de cirugía cardiovascular. Se tomó como punto de corte 48 horas para valorar la respuesta a la droga, ya que es el tiempo recomendado para la normalización de la TA en las crisis hipertensivas y el tiempo de infusión de NPS máximo sugerido para disminuir el riesgo de toxicidad.

### RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes tratados con NPS. Luego de 48 horas de infusión continua, 21 pacientes (56,7%) habían resuelto la crisis hipertensiva, y 16 de los mismos (43,2%) tenían valores de TA dentro de límites normales. 16 pacientes (43,2%) continuaron en crisis hipertensiva. No se reportaron efectos adversos graves en ninguno de los pacientes incluidos.

### CONCLUSIÓN

En relación al tiempo recomendado de uso del NPS y los resultados obtenidos a las 48 horas, donde casi la mitad de los pacientes continuaban con valores de TA en rango de crisis hipertensiva, impresiona lógico considerar otras drogas en el manejo de la misma. Sin embargo, se necesitan más estudios para arribar a esta conclusión.

## ECMO EN RECUPERACIÓN CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN ARGENTINA.

PO  
57

Pilan M.<sup>1</sup>; Moreno G.<sup>2</sup>; Krynki M.<sup>3</sup>; Ponce G.<sup>4</sup>; Montonati M.<sup>5</sup>; Cornelis J.<sup>6</sup>; Magliola R.<sup>7</sup>; Quiros R.<sup>8</sup>; Garcia Delucis P.<sup>9</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>

<mlpilan@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital se reparan 600 pacientes con cardiopatía congénita por año, con una mortalidad del 5%. La mejora sostenida en los resultados, junto con el aumento en volumen y complejidad de las cirugías nos llevó a comenzar un programa de ECMO en 2006.

### OBJETIVO

describir nuestra población y resultados, evaluar mortalidad y factores de riesgo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo de los ECMOs cardíacos 2006 - 2016. Se registraron variables demográficas, diagnóstico, cirugía, RACHS-1, momento de colocación, tipo de canulación, días de asistencia y de internación, complicaciones, sobrevida y seguimiento. Se analizaron como factores de riesgo: edad, peso, RACHS-1, patología uní o biventricular, momento de colocación, días de asistencia e internación, y complicaciones. En el seguimiento se evaluaron capacidad funcional y estado neurológico. Análisis estadístico descriptivo, y bivariado para factores de riesgo ( $p$  significativa <0.05).

### RESULTADOS

En 5,295 admisiones, 72 pacientes requirieron ECMO (1,37%). La edad mediana fue 6,5 meses (3 d- 27a); peso 5,5 kg (2.3-75); tiempo de bomba 188 min (54-701); de clampeo 92 min (30-180). El 12% (n=9) de los pacientes tuvo reparación univentricular. El 66% de los procedimientos fueron RACHS 3 y 4. La canulación fue en quirófano en 34 casos (47%). La mediana de asistencia fue 3 días (1- 12), de internación 20 (1- 34). La sobrevida al alta 49%, y 8 pacientes fallecieron durante el seguimiento. La complicación más frecuente fue la hemorragia (57%). El peso ( $p=0.018$ ), y los inotrópicos en asistencia ( $p=0.012$ ), fueron factores de riesgo de mortalidad.

### CONCLUSIÓN

La sobrevida al alta fue similar a los estándares internacionales. La complicación más frecuente fue la hemorragia, que no se asoció con mortalidad. El peso, y el requerimiento de inotrópicos en asistencia, fueron factores de riesgo de mortalidad en nuestra serie.

## HIPOTONÍA Y RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A HIPOKALEMIA EXTREMA COMO MANIFESTACIÓN DEBUT DE ENFERMEDAD CELÍACA

RPD  
58

Penazzi M.<sup>1</sup>; Galiana G.<sup>2</sup>; Baitaj M.<sup>3</sup>; Mari E.<sup>4</sup>; Pacheco P.<sup>5</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO, SAN JUSTO<sup>1,2,3,4,5</sup>

<matupenazzi@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La rabdomiolisis aguda es un síndrome clínico y bioquímico, multifactorial, caracterizado por lisis de células de músculo estriado y consecuente liberación de CPK y mioglobina al torrente sanguíneo. Las manifestaciones clínicas son variables, desde asintomáticas hasta mialgias y debilidad muscular. La hipopotasemia es una causa excepcional, pudiendo ser secundaria a distintas entidades, entre ellas, procesos malabsortivos como la Enfermedad Celíaca.

### OBJETIVO

A través de la presentación de un caso clínico, describir y analizar esta asociación poco frecuente y así modo aportar herramientas al enfoque diagnóstico de un paciente que se presente con hipotonía y rabdomiolisis aguda de causa incierta.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Presentación del caso clínico de una paciente que requirió internación por hipotonía severa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño de San Justo.

### RESULTADOS

Niña de 3 años, 11 kg que se internó en Pediatría por presentar diarrea y vómitos de 7 días de evolución y progresión con decaimiento, debilidad muscular y dificultad para la deambulacion. Evolucionó con insuficiencia y claudicación respiratoria por lo que se intubó y derivó a UTIP. Examen físico inicial: deshidratación moderada, desnutrición

severa, hipotonía severa global con arreflexia periférica y conservación funcional de pares craneales. Diagnóstico presuntivo inicial: Síndrome de Guillain Barre. Laboratorio de ingreso: hipokalemia severa (1 mEq/l), hipoalbuminemia, aumento de CPK (7300). Se inició algoritmo de estudio para hipotonía aguda y desnutrición. Se corrigió hipokalemia y otras alteraciones del medio interno. Evolucionó con recuperación del tono muscular y ROT paralelamente a la mejoría electrolítica y extubación a los 7 días. Citoquímico de LCR a la semana de su ingreso: normal. Se arribó al diagnóstico de Crisis Celíaca tras recibir resultados positivos para anticuerpos anti gliadina y posterior confirmación por biopsia intestinal.

### CONCLUSIÓN

Se describió el diagnóstico de debut celíaco en una paciente con claudicación respiratoria por hipotonía aguda severa secundaria a rabdomiolisis por hipokalemia. Teniendo en cuenta que no se trata del principal diagnóstico diferencial del paciente hipotónico y a la vista de los resultados, se refuerza el concepto de jerarquización del interrogatorio y el examen físico detallados y dirigidos.

## USO DE BIOFIRE FILMARRAY® PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS POR PARAECHOVIRUS. REPORTE DE CASOS

PO  
59

Llano Lopez L.<sup>1</sup>; Reischl A.<sup>2</sup>; Oetzmann Von Sochaczewski C.<sup>3</sup>; Gehring S.<sup>4</sup>

HOSPITAL NOTTI<sup>1</sup>; UNIVERSITÄTSMEDIZIN MAINZ<sup>2,3,4</sup>

<luishermanllano@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El paraechovirus, de la familia picornaviridae, puede causar patologías que varían desde formas leves hasta formas graves como meningitis, encefalitis y miocarditis. El grupo de mayor riesgo son los menores de tres meses. También puede presentarse como sepsis severa, que requiere tratamiento agresivo en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). El diagnóstico se basa en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de líquido cefalorraquídeo. Presentamos los primeros cuatro casos de meningitis por paraechovirus humano diagnosticados con BioFire FilmArray®, técnica de PCR que proporciona el resultado dentro de la primera hora de admisión, en pacientes con diagnóstico de sepsis.

### CASOS

Paciente 1: Paciente de 7 días de edad, nacida de 39 semanas de gestación, peso al nacer de 2870 g, presentaba rechazo del alimento, ictericia leve, fontanela ligeramente deprimida y somnolencia con tres criterios SIRS presentes (tabla 1). Se administró volumen con NaCl al 0,9% (30 ml/kg), y terapia antibacteriana empírica con Ampicilina y Gentamicina.

Paciente 2: Paciente de 22 días de edad, nacido de 38 semanas de gestación, peso al nacer de 3960 g, fue admitido por rechazo del alimento, vómitos e ictericia leve, relleno capilar de 5 segundos y extremidades frías. Cumplió 3 de 4 criterios SIRS (tabla 1). Recibió tratamiento empírico con Ampicilina y Gentamicina.

Paciente 3: Paciente de 8 días de edad, nacido a término con un peso al nacer de 3830 g, presentaba rechazo del alimento, debilidad muscular y piel marmórea. Se observaron tres de cuatro criterios SIRS (tabla 1). Requiere volumen con NaCl al 0,9% (30 ml/kg) e inició tratamiento empírico con Ampicilina, Gentamicina y Cefotaxima. A las 24hs del ingreso, presentó episodio convulsivo con exantema plantar autolimitado típico.

Paciente 4: Paciente de 12 días de edad, nacida de 39 semanas de gestación, peso al nacer de 3470 g, internada por irritabilidad y presencia de cuatro criterios SIRS (tabla 1). Requiere volumen con NaCl al 0,9% (40 ml/kg). Se inició tratamiento

empírico con Ampicilina, Gentamicina y Aciclovir. Se decide pase a sala común luego de 48hs en UCIP (tabla 1)

### CONCLUSIÓN

El BioFire FilmArray® permitió diagnosticar la infección por paraechovirus dentro de la primera hora de admisión. Esto redujo el tiempo de internación en UCIP, en sala común así como el tratamiento antibiótico.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad	7 días	22 días	8 días	12 días
Peso	2.34 kg	4.7 kg	3.82 kg	3.5 kg
Frecuencia Cardíaca	195/min	224/min	170/min	230/min
Frecuencia Respiratoria	78/min	70/min	54/min	50/min
Temperatura Corporal	38.5°C	39.3°C	39.0°C	40.0°C
Leucocitos	8.190 cél/mm <sup>3</sup>	3.160 cél/mm <sup>3</sup>	11.000 cél/mm <sup>3</sup>	4.260 cél/mm <sup>3</sup>
Proteína C Reactiva	3.5 mg/L	7 mg/L	1.3 mg/L	0.95 mg/L
Interleuquina 6 suero	188 pg/mL	127 pg/mL	361 pg/mL	296 pg/mL
Recuento Plaquetario	429.000 cél/mm <sup>3</sup>	258.000 cél/mm <sup>3</sup>	180.000 cél/mm <sup>3</sup>	355.000 cél/mm <sup>3</sup>
Ácido Láctico suero	4.8 mmol/L	1.7 mmol/L	2.6 mmol/L	3.1 mmol/L
Cultivo Líquido Cefalorraquídeo	-	-	-	-
Hemocultivos	-	-	-	-
Cultivo de Materia Fecal	-	-	-	-
Terapia antibiótica	5 días	5 días	4 días	3 días
Internación en UCIP	2 días	2 días	2 días	2 días
Internación Hospitalaria Total	6 días	6 días	5 días	6 días



## ¿CÓMO FIJAMOS EL TUBO ENDOTRAQUEAL EN UCI?

Bosniak A.<sup>1</sup>; Donato E.<sup>2</sup>; Landin A.<sup>3</sup>; Monzon A.<sup>4</sup>; Gomez R.<sup>5</sup>; Ottati N.<sup>6</sup>; Zuazaga M.<sup>7</sup>

HOSPITAL J. P. GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<alejandro.bosniak@gmail.com>

PO  
60

### INTRODUCCIÓN

La fijación del TET es una práctica común en las UCI y la carencia de una adecuada corroboración es causal de extubaciones no programadas (ENP) que, entre otros factores, contribuyen a prolongar la estadía hospitalaria. El objetivo de este trabajo ha sido obtener datos concretos de las prácticas de los enfermeros en la fijación de TET, así como materiales y complicaciones asociadas.

### DISEÑO

Encuesta descriptiva.

### DESCRIPCIÓN

Se realizó una encuesta a enfermeros de UCIP, UCIN y quemados, que contaba con 9 preguntas, de las cuales 4 fueron abiertas y 5 cerradas, en un lapso de tres días.

### RESULTADOS

Se encuestaron 125 enfermeros de ambos sexos. El 63 % se desempeña en el área de UCIP, el 26% en el área de Neonatología y el 11% en área de Quemados. El 88% de los enfermeros basan su método en la utilización de cinta, mientras que el 12% prefiere la venda de tela. El 64% opta por la técnica de tres tiras, mientras que el 33% elige la técnica tipo pantalón de Neonatología y el 3% otros métodos. El 34% de los encuestados no tiene preferencia por la cinta a utilizar, el 22% opta por la cinta de óxido de zinc, el 16% elige la cinta de seda, el 15% prefiere Tensoplast, el 7% otros y el 6 % concuerda que lo importante es la calidad del material.

En situaciones especiales, como quemados o lesiones dérmicas, un 42% mencionó que utilizaría venda de tela, el 8% otros, el 5% cinta, y el 3% punto de sutura y venda, sin embargo el 42% manifestó desconocer los métodos de fijación. En cuanto a la técnica considerada como correcta el 43% optó por la técnica de tres tiras, el 27% sostiene que no existe una técnica de fijación ideal ya que la misma dependerá del estado del niño, el 19% se inclina por la técnica pantalón de Neonatología, 6% otros y el 5% venda. Con respecto a las complicaciones asociadas, el 54% mencionó el desplazamiento como la causa más prevalente, el 31% optó por la extubación, el 10% otras y el 5% refiere desconocer.

### CONCLUSIONES

Nada podría reemplazar el hábito de la corroboración, prácticas seguras durante procedimientos, así como sedo-analgésia efectiva y adecuada relación paciente-enfermero.

La necesidad de elaborar una estrategia de monitorización continua por parte del equipo de salud acerca de la técnica de fijación, podría ser el puntapié inicial en la mejora de la calidad de atención.

## PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN EVENTOS CRÍTICOS CON UNA ESTRATEGIA DE SIMULACIÓN IN SITU. EXPERIENCIA PILOTO EN UNA UNIDAD DE RECUPERACIÓN CARDIOVASCULAR

Krynski M.<sup>1</sup>; Montonati M.<sup>2</sup>; Cordisco B.<sup>3</sup>; Dominguez E.<sup>4</sup>; Bravo N.<sup>5</sup>; Villois F.<sup>6</sup>; Vassallo J.<sup>7</sup>; Magliola R.<sup>8</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<marikrynski@hotmail.com>

POS  
61

### INTRODUCCIÓN

La capacitación del equipo de salud con estrategias educativas basadas en simulación es una modalidad creciente. Sin embargo, realizarlas en los centros de simulación requiere alejar al personal de su lugar de trabajo por tiempos variables, con las dificultades que implica en las áreas críticas. La simulación de escenarios en los lugares de trabajo, con los profesionales y los recursos existentes en la Unidad, es una modalidad alternativa atractiva para mantener las competencias de estos profesionales.

### OBJETIVOS

Describir la implementación de un Programa de Capacitación en Eventos Críticos en UCI con Simulación in situ.

Diseño: Estudio descriptivo

Lugar: UCI 35. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"

Población: Equipo de salud de la unidad

Intervención: Se confeccionaron escenarios de alta fidelidad de pacientes en el posoperatorio inmediato de CCV. Cada módulo consto de una introducción y repaso de los objetivos del entrenamiento, un escenario clínico simulado con alta fidelidad y una devolución estructurada, en un entorno seguro y confidencial para consolidar el aprendizaje de las competencias específicas.

Mediciones: Se midió satisfacción y confianza pre y post simulación mediante encuestas con escalas tipo Likert. Los resultados se expresan en valor absoluto y porcentaje.

### RESULTADOS

Se realizaron 4 módulos, participaron 26 profesionales, 8 médicos y 18 enfermeros. Se analizaron 24 encuestas de satisfacción y 25 de confianza. Para el 100% de los participantes los temas tratados fueron relevantes, el escenario cubrió sus expectativas, y aportó al trabajo en equipo. Previo al curso un 12% se manifestó poco confiado para resolver un evento crítico, el 100 % de los participantes se manifestó confiado o muy confiado al finalizar el mismo.

### CONCLUSIONES

El Programa de Capacitación en Eventos críticos con Estrategia de Simulación in situ, conto con buena aceptación y alta satisfacción de los participantes. La posibilidad de entrenar a los profesionales en un espacio seguro, confiable y sin riesgo para los pacientes hacen de la simulación in situ una alternativa para reflexionar sobre el desempeño profesional del equipo de salud y mejorar la calidad de atención de los pacientes a su cargo.

## HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

RPD  
62

Mariani A.<sup>1</sup>; Miauro J.<sup>2</sup>; Navarro G.<sup>3</sup>; Rivello G.<sup>4</sup>; Parma G.<sup>5</sup>; Derenbaum L.<sup>6</sup>; Garcia C.<sup>7</sup>; Motto E.<sup>8</sup>; Bruno D.<sup>9</sup>; Ravagnani E.<sup>10</sup>; Gutierrez D.<sup>11</sup>; Selandari J.<sup>12</sup>

SANATORIO GÜEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>

<marianialiciamonica@gmail.com>

### OBJETIVOS

Presentar dos pacientes que presentaron hemangioendoteloma Kaposiforme (HK). Destacar la importancia de reconocer una patología poco frecuente, con formas diversas de presentación y compromiso potencialmente grave de presentación en la infancia.

**Caso Clínico 1:** paciente 12 años, ingresa en unidad de terapia intensiva pediátrica (UCIP) con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, sin compromiso hemodinámico, requirió transfusión de glóbulos rojos sedimentados, omeprazol e infusión de octreotida. La niña tenía diagnóstico previo de HK, había recibido tratamiento médico: corticoides e interferón, además de laser terapia con argón y embolización en repetidas oportunidades, en otra institución. Evaluada en forma conjunta por los servicios de UCIP, gastroenterología y cirugía pediátrica, se decide resear el segmento comprometido: duodeno, con el objetivo de disminuir los episodios de sangrado que ponían en riesgo la vida de la paciente.

**Caso Clínico 2:** paciente sexo masculino, 5 meses de vida, ingresa con diagnóstico de derrame pericárdico recurrente, derivado de otra institución. **Antecedente:** desde los tres meses de vida presento derrame pericárdico en tres oportunidades, que requirieron drenaje. Al ingreso a UCIP se constata por ecocardiograma que el niño tiene derrame pericárdico grado II, se solicitan serologías, es evaluado por reumatología, inmunología y hematoconcoología, porque presentaba plaquetopenia y trastornos de coagulación; se realiza PAMO. En controles ecocardiográficos seriados, el derrame progresa a grado III.

A los quince días del ingreso, se interviene por esternotomía mediana para drenaje de derrame pericárdico y eventual pericardiectomía. Se obtiene líquido hemorrágico y se detecta masa en mediastino anterior que es biopsiada. Anatomía patológica informa: hemangioendoteloma Kaposiforme. Discusión: El HK es una neoplasia de bajo grado, que afecta sólo a niños, no metastiza, pero su pronóstico depende de su localización y posibilidades de resección. Es frecuente que se asocie a síndrome de Kasabach-Merrit. Su diagnóstico es difícil, según una estadística del Children's Hospital de Boston, un centro de referencia para anomalías vasculares en pediatría, el 75% de los niños referidos a este centro llegaban con diagnóstico y tratamiento incorrecto. Nuestros pacientes no tenían lesiones en piel, frecuentes en el HK. La presentación de tumor mediastinal del caso 2 no es infrecuente. En la bibliografía hay descrito por lo menos un caso de derrame pericárdico congénito. La presentación gastrointestinal es más rara, a nivel abdominal el HK se localiza más frecuentemente en retroperitoneo. El diagnóstico depende de una combinación de estudios de imágenes y anatomía patológica. Requiere manejo multidisciplinario.

### CONCLUSIÓN

el HK una neoplasia de partes blandas de origen vascular, afecta a lactantes y niños, puede tener diversas formas de presentación. Estar preparados para adecuar la atención a las necesidades del paciente y trabajar en equipo multidisciplinario, puede mejorar la calidad y pronóstico de vida de estos pacientes.

## ¿LA VANCOMICINA ES SUFICIENTE PARA TRATAR UN PACIENTE CON ENDOCARDITIS BACTERIANA POR ESTAFILOCOCO METICILINO-RESISTENTE (SAMR)? CASO CLÍNICO

RPD  
63

Mariani A.<sup>1</sup>; Miauro J.<sup>2</sup>; Navarro G.<sup>3</sup>; Rivello G.<sup>4</sup>; Motto E.<sup>5</sup>; Parma G.<sup>6</sup>; Derenbaum L.<sup>7</sup>; Garcia C.<sup>8</sup>; Corazza R.<sup>9</sup>; Ravagnani E.<sup>10</sup>; Gurtierrez D.<sup>11</sup>; Selandari J.<sup>12</sup>

SANATORIO GÜEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>

<marianialiciamonica@gmail.com>

### OBJETIVOS

Presentar un paciente con endocarditis bacteriana por SAMR, tratado con dosis adecuadas de vancomicina, que requirió la utilización de daptomicina para negativizar cultivos y recambio valvular para lograr resolución del cuadro.

Presentamos un paciente de quince años de edad, previamente sano, derivado de otra institución con diagnóstico de endocarditis bacteriana mitral, con desarrollo de SAMR. El paciente inicio tratamiento cuatro días antes del ingreso a nuestra institución con vancomicina en dosis adecuada, con hemocultivos tomados cada 48 horas con bacteriemia persistente. Al ingreso en el sanatorio, con paciente hemodinámicamente compensado, sin requerimiento de inotrópicos. Se evaluó conjuntamente con cardiología y cardiocirugía, que descartaron la necesidad de cirugía en ese momento. Guiados por Infectología y con vancocinemia en rango terapéutico, se agregó trimetoprima-sulfametoxazol (TMS), conjuntamente con infectología. El paciente evolucionó con fiebre persistente, lesiones en piel, abscesos cerebrales. Se mantuvo bacteriémico durante 10 días desde inicio de tratamiento, hasta rotar vancomicina a daptomicina, conjuntamente con TMS. Durante el seguimiento ecocardiográfico, la función de la válvula mitral desmejoró en forma progresiva y requirió recambio quirúrgico de la válvula mitral por válvula protésica. Las lesiones cerebrales no requirieron drenaje quirúrgico, y al momento del egreso se habían resuelto en los controles tomográficos.

### CONCLUSIONES

La vancomicina fue inefectiva en controlar la bacteriemia, el primer antibiótico que se indica habitualmente en infecciones sistémicas por SAMR. Se utilizó daptomicina, un antibiótico con menos experiencia en pediatría, que logró la negativización de la bacteriemia. Sin embargo, requirió recambio valvular por empeoramiento progresivo de la función de la válvula mitral.

## VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ¿CÓMO LO USAMOS HOY?

PO  
64

*Nogueira M.<sup>1</sup>; Suarez F.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>; Selandari J.<sup>4</sup>*

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<manuelnogueira24@gmail.com>

### INTRODUCCION

Desde hace 20 años usamos en UCIP la ventilación de alta frecuencia (VAF) como estrategia frente a casos de hipoxemia refractaria. Sin embargo estudios recientes han mostrado controversia sobre su impacto en la mortalidad y mejoría en la oxigenación.

CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO Descriptivo, prospectivo no intervencional

### OBJETIVO

Evaluar el impacto en la mortalidad, características de la población que han ingresado en ventilación de alta frecuencia, complicaciones y evolución de parámetros de oxigenación.

### POBLACION DEL ESTUDIO

Pacientes pediátricos (mayores de 1 mes y menores de 21 años) que ingresaron en ventilación de alta frecuencia en la UCIP del Hospital Juan P. Garrahan desde mayo a diciembre de 2016. Los equipos de VAF en los cuales el personal se encuentra debidamente capacitado son Sensor Medics A y B y SLE 5000.

CRITERIOS DE EXCLUSION Pacientes con cardiopatía congénita cianótica no corregida y los pacientes menores de 1 mes de vida.

### MATERIAL Y METODO

Fueron evaluados: enfermedad de base, motivo de ingreso a VAF, evolución gasométrica de los pacientes ingresados, fracaso, mejoría y complicaciones asociadas a su uso.

### RESULTADOS

Se evaluaron 29 pacientes, con una media de edad de 8 meses, con una mortalidad del 38%, similar a lo registrado en la bibliografía. La tasa de fracaso de VAF fue del 79%, dos tercios de los cuales (74%) fueron, secundarios a hipoxemia refractaria. En el 83% de los pacientes se ha realizado alguna maniobra de reclutamiento previa al VAF (prono el 72%), con una media de 6 hs de FIO2 de 100%.

### CONCLUSION

La ventilación de alta frecuencia es un estrategia utilizada en cuadros de hipoxemia de difícil manejo. Según reflejan los resultados de nuestro trabajo y las características poblacionales estudiadas podría haber alto índice de mortalidad con escasa mejoría en la oxigenación.

## COMO UTILIZAMOS LOS FÁRMACOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA FRENTE AL PACIENTE CRÍTICO

PO  
65

*Boto A.<sup>1</sup>; Lorenzini L.<sup>2</sup>; Rino P.<sup>3</sup>; Konh Loncarica G.<sup>4</sup>; Zlotogora A.<sup>5</sup>; Della Corte M.<sup>6</sup>*

HTAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<botoanabella@live.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La bibliografía internacional indica que los errores de medicación son frecuentes en situaciones críticas, siendo los más comunes los de prescripción y administración. Entre otras causas, surgen debido a la necesidad de empezar rápidamente los tratamientos y procedimientos, la imprevisibilidad de las patologías en el caso de servicios de Emergencias, la falta de memoria a patologías infrecuentes y la diversidad de formación del personal de salud tratante. De acuerdo a ello, surge la necesidad de información de nuestro hospital.

### OBJETIVOS

Evaluar la prescripción de fármacos de uso en patologías críticas de médicos que atienden emergencias en un hospital de tercer nivel.

Evaluar la preparación y administración de fármacos de uso en patologías críticas de enfermeros que atienden emergencias en un hospital de tercer nivel.

### MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo analítico transversal. Se llevo a cabo mediante una breve encuesta anónima dirigida a médicos de planta que atienden emergencias en Cuidados intensivos, salas de internación y Emergencias sobre prescripción de dosis, y otra a enfermeros de Emergencias sobre preparación y administración, de 5 fármacos utilizados en el tratamiento de paro cardiorrespiratorio, arritmias, estatus convulsivo, crisis asmática y shock.

### RESULTADOS

El 71,1% de las preguntas realizadas a los médicos fueron contestadas de manera incorrecta. El 64,1% de las respuestas de enfermeros sobre preparación y el 82,9% respecto a administración de fármacos fueron incorrectas.

### DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos coinciden con los datos bibliográficos que indican que los errores de medicación en las situaciones de emergencias son frecuentes, especialmente en el proceso de prescripción y administración. Sin embargo la encuesta realizada no incorporó la totalidad de los fármacos utilizados en situaciones críticas, y los datos obtenidos no corresponden a situaciones reales. Por lo tanto, creemos conveniente realizar un estudio descriptivo de diagnóstico de situación mediante el registro de datos de prescripción, preparación y administración de fármacos, relevados in situ.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE RABDIOMIÓLISIS SEVERA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA

Cabrera M.<sup>1</sup>; Anze V.<sup>2</sup>; Dávila E.<sup>3</sup>; Izquierdo J.<sup>4</sup>; Llano L.<sup>5</sup>; Mateo V.<sup>6</sup>; Mosciaro M.<sup>7</sup>; Piovano L.<sup>8</sup>; Tonón J.<sup>9</sup>; Rivero M.<sup>10</sup>  
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA HOSPITAL NOTTI<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

<mendomat08@hotmail.com>

RPD  
67

Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

El virus de la influenza humana (VIH) es un ARN virus de transmisión por unión al epitelio respiratorio donde replica, con necrosis y liberación de citocinas. Las complicaciones ocurren más frecuentemente en niños, ancianos y ante enfermedades concomitantes. Los reportes informan que un 3% de las miositis benignas agudas cursan con rabdomiólisis, 86% por influenza A y el 80% con insuficiencia renal aguda (IRA).

### OBJETIVO

Informar un caso de rabdomiólisis severa e IRA secundaria a infección por VIH, ante un cuadro respiratorio grave en paciente internada en una unidad de terapia intensiva pediátrica.

Descripción: Paciente femenino de 5 meses, con bronquitis obstructiva de dos días de evolución. Por mal estado general, deshidratación hipernatrémica e insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica ingresó a UCIP e inició ARM. Radiografía de tórax compatible con neumonía intersticial. PCR en secreciones nasales positiva para VIH B. En su evolución presentó IRA, acidosis metabólica severa persistente, asociada a elevación severa de CPK, mioglobina y LDH, sin requerimiento de reemplazo renal. Presentó convulsión tónico-clónica generalizada secundaria a trastornos hidroelectrolíticos. Estudios metabólicos negativos. Se postergó estudios de acidosis tubular renal, miopatías y dengue ante el aislamiento del VIH y evolución favorable. Se llegó al diagnóstico de IRA secundaria a rabdomiólisis con mioglobinuria como complicación de infección por VIH B. Tratamiento con oseltamivir. Diagnóstico diferencial con deshidratación hipernatrémica. Estancia prolongada en UCIP de 17 días, 11 en ARM. Alta con normalización de función renal.

### DISCUSIÓN

La rabdomiólisis por miositis asociada a VIH se caracteriza por daño al músculo estriado que genera altos niveles de mioglobina y CPK. La miositis es secundaria al efecto citopático viral, disregulación inmune, efecto tóxico de citocinas y a reacción cruzada con la miofibrilla. El presente informe de caso tiene la importancia de ser uno de los pocos sobre esta entidad.

### CONCLUSIÓN

La rabdomiólisis es una complicación poco frecuente en los enfermos con influenza y más rara cuando evoluciona a IRA. Deberá tenerse una elevada sospecha, ya que el diagnóstico temprano permitirá el manejo óptimo de estos pacientes.

## ESTUDIO PILOTO SOBRE SATISFACCIÓN LABORAL EN PEDIATRAS DE UN HOSPITAL GENERAL DEL CONURBANO BONAERENSE.

Blanco A.<sup>1</sup>; Bruera M.<sup>2</sup>; Perez M.<sup>3</sup>; Politanski L.<sup>4</sup>; Alicia P.<sup>5</sup>  
UCIP HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<anacarolablanco@hotmail.com>

PO  
68

### INTRODUCCIÓN

La satisfacción en el trabajo, además de ser una variable altamente investigada, tiene un impacto significativo en el desempeño laboral. Los profesionales de la salud presentan indicadores de estrés ocupacional más alto que otro tipo de profesionales, repercutiendo ello en la satisfacción laboral y en su desempeño en el trabajo.

### OBJETIVO

Valorar el grado de satisfacción laboral en médicos pediatras de un hospital general.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se realizó un estudio piloto mediante una encuesta a 50 profesionales elegidos al azar del área pediátrica del Hospital Posadas.

### RESULTADOS

Se encuestaron 50 profesionales, 78% de sexo femenino (n=39) y 22% de sexo masculino (n=11).

Del total de participantes 44 están felices con su trabajo (93,6%), pero de estos el 93,2% (n=41) están disconformes con la retribución económica.

44 de los encuestados están contentos en su relación con sus pares (88%), de estos 38 vienen con ganas al hospital (86,3%).

26 personas trabajan más de 40 hs semanales, de estos el 92% (n=24) son felices con su trabajo.

El 93% consideró que las personas que asisten están conformes con su labor pero el 51% se considera presionado con su actividad. El 72% de los encuestados (n=36) consideran que el espacio físico donde realizan su labor es inadecuado.

Si bien 46 personas (92%) estaban disconformes con su salario, el 91% de estas (n= 42) vienen contentos al hospital.

Los cambios principales propuestos por los profesionales fueron mejoras edilicias un 36%, mejoras en las formas de trabajo un 28% y mejoras de sueldo en un 22%.

### CONCLUSIÓN

La aplicación de una encuesta de satisfacción es una herramienta útil para conocer el grado de complacencia del personal. Es necesario realizar una muestra representativa para mejorar la validez de los datos.

## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL G. RAWSON DE SAN JUAN, DURANTE EL PERIODO 2015-2016

PO  
69

Ponce J.<sup>1</sup>; Figueroa L.<sup>2</sup>; Clavel L.<sup>3</sup>; Flores C.<sup>4</sup>  
HOSPITAL RAWSON<sup>1 2 3 4</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>

### INTRODUCCION

El desarrollo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en los hospitales ha significado un avance importante en la atención de los pacientes en situación crítica al lograr un empleo estratégico de la tecnología y de los adelantos terapéuticos con miras a restaurar la salud y a mantener una adecuada calidad de vida. La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico debe tener un claro conocimiento de las características epidemiológicas de la población infantil a la que asisten, para de esta manera, mejorar las aficiones y habilidades del personal con el que se trabaja y poder objetivar el resultado final obtenido. Además, representan un alto porcentaje del presupuesto de los hospitales y esto tiende a aumentar con el tiempo. Es por eso que estos cuidados no pueden prestarse ni ampliarse sin una evaluación previa de las necesidades y de la eficacia, motivo por el cual decidimos realizar la presente investigación.

### OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas de los pacientes que ingresan a UCIP. Identificar los motivos de ingreso más frecuente a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Realizar un promedio de la permanencia de los pacientes que ingresan en la unidad.

### MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo de corte transversal. Se registraron todos los pacientes ingresados en período 1 de Mayo/15 y el 31 de enero/16. Los pacientes que reingresaron en nuestra Unidad se consideraron como caso independiente. Se excluyeron los pacientes que ingresan a la UCIP en paro cardíaco y no resuelven dicha situación a pesar de haber recibido reanimación cardiopulmonar. Los datos fueron analizados con EpiInfo7.

### RESULTADOS

N: 188. Sexo: Femenino 49%, Masculino 51%. Edad: 3.3 años. Motivo de ingreso: Respiratorio 47.3%; Postquirúrgico 6.38%; Neurológico 12.2%; Causa externa 4.79%; Cardiovascular 4.79%; Otras 24.47%. Procedencia: Terapia intermedia 30%; Internación pediatría 27%; Guardia externa 25%; Otro 17%. Días de estadía: 7.4 días. Sobrevida: 82.2%/ traslado a otra UCIP 2.15% y mortalidad 15.05%. PIM2 promedio: 15.2%.

### CONCLUSIONES

No hubo diferencias significativas entre varones y mujeres. La causa de ingreso más frecuente fue la respiratoria. El mayor porcentaje de los ingresos provinieron de internación previa en el hospital (internado común y terapia intermedia). La sobrevida fue similar a trabajos similares publicados y se correlaciona con el PIM2.

## TETANIA NO HIPOCALCEMICA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA. CASO CLINICO

RPD  
70

Ponce J.<sup>1</sup>; Altamirano R.<sup>2</sup>; Figueroa L.<sup>3</sup>; Fernandez E.<sup>4</sup>; Clavel L.<sup>5</sup>  
HOSPITAL RAWSON<sup>1 2 3 4 5</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El tétanos es una enfermedad infecciosa no contagiosa provocada por *Clostridium tetani* quien libera una toxina tetanospasmínica que interfiere a nivel de las terminales nerviosas provocando hipertonía y trastornos del SNA. El diagnóstico es clínico por lo que es un gran desafío para realización del diagnóstico. Presentación de caso Paciente femenino de 3 años de edad, con vacunación incompleta para la edad, sin antecedentes patológicos, que consulta en guardia externa por presentar fiebre y dificultad para la marcha de 24 hs de evolución, habiendo recibido 7 días de tratamiento con amoxicilina y antitérmico intramuscular (única dosis) por diagnóstico de faringitis. Ingresó a cuidados intermedios con diagnóstico a descartar de encefalitis, meningitis, síndrome convulsivo, tumor cerebral y trastorno metabólico. Al examen físico de la paciente se observa marcada hipertonía generalizada con flexión de miembros superiores y extensión de miembros inferiores, trismus, taquipnea y se observa lesión punzante con halo de color violeta en sitio de colocación de medicación intramuscular. Laboratorio general sin alteraciones. Perfil tiroideo alterado (hipotiroidismo), inicia tratamiento con Levotiroxina. Se realizan cultivo hemocultivos, urocultivo, cultivo y virológico de LCR que se informaron negativos, se solicita TAC de cerebro donde no se evidencia hemorragias, ni masas ocupantes y EEG que se informa como normal por neurología. Se realiza diagnóstico de tétanos y se comienza tratamiento con penicilina e inmunoglobulina antitetánica, tratamiento sintomático con diazepam e ingresa a unidad de cuidados intensivos para mayor monitoreo. Evoluciona favorablemente al

séptimo día de tratamiento egresa de la unidad sin crisis de hipertonías ante los estímulos y con tratamiento de rehabilitación. Discusión Si bien el diagnóstico de la enfermedad es clínico, es menester realizar diagnóstico diferencial con patologías de presentación más frecuente y que puede tener una presentación similar.

### CONCLUSIONES

Si bien existen pocos reportes actualmente sobre casos de tétanos generalizado en pediatría, es más frecuente en países donde aun no hay un buen acatamiento al esquema de vacunación. Por tal motivo concluimos que un mayor énfasis en la vacunación de madres y niños es importante para prevenir las diferentes formas de presentación y disminuir la mortalidad por la enfermedad.

## SÍNDROME DE QT PROLONGADO EN UTIP. IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO EN EL MANEJO INICIAL



Ponce J.<sup>1</sup>; Altamirano R.<sup>2</sup>; Figueroa L.<sup>3</sup>; Fernandez E.<sup>4</sup>; Clavel L.<sup>5</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1,2,3,4,5</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>

El síndrome de QT prolongado (SQTP) se caracteriza por una grave alteración en la repolarización ventricular, se manifiesta en el electrocardiograma (ECG) por un alargamiento en el intervalo QT que predispone a arritmias ventriculares malignas. El cuadro clínico es muy variable, desde asintomático, presentar síncope recurrente o bien muerte súbita como primera manifestación. Se describe el caso de paciente de 9 años con antecedentes de Comunicación interauricular corregida 14 meses previos al ingreso que es derivado desde centro periférico luego de requerir reanimación cardiopulmonar básica y avanzada de vía aérea (sin adrenalina ni desfibrilación).

Sin antecedentes previos de síncope como tampoco familiares de estos últimos ni de muerte súbita. Durante primeras horas de ingreso, (aun sin ECG de 12 derivaciones) presenta registros de extrasístoles ventriculares asociadas a trastornos del medio interno (hipocalcemia e hipokalemia) que se desaparecen luego de corregir estos. Se mantiene estable hemodinámicamente, logrando suspender ventilación invasiva al tercer día de ingreso. Presenta agitación psicomotriz luego de suspender sedoanalgesia con hetero y auto-agresividad por lo que se decide utilizar tranquilizante mayor disponible (Haloperidol). Al cuarto día de ingreso luego de realizar Holter se llega al diagnóstico de SQTP e inicia tratamiento con propanolol y suplemento de potasio vía oral.

Actualmente se encuentra estable sin secuelas neurológicas y a la espera de colocar marcapasos/desfibrilador. Se discuten las características en el ECG que podrían haber adelantado el diagnóstico, así como la estratificación de riesgo antes del Holter en la revisión de los ECG previos al mismo, como así también asociado a esto la importancia de haber evitado el uso de drogas de uso frecuentes en UTIP que podrían potencialmente haber desencadenado arritmias graves en nuestro paciente.

## COMPLICACIONES MECANICAS TEMPRANAS ASOCIADAS A LA COLOCACION DE CATETERES VENOSOS DE CENTRALES DE CORTA PERMANENCIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA



Ponce J.<sup>1</sup>; Flores C.<sup>2</sup>; Clavel L.<sup>3</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1,2,3</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>

### INTRODUCCION

En las Unidad de Terapia Pediátrica (UTIP) debido al estado crítico de los pacientes que permanecen internados en las mismas, es habitual el uso extensivo de Cateteres Venosos Centrales (CVC) ya que permiten el acceso al monitoreo hemodinámico, administrar drogas inotrópicas de forma segura además de diversos fármacos y hemoderivados; facilitar toma de muestras y soporte nutricional parenteral. Desafortunadamente su uso puede estar asociado con episodios adversos que aumentan la morbimortalidad de pacientes, su estancia hospitalaria y aumentar los costos intrahospitalarios.

### OBJETIVOS

Evaluar la frecuencia e identificar tipos de complicaciones mecánicas tempranas asociadas a colocación de los CVC en pacientes de la UTIP.

### MATERIALES Y METODO

Estudio prospectivo y descriptivo. La muestra fueron los pacientes de la UTIP del Hospital Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, a los cuales se les colocaron CVC durante el periodo comprendido entre el 01 de Mayo/2015 y el 31 de Enero/2016. Se excluyeron los CVC colocados fuera de la UTIP. Se utilizó Epiinfo7.

### RESULTADOS

Se colocaron 180 CVC, la relación catéter/paciente de 1.5. Los profesionales operadores cirujano/anestesiista 35,56%; médicos de la UTIP 64.44% (medico de planta 36,11%; médico residente 28,33%). El sitio de colocación subclavio 74.4%; yugular 15% y femoral 10.5%. En nuestro estudio se presentó el 23.75% de complicaciones: malposicion 58.1%; neumotórax 23.6%; punción arterial 16.3% y otros 2.33%. Las complicaciones según operador: 35% cirujano/anestesiista; medico de planta 36% y médicos residentes 28%. En los pacientes que han tenido más de tres intentos para la colocación del CVC el porcentaje de complicaciones fue 43.7% y en el grupo de menos de tres intentos 16.6%. Solo se usó guía ecográfica en el 14.4% de los CVC y las complicaciones en estos casos fue 13.8%.

### CONCLUSIONES

Se presentaron complicaciones mecánicas en casi un cuarto de los CVC, malposición fue la más frecuente. La vía de acceso vascular más utilizada fue la subclavia y registraron el mayor porcentaje de complicaciones. Se registró mayor incidencia de complicaciones después de 3 o más intentos para la colocación e CVC. No fue significativa la diferencia de porcentaje de complicaciones según operador. El porcentual de complicaciones en los CVC colocados con guía ecográfica fue baja.

## NEUMOPERITONEO ASOCIADO A VENTILACIÓN MECÁNICA

Ponce J.<sup>1</sup>; Clavel L.<sup>2</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1,2</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El barotrauma asociado a ventilación mecánica se encuentra ampliamente detallado en la bibliografía de medicina crítica pediátrica. Sabemos que Presiones en vía aérea mayores a 50 cm de agua en modelos animales provocan neumomediastino y mayores a 60 neumoperitoneo. Solo un 5-15% de los neumoperitoneos no están asociados a patología de viscera hueca. Los objetivos planteados con esta presentación son describir un caso clínico acerca de neumoperitoneo asociado a ventilación mecánica y realizar una revisión bibliográfica del tema a fin de una evaluación retrospectiva de lo actuado.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción de caso clínico. Se utilizó la Historia Clínica del paciente en cuestión.

Desarrollo: Paciente de 10 meses, femenino que ingresa a la UTIP por insuficiencia respiratoria, requiere de ventilación mecánica y luego de 48 hs de evolución presenta neumotórax acompañado de neumomediastino. Es drenado quirúrgicamente el primero y a las 24 hs sufre una desmejoría súbita con hipoxemia refractaria e hipotensión arterial. Se diagnostica Síndrome Compartimental Abdominal luego de la medición de PIA (36 cmH<sub>2</sub>O). Se realizó ecografía de urgencia en la cual no se visualizó líquido libre (método FAST). Se coloca drenaje en fosa iliaca izquierda logrando descompresión y mejora cardiorespiratoria.

A las horas requiere de la colocación de un drenaje abdominal por cirugía pediátrica a causa de repetición del cuadro. La paciente continúa en ARM modo VAFO y a los 15 días de internación pasa a terapia intermedia. Se otorga egreso requerimiento de oxígeno suplementario.

### CONCLUSIONES

Si se trata de un neumoperitoneo a tensión con grave deterioro hemodinámico y respiratorio, con hipotensión arterial con disminución del gasto cardíaco y aumento de las resistencias periféricas y con disminución del retorno venoso, causantes de hipoxemia, hipercapnia y gran elevación de las presiones de la vía aérea, es preciso realizar una descompresión abdominal de inmediato mediante un drenaje intraperitoneal o practicar una laparotomía descompresiva; con esto se logra habitualmente superar el riesgo de muerte.

## INDICADORES DE CALIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y SUS COMPLICACIONES EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Anze V.<sup>1</sup>; Mateo Perez V.<sup>2</sup>; Llano L.<sup>3</sup>; Cabrera M.<sup>4</sup>; Izquierdo J.<sup>5</sup>; Rivero M.<sup>6</sup>; Tonon J.<sup>7</sup>; Piovano M.<sup>8</sup>; Davila E.<sup>9</sup>; Mosciaro M.<sup>10</sup>

HOSPITAL H. NOTTI<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>

<valeanze@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Los sistemas de monitorización permiten medir y evaluar de forma periódica y planificada aspectos relevantes de la asistencia mediante el uso de indicadores de calidad. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) evalúa 120 indicadores, veinte de ellos considerados relevantes.

### OBJETIVOS

Describir indicadores de calidad en pacientes que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) en una unidad de terapia intensiva (UTI) y evaluar complicaciones asociadas a ARM.

### POBLACIÓN

Pacientes mayores de 1 mes de vida, en ARM por más de 24 horas, entre el 1 septiembre del 2015 al 31 agosto de 2016.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo, observacional, descriptivo y analítico, realizado en una UTI. Estándares de calidad respiratorios utilizados: Incidencia de barotrauma (IB), registro de complicaciones durante el decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo (RCDP), posición semincorporada en pacientes con ARM (PS), extubación no programada (ENP), reintubación (R), neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). Otras variables: edad, sexo, días de internación y de ARM, complicaciones asociadas a ARM, traqueotomía.

### RESULTADO

N 261. Edad en meses: Media 40,48 (SE 3,10). Media de días de internación 13,9 (SE 0,89). Media de días de ARM 9,86 (SE 0,69). Extubación no programada 15,7%, barotrauma 1,9%, NAV 7,3%, reintubación 11,1%, traqueostomizados 6,1%. Análisis estadístico: días de internación vs NAV (p < 0,001); vs barotrauma (p < 0,001); vs traqueotomía (p < 0,001); vs extubación no programada (p < 0,001) y vs reintubación (p < 0,001); días de ARM vs NAV (p < 0,001); vs traqueotomía (p < 0,001); vs barotrauma (p < 0,001); vs extubación no programada (p < 0,001); vs reintubación (p < 0,001). Edad vs extubación no programada (Pearson p < 0,05); vs traqueotomía (Pearson p < 0,05). NAV vs traqueotomía (Pearson p = 0,05) y vs reintubación (Pearson p < 0,001). Estándares de calidad: IB 2,29%, RCDP 100%, PS 100%, NAV 8,15 episodios cada 1000 días de ARM; R 13,79% y ENP 22,5 episodios cada 1000 días de ARM.

### CONCLUSIÓN

Extubación no programada y reintubación precoz no cumplen el estándar de calidad. La incidencia de NAV, barotrauma, extubación no programada, reintubación precoz y traqueotomía tiene una fuerte relación con los días de internación y días de ARM.

## MONITOREO ECOCARDIOGRAFICO EN PACIENTE CON HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA SEVERA

Ponce J.<sup>1</sup>; Figueroa L.<sup>2</sup>; Ruiz N.<sup>3</sup>; Calvel L.<sup>4</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1 2 3 4</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>

RPD  
76

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad la ultrasonografía (US) es una herramienta de alto valor en las unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Se ha convertido en un complemento de la clínica indiscutible. El objetivo de la presentación es relatar una experiencia con un paciente complejo y la utilidad de la US en el manejo del mismo.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 2 años, varón, con diagnóstico de broncodisplasia e hipertensión pulmonar severa en tratamiento ambulatorio con Sildenafil y furosemida. Presenta 24 hs previa al ingreso fiebre y dificultad respiratoria. Ingresa a UTIP con insuficiencia respiratoria hipoxémica y febril. Se hemocultiva e inicia ATB, VNI con sedoanalgesia con mala evolución por se realiza intubación endotraqueal y ventilación mecánica convencional (VMC). Requiere de altas presiones y FiO2 debido a hipoxemia. Se suma inestabilidad hemodinámica con requerimiento de drogas vasoactivas. En la evolución de la internación se realizó seguimiento diario con US valorando relación ventrículos derecho/izquierdo, variabilidad vena cava inferior y contractilidad ventrículo izquierdo, lo cual permitio ajustar el requerimiento de Milrinona/Adrenalina. Se le indica además Sildenafil a dosis máxima, como sedación se elige morfina, e infusión continua de furosemina coadyuvando la vasodilatación pulmonar. Al día 15 es extubado electivamente requiriendo de VNI hasta el día 18 de internación. El día 19 pasa a terapia intermedia con oxígeno por canula nasal a bajo flujo.

### DISCUSIÓN

Una de las principales utilidades de la US en la valoración de la situación hemodinámica por intensivistas. Existen dos tipos de aplicaciones: US no cardíaca y la US cardíaca dirigida en el paciente crítico (FCUS), esta última permite un diagnóstico rápido en el paciente en shock con nivel básico de entrenamiento. Como en este caso se buscan diagnósticos rápidos y sencillos que nos orienten en el manejo clínico. En el caso se utilizó FCUS seriado para la valoración hemodinámica global del paciente según evolución y tratamiento aplicados.

### CONCLUSIÓN

Hay poca evidencia actual sobre el uso de FCUS en niños con cardiopatías congénitas complejas. En este caso el uso precoz y seriado de la US permitió un manejo con mayor precisión del paciente.

## SITUACIÓN ACTUAL RESPECTO AL MANEJO, CUIDADOS Y COMPLICACIONES EN EL USO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Cabrera M.<sup>1</sup>; Anze V.<sup>2</sup>; Dávila E.<sup>3</sup>; Izquierdo J.<sup>4</sup>; Llano L.<sup>5</sup>; Marinelli I.<sup>6</sup>; Mateo V.<sup>7</sup>; Mosciaro M.<sup>8</sup>; Piovano L.<sup>9</sup>; Tonón J.<sup>10</sup>; Rivero M.<sup>11</sup>

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA HOSPITAL NOTTI<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>

<mendomat08@hotmail.com>

PO  
77

Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

Los catéteres venosos centrales (CVC) son dispositivos utilizados en pacientes críticos, pudiendo presentar múltiples complicaciones. Las infecciones relacionadas a CVC implican mayor morbimortalidad, hospitalizaciones prolongadas y mayores costos.

### OBJETIVO

Describir la situación actual respecto al uso, manejo y cuidados de los CVC de utilización en la UCIP de nuestro hospital, para abordar sus complicaciones.

### POBLACIÓN

Pacientes mayores de 1 mes a 15 años, 11 meses y 30 días de edad que requirieron internación en la UCIP y colocación de CVC, desde el 1 de julio de 2015 al 31 de noviembre de 2016.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño observacional, descriptivo, analítico, transversal y prospectivo. Variables analizadas: Fecha de ingreso y egreso, edad, sexo, fecha y lugar del procedimiento, sitio anatómico de colocación, tipo de CVC, episodios de bacteriemia asociada a catéter (BAC) y días paciente/CVC.

### RESULTADOS

N 656. Edad: Mediana 17 meses. 45,11% femenino, 54,89% masculino. Sitio anatómico de colocación: 200 CVC yugulares (30,4%), 85 CVC subclavios (12,9%) y 372 CVC femorales (56,7%). 21,6% de los CVC se colocaron en quirófano, 55,4% en UCIP y 23% ingresaron con CVC colocado. Del total, 93,5% fue con técnica percutánea y 6,5 % con técnica quirúrgica. Se observaron 16 BAC. Tasa de BAC: 2,9 episodios de BAC/1000 días catéter. Días totales de CVC: 5.464 días, media 8,33 días, mediana 7 días. Se observó asociación estadísticamente significativa entre las siguientes variables: Sexo versus BAC (Pearson < 0.001), técnica percutánea versus técnica quirúrgica (Pearson < 0.001), lugar de colocación versus BAC (Pearson < 0.001). No se observó asociación entre las demás variables.

### CONCLUSIÓN

Concluimos que la mayoría de los CVC son colocados en la UCIP, siendo el sitio anatómico de preferencia el femoral. Nuestra tasa de BAC es menor a la recomendada por los indicadores de calidad. Las BAC fueron más frecuentes en varones, con técnica de colocación del CVC percutánea y colocación en quirófano.



## SOPORTE VITAL BÁSICO: LOS PADRES... ¿ESTÁN PREPARADOS?

Moraes Morelli D.<sup>1</sup>; Fort A.<sup>2</sup>; Lago S.<sup>3</sup>; Stegmann T.<sup>4</sup>

UNIVERSIDAD AUSTRAL<sup>1,2,3,4</sup>

<dmorelli@iecs.org.ar>



### INTRODUCCIÓN

En los niños la mayoría de los paros cardiorrespiratorios (PCR) se producen en el hogar y sus alrededores donde los padres y/o cuidadores los acompañan. Desde esta perspectiva surge la pregunta "¿Podría usted asistir a un niño si necesitara de soporte básico de vida?"

### OBJETIVO

Identificar el conocimiento referente al soporte vital básico de padres/cuidadores frecuentes de niños menores de 5 años, internados en un hospital privado de la provincia de Buenos Aires.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. Población: padres/cuidadores de niños menores de 5 años internados en los servicios de pediatría de un hospital universitario de la provincia de Buenos Aires, entre septiembre y octubre de 2016. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Tamaño muestral estimado 54 participantes. Recolección de datos a través de encuesta auto administrada, anónima. El protocolo del estudio fue previamente aprobado y registrado en el Departamento de Desarrollo Académico del Hospital Universitario Austral.

### RESULTADOS

Se incluyeron 55 padres o cuidadores, con edad media de 34,78 años, mayormente residentes en el conurbano de Buenos Aires (78%). Nivel educativo predominante la secundaria completa (40%). El 65.45% de

la población estudiado eran mujeres. Se observó que un 60% reporto no tener conocimiento suficiente sobre RCP y un 65,45% sobre ahogo. De aquellos que afirmaron tener conocimiento, solamente el 11% y 18% -RCP y Ahogo respectivamente- alcanzaron los estándares establecidos como suficiente.

### DISCUSIÓN

Se observó que una minoría de los participantes que reporto conocer las maniobras de soporte vital básico contestaron correctamente los casos relacionados al conocimiento específico necesario para asistir a sus niños en casos de PCR y Ahogo. Los resultados respaldan la falta de educación impartida. Fue notorio que aquellos que realizaron cursos, pudieron responder correctamente a la sección de conocimientos específicos. Se sugiere ampliar la investigación llevándola a otras instituciones hospitalarias de modo a permitir resultados representativos de la población de padres o cuidadores menores de 5 años en la provincia de Buenos Aires. A partir de los hallazgos del estudio se abre la posibilidad para proponer una nueva hipótesis de trabajo en donde se plantea que una intervención educativa durante la internación aumentaría el nivel de conocimiento de los cuidadores, logrando a largo plazo contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad asociada al PCR extra hospitalario.

## EVALUACIÓN DEL USO DE ANIDULAFUNGINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Perez E.<sup>1</sup>; Testard J.<sup>2</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2</sup>

<erikaperez976@yahoo.com.ar>



### INTRODUCCIÓN

La profilaxis antifúngica es de gran importancia en pacientes receptores de órganos sólidos por el alto riesgo de infección por *Cándida* spp y la mortalidad que esto implica para esta población.

La Anidulafungina es una equinocandina inhibidora selectiva de 1,3β-Dglucano sintetasa, enzima presente en células fúngicas. Con actividad fungicida sobre *Cándida* spp, excepto parasilopsis, con dosis pediátrica de 3 mg/kg/día de carga y 1.5 mg/kg/día mantenimiento. Al ser una droga con poca evidencia en pediatría; se realiza seguimiento de su actividad antifúngica y de las posibles reacciones adversas, como aumento de transaminasas hepáticas, erupciones cutáneas, hiperglucemia, hipocalemia y diarrea.

### OBJETIVOS

Evaluar el uso de Anidulafungina en pacientes pediátricos trasplantados hepáticos.

Analizar eventos adversos.

Comparar costos de Anidulafungina vs Anfotericina B lipídica, en profilaxis antifúngica post-trasplante.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo (oct/2015 a mar/2016) y luego prospectivo (abr/ a jul/2016) donde se incluyeron todos los pacientes pediátricos trasplantados hepáticos internados en unidad de cuidados intensivos. Se registraron los datos a partir de las historias clínicas, observando los resultados microbiológicos de los cultivos (drenaje peritoneal, lavado bronco alveolar, catéter, orina y sangre) para rescate de *Candida* spp, valores de Hepatograma y se monitorizó la administración de la droga. La imputabilidad de las reacciones adversas se realizó mediante algoritmo de

Naranjo. En pacientes que cumplieron profilaxis completa con Anidulafungina se realizó un análisis comparativo de costos vs Anfotericina B Lipídica.

### RESULTADOS

N= 21 pacientes; el 52% recibió Anidulafungina y el 48% restante rotó a Anfotericina B Lipídica o Liposomal (15% por infección con *C. parasilopsis*, 19% por aumento de enzimas hepáticas, 9% por inestabilidad hemodinámica y 5% terminó profilaxis con equinocandina). La imputabilidad del aumento de transaminasas hepáticas, al ser analizado con el Algoritmo de Naranjo, fue dudosa, siendo anulada mediante biopsia, que confirmó rechazo agudo del hígado. No presentó eventos adversos relacionados a la velocidad de infusión durante su administración. El análisis comparativo de costos entre Anidulafungina (\$1404.33 x 100 mg) vs Anfotericina B Lipídica (\$2988.50 x 100 mg), demostró un ahorro estimado de \$41000 por paciente.

### DISCUSIÓN

El uso de Anidulafungina presenta ventajas por no tener metabolismo hepático y toxicidad renal; no interacciona con inmunosupresores y tiene pocas reacciones adversas. Sin embargo, en pacientes que están cursando rechazo del hígado se desaconseja su uso por la posibilidad de contribuir en el incremento de enzimas hepáticas. Debido a la escasa información existente en esta población, se requiere seguimiento continuo.

### CONCLUSIÓN

La profilaxis con Anidulafungina en pacientes pediátricos trasplantados hepáticos, fue efectiva; sin presentar infección fúngica. No se encontraron reacciones adversas atribuibles a la droga. Resultó un 80% más económico el costo de la profilaxis completa con Anidulafungina.

## TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS: ROL DEL PERSONAL MÉDICO

De Maio N.<sup>1</sup>; Quiroz M.<sup>2</sup>; Motto E.<sup>3</sup>; Zuazaga M.<sup>4</sup>; Gallagher R.<sup>5</sup>; Gonzalez Cambaceres C.<sup>6</sup>; Centeno M.<sup>7</sup>

HTAL. JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<Noelia.demaio@gmail.com>

PO  
81

### INTRODUCCIÓN

El traslado intrahospitalario de pacientes críticamente enfermos forma parte del trabajo diario dentro de las UCIPs. La realización del mismo por causas diagnósticas o terapéuticas, debe estar supeditado a la relación riesgo-beneficio. La correcta preparación del paciente, el chequeo del instrumental, el monitoreo global y simultáneo, y la fluida comunicación entre las unidades emisoras y receptoras es indispensable a fin de minimizar los riesgos.

### OBJETIVO

Describir los datos epidemiológicos de los traslados realizados en la UCI 44. Objetivar y clasificar las complicaciones. Determinar el tiempo y el insumo de recursos humanos que los mismos implican.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional en una UCIP que incluyó todos los pacientes trasladados dentro del Hospital desde o hacia la UCI durante un periodo de 8 meses (2016).

### RESULTADOS

Se realizaron 198 traslados en el periodo analizado, la causa de ingreso a la UCIP fue posquirúrgica en el 38%, y un 30% de los ingresos fue por compromiso neurológico no posquirúrgicos inmediatos.

Los traslados fueron estratificados según gravedad, obedeciendo a una urgencia en el 19% de los casos y emergencia en el 10%; el resto fueron programados. La causa que motivó el traslado fue con fines diagnósticos en un 45%, siendo la Tomografía Computada responsable de la mayor demanda, y en el 35% el traslado se justificaba por la necesidad de realizar algún tipo de intervención terapéutica.

El 52% de los traslados requería asistencia ventilatoria mecánica y el 11% sostén de drogas vasoactivas.

Se documentaron 49 complicaciones (25%), agrupadas en las siguientes categorías, Devenidas de la mala comunicación entre unidad emisora y receptora 37%; Como consecuencia de la falta de un miembro del equipo 28,5%; Falta de correcta preparación del paciente y/o instrumental 24,5%, Inherentes a la estructura edilicia del hospital 10%, y aquellas catalogadas como Evento clínico adverso se presentaron en el 4% de los traslados.

En lo referente al recurso humano, se requirió un mínimo de 2 médicos por traslado, siendo preferentemente médicos en formación, acompañados en 41% por camilleros, insumiendo una media de 29,3 + 17,6 Hs por traslado.

### CONCLUSIONES

El 25% de los traslados intrahospitalarios presentaron complicaciones, obedeciendo las mismas a una incorrecta comunicación y preparación. Se requiere 1 Hs medica por traslado.

Se destaca la importancia del entrenamiento en traslado no sólo extrahospitalario sino también intrahospitalario del personal en formación para mejorar la calidad de atención de los pacientes internados en UCI.

## INFECCION POR VIRUS HERPES 6 EN UN PACIENTE PEDIATRICO INMUNOCOMPROMETIDO CON PRESENTACION COMO SINDROME DE HIPERSENSIBILIDAD INDUCIDO POR DROGAS. A PROPOSITO DE UN CASO

Pirolì I.<sup>1</sup>; Jaramillo Ortiz E.<sup>2</sup>; Mollevi K.<sup>3</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>

<ignaciopirolì@hotmail.com>

RPD  
82

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de hipersensibilidad inducido por drogas constituye una reacción adversa a fármacos con compromiso multisistémico, potencialmente mortal. Se ha descrito la asociación de esta entidad con la reactivación viral por Virus Herpes 6. Presentación poco frecuente en pediatría.

### OBJETIVOS

Describir un caso de infección por virus herpes 6 que se presenta como cuadro símil síndrome de hipersensibilidad inducido por drogas con compromiso multisistémico en un paciente inmunocomprometido.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años, sexo masculino, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B cursando síndrome de disfunción múltiple de órganos con lesiones púrpuricas en piel y mucosas, respetando la extremidad de los dedos, nariz, orejas y vasculatura distal. Se realiza biopsia de lesiones donde presenta PCR positiva para Herpes 6 cumpliendo criterios para síndrome de hipersensibilidad por drogas con desenlace fatal.

### CONCLUSIÓN

El síndrome de hipersensibilidad inducido por drogas es una entidad potencialmente mortal que en la población inmunocomprometida puede ser desencadenada por reactivación viral, como en este caso. El reconocimiento precoz constituye el principal reto para el manejo clínico.

## ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA SECUNDARIA A HIDATIDOSIS CARDIACA

Fridman C.<sup>1</sup>; Maggiora L.<sup>2</sup>; Granda C.<sup>3</sup>; Gonzalez Cambaceres C.<sup>4</sup>; Zuazaga M.<sup>5</sup>; Gallagher R.<sup>6</sup>; Motto E.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRIA GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<cs\_fridman@yahoo.com>

RPD  
83

### INTRODUCCIÓN

La Hidatidosis es la enfermedad producida por el estadio larvario del *Equinococcus Granulosus* en el hombre (huésped intermediario) que se encuentra infestado por el parasito. Es una antroponosis de distribución mundial. En la Argentina la hidatidosis esta difundida en todo el territorio nacional, alcanzando mayor prevalencia en las zonas ganaderas. Si bien los órganos mas afectados por esta enfermedad suelen ser en primera medida el hígado y los pulmones, se puede producir afectación de cualquier órgano entre ellos el corazón. Cualquier parte del corazón puede verse afectado, pero la localización más frecuente es el ventrículo izquierdo (50-70%). El compromiso arterial se desarrolla generalmente a posteriori de la ruptura de un quiste cardiaco y su embolización secundaria. La localización arterial primaria es una verdadera rareza.

### OBJETIVO

Presentar un caso de isquemia arterial aguda secundaria a la ruptura de un quiste Hidatídico cardiaco.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años, previamente sano, oriundo de Carmen de Areco (provincia de Buenos Aires) que comenzó con cefalea, dolor abdominal y luego impotencia funcional de miembro inferior derecho. Ingreso al Hospital con clínica de isquemia arterial aguda por lo cual se realizo una ecografía doppler color de dicho miembro, la cual evidencio interrupción del flujo sanguíneo a nivel de la arteria femoral derecha. Con sospecha de trombosis arterial se pensó en mecanismo emboligeno por lo que se solicito TC de cerebro con contraste que fue normal y ecocardiograma que informa

un quiste dentro del ventrículo izquierdo cercano a la válvula mitral. Con sospecha de Hidatidosis se realizo ecografía abdominal que presento imagen quística a nivel del polo superior del bazo de 10 cm aproximadamente, sin compromiso hepático.

Se decidió en agudo tratamiento quirúrgico con arteriotomía longitudinal de la arteria femoral común, y extracción de material compatible con enfermedad de base (Hidatidosis). Se solicitaron serologías para hidatidosis que fueron negativas y se medico con Albendazol. Se decidió en un segundo tiempo quirúrgico realizar tratamiento del quiste cardiaco y esplénico, ambos en el mismo acto quirúrgico. La anatomía patológica del material obtenido de la arteria femoral y el quiste cardiaco fueron compatibles con hidatidosis.

### COMENTARIO

La hidatidosis cardíaca es una enfermedad silente y de larga evolución hasta que se diagnóstica ya sea por pesquisa dirigida o ante algún evento secundario a su existencia. Las zonas endémicas deben ser permanentemente evaluadas por la dinámica del crecimiento demográfico y por ende los programas de control epidemiológico de las zoonosis en la Argentina.

## SINDROME NEFRÓTICO INFANTIL POR CITOMEGALOVIRUS

Castillo Torres M.<sup>1</sup>

HOSPITAL PROF ALEJANDRO POSADAS<sup>1</sup>

RPD  
85

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome Nefrótico(SN) en menores de un año es una patología infrecuente; es considerado como entidad atípica a diferencia del síndrome nefrótico clásico establecido en edades entre los 2 y 6 años. Estas formas de SN de precoz aparición son conceptuadas como congénitas si se inician dentro de los primeros 3 meses de vida e infantiles cuando lo hacen antes del primer año de vida, ocasionan daño estructural y pérdida de la barrera del filtrado glomerular. Desde el punto de vista etiológico pueden ser idiopáticos, secundarios a infecciones o asociados a síndromes malformativos. Los hallazgos anatomopatológicos demuestran un incremento de la matriz mesangial, hiperplasia, sin afectación de la membrana basal. Su importancia radica en realizar el diagnóstico precoz para buscar instaurar el tratamiento específico, según la etiología presente y lograr una eficaz curación. En el caso de ser el Citomegalovirus(CMV) el agente etiológico, el tratamiento específico consiste en administrar Ganciclovir. El diagnóstico de confirmación es la detección del DNA viral en el tejido renal.

### DESCRIPCIÓN

Paciente varón de 5 meses de vida, RNT/ PAEG (41 semanas/3020g). Previo a la internación presento episodio de Laringitis, cumpliendo tratamiento antibiótico con Claritromicina durante 10 días. Ingresó en el contexto de un cuadro respiratorio presenta edema generalizado predominio de miembros inferiores, vómitos, náuseas, fiebre. La madre constata diuresis negativa en las últimas 24hs. Se realiza laboratorio encontrándose como datos positivos hipoalbuminemia 0.8 g/dl; sedimento de orina patológico, proteinuria

positiva, índice proteinuria/creatinina 77 (rango nefrótico) Valor normal 0.2; GB 19.400/mm<sup>3</sup> (60%N); Hto 29% Hb 9.8g/dl plaquetas 378.000/mm<sup>3</sup>, Urea 0.13 g/L; Cr 0.2mg/dl, TGO 38 UI/L, TGP 15 UI/L, C3 y C4 normales, perfil tiroideo normal, inmunoglobulinas (G,A,M,E) con valores normales para la edad, leve hipogamaglobulinemia (0.19g%); Serologías CMV IgG 145, IgM positivo, resto de serologías negativas. Fondo de ojo normal. Valoración cardiológica normal. Ecografía Reno- vesical: normal. Doppler Renal: Vascularización conservada; IR aumentado en ambos riñones (RD: 0.78, RI 0.81). Se solicitó las serologías maternas ante la gran sospecha de infección congénita por CMV el resultado: IgG 1386.6 IgM negativo, Rubeola IgG 36.6 IgM negativo, resto de serologías negativas. Se realiza biopsia renal para confirmar el diagnóstico presuntivo, encontrándose en proceso actualmente.

### CONCLUSIÓN

Un síndrome ascítico edematoso a edades tempranas, de manifestación aguda debe ser motivo de sospecha de SN Atípico. A pesar de ser una entidad infrecuente, la infección por CMV constituye un grupo etiológico definido y aunque los casos descritos son muy escasos su importancia radica en poder realizar un tratamiento etiológico curativo. La anatomía patológica mediante la detección del DNA del CMV confirma el diagnóstico, facilitando el tratamiento. Dentro de las medidas de sostén consisten en: dieta hiperproteica hipercalórica, infusión de albúmina según necesidad, tratamiento anti-proteinúrico IECA- ARAII; eventual nefrectomía para disminuir la proteinuria.

## INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS EN UNIDAD POLIVALENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL

PO  
86

Rocha Figueredo N.<sup>1</sup>; Gutiérrez Huanca M.<sup>2</sup>; Fortini Y.<sup>3</sup>; Sagarnaga E.<sup>4</sup>  
HOSPITAL ABETE<sup>1,2,3,4</sup>

<nataliarocha18@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El Staphylococcus Aureus es un coco Gram positivo de distribución universal. Alrededor del 30% de la población está colonizada por este germen, y en el personal de salud asciende al 60%. En nuestro país se refleja la tendencia creciente de las infecciones por Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente de la Comunidad (SAMR-AC). Esto obliga a modificar el esquema antibiótico empírico inicial. Generalmente afecta a niños sanos sin antecedentes de internaciones. Posee elevada virulencia y gran capacidad de diseminación. El tratamiento empírico combinado, con el drenaje de foco permite ampliar la posibilidad de mejores resultados.

### OBJETIVO

Describir el número de casos, edad, sexo, foco infeccioso inicial, evolución clínica, necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y mortalidad de las infecciones por SAMR-AC en pacientes internados en unidad polivalente de terapia intensiva pediátrica (UCIP).

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo observacional realizado entre enero de 2014 a noviembre de 2016. Se incluyen pacientes a partir del mes de vida hasta los 16 años de edad con rescate de SAMR-AC internados en UCIP.

### RESULTADOS

Se identificaron 11 pacientes de los cuales el 54% (n: 6) eran de sexo femenino, y un 63% (n=7) eran menores de 3 años. El 46% (n: 5) requirió ARM por más de 48 horas. Los focos clínicos infecciosos fueron la

neumonía con derrame pleural 54% (n=6) y la infección de partes blandas 46% (n=5). De ellos, 2 niños habían recibido esquema antibiótico previo. La estadía de internación promedio fue 11 días. Fallecieron en relación con la infección 2 pacientes.

### CONCLUSIONES

Las infecciones por SAMR AC constituyen un problema grave y frecuente en pediatría, presentándose como infecciones superficiales de la piel y partes blandas que generan consultas médicas frecuentes y tratamiento antibiótico ambulatorio.

Estas infecciones predominan en niños sanos, sin enfermedad subyacente ni internaciones previas, generando enfermedades invasivas con alta morbimortalidad.

La frecuencia de hemocultivos positivos reportados en nuestra casuística fue del 100%. El foco infeccioso más frecuente fue la neumonía con derrame pleural.

El tratamiento empírico combinado puede ser útil en pacientes críticos con presunción de infección por patógenos resistentes, lo que permite un adecuado tratamiento inicial.

## HIPERINFECCION POR STRONGILOIDES STERCORALIS

Meiraldi M.<sup>1</sup>; Agüero D.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>

<candelameiraldi@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de hiperinfección por strongiloides stercoralis es una enfermedad cada vez más frecuentemente observada, producida en pacientes inmunosuprimidos. Este síndrome se define por la invasión de la larva tanto en el sistema respiratorio como intestinal, como resultado de un ciclo de autoinfección.

Este nematodo, predominantemente endémico en regiones tropicales y subtropicales, se encuentra con una prevalencia del 20 al 50% en Argentina (Jujuy, Salta, Santa Fe y Misiones).

El tratamiento corticoideo sistémico prolongado es un factor de riesgo para desarrollar hiperinfección por Strongiloides stercoralis, independientemente de la zona de residencia del paciente. Pacientes inmunocompetentes pueden permanecer asintomáticos por décadas, sin embargo, en inmunocomprometidos los síntomas más frecuentemente asociados son lesiones cutáneas, distress respiratorio y sepsis.

### OBJETIVO

Reconocer tempranamente un agente patógeno parasitario en los pacientes inmunosuprimidos.

Descripción del caso: Paciente de 13 años con Lupus eritematoso sistémico de un año de evolución, oriunda del conurbano bonaerense, mal medio socioeconómico, con desnutrición crónica severa. Por afectación renal, hematológica, articular y cutánea de su enfermedad de base, sin respuesta al tratamiento, recibió inmunosupresión prolongada con corticoides sistémicos y micofenolato.

Ingresa al hospital por presentar tos persistente, con hemoptisis de 72 horas de evolución, dificultad respiratoria y rash malar exacerbado. Se decide su internación en la unidad de cuidados intensivos. Presentó laboratorio con leucocitosis sin eosinofilia, eritrosedimentación y proteína C reactiva aumentados, hipocomplementemia, ferritina y fibrinógeno dentro de valores normales, FAN positivo y anti DNA negativo. Se realizó radiografía de tórax al ingreso, en la cual se observó infiltrado bibasal difuso. Evolucionó tórpidamente, con mayor dificultad respiratoria, insaturación, anuria e hipotensión, shock séptico y distress respiratorio por lo que requirió asistencia respiratoria mecánica durante 48 horas e intrópicos durante 24 horas.

### CONCLUSIÓN

Ante un paciente inmunosuprimido con compromiso pulmonar es recomendable buscar parásitos como agente etiológico del cuadro respiratorio, lo cual nos permite diagnóstico y tratamiento temprano independientemente del lugar de residencia.

RPD  
88

## MIOSITIS OSIFICANTE Y FRACTURAS PATOLÓGICAS EN PACIENTE TRASPLANTADO DE HÍGADO



Alfano M.<sup>1</sup>; Nogueira M.<sup>2</sup>; Buamscha D.<sup>3</sup>; Brusca S.<sup>4</sup>

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS PEDIÁTRICOS 72.

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"<sup>1,2,3,4</sup>

<alfano\_marcela@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes trasplantados de hígado, presentan una incidencia de fracturas de un 24-40% debido a osteoporosis. La misma puede incrementarse por la presencia de miositis osificante, un proceso proliferativo benigno que compromete músculo y hueso.

### OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente pediátrico trasplantado de hígado con fracturas patológicas asociadas a miositis osificante.

### CASO CLÍNICO

Paciente trasplantado hepático de 10 meses, con antecedente de cirugía de Kasai frustra por atresia de vías biliares y retrasplante luego de 12hs en estado anhepático. Presenta una evolución con múltiples complicaciones requiriendo intervenciones quirúrgicas, nutrición parenteral e inmovilización prolongada. A los tres meses del trasplante, el lactante comienza con edema asimétrico de miembros inferiores, con dolor a la movilización y godelt positivo, sin calor ni rubor. Se realizan radiografías de huesos largos, donde se evidencian múltiples fracturas asociadas a formación metaplásica de hueso en músculos circundantes. El cuadro es asumido como miositis osificante y fracturas patológicas secundarias.

### CONCLUSIONES

La miositis osificante es una patología poco frecuente, debe ser pensada en aquellos pacientes desnutridos crónicos con fracturas patológicas y formaciones cálcicas en músculo. Es fundamental el soporte nutricional de los pacientes luego del trasplante para prevenir complicaciones a largo plazo.

## EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS CON EXANGUINOTRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON COQUELUCE GRAVE.



Patricia Meneces Rojas A.<sup>1</sup>; Gamboa J.<sup>2</sup>; Fortini Y.<sup>3</sup>; Sagarnaga E.<sup>4</sup>

HOSPITAL ABETE<sup>1,2,3,4</sup>

<Abigail.menece@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La coqueluche es una enfermedad infectocontagiosa de transmisión respiratoria causada por Bordetella Pertussis. Afecta a niños pequeños, siendo grave en recién nacidos y lactantes. Es la quinta causa de muerte prevenible por vacunación, la mayor morbimortalidad se asocia al grupo etario menor de 1 año.

Se define como coqueluche grave cuando se asocia a hiperleucocitosis, insuficiencia respiratoria grave e hipertensión pulmonar, responsables del colapso cardiovascular.

Se analizaron 2 historias clínicas de pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos con diagnóstico de coqueluche por técnica de reacción en cadena de la polimerasa, durante el período 01/01/2014 al 18/12/2016 que fueron sometidos a terapia de leucorreducción, con resultado favorable.

### OBJETIVO

Describir la evolución de pacientes con coqueluche grave que fueron sometidos a exanguinotransfusión (ET) y su efectividad.

### CASOS CLÍNICOS

**Caso 1:** niña de 6 meses, RNPT, PAEG. Consulta por cuadro de 6 días de evolución de dificultad respiratoria, accesos de tos y palidez generalizada. Ingresó desde la guardia a UCIP, se coloca en ARM con altos parámetros. Hematocrito 30%, GB 118.000/mm<sup>3</sup>, plaquetas 806.000. PAFI 100. Rx tx: infiltrado difuso bilateral. Ecocardiograma: ausencia de cardiopatía estructural y de hipertensión pulmonar. Al día siguiente, desmejora clínicamente, con requerimiento de inotrópicos y marcada hiperleucocitosis (GB 140.000/mm<sup>3</sup>), se realiza ET recambiando 2 volemiás. Laboratorio

control (GB 41.000/mm<sup>3</sup> y plaquetas 235.000). Al cuarto día se realiza nueva ET por aumento de masa leucocitaria (52.000/mm<sup>3</sup>), demostrando un descenso de GB a 24.000/mm<sup>3</sup>. La niña permaneció 22 días en ARM.

**Caso 2:** paciente masculino de 2 meses, RNT, sin antecedentes patológicos. Consulta por dificultad respiratoria de 4 días de evolución y tos quintosa. A las 24 hs de internación pasa a UCIP, por claudicación respiratoria ingresa en ARM con altos parámetros. Presenta hipoxemia severa (PAFI 63). Rx tx: infiltrado intersticial paracardíaco izquierdo. Hematocrito. 26%, GB 38.000/mm<sup>3</sup> y plaquetas 177.000. El paciente desmejora hemodinámicamente con requerimiento de inotrópicos y marcado aumento de GB (71.000/mm<sup>3</sup>). Ecocardiograma: hipertensión pulmonar severa, tratamiento convencional (sildenafil durante 30 días). A las 24 horas de internación se realiza ET con recambio de 2 volemiás. El laboratorio control evidenció descenso de masa leucocitaria (GB 19.000/mm<sup>3</sup>). Permaneció 43 días en ARM.

### RESULTADOS

Se realizó exanguinotransfusión precoz (dentro de las 48 horas) en pacientes con hiperleucocitosis, hipoxemia refractaria y requerimiento de fármacos vasoactivos. Se recambiaron 2 volemiás, evidenciando mejor oxigenación objetivable por PAFI, disminución de inotrópicos, y del valor absoluto de GB. Ambos pacientes sobrevivieron sin complicaciones, contaban con vacunación completa. No se detectó la presencia de coinfección viral ni complicaciones.

### CONCLUSIÓN

La exanguinotransfusión precoz redujo la masa leucocitaria y las toxinas de secreción, siendo una alternativa válida de tratamiento, de bajo costo y fácil realización.

## ENFERMEDAD DEL SECARROPA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Fain J.<sup>1</sup>; Gallagher R.<sup>2</sup>; Gonzalez Cambaceres C.<sup>3</sup>; Teves Echazu A.<sup>4</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<javierfain@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

A casi 20 años de la publicación por parte del Dr. Groiso y col. y de la Declaración en el 2000 de la OMS de los Objetivos del Milenio, (especialmente el N° 4) la Reducción de la Mortalidad Infantil; las causas externas (los accidentes) e incluso sus secuelas constituyen a pesar de los esfuerzos en su prevención la causa mayoritaria de muerte entre los niños de 5 a 14 años (26,47%) y cuando no ocurre generan minusvalías de distinta gravedad. Sin dudas, estrategias acertadas de prevención y recursos adecuados son el camino para su reducibilidad.

### OBJETIVOS:

Comunicar un caso de Enfermedad del Secarropa, su evolución y reflexionar sobre su prevención.

Reporte del Caso: Paciente de sexo masculino de 6 años de edad, con antecedentes de Hidroureteronefrosis bilateral, quien ingresa a Htal. Garrahan derivado de la provincia de San Juan luego de haber sufrido amputación traumática de miembro superior izquierdo en accidente con secarropas centrífugo. En hospital de origen se realiza vendaje compresivo, y el miembro amputado es derivado envuelto en doble bolsa estéril, en conservadora con hielo.

El paciente ingresa a quirófano 7 horas posteriores al accidente. Se realiza reimplante del miembro, por equipo quirúrgico formado por servicio de Traumatología, Cirugía Vasculuar y Plástica.

Paciente ingresa a UCIP posoperatorio en ARM y con requerimientos de inotrópicos ambos en bajos parámetros. En miembro reimplantado no se palpan pulsos distales, frío, cianótico y con relleno capilar ausente. A las 24hs posquirúrgicas por continuar sin perfusión distal de reimplante y sin señal doppler color en arteria humeral distal a la anastomosis se realiza re-permeabilización de arteria humeral, toilette y fasciotomía de miembro.

A las 48hs posquirúrgicas por signos clínicos de SIRS con inestabilidad hemodinámica, sumado al grave compromiso isquémico del miembro reimplantado se decide la amputación definitiva del miembro comprometido, con mejoría clínica, pudiendo extubarse y suspender inotrópicos a las 24hs del procedimiento

### COMENTARIO:

Los condicionantes socio-económicos son fundamentales en este grupo etario para la reducibilidad de la mayor causa de mortalidad o minusvalías adquiridas. La prevención como estrategia fundamental de abordaje estará limitada en tanto y en cuanto no se mejoren dichos condicionantes de los sectores de bajos recursos. Debemos mientras tanto optimizar los esfuerzos para reducir las secuelas.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Gimenez M.<sup>1</sup>; Grottoli R.<sup>2</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DE AZUL<sup>1,2</sup>

<alitas\_777@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El tronco arterioso es una malformación congénita en la cual una sola arteria nace del corazón cabalgando sobre el septum interventricular y dando origen a la arteria coronaria, pulmonar y aorta ascendente.

Las manifestaciones clínicas del tronco arterioso aparecen a los pocos días de vida evidenciándose un cuadro de insuficiencia cardiaca congestiva con mayor o menor grado de cianosis, siendo la taquipnea, sudoración con las tomas, falta de ganancia de peso, pulsos saltones, precordio hiperdinámico y hepatomegalia los signos y síntomas más frecuentes. Tiene alta mortalidad durante el primer año de vida.

### OBJETIVOS

Considerar el tronco arterioso y la comunicación interventricular como diagnóstico diferencial en un paciente con soplo y sintomatología respiratoria asociada.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 1 mes de edad, prematura, derivada de localidad vecina por síndrome bronquiolítico moderado que empeora en las últimas horas. Al ingreso se constata niña en mal estado general afebril, taquicárdica, taquipneica, con requerimientos de oxígeno, palidez generalizada, pulsos periféricos presentes, relleno capilar mayor a 2 segundos, se ausculto soplo holosistólico de intensidad 4/6, rales subcrepitantes en bases pulmonares.

Se realizaron exámenes complementarios evidenciándose hiperglucemia con acidosis metabólica descompensada. Se expandió con solución fisiológica a 20 ml/kg, se corrigió glucemia con insulina a 0,1 u/k, se medicó con ampicilina 150 mg/kg/día y gentamicina 5 mg/kg/día. Se realizó ecocardiograma diagnosticándose tronco arterioso único y comunicación interventricular. Se realizó interconsulta con hospital de mayor complejidad derivándose la niña en avión sanitario con diagnóstico de cardiopatía descompensada por sepsis. En dicho hospital se le realizó cirugía cardiovascular a cielo abierto evolucionando favorablemente.

### CONCLUSIÓN

Ante un paciente con síndrome bronquiolítico y soplo considerar siempre como diagnóstico diferencial cardiopatía congénita.

## DERRAME PERICÁRDICO CON TAPONAMIENTO CARDIACO POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR (EBV) A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
95

Antoni E.<sup>1</sup>; Lugo S.<sup>2</sup>; Valentini I.<sup>3</sup>; Montellanos M.<sup>4</sup>; Colombo M.<sup>5</sup>

HOSPITAL POSADAS<sup>1 2 3 4 5</sup>

<enriquemantoni@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El EBV, pertenece a la familia de los herpes virus. Esta ampliamente difundido en la naturaleza infectando entre el 90–100% de la población mundial. La Mononucleosis infecciosa se caracteriza por fiebre, faringitis y linfadenopatías, suele asociar esplenomegalia y hepatomegalia. En los niños la seroconversión sintomática es menos frecuente que en los adolescentes y adultos. Son bien conocidas las complicaciones como hepatitis, ictericia, anemia hemolítica y ruptura esplénica. Sin embargo puede presentar complicaciones poco frecuentes como derrame pericárdico con taponamiento cardiaco.

Descripción: Paciente de 8 años de edad, sin antecedentes de importancia, vacunas completas según calendario, consulta por cuadro de 10 días de fiebre, vómitos y diarrea. Presentando al examen físico hepatomegalia, ingurgitación yugular y ruidos cardiacos hipofonéticos y signos clínicos de shock. Rx de tórax con corazón en botellón con mediastino ensanchado, y ecocardiograma: derrame pericárdico severo con compresión de aurícula derecha. Luego de reanimación inicial se realiza drenaje de 600 ml de líquido citrino con fisicoquímico (GB:1210 predominio mononuclear, Glucosa:0.38 Proteinas:3.2 LDH:859) mejorando cuadro clínico. Bacteriológico de hemocultivos y líquido pericárdico negativos. Sin medio epidemiológico para tuberculosis. Z-N de líquido pericárdico negativo. Cumple tratamiento antibiótico. HIV:neg, CMV: Neg, HBV: neg, Micoplasma IgG+ Anti VCA IgG +, EBV EA: +. Perfil tiroideo:

normal. FAN negativo, C3 C4 normales, Factor reumatoideo negativo. No cumple criterios para hemofagocitosis. A los 6 días de internación se recibe resultado de PCR para EBV positiva en líquido pericárdico, sangre periférica. Punción de medula ósea PCR para EBV + blastos < 5%. Se medica con dexametasona y Aciclovir presentando buena evolución clínica egresando de terapia intensiva. Encontrándose internado en sala de pediatría se positiviza cultivo para Mycobacterium Tuberculosis (MT). Se medica con drogas antifímicas y es dado de alta con controles ambulatorios.

### CONCLUSIÓN

El derrame pericárdico con taponamiento cardiaco es una complicación poco común de la infección por EBV y común en el caso de MT. Frente a las características del líquido inicial nos planteamos un abanico de diagnósticos diferenciales de los cuales no se puede exceptuar ninguno de ellos, en este caso encontramos una co-infección poco habitual.

## LINFANGIOMATOSIS PULMONAR DIFUSA CON COMPROMISO PLEURAL Y PERICÁRDICO

RPD  
96

Hernandez Arneson Y.<sup>1</sup>; Hernandez A.<sup>2</sup>; Moreno R.<sup>3</sup>; Camargo Vargas B.<sup>4</sup>; Garrido P.<sup>5</sup>; Maffey A.<sup>6</sup>; Medin M.<sup>7</sup>; Cardigni G.<sup>8</sup>

SANATORIO DE TRINIDAD DE PALERMO<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<yanih2004@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La linfangiomatosis es una enfermedad sistémica poco frecuente, caracterizada por una marcada proliferación y dilatación de los vasos linfáticos; puede ser localizada o difusa. Afecta a recién nacidos y adultos jóvenes. Se desconoce su etiología y patogenia. Presenta alta tasa de recurrencia y mal pronóstico. Hay diferentes opciones terapéuticas, como el uso de sirolimus y propanolol en la disminución de la proliferación linfática asociado al manejo de los síntomas, no encontrándose guías para su manejo en la literatura.

### OBJETIVO

Describir un caso de linfangiomatosis con poliserositis refractaria.

Descripción: Niña de 22 meses derivada de Paraguay con poliserositis para estudio. Antecedentes de infecciones respiratorias a repetición, asociado a derrame pericárdico y pleural que requirió internación para pericardiocentesis y avenamiento pleural. Al ingreso, presentó débito por tubo de 4 a 5 l/día de líquido quiloso. Recibió gammaglobulina, albumina y transfusión de glóbulos rojos y plasma. Las radiografías de tórax evidenciaron infiltrado intersticial difuso y derrame pleural bilateral y la TAC infiltrado en “vidrio esmerilado”, engrosamiento de septos inter e intralobulillares y del intersticio peribronquiovascular, derrame pleural bilateral, pericardico, y aumento de tamaño del mediastino. Al 5° día

de internación, por sospecha de enfermedad de vasos linfáticos, inicia tratamiento inmunomodulador con sirolimus y propanolol. Se realiza biopsia pulmonar y pleurodesis. Informe anatomopatológico: hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos compatibles con linfangiomatosis kaposiforme pulmonar. El débito pleural disminuyó a 50 ml/día a la semana de iniciado el tratamiento farmacológico al igual que el derrame pericárdico. Al cuarto mes se suspendió el oxígeno y se retiró drenaje. Desde el ingreso recibió nutrición parenteral, con descenso paulatino luego del inicio de vía oral con fórmula láctea de bajo contenido lipídico, progresando a dieta hipograsa, hasta dieta normal para la edad. Se externó al cuarto mes de internación y regreso a su país un mes después. Recibe sirolimus y propanolol por vía oral con evolución estable.

### CONCLUSIÓN

Plantear como diagnóstico diferencial las malformaciones linfáticas en los derrames pleurales refractarios al tratamiento habitual y la utilidad del diagnóstico anatomopatológico, permiten aplicar terapéuticas que eviten la progresión de enfermedad y disminuyan la morbimortalidad relacionada a la misma.

## CONFECCION DE ALGORITMOS DE LAS PATOLOGÍAS CRÍTICAS PARA USO AL PIE DE LA CAMA EN LA SALA DE REANIMACIÓN

RPD  
97

*Boto A.<sup>1</sup>; Fustianiana A.<sup>2</sup>; De Pino S.<sup>3</sup>; Hualde G.<sup>4</sup>; Perez G.<sup>5</sup>; Gagliardi R.<sup>6</sup>; Rino P.<sup>7</sup>*

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<botoanabella@live.com.ar>

El manejo exitoso de los pacientes en la emergencia depende del diagnóstico inmediato y el tratamiento rápido. Las patologías más frecuentes del área de reanimación son tiempo sensible, como el shock séptico entre otros.

A tal fin desarrollamos protocolos de atención definidos de las enfermedades prevalentes en el área de reanimación (shockroom) pegados al pie de la cama.

Unificando de esta forma criterios de atención, mejorando la calidad asistencial en tiempo y forma. Así también facilitando la información y disminuyendo los errores.

Se confeccionaron a tal fin los siguientes protocolos: shock séptico, shock anafiláctico, crisis asmática severa, paro cardiorrespiratorio, arritmias, estado epiléptico, politrauma, quemados y sedoanalgesia.

Su uso está destinado a toda la población que ingresa al sector de shockroom. Participaron en la confección de los mismos, médicos de Emergencias de un hospital de tercer nivel, usando como bibliografía protocolos y guías de atención internacionales.

Dichos protocolos desarrollan los criterios diagnósticos de las distintas patologías, los pasos a seguir en la terapéutica incluyendo los fármacos de elección y sus dosis correspondientes.

Se eligieron distintos colores para diferenciar las patologías y se pegaron en las paredes del área de reanimación de manera tal de evitar la contaminación visual.

La imprevisibilidad de los ingresos de pacientes con patologías críticas en estos servicios, la importancia de comenzar los tratamientos o procedimientos en tiempo y forma adecuados, los errores que surgen, entre otras causas, por la dificultad en recordar patologías poco frecuentes pero de alto impacto y la de experiencia diversa de los médicos, hace necesario contar con esta herramientas que disminuyan la posibilidad de error.

## TRATAMIENTO CONSERVADOR DE HEMATOMA EXTRADURAL: REPORTE DE UN CASO.

RPD  
98

*Britos M.<sup>1</sup>; Bove P.<sup>2</sup>; Medici P.<sup>3</sup>; Gaspari M.<sup>4</sup>*

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD MAR DEL PLATA<sup>1 2 3 4</sup>

<martin\_britos17@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el diagnóstico de un hematoma extradural (HED) post traumático era seguido de una evacuación inmediata. Sin embargo, en la actualidad, pacientes con este tipo de hematomas asintomáticos, o que muestran síntomas mínimos, son tratados sin necesidad de cirugía.

El problema clínico en relación con el posible tratamiento conservador de estos hematomas es importante ya que el uso rutinario de la TAC en los pacientes con trauma de cráneo leve ha llevado a diagnosticar un número creciente de hematomas asintomáticos.

### OBJETIVOS:

1. Presentar caso clínico de un paciente con HED post traumático manejado en forma conservadora
2. Enfatizar los criterios de selección para el tratamiento conservador del HED post traumático.

### RESUMEN

Paciente masculino de 8 años, con antecedentes de dislexia y déficit atencional, consulta por guardia por sufrir traumatismo encefalocraneano(TEC) dos horas previas. Según relato de los padres, el paciente cae al piso de su propia altura hacia atrás e impacta con la región occipital del cráneo sin pérdida de conocimiento. Al no constatar alteraciones en el examen neurológico ni en la exploración física, se dan pautas de alarma, y manejo en el domicilio. 12 horas más tarde reconsulta por agregar 3 vómitos y cefalea de intensidad 7/10. Se realiza TAC, que informa a nivel frontoparietal derecho imagen hiperdensa extra axial biconvexa de 15 mm de espesor, que produce efecto de masa y

desviación de la línea media de 5 mm hacia el lado izquierdo. Se interna en unidad de cuidados críticos pediátricos(UCIP), siendo evaluado por el servicio de neurocirugía, que al evidenciar dicha lesión y constatar que se trataba de un paciente en excelente estado general neurológicamente asintomático, decide adoptar conducta expectante.

El paciente permaneció internado 13 días, asintomático y con seguimiento por TAC.

En el control tomográfico al mes, se evidencia reabsorción casi completa del hematoma extradural.

### DISCUSIÓN

La elección del tratamiento conservador se basa en criterios 1) clínicos, aceptándose que solo los pacientes en una situación clínica favorable (GCS 14-15), son candidatos a éste; y 2) radiológicos: Volumen menor de 30 ml, desplazamiento de línea media menor a 5 mm, y ausencia de compresión de sistemas basales.

### CONCLUSIÓN

La llegada de la TAC, ha permitido que pacientes con HED de pequeño o moderado tamaño con alto GCS pueden evolucionar satisfactoriamente sin necesidad de cirugía.



## ACV ISQUÉMICO EN LACTANTE POR COCAÍNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Santini C.<sup>1</sup>; Kishishian C.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>; Gallagher R.<sup>4</sup>  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. J.P.GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>  
<cesantini@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es una patología poco frecuente en pediatría. Existen numerosas etiologías posibles, siendo las más frecuentes la trombosis carotídea/vertebrobasilar o de los senos venosos, el Moya-Moya, la displasia fibromuscular, las disecciones arteriales y la vasculitis. Sin embargo, el 50% de éstos permanece sin diagnóstico etiológico. Una causa menos frecuente es el vasoespasmo producido por la cocaína. Existen numerosos reportes de casos de infartos cerebrales en adultos por consumo directo y en neonatos por consumo materno durante el embarazo.

### OBJETIVOS

Reportar el caso de un lactante sin antecedentes perinatólogicos de importancia, con un ACV isquémico hija de madre cocainómana. Descripción del caso: Se describe el caso de una niña de 4 meses, previamente sana, que consulta por presentar rechazo al alimento, somnolencia, hipotonía e hiporreactividad. Al ingreso se la valoró deshidratada, con acidosis metabólica e hipoglucemia. Se tomaron hemocultivos, urocultivo y cultivo de LCR (sin rescate de germen) y cumplió tratamiento con Ceftriaxona y Aciclovir. A las 48 hs presentó convulsión tónica de hemicuerpo izquierdo, por lo cual se impregnó con Difenilhidantoína y se realizó TAC que evidenció infarto hemisférico derecho, por lo cual es derivada a nuestro hospital. Ingresa respirando espontáneamente, hemodinámicamente compensada e hipertensa, presentando apertura ocular espontánea, nistagmo horizontal y hemiparesia braquiocrural izquierda. Se realizó laboratorio completo con frotis de sangre periférica, ECG y ecocardiograma, ecoDoppler de vasos de

cuello, laboratorio metabólico y reumatológico, catastro de tuberculosis, serologías completas y screening de abuso normales; tóxicos en orina positivos para barbitúricos y benzodiazepinas. Al interrogatorio la madre refiere haber consumido cocaína antes del embarazo y un consumo casual 12 hs previas al comienzo del cuadro clínico de la paciente, presentando tóxicos en orina positivos para benzodiazepinas y cocaína.

### COMENTARIO

Si bien no existen reportes de casos de infarto cerebral en lactantes que hayan consumido cocaína a través de leche materna, la paciente descripta no presentaba otra causa aparente para el cuadro clínico. Aunque los tóxicos en orina de la paciente resultaron negativos, la muestra fue tomada a las 72hs de la alimentación a pecho, estando descripta la positividad hasta 60hs posteriores al consumo por lactancia. Asimismo, su madre consumió cocaína 12hs antes de alimentarla a pecho, estando descripta la permanencia en leche materna hasta 36hs posteriores al consumo. Planteamos como causa posible la intoxicación con cocaína a través de la leche materna. Recomendamos considerar los tóxicos como posible causa de ACV isquémico, realizar el interrogatorio dirigido, la detección cualitativa y suspender la lactancia hasta obtener los resultados.

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SEPSIS SEVERA PEDIÁTRICA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA (ESTUDIO ESPED)

Jabornisky R.<sup>1</sup>; Saenz S.<sup>2</sup>; Vassallo J.<sup>3</sup>; Cernadas C.<sup>4</sup>; Capocasa P.<sup>5</sup>; Jaen R.<sup>6</sup>;  
Moreno P.<sup>7</sup>; Landry L.<sup>8</sup>; Rufach D.<sup>9</sup>; Santos S.<sup>10</sup>; Mabel B.<sup>11</sup>; Carcillo J.<sup>12</sup>; Otros A.<sup>13</sup>

HOSPITAL JUAN PABLO II<sup>1</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS "DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD"<sup>2</sup>, CÓRDOBA<sup>2,5</sup>;  
HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRÍA J.P. GARRAHAN<sup>3,4,8</sup>; HOSPITAL BRITÁNICO, BUENOS AIRES<sup>6</sup>; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>7</sup>; HOSPITAL CÁSTEX, PROV DE BUENOS AIRES<sup>9,10</sup>; FUNDACIÓN FAVALORO<sup>11</sup>; CHILDREN'S HOSPITAL OF PITTSBURGH, PITTSBURGH, EEUU<sup>12</sup>; GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA; COMITÉ NACIONAL DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS, SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA<sup>13</sup>  
<rjabornisky@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La Sepsis Severa (SS) es una de las primeras causas de muerte en los niños de la Argentina y es la principal en los niños fallecidos en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del mundo.

### OBJETIVOS.

General:

- Describir las características epidemiológicas de la SS en pacientes internados en diferentes UCIP de Argentina.

Específicos: Determinar la incidencia y características demográficas de la SS en UCIP.

- Analizar la presencia de disfunción de órganos al momento del diagnóstico y durante su evolución.
- Describir enfermedades comórbidas subyacentes, modalidades de tratamiento, evolución de pacientes, presencia de secuelas al egreso y las características microbiológicas.
- Analizar la asociación de determinadas variables con la mortalidad.

### PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, prospectivo realizado en pacientes con SS internados en UCIPs de Argentina entre el 1/08/2008 y 30/09/2008. Criterios de Inclusión: Tener entre 1 mes y 216 meses de edad, con diagnóstico de SS al momento de admisión a UCIP o durante su hospitalización en UCIP.

### RESULTADOS

En 61 UCIP ingresaron 2559 pacientes, incluyéndose 316 con 336 eventos. La mortalidad fue de 33,5% y la edad media 35 meses (mediana 8 meses). La mortalidad aumentó en quienes procedían del ámbito rural (rural 55,1% vs urbana 27%) y presentaban una comorbilidad al ingreso (con 39,6% vs sin 23,4%). Se asociaron a mayor mortalidad la presencia de Shock (RR:0.49; IC 95 0.25-0.98; p=0.044), SDRA (RR: 0.44; IC 95 0.27-0.72, p=0.001), haber recibido más de 60 ml/kg de fluidos en la primera hora (RR 0.49, IC 95 0.27-0.92, p=0.028), el uso de corticoides a bajas dosis (RR 0.52, IC 95 0.29-0.94, p=0.030) y a altas dosis (RR 0.49, IC 95 0.23-1.09, p=0.081). El uso de dopamina no presentó mayor mortalidad que el uso de noradrenalina (30,8% vs 44,8 % respectivamente). La administración de antibióticos se retrasó una hora en 40% de los pacientes sin observarse mayor mortalidad (72% con ATB antes de la primera hora vs 65% con ATB luego).

### CONCLUSIONES

La SS pediátrica es una entidad de alta mortalidad en la Argentina. La presencia de SDRA, shock, provenir del área rural, recibir más de 60 ml/kg de fluidos en la 1ª, y el uso de corticoides se asociaron en un aumento de la mortalidad. El 40% recibió antibióticos luego de la hora de ingreso a la UCIP.

## EDEMA DE LENGUA Y GLOTIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Keshishian C.<sup>1</sup>; Motto E.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>; Gallagher R.<sup>4</sup>; Gonzales Cambaceres C.<sup>5</sup>*

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5</sup>

<a\_mi\_sola@hotmail.com>

RPD  
101

### INTRODUCCIÓN

El edema agudo de lengua y vía aérea superior es un evento poco frecuente en pediatría. Diversas etiologías se describen en la literatura siendo la más común la alérgica y la traumática. Se relata el caso de una paciente con edema, en un principio de causa indeterminada.

### OBJETIVOS

Reportar el caso de una paciente con edema agudo de lengua y vía aérea superior postquirúrgico inmediato de excéresis de tumor de fosa posterior. Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 12 años de edad con antecedente de excéresis de tumor de fosa posterior 6 meses previos y aspergilosis invasiva, sin antecedentes alérgicos. Ingresó a UTIP para monitoreo tras resección de ependimoma de fosa posterior. Ingresó a UTIP reactiva, desorientada, con pupilas midriáticas reactivas y ventilando aire ambiente. FC 117 lpm, SatO<sub>2</sub> 100% y TA 128/81 mmHg. Al examen físico se constata edema de lengua con lesión aframbuesada en región lateral izquierda que evoluciona a las pocas horas con obstrucción de la vía aérea, tiraje generalizado y estridor inspiratorio, evidenciándose protrusión masiva de la lengua, por lo que se decide su intubación e ingreso a asistencia respiratoria mecánica. No se observó edema en otras regiones, síntomas sistémicos, ni otro signo que haga sospechar un origen alérgico. En las 24 horas siguientes el edema lingual siguió en aumento a pesar de tratamiento antialérgico y antiinflamatorio sistémico. La apertura bucal o la colocación de dispositivos de urgencia para la vía aérea superior fueron imposibles.

Con endoscopia respiratoria, se constata edema severo de supraglotis y corona laríngea. Se realiza traqueostomía de urgencia. Fue valorada por el servicio de cirugía plástica, que atribuyó el cuadro como secundario a traumatismo autoprovocado con los dientes. El edema de lengua se resolvió en un lapso de 21 días con posterior cierre de la traqueostomía al mes de la intervención.

### CONCLUSIÓN

El edema localizado en mucosa oral y vía aérea superior es una patología poco frecuente en pediatría. La fisiopatología sería por obstrucción del drenaje venoso. Se sugirieron como diagnósticos posibles, accidente cerebrovascular isquémico, angioedema por medicación utilizada durante la inducción anestésica y alergia al látex. La lesión por decúbito o la auto infligida deben considerarse en cirugías en donde el decúbito prono es prolongado. En este tipo de cirugía, se debe reforzar los cuidados quirúrgicos por parte de los cirujanos y anestesiólogos.

## ENCEFALOPATÍA MITOCONDRIAL, ACIDOSIS LÁCTICA Y EPISODIOS STROKE LIKE (MELAS): A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Fagalde G.<sup>1</sup>; Castagnaro Rossini E.<sup>2</sup>; Orqueda E.<sup>3</sup>; Chavez M.<sup>4</sup>; Balderrama M.<sup>5</sup>; Fernandez Alonso A.<sup>6</sup>;*

*Juarez P.<sup>7</sup>; Rearte A.<sup>8</sup>; Castillo P.<sup>9</sup>; Safe A.<sup>10</sup>; Juarez P.<sup>11</sup>; Ramasco L.<sup>12</sup>*

SANATORIO 9 DE JULIO. TUCUMAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</sup>

<gfagalde@gmail.com>

RPD  
103

### INTRODUCCIÓN

El síndrome MELAS se caracteriza por retraso en el crecimiento, epilepsia parcial o generalizada y episodios de stroke like manifestados con hemiplejía y hemianopsia. Presentaciones clínicas adicionales incluyen diabetes, sordera, demencia, ataxia, miopatía, hallazgo de retinopatía pigmentaria, cefalea recurrente.

### OBJETIVO

Describir un caso de Síndrome de MELAS en un paciente pediátrico.

### CASO CLÍNICO

Baja talla, mala progresión de peso, adquisición de pautas madurativas acordes. Niña de 4 años que consulta por cuadro de 20 días de astenia, adinamia, fiebre y vómitos es tratada como hepatitis A. Examen físico: Hipertricosis, baja Talla, mala progresión de peso, desnutrición severa con pautas madurativas normales. En laboratorio inicial se observó acidosis metabólica con anión restante elevado. A las 24 hs presenta deterioro neurológico progresivo que requiere ARM, se asumió como encefalopatía hepática por elevación de transaminasas y acidosis metabólica, hiperlactacidemia, sin alteración de la coagulación. TAC cerebral con calcificaciones bilaterales en ganglios basales, cuerpos caudados y región frontal derecha. Imágenes hipodensas poco regulares de contornos indefinidos en región occipital bilateral. Se agregan al cuadro convulsiones tónicas-clónicas localizadas en hemicuerpo izquierdo continuando con acidosis metabólica con anión restante elevado asociado a hiponatremia severa, se detectan valores de sodio elevados en orina se asume como

síndrome perdedor de sal cerebral. Fondo de Ojo: hemorragias retinianas en ojo derecho. LCR: cultivo negativo con ácido láctico en LCR >4,5. Se descarta hepatitis viral por serologías negativas. Se estudia perfil hipofisario: Panhipopituitarismo. Se inicio reemplazo hormonal con hormonas tiroideas y corticoides. El cuadro se asume como Encefalopatía Aguda por la clínica y las lesiones observadas en el parénquima cerebral que son compatibles con stroke/stroke like. RMN Cerebro: Imágenes de alta intensidad en regiones periacueductal, parte de vermis cerebeloso, cortical y subcortical: temporal y parietal, occipital paramediana de ambos hemisferios cerebrales (T2 Y FLAIR) sin efecto de masa sustancial compatibles con procesos vasculo-isquémicos recientes. Lesiones brillantes en T1, T2 y FLAIR sin representación en difusión y GRE que corresponderían a lesiones mixtas (isquémico-hemorrágicas). Dg probable: Enfermedad metabólica mitocondrial (MELAS) que se confirmó por estudio de Biología Molecular. La paciente presentó coma persistente sin posibilidades ausencia de reflejo tusígeno. Evolucionó con compromiso miopático presentando vejiga e intestino neurogénico con atonía gástrica que imposibilitó la alimentación enteral, la paciente fallece a 3 meses de ingreso.

### COMENTARIO

Las enfermedades mitocondriales presentan hallazgos positivos en los estudios de Neuroimágenes. El compromiso se presenta a nivel de los ganglios basales, en el síndrome de MELAS dichos hallazgos son específicos y muestran calcificación de los ganglios basales e infartos que no respetan los territorios vasculares. Es una enfermedad que generalmente aparece después de la adolescencia.

## NIÑOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

PO  
104

Centeno M.<sup>1</sup>; Zuazaga M.<sup>2</sup>; Gallagher R.<sup>3</sup>; Motto E.<sup>4</sup>; G. Cambaceres C.<sup>5</sup>; Vega L.<sup>6</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1</sup>; UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL GARRAHAN<sup>2,3,4,5,6</sup>  
<monicent@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) en niños es una entidad poco frecuente. A diferencia de los adultos, no es fácilmente reconocible. Su etiología y factores de riesgo son múltiples y se superponen entre sí. Se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en niños. Su reconocimiento y el enfoque multidisciplinario son pilares fundamentales para afrontar esta patología que causa una elevada morbi-mortalidad.

### OBJETIVO

Describir la epidemiología, metodología diagnóstica y terapéutica de los niños con ACV isquémico y hemorrágico internados en nuestra unidad desde diciembre 2008 a mayo 2016.

### RESULTADOS

Se diagnosticó ACV en 60 niños. La mediana de edad fue 10 años (R: 2 meses-19 años). El ACV fue hemorrágico en 46 mientras y en 14 isquémico. La causa más frecuente de ACV hemorrágico fue la ruptura de malformaciones vasculares. El isquémico se debió con más frecuencia a vasculitis y en solo 2 casos a trombosis de seno venoso.

Los síntomas y signos más frecuentes se muestran en esta tabla:

	Depresión del sensorio	Déficit motor	Convulsiones	Hipertensión intracraneana	Cefalea
Isquémico%	64,2	78,5	50	21,4	50
Hemorrágico%	67,4	63	30,4	45,6	58,7

El promedio del tiempo, en días, entre el inicio del cuadro y el diagnóstico con neuro imágenes resulto en:

ACV	Promedio	DS
Global	1,86	2,38
ACVI	2,21	2,35
ACVH	1,76	2,41

En todos los niños se realizó TC de cerebro al ingreso, en 13 angio TC, mientras que RM se efectuó en 10; 17 requirieron angiografía digital en la emergencia. Monitoreo de PIC ocurrió en 16 pacientes. ARM requirieron 33 niños y 14 sostén inotrópico.

Neurocirugía de emergencia se realizó en 27 pacientes y en forma diferida en 6. En 30 niños (23 hemorrágicos; 7 isquémicos) se observaron complicaciones neurológicas al egreso de la unidad, siendo más frecuentes los déficits motores. Fallecieron 10 niños, 9 con diagnóstico de ACV hemorrágico y 1 isquémico.

### CONCLUSION

La escasa frecuencia de niños con arteriopatía cerebral como factor predisponente de stroke en nuestra casuística podría deberse a que en nuestro Hospital los niños con infarto cerebral de poco volumen y sin compromiso del sensorio se internan en sala pediátrica. Un importante porcentaje no es diagnosticado correctamente o lo es con retraso, especialmente el isquémico. Dada la escasez de estudios en niños, es difícil establecer guías de diagnóstico y tratamiento como ocurre en adultos. Sin embargo, es tarea perentoria de los centros de salud de referencia abocarse a ello.

## FALLA HEPÁTICA FULMINANTE POR TOXICIDAD A L ASPARGINASA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RPD  
105

Pirolì I.<sup>1</sup>; Buamscha D.<sup>2</sup>; Galvan E.<sup>3</sup>; Brusca S.<sup>4</sup>; Hernandez A.<sup>5</sup>; Latini B.<sup>6</sup>; Penayo A.<sup>7</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
<ignaciopirolì@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El linfoma NK extranodal (intestinal) es una patología severa maligna, muy poco frecuente en pediatría. Esta requiere de nuevos protocolos para su óptimo tratamiento oncológico en esta población; los cuales producen efectos adversos no documentados hasta la fecha. Se ha visto que tratamientos quimioterápicos basados en la administración de L asparginasa a altas dosis presentan una mejor tasa de remisión.

### OBJETIVOS

Describir un caso de toxicidad por L asparginasa que se presenta como cuadro de falla hepática fulminante posterior a la administración de altas dosis de L asparginasa como parte del tratamiento oncológico. Etiología para dicho cuadro no descrita previamente en pacientes pediátricos.

Caso Clínico: Paciente de 15 años con diagnóstico de Linfoma de Células NK Extranodal de localización Intestinal, diagnosticado a través de biopsia intestinal. Realizo protocolo intensivo de quimioterapia SMILE, el cual incluye 7 dosis de L asparginasa. Durante el segundo ciclo de quimioterapia posterior a la quinta dosis de L asparginasa desarrolla falla hepática, por lo que se suspende dicho tratamiento. Se determina etiología toxica habiendo descartado cualquier otra causa. Evoluciono de forma fulminante ingresando a la unidad de cuidados intensivos con disfuncion multiorganica, causando el fallecimiento del paciente a los 11 días de su comienzo.

Se desconoce el exacto mecanismo de toxicidad hepática causado por L asparginasa. La forma más frecuente de toxicidad hepática es la esteatosis o la hepatitis caracterizada por el aumento de transaminasas, sin embargo la disfunción hepática severa es algo que ha sido muy poco documentado en la población adulta, por ende no hay casos descriptos en la población pediátrica. La mayoría de los agentes quimioterápicos son metabolizados a nivel hepático lo cual puede exponer a los pacientes a un aumento de riesgo de toxicidad.

Determinar la etiología de la disfunción hepática en este caso, toxica versus infiltrado neoplásico no es fácil, la biopsia del tejido es de gran utilidad para dicha razon, pero para nuestro paciente no se considero su realización debido a las características de su presentación clínica. La forma de presentacion hiperaguda en este caso es consistente con toxicidad.

### CONCLUSIÓN

Los avances tecnológicos en la medicina nos llevan al diagnóstico de nuevas patologías en la población pediátrica que acarrear el desarrollo de nuevos tratamientos. En el caso de los pacientes oncológicos el desarrollo de nuevas líneas de tratamiento es algo que se encuentra en continuo crecimiento. Como equipo de salud tratante tenemos que estar atentos en el diagnóstico de nuevas complicaciones que pueden presentarse debido a estas nuevas terapias para tomar conducta en forma precoz y evitar la morbi/mortalidad que puedan causar.

## TUMOR DE WILM-DIAGNÓSTICO POST-TRAUMA ABDOMINAL

Lugo S.<sup>1</sup>; Valentini I.<sup>2</sup>; Antoni E.<sup>3</sup>; Montellanos M.<sup>4</sup>

HOSPITAL NACIONAL PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>

<silvana83lugo@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El tumor de Wilms (TW) es una neoplasia maligna del riñón de tipo embrionario, que debuta comúnmente en los primeros años de la vida. La mayoría son esporádicos, el 1-2% tienen predisposición familiar. Puede asociarse a síndromes genéticos. La incidencia es de 8:1000000 de niños menores de 15 años. Representa el 6% de los cánceres infantiles, es el 2do tumor maligno abdominal más frecuente de la infancia. Síntomas: es frecuente la masa abdominal descubierta por los padres, puede haber hipertensión, le siguen en frecuencia dolor abdominal, hematuria asintomática, aumento del volumen abdominal, anemia crónica, trombocitosis, policitemia, deficiencia adquirida del factor de vW o del factor VII.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 1 año de vida sufre un traumatismo abdominal tras caída de la cama, comienza con hematuria por lo que consulta en Hospital de referencia, le realizan ecografía y TAC de abdomen que informan masa tumoral, se deriva a Hospital Posadas como abdomen agudo quirúrgico. Refieren los padres antecedente de epistaxis y masa tumoral abdominal desde hace 72hs. Ingresa a UTIP con signos de shock, abdomen distendido, tenso, hematuria macroscópica, recibe reanimación hídrica, trasfusión de glóbulos rojos, plasma. Dado que el paciente continúa con signos descompensación hemodinámica, ingresa a quirófano. Se constata

masa retroperitoneal sangrante, con volcado a cavidad peritoneal, se realiza nefrectomía total derecha y tumorectomía, se envía a anatomía patológica. El paciente reingresa a UTIP, permanece en ARM por 4 días, requiere inotrópicos por 48hs, recibe tratamiento antibiótico profiláctico.

Evalúado por nefrología infantil, indica control estricto de TA y de la función renal. El servicio de hemato-oncología infantil espera resultado de anatomía patológica para confirmar sospecha diagnóstica.

### CONCLUSIÓN

Una masa abdominal en un niño se debe considerar maligna hasta que se demuestre lo contrario. El estudio, diagnóstico y el tratamiento oportuno debe ser precoz para mejorar el pronóstico. Las características anatómicas, macroscópicas e imágenes orientan a un Tumor de Wilms. Debido al traumatismo y a la lesión del tumor la estadificación ha cambiado drásticamente.

## LINFANGIECTASIA PULMONAR CONGÉNITA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lugo S.<sup>1</sup>; Antoni E.<sup>2</sup>; Montellanos M.<sup>3</sup>; Valentini I.<sup>4</sup>

HOSPITAL NACIONAL PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>

<silvana83lugo@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La linfangiectasia pulmonar es una enfermedad poco común, cursa con dilatación anormal de los vasos linfáticos intersticiales y del espacio supleural, puede ser congénita o adquirida, uni o bilateral. De causa desconocida, se cree que tiene origen en la detención del desarrollo de vasos linfáticos alrededor de la semana 20 de gestación. La mayoría son esporádicos, si bien se han descrito casos familiares, relacionadas a anomalías cromosómicas y con el síndrome de Noonan. Se manifiesta como dificultad respiratoria en el neonato, con taquipnea y cianosis refractarias al tratamiento. La clínica y la radiología son inespecíficas y el diagnóstico es por histología.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 1 mes de vida, sin antecedentes patológicos de importancia. Ingresa por guardia con dificultad respiratoria, en Rx de tórax, presenta imagen sugestiva de neumotórax, se intenta drenaje sin éxito. Requiere admisión en terapia intensiva pediátrica ingresando a asistencia respiratoria mecánica (ARM) a las 24hs. Se reevalúa en forma multidisciplinaria estableciéndose sospecha diagnóstica de malformación adenomatosa quística vs enfisema lobar congénito. Se decide conducta quirúrgica; se realiza lobectomía superior izquierda. Se recibe anatomía patológica compatible con LINFANGIECTASIA PULMONAR CONGÉNITA.

Durante la evolución clínica presenta 3 fracasos de extubación. Endoscopia respiratoria normal, se realiza traqueostomía. Presenta hipertensión pulmonar que requiere tratamiento con sildenafil, presentando en TAC de tórax de control áreas de hiperinsuflación y áreas quísticas persistentes. Requiere weaning respiratorio prolongado lográndose desvinculación total de ARM a los 4 meses de evolución. Presentó múltiples interurrencias infecciosas, mal progreso de peso que requirió soporte nutricional. Fue evaluado por genética clínica, no pudiendo establecer correlación con síndrome genético conocido.

### CONCLUSIÓN

Se trata de una enfermedad poco común, que habitualmente es confundida con otras entidades de similar presentación en el periodo neonatal. Evoluciona a la enfermedad pulmonar crónica. La lobectomía o exeresis de área afectada no es curativa ya que existe riesgo de recidiva. El abordaje es fundamentalmente de sostén respiratorio y nutricional haciendo énfasis en la mejoría de la calidad de vida.

## VACACIONES DE SEDACIÓN: ¿REDUCEN LA ESTADÍA Y DISMINUYEN LOS DÍAS ARM EN NIÑOS INTERNADOS EN UCI? REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA



Castagnotti I.<sup>1</sup>; Naccarelli B.<sup>2</sup>; Herrera M.<sup>3</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>

<ignacio.castagnotti@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En las unidades de cuidados intensivos el alcanzar un nivel óptimo de sedación en un constate desafío. En adultos, existe cierta evidencia a favor de la interrupción diaria o vacaciones de sedación. Esta práctica también es utilizada en unidades pediátricas.

### OBJETIVO

Evaluar la evidencia existente en UCI pediátricas sobre el uso de vacaciones de sedación con respecto a los días de ARM y la duración de internación en UCI.

### MÉTODO

Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos online, Medline, Lilacs, Cochrane Library y literatura gris (Google Scholar). Se solicitó la opinión de expertos (médicos de UTIP de Hospital Juan P Garrahan). Se evaluaron todos los artículos encontrados por 2 revisores independientes.

### RESULTADOS

Luego de realizada la búsqueda solo se encontraron 5 artículos. De ellos solo 3 era estudios controlados y aleatorizados.

Solo 2 artículos cumplen con los criterios de validez interna, Gupta et al no aclara el método utilizado de randomización ni si realizo análisis por intención de tratar. Solo el estudio de Vet NJ realizo cegamiento en cuanto a la intervención. En cuanto a los resultados; 2 ECA muestran disminución de los días de ARM y de los días de internación en UCI. En el estudio de Vet no disminuyeron los días de ARM ni de internación, aumentando la mortalidad en el grupo con vacaciones de sedación.

### CONCLUSIONES

Si bien 2 de los trabajos analizados muestran datos a favor del uso de vacaciones de sedación, su nivel de evidencia es bajo. El tercer artículo no muestra beneficios y aumentose la mortalidad. Por ende concluimos que se debe mejorar la calidad la cantidad de los estudios, para poder realizar una recomendación con respecto al uso de las vacaciones de sedación.

Estudio	N	Diseño	Escala	Fármacos	Metodología	Resultados	Nivel JADAD
Gupta K et al 2012 Centro Único India	102	ECA	Ramsay	Midazolam Morfina	Interrupción diaria hasta observar despierto o agitado (N= 46)		2/5
Verlaet C.W.M et al 2014 Centro Único Holanda	30	ECA	Comfort-B	Midazolam Morfina	Interrupción diaria observar Comfort-B >17 (N=15)		3/5
Vet NJ et al 2016 Multicéntrico Holanda	129	ECA	Comfort-B - NISS	Midazolam Morfina Otros: (Clonidina- Ketamina- Propofol - Fentanyl)	Interrupción diaria más sedación protocolizada (N=66) Vs protocolizada	=Días libres ARM 28 días >Mortalidad	5/5

## POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO EN CUATRO LACTANTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. J.P. GARRAHAN, BUENOS AIRES, ARGENTINA.



Pellegrini S.<sup>1</sup>; Timoni M.<sup>2</sup>; Centeno M.<sup>3</sup>; Vega L.<sup>4</sup>

HOSPITAL J.P.GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<solanapellegrini@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Polineuropatía del Paciente Crítico (PNPPC), es una degeneración axonal primaria de las fibras motoras y sensitivas que se acompaña de una alteración de las fibras musculares. Es una entidad clínica observada con cierta frecuencia en los pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Si bien los factores de riesgos difieren en los diferentes trabajos descriptos, la asociación de sepsis, falla multiorganica, que incluye fallo respiratorio con dificultad para retirar la asistencia respiratoria mecánica y polineuropatía axonal, son factores predisponentes comunes que se encuentran en esta serie de pacientes, en coincidencia con los reportados en la bibliografía mundial.

Otros factores son alteraciones metabólicas como la hiperglucemia y la hiperosmolaridad que parecerían contribuir también en su desarrollo. En la población pediátrica son escasos los reportes acerca de la presentación de esta entidad clínica.

### OBJETIVO

Describir las características de cuatro lactantes que presentaron PNPPC en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

### RESULTADOS

En un año se confirmaron a través de electromiografía 4 casos de lactantes con PNPPC, todos menores de 4 meses con diagnóstico de bronquiolitis grave, debilidad muscular y fracaso en el weaning respiratorio.

En 3 de ellos se rescató VSR y en el restante un SAMR.

El 100% presentó cuadro de sepsis, con requerimientos de inotrópicos y ARM invasiva, con una mediana de 21 días (18 - 62). Uno de ellos necesitó HFOV.

Todos recibieron bloqueantes neuromusculares, mediana 5 días (5 - 13) y corticoides, mediana 7 días (6 - 39).

El 75% presentó hiperglucemia, mientras que el 100% tuvo hipoalbuminemia, hipocalcemia y necesidad de transfusión de glóbulos rojos.

Tres de estos bebés recibieron vancomicina y uno aminoglucósidos.

### CONCLUSION

Si bien aún quedan muchas incógnitas por aclarar en cuanto a su etiopatogenia, tratamiento y pronóstico, es una entidad a tener en cuenta en todos aquellos pacientes en los que es difícil retirar la asistencia respiratoria mecánica, una vez descartada cualquier otra causa que pudiera justificarla. Esto nos permitirá en un futuro reconocer con mayor claridad causas para prevenir, tratar y lograr recuperación de estos pacientes.

## SINDROME DE BICKERSTAFF: A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentini I.<sup>1</sup>; Anoni E.<sup>2</sup>; Lugo S.<sup>3</sup>; Montellanos M.<sup>4</sup>

HOSPITAL NACIONAL PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>

<ivalentini@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bickerstaff es una variante del síndrome de Guillain-Barré (SMGB), infrecuente, de presentación grave. Clínicamente se manifiesta con oftalmoplejía y ataxia relativamente simétricas y progresivas, alteraciones en el estado de conciencia e hiperreflexia. Desencadenado por una respuesta autoinmunitaria, asociada a una infección previa, con gérmenes que comparten gangliosidos presentes en el tejido nervioso periférico del individuo, como es el GQ1b. El compromiso neurológico es gradual e involucra, las estructuras del tallo cerebral, con posterior recuperación completa de la funcionalidad.

### OBJETIVO

La presentación de una variable atípica del síndrome de SMGB. Descripción de caso clínico: paciente de sexo femenino de 5 años de edad sin antecedentes de relevancia. Consulta por vómitos, palidez, tendencia al sueño. Al examen físico presenta lesiones ulcerosas en mucosa oral de 7 días de evolución; ataxia y deterioro del sensorio, signos piramidales en miembros inferiores a predominio izquierdo, hiperreflexia rotuliana bilateral. TAC de SNC normal. Punción Lumbar: Dentro de límites normales, LCR negativo. Se sospecha encefalitis, se inicia tratamiento con Aciclovir y ceftriaxona ingresa a UTIP. Evolucionó desfavorablemente, sin defensa de la vía aérea, Score Glasgow 9/15 ingresando a Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM). EEG normal. Drogas de abuso negativo. FAN negativo, C3 y

C4 normal. Serologías negativas. Ecocardiograma, ecografía pleura y abdominal: poliserositis. (Derrame pericárdico severo); Punción pericárdica; Viroológico y cultivo negativo. Coprovirológico: negativo. RMN cerebro: alteraciones de la intensidad que compromete tallo cerebral con predominio de protuberancia posterior, hipointenso en T1 e hiperintenso en T2. FLAIR: leve hiperintensidad periventricular posterior e imágenes hiperintensas a nivel de tálamo y centro neural izquierdo de aspecto inespecífico. Se sospecha clínica de encefalitis inmunomediada se inicia al décimo día tratamiento con gamaglobulina, con evolución clínica y neurológica favorable, desvinculación de AVM y recuperación motora ad integrum.

### CONCLUSIÓN

Nos resulta importante la presentación de una entidad poco frecuente, de la cual el diagnóstico es fundamentalmente clínico, de presentación grave, que puede requerir cuidados intensivos, de evolución generalmente benigna, con tratamiento adecuado, si se sospecha oportunamente.

## ACTIVIDAD FARMACÉUTICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS, UN ESTUDIO DE TIPO ANTES Y DESPUÉS

Belleri M.<sup>1</sup>; Garcia M.<sup>2</sup>; Molina G.<sup>3</sup>; Testard J.<sup>4</sup>; Cinqui G.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5</sup>

<florbelleri@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

En el 2000, la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos y el Colegio de Farmacéuticos Clínicos Americanos recomendaron la participación en el pase de sala y en las rondas médicas del farmacéutico. En el 2003, un artículo en Pediatrics concluye que la presencia del farmacéutico en las rondas médicas es la principal estrategia para disminuir los errores de medicación. En el 2010, en JAMA un trabajo agrega que también se disminuye la estadía en las unidades de cuidados críticos (UCI) y los costos hospitalarios.

### OBJETIVO

Primario: analizar el impacto de la presencia del farmacéutico durante la prescripción médica, a través del registro del número de intervenciones farmacéuticas realizadas.

Secundario: registrar los errores de prescripción médica detectados en el período de estudio.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio del tipo antes/después sobre el número de intervenciones farmacéuticas (a toda aquella sugerencia realizada por el farmacéutico al personal de la salud) siendo la intervención del estudio la presencia del mismo 100% durante la prescripción médica. Se registró la cantidad de intervenciones y errores en una UCI del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

### RESULTADOS

Datos obtenidos pre intervención: 169 errores de prescripción, 908 intervenciones, 4.61 intervenciones/paciente (1-45); 0.85 errores/paciente; 8.49 intervenciones/día (1-23); 1.6 errores/día (0-11). Post intervención: 103 errores de prescripción, 1328 intervenciones, 9.91 (1-74) intervenciones/paciente; 0.76 (1-14) errores/paciente; 18.70 (7-45) intervenciones/día y 1.1 errores/día (0-7). Se observó un aumento del 46% en el número de intervenciones/paciente y del 45% en el número de intervenciones/día. En cuanto a los errores de prescripción médica se observó una disminución del 11% en el número de errores/paciente y el 32% en el número de errores/día.

### DISCUSIÓN

El número de intervenciones y errores varían por diferentes factores, entre ellos: rotación del personal de salud; grado de complejidad, cronicidad y motivo de ingreso del paciente y número de ingresos por día.

### CONCLUSIÓN

La presencia activa del farmacéutico en la UCIs importante al momento de la prescripción médica, viéndose esto reflejado en el aumento considerable de la cantidad de intervenciones farmacéuticas realizadas y en la disminución de errores, teniendo en cuenta que al haber una mayor presencia farmacéutica, también aumenta el registro y la detección de los mismos.

## ¿SE PUEDEN ADMINISTRAR DROGAS VASOACTIVAS A TRAVÉS DE UN ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN PACIENTES CRÍTICOS?

PO  
114

Hualde G.<sup>1</sup>; Rino P.<sup>2</sup>; Fustiñana A.<sup>3</sup>; Khon Loncarica G.<sup>4</sup>; Boto A.<sup>5</sup>; Zlotogora A.<sup>6</sup>; Della Corte M.<sup>7</sup>; Casais G.<sup>8</sup>; De Pinho S.<sup>9</sup>; Nuñez P.<sup>10</sup>; Gagliardi R.<sup>11</sup>; Santos C.<sup>12</sup>; Paniagua G.<sup>13</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13</sup>  
<ghualde@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En ciertas circunstancias clínicas, como el shock séptico refractario a volumen, el uso precoz de drogas vasoactivas (DV) mejora su evolución y pronóstico. Sin embargo, habitualmente se recomienda que sean administrados por accesos venosos centrales (AVC) por el riesgo de injuria tisular y necrosis por extravasación. La colocación de AVC puede demorar el inicio de la infusión de estas drogas.

### OBJETIVO

Describir las complicaciones locales asociadas a la administración de DV a través de un acceso venoso periférico (AVP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo entre 1 de abril de 2015 y 30 de noviembre de 2016 en la Unidad Emergencias (UE) de un hospital de tercer nivel. Se evaluó una cohorte de pacientes que recibieron DV por AVP y fueron asistidos por médicos y enfermeros de UE. Se registró edad, sexo, enfermedad de base, motivo de ingreso al sector Reanimación, motivo de indicación de DV, sitio de AVP, calibre del catéter, DV, dosis, dilución, tiempo de infusión de DV en UE, complicaciones locales.

### RESULTADOS

Se incluyeron 28 pacientes, 16 fueron varones. La media de edad fue 6 años (0,17- 16). El 60,7% tenía enfermedad de base. El motivo de indicación de DV fue shock séptico refractario a volumen en 85,7%, sostén hemodinámico posterior a paro cardiorrespiratorio en 3,5% y shock cardiogénico en 10,7%. En 46,4% de los pacientes se colocó el AVP en la vena basilica, mientras que la DV se infundió por venas del arco palmar y arco dorsal del pie en el 28,5% y 17,8%, respectivamente. En 53% se utilizó adrenalina, en 17,8% dobutamina, en 14,2% noradrenalina y en 3,5% dopamina. La media de permanencia en UE fue 60 minutos. No se registraron complicaciones locales.

### CONCLUSIONES

En este estudio, la administración de DV por AVP en una UE de un hospital pediátrico de tercer nivel con un equipo de médicos y enfermeros altamente entrenados no presentó complicaciones locales. Existen pocas publicaciones al respecto. Se necesitan más estudios para evaluar la seguridad del uso de DV por AVP. El uso de DV por AVP puede disminuir la demora en el inicio de infusión de DV en pacientes críticos que ingresan a la UE.

## MIDRIASIS ARREACTIVA TRANSITORIA POR INFUSION DE TIOPENTAL, A PROPOSITO DE UN CASO.

RPD  
115

Arevalo R.<sup>1</sup>; Arevalo R.<sup>2</sup>; Grosse A.<sup>3</sup>; Waquim C.<sup>4</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4</sup>  
<rocioarevalo84@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El tiopental es un fármaco derivado del ácido barbitúrico que alteran las células excitables, predominantemente en el sistema nervioso central, con descenso del flujo sanguíneo cerebral (FSC) y el consumo de oxígeno. Ambos parámetros descienden el 31 y el 20%, respectivamente, con el consiguiente descenso de la PIC. Su utilización en trauma de cráneo con hipertensión endocraneana refractaria tiene un nivel de evidencia clase III; dentro de los efectos adversos reportados, predominan las alteraciones hemodinámicas siendo las alteraciones oculares solo un 1,2%.

### OBJETIVOS

Reportar un caso de una paciente con midriasis arreactiva transitoria por el uso de Tiopental.

### CASO CLÍNICO

Niña de 9 años con Trauma Craneoencefálico por caída de altura, en ARM, esplenectomizada de urgencia. Luego de implementar las lesiones de primera línea para hipertensión endocraneana, sin lesiones quirúrgicas evidenciables en la TAC y tras persistencia de PIC elevadas se infunde tiopental, llegando al coma barbitúrico. A las horas, con PIC normalizadas, se inicia descenso del mismo. Presenta midriasis arreactiva que dura 5 días; doppler transcraneal normal y EEG con actividad eléctrica, con lo que se descarta la muerte encefálica de la paciente. A los 5 días aparece el reflejo fotomotor iniciando el despertar neurológico. La paciente es dada de alta sin secuelas de gravedad.

### DISCUSIÓN

En nuestra Institución denunciamos 4 reportes de casos de pacientes de 8, 9, 11, 12 años todos con midriasis bilateral arreactivas entre las 24 hs y el 7° día de tratamiento con Tiopental, con duración entre 3 a 5 días de la misma y con reversibilidad en todos los casos.

Hay poca evidencia que asocia la concentración plasmática del tiopental con la toxicidad y la aparición de los efectos adversos. Los efectos adversos oculares son reacciones escasamente reportadas pero existentes tras la infusión de Tiopental.

### CONCLUSIÓN

Es importante reconocer que la midriasis transitoria inducida tras el goteo de tiopental puede existir como efecto adverso a la droga y se debe realizar todos los esfuerzos al alcance para reconocerla como tal en aquellos pacientes que sufren lesiones traumáticas cerebrales.

## EXAMEN CLÍNICO ESTRUCTURADO OBJETIVO (ECEO) EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP).

PO  
116

*Villois F.<sup>1</sup>; Dr. Vassallo J.<sup>2</sup>; Dra. Santos S.<sup>3</sup>; Dr. Landry L.<sup>4</sup>; Dr. Iolster T.<sup>5</sup>; Dra. Rogriguez G.<sup>6</sup>; Dra. Panigasi A.<sup>7</sup>; Dr. Mari E.<sup>8</sup>; Dr. Selandari J.<sup>9</sup>; Dr. Debaisi G.<sup>10</sup>; Dr. Herrera M.<sup>11</sup>; Lic. Rodriguez G.<sup>12</sup>; Dra. Rodriguez S.<sup>13</sup>; Lic. Prudencio C.<sup>14</sup>; Grupo de Trabajo de Evaluación D.<sup>15</sup>*  
 HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN<sup>1 2 3 4 11 12 13 14 15</sup>; HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>5</sup>; HOSPITAL DE CLINICAS<sup>6</sup>;  
 HOSPITAL POSADAS<sup>7</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO<sup>8</sup>; SANATORIO GUEMES<sup>9</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS "PEDRO DE ELIZALDE"<sup>10</sup>  
 <florenciavillois@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El objetivo final de los espacios de formación en Terapia Intensiva Pediátrica (TIP) es la adquisición de las competencias propias de la especialidad. El ECEO constituye una valiosa herramienta de evaluación en el ámbito de las residencias pediátricas.

### OBJETIVO

Describir la factibilidad y satisfacción del ECEO como evaluación formativa de médicos residentes y becarios de TIP.

Diseño: Descriptivo.

### MATERIAL Y METODOS

Población: Residentes y becarios de 1º y 2º año de TIP, pertenecientes a: Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan"; Hospital de Niños "Pedro de Elizalde"; Hospital de Niños de San Justo; Hospital Universitario Austral; Hospital de Clínicas; Sanatorio Güemes.

Ámbito: CeSim Garrahan. En mayo del 2016 se implementaron dos ECEOs con 40 residentes y becarios (1er año (50%) y 2do año (50%)) de TIP de 6 instituciones. Se confeccionaron 9 estaciones para el ECEO de 1er año y 8 estaciones para el de 2º año; se definió un criterio de aprobación para cada estación, y para cada ECEO. Los participantes completaron una encuesta de satisfacción posteriormente.

### RESULTADOS

Aprobaron el ECEO 13 (65%) alumnos de 1er año, y 16 (80%) de 2o año. Sobre un puntaje total de aprobación  $\geq 60\%$ , la mediana obtenida fue: 1er año 60% (RIQ 49%) y de 2o año 78% (RIQ: 31%). Del ECEO de 1er año, la estación "Comunicación de Muerte Encefálica" mostró el mayor puntaje y la de "Arritmias" el menor; del ECEO de 2o año, la estación de "Medio Interno" mostró el mayor puntaje, y la de "TEC" el menor puntaje. Al completar cada ECEO se realizó una devolución grupal con los participantes y los docentes. Al finalizar el ECEO, el 96% de los alumnos consideró que los contenidos y el tiempo asignado a cada estación fueron adecuados. El 100% respondió que el tipo de problemas presentados y el grado de complejidad fueron adecuados; el 63% consideró molesta la presencia del docente observador. Al término del ECEO, el 91,3% expresó que fue de gran utilidad realizar el mismo; el 95,7% expresó que fue de gran utilidad la devolución; el 100% valoró positivamente el ECEO, y el 100% de los alumnos consideraron que esta metodología permitió identificar puntos débiles en su formación.

### CONCLUSIONES

El ECEO es una metodología de evaluación posible de aplicar en los médicos en formación en terapia intensiva pediátrica en nuestro país. El carácter de evaluación formativa implementado es bien aceptado por la mayoría de los profesionales participantes.

## REGISTRO HOSPITALARIO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO PEDIÁTRICO REPORTE PRELIMINAR

PO  
123

*Polo M.<sup>1</sup>; Santos S.<sup>2</sup>; Vassallo J.<sup>3</sup>; Landry L.<sup>4</sup>; Fariña D.<sup>5</sup>; García Arrigoni P.<sup>6</sup>; Rodriguez M.<sup>7</sup>; Baylez M.<sup>8</sup>; Dackiewicz N.<sup>9</sup>; Prudencio C.<sup>10</sup>; Cernadas C.<sup>11</sup>; Rodriguez S.<sup>12</sup>*  
 HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C "Dr. Prof. J. P. GARRAHAN"<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>  
 <mariapolo8@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Es adecuado contar con un registro completo que describa la frecuencia, distribución, intervención y resultados de los eventos de paro cardiorrespiratorio (PCR) en la institución. Las actuales recomendaciones sugieren utilizar un modelo normalizado de informar los eventos de reanimación cardiopulmonar (RCP) basado en el consenso Ulstein-Style. Esto permite analizar el proceso de atención, evaluar resultados, comprender la epidemiología del PCR y promover procesos de mejora en la atención de los niños hospitalizados.

### OBJETIVOS

Describir los eventos de PCR hospitalario. Objetivo específico: Evaluar eventos de PCR en función de estándares, describir evolución a mediano plazo y explorar variables asociadas a la evolución favorable.

### POBLACIÓN Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo. Se incluyeron recién nacido - 18 años, ingresados al hospital entre el 1 de agosto de 2016 a diciembre de 2016, que requirieron RCP. Se excluyeron los reanimados sin identificar. Metodología: Se utilizaron las definiciones de Ulstein-Style para diseñar una base de datos-RedCap. Luego de una prueba piloto se capacitó a la comunidad hospitalaria para la detección, recolección y registro. Se realizó seguimiento de los pacientes basado en el estado neurológico según la Escala de Performance Cerebral Pediátrica a las 24 hs, a los 7, 30 y 180 días del evento inicial.

### RESULTADOS

Se registraron 76 pacientes, 33 (43%) no fueron reanimados por estar en cuidados paliativos, en reanimación continua o considerados no reanimables. De los 43 pacientes reanimados, 72% presentaron paro cardíaco, 23% bradicardia y 5% paro respiratorio. Recuperaron la circulación espontánea 76%. Las causas más frecuentes fueron shock e insuficiencia respiratoria; solo un 7% presentó al inicio un ritmo desfibrilable. De los pacientes reanimados, 72% vivieron más de 24 hs y 44% sobreviven a la fecha, el 80% con buena condición neurológica al mes del evento. Solo 3 pacientes que recibieron RCP estaban en las salas de internación, solo uno de ellos sobrevivió.

### CONCLUSIONES

Se implementó un registro de PCR en el hospital. De los 76 pacientes registrados, el 43% no fueron reanimados. La mayoría de las RCP se produjeron en las áreas críticas, relacionadas a shock e insuficiencia respiratoria. Solo un 7% presentó un ritmo shockable. Casi la mitad de los pacientes reanimados sobrevivieron más de un mes, la mayoría con buena condición neurológica.



## PARASITOSIS INTESTINAL (PI). COMPLICACIONES GRAVES POR ASCARIS LUMBRICOIDES (AL). REPORTE DE DOS CASOS.

RPD  
124

Méndez G.<sup>1</sup>; Flores D.<sup>2</sup>; Arancibia C.<sup>3</sup>; Altamirano M.<sup>4</sup>; Espinoza R.<sup>5</sup>  
HOSPITAL PÚBLICO MATERNO NFANTIL<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<gloriamendez01@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La infección por AL es una geohelmintiasis que constituye un problema de la salud pública, especialmente en niños con vulnerabilidad socioeconómica y ambiental. La existencia de casos graves de infecciones por AL sugiere la presencia de zonas con alta prevalencia de parasitosis intestinal. OBJETIVO: Comunicar dos casos clínicos de PI grave y que por sus complicaciones ingresaron a la Terapia Intensiva (TI).

**CASO N° 1:** Niño de 1 año, procedente del interior de Salta (zona rural), sin antecedentes previos, comienza en forma aguda con dificultad respiratoria progresiva, afebril, que no responde a las medidas de sostén respiratoria. Evolucionando a una insuficiencia respiratoria grave ingresa a TI. Requiere asistencia respiratoria mecánica (ARM), fluidoterapia e inotrópicos. Rx de tórax: atrapamiento aéreo, opacidades diseminadas, transitorias y fugaces. Se policultiva. Minibal: Streptococcus pneumoniae. Hemocultivo, urocultivo, ANF: Negativos. Tratamiento: Ceftriaxone + Claritromicina. A las 48 hs elimina AL por boca y ano. Ecografía abdominal: abundantes imágenes compatibles con PI. Se medica con Albendazol 400 mg/día única dosis + Mebendazol 200 mg/día por tres días y se repite a la semana. Evolución: 4 días en ARM, 2 días con ventilación no invasiva, pasa a sala de clínica para completar tratamiento.

**CASO N° 2:** Niña de 8 años, procedente del interior de Salta (zona rural), sin antecedentes previos. Recibió tratamiento antiparasitario dos semanas previas a su ingreso. Dolor abdominal y vómitos de 12 horas. Evolucionando a un Shock séptico + Abdomen Agudo. Ingresó a TI. Requiere

ARM, fluidoterapia e inotrópicos. Se policultiva. Se medica con Ceftriaxone y Metronidazol. Rx de abdomen: imágenes radiopacas tubulares en intestino delgado y niveles hidroaéreos. Ecografía abdominal: gran cantidad de parásitos alargados en intestino delgado. Ingresó a quirófano. Necrosis de intestino delgado y abundantes AL en su luz. Resección intestinal. Ostomía en caño de escopeta en flanco derecho. Se conserva válvula ileocecal. Colón normal. Cultivos Negativos. Elimina abundantes AL por ostomía. Se extuba a las 24 horas y egresa de TI a las 48 horas. Se medica con Ivermectina subcutánea. Requiere nutrición parenteral y nueva intervención quirúrgica al mes por suboclusión intestinal. Internación prolongada en soporte nutricional.

### CONCLUSIÓN

Esta enfermedad es un "marcador de pobreza" y se relaciona directamente con las condiciones de vida de la población. Erradicarla exige de intervenciones multisectoriales. La forma de presentación es muy variada, desde cuadros asintomáticos hasta complicaciones graves y con riesgo de vida.

## ANÁLISIS DE LA VARIABLE MÁS UTILIZADA EN LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA (ARM) EN UNA SERIE DE PACIENTES DE UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP).

PO  
125

Rufach D.<sup>1</sup>; Pilimón G.<sup>2</sup>; Biondini D.<sup>3</sup>; Santos S.<sup>4</sup>; Terebiznik M.<sup>5</sup>  
HIGA EVA PERÓN<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<jrufach@intramed.net>

### INTRODUCCIÓN

La asistencia respiratoria mecánica es una de las prácticas habituales en una UTIP. A lo largo de los años los especialistas han disputado cuál es la mejor variable a utilizar en las secuencias ventilatorias y esta discusión no está saldada en la actualidad. A priori se podría enunciar que mientras en la ventilación mecánica en adultos predomina el volumen (V) como variable más utilizada, en la ventilación en niños predomina la presión (P).

### OBJETIVOS

Describir en una población de niños internados en UTIP cuál es la variable más utilizada mientras se ofrece la ARM. Definir cuál es el tiempo en que la variable elegida se mantiene dentro de la secuencia de ventilación. Definir si se encuentra alguna asociación entre variable y complicaciones de la ARM.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, se incluyeron los pacientes ingresados a UTIP desde el 15 de julio de 2015 hasta el 15 de julio de 2016 en base a registro de base de pacientes del servicio. Se excluyó un paciente en ARM que fue derivado de neonatología debido a secuela neurológica y permaneció crónicamente ventilado.

### RESULTADOS

Durante el periodo de 1 año ingresaron 91 pacientes, 77 pacientes (85%) recibieron ARM. La VNI se utilizó en 40 pacientes (51%), en 24 en forma exclusiva como único modo de ventilación y en 16 pacientes se utilizó asociada a ventilación invasiva: en 7 pacientes previo a la ARM invasiva, en

6 posterior a la extubación y en 3 previo y posteriormente a la ventilación invasiva. 52 pacientes (67%) recibieron ARM invasiva de los cuales en 36 (46%) fue el modo ventilatorio exclusivo. 42 pacientes (54%) tuvieron P como variable de inicio y 10 pacientes tuvieron V como variable de inicio (12%). 16 pacientes tuvieron cambio de variable: 9 pasaron de P a V y 7 pacientes de V a P. De los 42 pacientes que estuvieron ventilados por P, 9 pacientes pasaron a V y de esos 9, 2 volvieron a P. De los 10 pacientes ventilados por volumen, 7 pasaron a P y solo en 3 pacientes se mantuvo la ARM a V hasta la extubación. La media de días de los pacientes ventilados en forma invasiva con variable P fue 6.2 (1-16), la media de los pacientes ventilados a V fue 7 días. De los pacientes ventilados con V ninguno tenía patología respiratoria. De los 42 pacientes que tuvieron P como variable de inicio: la patología más frecuente en 20 casos (47%) fue la respiratoria, los restantes 22 pacientes tuvieron patologías varias como trauma, sepsis, quemado y ACV.

### CONCLUSIÓN

En esta serie de pacientes en una UCIP la variable P fue la más utilizada en las secuencias ventilatorias. Aunque la muestra de pacientes es pequeña, se evidencia que los intensivistas pediátricos de la Unidad, siguen escogiendo las secuencias ventilatorias que tienen P como variable para llevar a cabo la ventilación mecánica en niños. Las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica no fueron significativas en ninguno de los 2 grupos. Es destacable que la VNI se ofreció como modo en el 51% de los niños que requirieron ARM.

## ANOMALÍA DE IMPLANTACIÓN CORONARIA IZQUIERDA. (ALCAPA: ORIGEN ANÓMALO DE LA CORONARIA IZQUIERDA DEL TRONCO DE LA ARTERIA PULMONAR): A PROPÓSITO DE DOS CASOS

RPD  
129

Rufach D.<sup>1</sup>; Biondini D.<sup>2</sup>; Ríos C.<sup>3</sup>; Tonello L.<sup>4</sup>; Terebiznik M.<sup>5</sup>

HIGA EVA PERÓN<sup>1,2,3,4,5</sup>

<jrufach@intramed.net>

### INTRODUCCIÓN

La ALCAPA representa un 0,5 % de todas las cardiopatías congénitas. Con la caída de las resistencias pulmonares, el flujo coronario izquierdo disminuye y existe un robo del flujo coronario desde la arteria pulmonar. Esto produce isquemia e infarto ventricular izquierdo generando insuficiencia cardíaca después del mes de vida. La gran mayoría muere antes del primer año de vida por insuficiencia cardíaca grave de no recibir tratamiento adecuado.

### OBJETIVO

El objetivo es exponer una cardiopatía poco frecuente, describiendo signo sintomatología, forma de presentación y exámenes complementarios comunes en ambos casos ingresados a UTIP.

Caso I. Paciente de 10 meses, desnutrido, consultó por dificultad respiratoria, irritabilidad. Presentó paro cardiorrespiratorio, que revierte con maniobras de RCP. Ingresó en ARM. Se constata shock refractario a volumen e inotrópicos, cardiomegalia severa y ECG con signos de sobrecarga e isquemia de cara lateral de ventrículo izquierdo (VI).

Ecocardiograma Doppler: dilatación y disfunción severa de VI. Se confirma el origen de la coronaria izquierda en el tronco de la arteria pulmonar.

Caso II. Paciente de 3 meses con mal progreso de peso en el último mes. Se interna por dificultad respiratoria. Ingresó a UTIP en shock cardiogénico, ARM y recibió goteo de inotrópicos. Cardiomegalia severa, congestión pulmonar y signos de infarto de cara lateral de VI.

Ecocardiograma – Doppler color: Severa dilatación y disfunción ventricular izquierda. Coronaria izquierda que se llena en forma retrógrada desde la coronaria derecha. Colaterales múltiples. Flujo sistodiastólico en rama pulmonar derecha Hipertensión pulmonar. Angiocoronografía: Coronaria izquierda nace de la rama pulmonar derecha. A ambos se les realizó reimplante coronario.

### CONCLUSIÓN

- En todo niño con shock cardiogénico, cardiomegalia y signos electrocardiográficos de isquemia de cara lateral izquierda, sospechar ALCAPA.
- El ecocardiograma Doppler color es una herramienta diagnóstica definitiva de esta patología.
- El cateterismo cardíaco se reserva para las variantes anatómicas complejas.

## DISECCIÓN ARTERIA VERTEBRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
132

Montellanos M.<sup>1</sup>; Lugo S.<sup>2</sup>; Antoni E.<sup>3</sup>; Valentini I.<sup>4</sup>

HOSPITAL NACIONAL PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>

<jamiria10@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Ocasionalmente los eventos isquémicos cerebrales pueden derivar de una disección arterial carotídea o vertebral. La disección traumática ocurre en el 1% de los traumas graves no penetrantes de las arterias cervicales y se asocia frecuentemente con fracturas faciales, de base de cráneo, e hiperextensión del cuello. La disección se origina con mayor frecuencia en el segmento C1-C2.

Se manifiesta con dolor en el occipucio, nuca, vértigo o síndrome cerebeloso.

Los síntomas pueden surgir días o semanas después del hecho desencadenante o incluso después de mucho tiempo y así retrasar el diagnóstico.

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 8 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia. Consulta al Htal. Del Trauma por ataxia, vómitos y cefalea de 5 días de evolución. , le realizan, Ecografía Abdominal informada como normal, TAC de encéfalo presenta imágenes compatibles con lesión isquémica en hemisferio cerebeloso izquierdo, se deriva al Htal. Posadas para evaluación neuroquirúrgica.

Al ingreso a Utip, surge del interrogatorio, el antecedente de haber sufrido 10 días previos, un traumatismo de cráneo sin pérdida de conciencia, con un objeto contuso (piedra), mientras viajaba en el tren, consulta en Htal. Mercante, con TAC informada como normal, permaneciendo en observación por 12hs.

Al ingreso UCIP se solicita Angio Resonancia (RMN) la cual informa: lesiones compatibles con evento vascular en evolución, en ambos hemisferios cerebelosos, en regiones cortico subcorticales occipitotemporales y tálamo izquierdo de menor magnitud, Ventriculomegalia supratentoriales. Se observa disminución del flujo e irregularidad del calibre a predominio cervical distal de la arteria vertebral izquierda, ausencia de flujo en el área focal. Disminución del calibre de la arteria basilar, secundaria a disección arteria vertebral. Debido a dichas lesiones neurología se acuerda anti coagular al paciente e inicia tratamiento con enoxaparina.

El paciente evoluciona favorablemente, mejoría de los síntomas iniciales, se otorga egreso hospitalario con seguimiento interdisciplinario.

### CONCLUSIÓN

Si bien esta complicación es poco frecuente, pone en riesgo la vida del paciente, sugiriendo la importancia del seguimiento clínico de los pacientes que sufrieron trauma de cráneo leve, a fin de realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno.

## VD/VT COMO PREDICTOR DE EXITO EN LA EXTUBACION DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Montonati M.<sup>1</sup>; Krinsky M.<sup>2</sup>; Moreno G.<sup>3</sup>; Althabe M.<sup>4</sup>; Ballestrini M.<sup>5</sup>; Rodriguez R.<sup>6</sup>; Magliola R.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<mmontonati@gmail.com>



Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes postquirúrgicos cardiovasculares tienen riesgo aumentado de ventilación prolongada, ya que la mecánica de la pared torácica se altera por la toracotomía y el bypass cardiopulmonar contribuye a aumentar la respuesta inflamatoria pulmonar. La extubación precoz ha demostrado mejorar los resultados, sin embargo la reintubación prolonga la internación y aumenta significativamente la mortalidad. La capnografía volumétrica es un método no invasivo útil para calcular el espacio muerto fisiológico (Vd/Vt), que ha sido propuesto como un predictor confiable de extubación exitosa.

### OBJETIVO

Identificar el valor de Vd/Vt capaz de predecir éxito en la extubación en el postoperatorio de pacientes cardiovasculares.

Diseño: estudio observacional prospectivo

Lugar: unidad de cuidados intensivos cardiovasculares del Hospital "Juan P. Garrahan", de septiembre 2015 a octubre 2016.

### PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes < 6 meses con >48 hs de ARM. Se excluyeron los pacientes con enfermedad neuromuscular conocida y/o con malformaciones faciales mayores. Treinta minutos previos a la extubación, en CPAP con presión de soporte, se realizó EAB y medición

de Vd/Vt. Todos los pacientes fueron extubados con VNI sin conocer el valor de Vd/Vt. Se consideró fracaso de extubación a la reintubación dentro de las 48 hs. Se registraron edad, peso, diagnóstico y cirugía, días de arm, y mediciones de mecánica respiratoria.

### RESULTADOS

64 pacientes estudiados, edad 23 d, peso 3.2 kg, 52% con Rachs $\geq$ 3, y con reparación univentricular 12.5%. La media de días de ARM fue 5 días, la media de días de internación fue de 15 con una sobrevida al alta del 96%. De los 49 extubados con éxito, el 64% tuvieron Vd/Vt < 0,55. De los 14 pacientes reintubados el 78% tuvo Vd/Vt > 0,55 (p=0,006).

### CONCLUSIONES

Valores de Vd/Vt <0.55 se asociaron con mayor probabilidad de éxito en la extubación, mientras que los valores de vd/vt > 0,55 identificaron pacientes con mayor riesgo de reintubación en nuestra serie. El monitoreo del Vd/Vt en pacientes postquirúrgicos cardiovasculares permite identificar pacientes con necesidad de prolongar la ARM disminuyendo el riesgo de reintubaciones.

## ACV ISQUEMICO EN PEDIATRIA: UN DIAGNOSTICO QUE NO PENSAMOS? A PROPOSITO DE 3 CASOS CLINICOS

Gallagher R.<sup>1</sup>; Zuazaga M.<sup>2</sup>; Gonzalez Cambaceres C.<sup>3</sup>; Motto E.<sup>4</sup>; Centeno M.<sup>5</sup>

HOSPITAL J. P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5</sup>

<rosario\_gallagher@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El ACV en pediatría es causa de mortalidad y déficit neurológico a largo plazo. Incidencia 2-13/100.000 niños al año. ACV isquémico pediátrico: mortalidad 4-6 % y secuelas neurológicas 60-75%. El retraso en el diagnóstico se relaciona con la consulta tardía, la demora del personal de salud para reconocer el déficit neurológico agudo, y las dificultades en considerar esta etiología.

### OBJETIVO

Reportar 3 casos de ACV isquémico en pediatría, para que este diagnóstico sea considerado en la sospecha clínica inicial, promoviendo el estudio y abordaje multidisciplinario temprano.

Caso 1: Niña de 4m, con Cardiopatía Congénita: DSVD + TGV (Taussig-Bing) + CIV, aguardando conducta quirúrgica. Presenta episodio clónico en MMSS izquierdo, recibe O2 y lorazepam, se realiza lab y TC de cerebro "hipodensidad de la sustancia blanca lobular frontal derecha, en territorio límite". Recibe BZD y DFH ante 2do episodio. Se solicita IC a Neurología y se suspende CCV. A las 12hs persistiendo paresia de hemicuerpo izquierdo se realiza IC y pase a UCIP. Se realiza RMN, doppler vasos de cuello, ecocardiograma y valoración multidisciplinaria comenzando con anticoagulación además del tratamiento de sostén. Caso 2: Niña de 3a, con Sme de Allagile y Enf. de Moya-Moya, ingresa a guardia con sme febril, CVAS, HDB y descompensación hemodinámica. Se realiza lab, HMC. Recibe SF 60 ml/kg y ATB. Presenta

convulsiones de MMSS izquierdo recibiendo BZD y DFH. Ingres a UCI. Hemiparesia izquierda. RMN "lesión isquémica en etapa aguda subaguda en parte del territorio superficial y límite de ACM derecha". Caso 3: Niña de 4m, consulta por rechazo del alimento, somnolencia e hipotonía. Presenta deshidratación, hipoglucemia y ac. metabólica. Se toman cultivos (HMC, orina y LCR) y se medica con Ceftriaxone y Aciclovir. A las 48hs presenta convulsión tónica de hemicuerpo izquierdo, recibe DFH, TC de cerebro "infarto hemisférico derecho" y derivación a nuestra UCI. Lab completo (infectológico, metabólico, hematológico), RMN, Ecocardiograma, Doppler vasos de cuello. Al reinterrogatorio: consumo materno reciente de cocaína, manteniendo la lactancia materna.

### COMENTARIO

El ACV isquémico habitualmente considerado enfermedad del adulto es también causa de morbi-mortalidad en pediatría, siendo la sospecha clínica que lleva a un diagnóstico precoz, la herramienta fundamental que permita el abordaje multidisciplinario oportuno, para así modificar la morbimortalidad de esta enfermedad.

## FACTORES ASOCIADOS AL ESTRIDOR POSTEXTUBACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

PO  
137

Fenoy M.<sup>1</sup>; Gallagher Norris R.<sup>2</sup>; Donna O.<sup>3</sup>; Zuazaga M.<sup>4</sup>

HTAL. DE PEDIATRÍA SAMIC JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<mfenoy@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El estridor post extubación tiene múltiples factores asociados: edad, anatomía tipo conal de la laringe del lactante, uso de cuff y días de ARM. Es una complicación frecuente podría resultar en reintubación, buscamos estos factores, enfatizando en la manipulación de la vía aérea, variable que no se encuentra entre las descritas.

### OBJETIVO

Describir los factores asociados al estridor post extubación, enfocando en la manipulación de la vía aérea.

### OBJETIVOS

Secundarios: conocer la prevalencia de estridor post extubación y de reintubación, de nuestra población comparada con la bibliografía. Estudio observacional, tipo cohorte, prospectivo, realizado en unidad de cuidados intensivos polivalente de hospital pediátrico público, de alta complejidad, de junio a octubre de 2016. Criterios de inclusión: pacientes de 1 mes a 15 años que se logró extubación luego de haber recibido ARM invasiva por más de 48 hs. Criterios de exclusión: pacientes traqueostomizados o con enfermedad neuromuscular crónica.

### MÉTODO

Total 41 pacientes, edad promedio 38 meses (mediana 9 meses) 22 <1 año (54%). Patologías de ingreso a UCI: IRAB 27 (66%), postquirúrgicos 7 (17%) y otras (18%). Fuente: planilla de recolección. Se analizó: edad, uso de balón, días de ARM y la mayor manipulación de la vía aérea, (número de intentos de intubación, recambios de TET y reintubaciones

por extubaciones accidentales). Definiciones: intubación dificultosa: más de 2 intentos. Estridor post extubación: cualquier respiración ruidosa, al extubar al paciente, con o sin compromiso de la mecánica respiratoria. Re intubación: dentro de las 48 hs post extubación. Método estadístico de Fisher y chi cuadrado 2 tail.

### RESULTADOS

De los 41 pacientes, 16 (39%) presentaron estridor post extubación, de estos 5 pacientes (9 %) tuvieron vía aérea difícil, RR 1.67 (P 0.25). El grupo con mayor manipulación de vía aérea presentó RR 0,67 (P 0.47). Re intubados 7 pacientes, RR 2.02 (P 0.089), prevalencia del 17%. Tampoco otros factores como edad, uso de balón y días de ARM tuvieron significancia estadística.

### CONCLUSIONES

La prevalencia de estridor post extubación (39%) y de re intubación (17%), fueron mayores a las reportada. Consideramos que el número de intentos en la intubación, a pesar de no tener una significancia estadística debido al escaso tamaño muestral, podría ser otro factor asociado. Continuaremos con el estudio a fin de poder tener resultados concluyentes.

## INTOXICACIÓN CON PEROXIDO DE HIDRÓGENO. REPORTE DE UN CASO CON EVOLUCIÓN FATAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RPD  
138

Méndez G.<sup>1</sup>; Espinoza R.<sup>2</sup>; Chuchuy S.<sup>3</sup>

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO NFANTIL<sup>1,2,3</sup>

<gloriamendez01@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

El agua oxigenada o peróxido de hidrógeno (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) es un producto incoloro, inodoro y de leve sabor ácido, soluble en agua y alcohol. En contacto con las catalasas tisulares se descompone en agua y oxígeno (O<sub>2</sub>). A bajas concentraciones tiene un efecto antimicrobiano y antiséptico y en concentraciones más elevadas (> 20%) tiene efecto blanqueador, eliminador de olores, antioxidante y conservante por lo cual se lo emplea en diversas industrias. Su concentración puede expresarse en porcentajes o "en volúmenes"; agua oxigenada 10 volúmenes significa que 1 litro de solución producen 10 litros de O<sub>2</sub> en condiciones normales de presión y temperatura. Las complicaciones están relacionadas con la cantidad ingerida y la concentración de la misma.

Presentación del caso: bebe de 10 meses, de Salta capital, sin antecedentes previos que a hs 21:30 consume en forma accidental "agua oxigenada 50 volúmenes", refieren uno o dos sorbos pequeños, inmediatamente comienza con sialorrea y dificultad respiratoria. Se induce el vómito. Posteriormente comienza con convulsiones tónicas generalizadas. Concorre a un centro de salud, se administra O<sub>2</sub>. Ingres a hospital a hs 22:40 en status convulsivo, pálida, taquicárdica e hipotensa. Se coloca en asistencia respiratoria. Laboratorio: acidosis metabólica, con anión gap elevado, hiperglucemia, ácido láctico elevado, coagulograma alterado. Función renal, hepática, amonio y amilasa normal. Evolucion a un Shock refractario a catecolaminas y Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA). Ecografía de abdomen: ascitis, edema de pared intestinal y sin signos de neumoperitoneo o aire en sistema porta. Tomografía de

cerebro: extensas áreas de infarto supra e infratentorial y edema cerebral. Signos clínicos de Muerte Encefálica a las 72 hs del ingreso a terapia. Fallece 4 días posteriores a su ingreso.

### DISCUSIÓN

La intoxicación por H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> puede ocasionar desde una lesión directa en la mucosa digestiva con sólo erosión o perforación, complicaciones respiratorias por aspiración y neurológicas secundarias a embolización gaseosa e infarto cerebral. La intoxicación en los niños puede determinar cuadros severos con numerosas secuelas e incluso una evolución fatal. Conclusión: Debido al mal pronóstico de ésta intoxicación y al contar solamente con un tratamiento de sostén, es fundamental e imprescindible la actitud preventiva.

## BROTE DE MIELITIS TRANSVERSA AGUDA POR ENTEROVIRUS EN EL HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN. REPORTE DE TRES CASOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

PO  
140

Alvarez C.<sup>1</sup>; Loyoco Giusti J.<sup>2</sup>; Montero Ledesma C.<sup>3</sup>; Filippini S.<sup>4</sup>; Rodriguez E.<sup>5</sup>; Garcia M.<sup>6</sup>; Haimovich A.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<cariialva@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La mielitis transversa aguda (MTA) es una lesión inflamatoria de la médula espinal que engloba un grupo de enfermedades de etiología diversa: infecciosa, procesos desmielinizantes, inmunológicos, tumorales e idiopáticos. De inicio agudo, se presenta con déficit neurológico segmentario acompañado de alteración en la señal de la resonancia nuclear magnética (RNM). El aumento del número de casos admitidos en nuestro Hospital coincidió con la bibliografía publicada en España durante el 2016.

### OBJETIVO

Describir y analizar formas de presentación, etiología, evolución y tratamiento en tres casos de MTA en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal y descriptivo. Se incluyeron tres pacientes que ingresaron a UCIP entre los meses de abril a junio de 2016 en el Hospital Garrahan, con cuadro de monoparesia aguda e insuficiencia respiratoria.

### DISCUSIÓN

Entre los meses de abril a junio de 2016 fueron admitidos en nuestro hospital 29 casos de MTA, coincidentemente con la aparición de un brote de Enterovirus D68 (EV-D68) en España en mayo de 2016 y similar al ocurrido en EEUU en 2014. De 17 casos positivos para EV, 5 fueron EV-D68 (17.2%) y 3 requirieron UCIP. De éstos, uno rescató EV-C, otro paciente EV-D68 en aspirado nasofaríngeo (ANF) y el tercero, EV-D68 en ANF y LCR, coincidiendo

este último con la evolución más desfavorable. Actualmente, no hay guías de tratamiento específico para la MTA. Según el CDC, los expertos desalientan el uso de plasmaféresis, inmunosupresores y corticosteroides. Dada la alta variabilidad de los enterovirus circulantes no es posible el diseño de una vacuna contra estos virus.

### CONCLUSIÓN

Debemos prestar especial atención a los pacientes que presenten disfunción medular espinal con antecedentes de infección respiratoria previa, considerando al EV-D68 como agente causal. No existe un protocolo de tratamiento específico para la MTA. La kinesioterapia debe implementarse tempranamente para optimizar los resultados funcionales, aunque es frecuente que los pacientes queden con graves consecuencias neurológicas. Los tres pacientes descriptos en nuestro trabajo aún presentan secuelas y se encuentran en rehabilitación.

## UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA PLEUROPULMONAR EN UTIP. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
142

Ponce J.<sup>1</sup>; Ruiz N.<sup>2</sup>; Figueroa L.<sup>3</sup>; Clavel L.<sup>4</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1,2,3,4</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Numerosas publicaciones detallan la utilidad de la ultrasonografía (US) realizada por intensivistas para patología pleuropulmonar crítica. Existen protocolos que orientan el diagnóstico fisiopatológico de la insuficiencia respiratoria según los hallazgos de la US. Es un método rápido y no invasivo que en varias oportunidades puede reemplazar a la radiografía habitual. El objetivo de esta presentación es detallar la experiencia en un caso para ejemplificar lo antes enunciado.

Presentación del caso: Paciente de 10 años, masculino, asmático, que ingresa a terapia intensiva (UTIP) luego de 24hs de dificultad respiratoria con fiebre. Requiere ventilación no invasiva (VNI) inicialmente con mala evolución por lo que es intubado y recibe ventilación mecánica convencional (VMC). Diagnóstico de SDRA grave. Presenta hipoxia progresiva sin parámetros de obstrucción bronquial por lo cual se comienza con maniobras de reclutamiento. Se evidencia asimetría auscultatoria y en la US pleuropulmonar presenta imagen de "código de barras" modo M, punto pulmonar y ausencia de sliding pleural en campo pulmonar derecho. Se realiza drenaje de urgencia con posterior colocación de tubo pleural confirmándose el diagnóstico de neumotórax. Luego de 8 días de VMC es extubado electivamente, pasa a VNI 3 días más luego de lo cual egresa de UTIP con mínimo requerimiento de oxígeno suplementario y sin drenaje pleural.

### DISCUSIÓN

El neumotórax es una entidad que se presenta con relativa frecuencia en las UTIP debido a procedimientos como catéteres centrales, espontáneos o asociados a VM. En el contexto de un neumotórax hipertensivo la clínica suele ser suficiente para determinar la necesidad de evacuación por punción, pero en ciertos casos agudos no hipertensivos la US puede esclarecer y confirmar la conducta a seguir. En el caso detallado la presunción diagnóstica fue sustentada por la US y confirmado con el drenaje.

### CONCLUSIÓN

En la actualidad la bibliografía respalda ampliamente el uso de la US en áreas críticas por médicos no imagenólogos (emergentólogos, intensivistas). En lo que respecta a la US pleuropulmonar es una herramienta que brinda datos de manera rápida y confiable, a la vez que orienta conductas terapéuticas, considerando la alta incidencia de patología respiratoria y VMC en las UTIP se transforma en un complemento de alto valor para el manejo y seguimiento de nuestros pacientes. Planteamos como inquietud evaluar de manera prospectiva y comparativa el uso de la US y la radiografía tradicional de tórax, para determinar en que situaciones es posible de reemplazar esta última por la US pleuropulmonar.

## TECNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA (TRRC) EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS - EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICOS

PO  
143

Brusca S.<sup>1</sup>; Penayo Zárate M.<sup>2</sup>; Latini B.<sup>3</sup>; Hernández A.<sup>4</sup>; Herrera M.<sup>5</sup>; Galván M.<sup>6</sup>; Buamscha D.<sup>7</sup>

HOSPITAL PROF. J. P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<silvanabusca@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCION

La Injuria Renal Aguda (IRA) se presenta en el 10 % de los pacientes que ingresan a una unidad de cuidados críticos y de esos aproximadamente el 50% requerirá alguna técnica de soporte renal. Las TRRC ofrecen una alternativa útil de tratamiento ya que permiten la extracción de agua y solutos en forma continua durante la 24 hs del día y ofrecen ventajas sobre las técnicas dialíticas intermitentes, especialmente en el manejo de pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica. La mortalidad de los pacientes críticos con falla múltiple de órganos y TRRC es mayor al 50%. No hay descripción específica de la evolución de la TRRC en pacientes inmunosuprimidos.

### OBJETIVOS

Describir la evolución de los pacientes inmunosuprimidos que requirieron TRRC.

### MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron un total de 70 historias clínicas de pacientes con IRA admitidos en la unidad de cuidados críticos pediátricos para pacientes inmunosuprimidos durante el período comprendido entre enero de 2012 y octubre de 2016.

### RESULTADOS

En los 5 años revisados fueron asistidos 1101 pacientes Inmunosuprimidos, 70 (6.3%) requirieron TRRC. Fueron 51.4% mujeres y 48.5% hombres, con

una edad promedio de 6.8 años. La mediana de días internación fue de 25. El modo dialítico continuo más usado fue Hemodialisis Veno Venosa Continua (HDVVC) con un promedio de uso de 7 días/paciente. Dentro de los diagnósticos primarios más frecuentes se encontraron Trasplante Hepático (TH) 38,6%, Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) 24,3% y Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) 17,1% el resto fueron Linfoma, Leucemia Mieloide Aguda, Tumores Sólidos, Linfocitosis Hemofagocítica y Trasplante Renal. Como diagnósticos secundarios más prevalentes se encontraron el Shock Séptico y SDRA en más de la mitad de los pacientes. La mortalidad global fue del 78%.

### CONCLUSION

Si bien el desarrollo y avance en las diferentes terapias de soporte renal continuo ofrecen una alternativa de tratamiento y soporte vital en los pacientes críticos con IRA, la mortalidad observada en esta población de pacientes Inmunosuprimidos fue muy elevada alcanzando el 80%. Esto demuestra la importancia de categorizar a los pacientes, reconocer tempranamente a los que se encuentran en riesgo de desarrollar IRA y aplicar en ellos rápidamente estrategias de nefroprotección con el objetivo de disminuir su incidencia en pacientes críticamente enfermos.

## MINIBAL MUY UTIL, POCO UTILIZADO

PO  
144

Gil M.<sup>1</sup>; Galvan M.<sup>2</sup>; Aguliar M.<sup>3</sup>; Ghibaudi G.<sup>4</sup>; Brusca S.<sup>5</sup>; Hernandez A.<sup>6</sup>; Latini B.<sup>7</sup>; Penayo Zarate A.<sup>8</sup>; Lopez C.<sup>9</sup>; Buamscha D.<sup>10</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>

<mgil\_39@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las afecciones pulmonares en niños inmunocomprometidos (IC) pueden no presentarse con clínica ni radiología específica, lo que dificulta el diagnóstico. Por lo cual el uso de procedimientos invasivos para obtener muestras para cultivo, con el rescate de los gérmenes etológicos, ha sido el enfoque más comúnmente definido. Esto colabora en el diagnóstico etiológico adecuado y en la selección antibiótica. Lo que conlleva una disminución de la estancia hospitalaria y mejora en la sobrevida.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Período comprendido entre 06/2014 y 05/2016. Se analizaron las historias clínicas de pacientes quienes requirieron MiniBAL, por presentar cuadro respiratorio al inicio o complicación respiratoria durante la internación en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para inmunocomprometidos en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Se realizó procedimiento de MiniBAL no broncoscópico según técnica utilizada para tal fin. Las muestras fueron enviadas para evaluación de gérmenes comunes, micobacterias, hongos; y dependiendo de la patología de base se procesaron para citomegalovirus, galactomanos y Herpes 6.

Se identificaron mediante recolección de datos, edad, mediana de internación, patología de base (PB), motivo de internación (MI), ventilación oscilatoria de alta frecuencia (VAFO) y resultados microbiológicos de las muestras remitidas. Se evaluó si el resultado positivo de las muestras modificó la terapéutica antimicrobiana considerándose al mismo como agregado o suspensión de antimicrobianos.

### RESULTADO

Se evaluaron 82 admisiones en la UCI sobre un total de 60 pacientes, con una mediana de estadía en UCI de 21 días. La mortalidad global fue del 30%, el 45% requirió VAFO.

Con respecto a la PB los diagnósticos fueron 26% leucemia o linfomas; 15% Trasplante hepático (TH), 19% Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), 10% tumores sólidos (neuroblastoma, hepatoblastoma, etc.), 11% enfermedad hematológica (Aplasia medular, bicitopenias en estudio entre otras) 17 % patología hepática (AVB, falla hepática fulminante, etc.) y 2 % Inmunodeficiencias primarias.

El motivo de ingreso fue de etología respiratoria en el 31% de los casos. La cantidad de procedimientos realizados fue de 112 en 60 pacientes, es decir que el número de muestras analizadas fue de 1.85 por paciente. En lo que respecta a los rescates microbiológicos, se halló el agente etiológico en un 31% del total, el 85% de los casos fueron de etiología viral o bacteriana. Es de destacar que un porcentaje elevado de casos se modificó la estrategia terapéutica.

### CONCLUSIONES

La realización de lavado bronquioloalveolar (BAL) bajo visión directa no es posible en todos los casos. Es por ello que métodos como MiniBAL a ciegas permite la obtención de muestras adecuadas y facilita la toma de decisiones en especial en pacientes IC en quienes por su mayor susceptibilidad a infecciones, el hallazgo de agentes microbiológicos y la selección adecuada de los antimicrobianos aumenta la sobrevida y minimiza además el uso de agentes de amplio espectro contribuyendo así a disminuir la aparición de resistencia microbiana.

## ERRORES DE MEDICACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS EN EL ÁREA DE REANIMACIÓN

PO  
145

Lorenzini L.<sup>1</sup>; Boto A.<sup>2</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>3</sup>; Zlotogora A.<sup>4</sup>; Santos C.<sup>5</sup>; Rino P.<sup>6</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<lucialorenzini85@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación causan una elevada morbi-mortalidad y agregan un gasto sustancial a los sistemas de salud. El área de Emergencias presenta un alto riesgo de error debido al estrés, sobrecarga laboral, diferencias de experiencia de los profesionales y complejidad de los pacientes. En la sala de reanimación se suma la falta de validación farmacéutica de tiempo completo. Además la pediatría requiere individualización de dosis y presenta contraindicaciones específicas por edad. Debido a la falta de datos en el servicio de Emergencias de nuestro hospital surge la necesidad de realizar un registro de errores en la sala de reanimación.

### OBJETIVOS

Evaluar los errores de medicación de uso en patologías críticas en la sala de reanimación en un hospital de tercer nivel.

### MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo analítico prospectivo, mediante el relevamiento in situ de la prescripción, preparación y administración de fármacos utilizados en paro cardiorrespiratorio, arritmias, estado convulsivo, crisis asmática severa, shock y sedoanalgesia; y posterior registro de errores durante el mes de Octubre. Se incluyó a médicos y enfermeros de Emergencias presentes en el horario de 8 a 16 horas.

Se define error de medicación a cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar una utilización inapropiada de los medicamentos. Se categorizaron de acuerdo a la etapa del proceso en que ocurrieron en: errores de prescripción, preparación o administración.

### RESULTADOS

Se obtuvo el registro de 49 fármacos, de los cuales 30 (61,2%) tenía al menos 1 error. Se detectaron 14 errores de prescripción (28,6 %), 15 errores de preparación (30,6 %) y 16 errores de administración (32,7 %). Los fármacos registrados corresponden al 51,2 % del total de fármacos utilizados en el tratamiento de las situaciones descriptas.

### DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Se detectó un elevado número de errores, lo cual coincide con los datos bibliográficos. Si bien existe un sesgo porque no se pudieron registrar el 100% de los fármacos que pueden ser utilizados en paro cardiorrespiratorio, arritmias, estado convulsivo, crisis asmática severa, shock y sedoanalgesia, los datos obtenidos sugieren que es necesario implementar medidas para mejorar la seguridad en el proceso de medicación en la sala de reanimación, como el desarrollo de una herramienta que permita optimizar el cálculo de dosis y los modos de preparación y administración de fármacos en situaciones críticas.

## ESTANDARIZACIÓN DE FÁRMACOS EN LA EMERGENCIA

PO  
146

Lorenzini L.<sup>1</sup>; Boto A.<sup>2</sup>; Travaglianti, M.<sup>3</sup>; Zlotogora A.<sup>4</sup>; Rubio M.<sup>5</sup>; Rino P.<sup>6</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<lucialorenzini85@gmail.com>

### RESUMEN

El Servicio de Emergencia constituye una de las áreas de mayor riesgo en la atención sanitaria, requiriendo reducir al mínimo la posibilidad de errores. El manejo exitoso de los pacientes en la emergencia depende del diagnóstico y tratamiento rápidos. En este contexto, resultan necesarios algoritmos para el abordaje de patologías críticas y el desarrollo de herramientas que optimicen la terapia y la seguridad del paciente.

Con este objetivo, médicos y farmacéutica de la Unidad de Emergencia (con el aporte de un grupo multidisciplinario de profesionales de otros sectores) elaboramos tablas de medicación por peso, estandarizando el uso de fármacos para las situaciones más frecuentes en la sala de reanimación. Su uso está destinado a toda la población que ingresa al sector de shockroom. Las drogas están distribuidas según patologías (paro cardiorrespiratorio, arritmias, estado convulsivo, crisis asmática grave, shock, sedoanalgesia), con un color determinado, ordenadas por orden alfabético.

Para cada droga se define presentación comercial, vías de administración, dosis por kilogramo de peso (en base a la evidencia y recomendaciones nacionales e internacionales, disponibilidad local y epidemiología), dosis calculada para el peso correspondiente a la tarjeta, modo de preparación y administración. Además se realizan aclaraciones respecto a compatibilidad, necesidad de ajustar dosis por insuficiencia renal, posibilidad de repetir dosis y dosis máxima.

La imprevisibilidad de los ingresos de pacientes con patologías críticas en estos servicios, la importancia de comenzar los tratamientos o procedimientos en tiempo y forma adecuados, los errores que surgen, entre otras causas, por la dificultad en recordar aspectos de las drogas y la de experiencia diversa de los médicos, hace necesario contar con herramientas que disminuyan la posibilidad de error.

## VENTILACIÓN MECÁNICA, TRAQUEOTOMÍAS Y SUS INDICACIONES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN DESDE MAYO 2015 A ABRIL 2016

PO  
148

Ponce J.<sup>1</sup>; Altamirano R.<sup>2</sup>; Clavel L.<sup>3</sup>; Lellis F.<sup>4</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1 2 3 4</sup>

<rjavierponce1976@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es un procedimiento poco frecuente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), ya que esta técnica es sensiblemente inferior a la del paciente adulto. A lo largo del tiempo han ido cambiando las indicaciones y siendo sustituidas por malformaciones de la vía aérea, dependencia de ventilación mecánica (MV) y debilidad de la pared torácica en pacientes neuromusculares y pacientes que presentan secuela neurológica. En las últimas décadas los avances de la medicina han dado lugar al aumento de la supervivencia de los pacientes pediátricos, muchos de los cuales pueden quedar con dependencia de tecnología fuera del hospital.

### OBJETIVOS

- Determinar la incidencia de pacientes ventilados.
- Determinar los días de VM.
- Cuantificar de traqueotomías realizadas.
- Evaluar indicaciones de traqueotomía.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo Descriptivo Observacional. Muestra: pacientes que recibieron VM en UCIP desde el mes de mayo de 2015 a abril de 2016. Para realizar el análisis se usó el programa Epi Info 7.

### RESULTADOS

Se evaluaron un total de 226 pacientes de los cuales, 165 (73%) recibieron VM, se obtuvo 1167 días de VM, con un promedio de 7 días por paciente. De los 165 paciente solo se traqueostomizó a 14 (8,48%) de ellos, los cuales recibieron 99,01 (1,16%) días con un promedio de VM por paciente traqueostomizados de 7,07 (7,14%) días. Con respecto a la indicación de traqueotomía solo 1 (7,14%)

paciente fue por VM prolongada, 5 (35,71%) pacientes por obstrucción grave de la vía aérea y 8 (57,14%) pacientes por mejor control de la vía aérea.

### DISCUSIÓN

La traqueotomía en el paciente pediátrico continua siendo un procedimiento poco frecuente (0,5/2% de los pacientes en ventilación mecánica). El momento de la realización del procedimiento aún no tiene consenso, al igual que las indicaciones, ya que la duración de la intuición y de la VM en el paciente pediátrico es variable y no es predictor de la necesidad de traqueotomía, existiendo pacientes que permanecen en VM durante varios meses sin complicaciones graves. En nuestro trabajo se obtuvo un promedio de días de VM en pacientes traqueostomizados de 7,14 que concuerda con lo establecido en adultos.

### CONCLUSIÓN

La traqueotomía no es un procedimiento habitual en pediatría ya que es compleja tanto la realización como su indicación. En pacientes adultos se toma una media de días de ventilación mecánica de 7 días para la realización de traqueotomía, en nuestro trabajo obtuvimos una media similar, la diferencia se vio reflejada en las indicaciones de las mismas ya que para los pacientes adultos la ventilación mecánica prolongada es la primera causa, para el paciente pediátrico aún no está bien definida. Por tal motivo es que para el pacientes pediátrico las indicaciones son variables y creemos importante observar el contexto así como también la ventilación mecánica y factores de tipo congénito que llevan a hacer la diferencia en las indicaciones así como también en los días de ventilación por paciente y así definir una mejor estrategia de tratamiento para estos pacientes y el momento ideal para la realización de la traqueotomía.

## ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN NIÑOS TRASPLANTADOS CON PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ADMITIDOS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

POS  
149

Torres S.<sup>1</sup>; Reyes P.<sup>2</sup>; Longo P.<sup>3</sup>; Iolster T.<sup>4</sup>; Siaba Serrate A.<sup>5</sup>; Kusmisky G.<sup>6</sup>; Schnitzler E.<sup>7</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<storres@cas.austral.edu.ar>

Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un procedimiento terapéutico validado en pediatría para patologías oncológicas y no oncológicas. En la actualidad la morbimortalidad asociada ha disminuido debido al uso de regímenes de acondicionamiento menos tóxicos, cambio en las pautas de inmunosupresión y mejoría en los tratamientos de soporte. Sin embargo el riesgo de mortalidad sigue existiendo, asociado a la enfermedad injerto contra huésped (EICH) e infecciones.

### OBJETIVOS

Analizar los factores predictivos de morbimortalidad y supervivencia de pacientes trasplantados de medula ósea pediátricos admitidos en Cuidados Críticos.

Diseño: Análisis de una cohorte retrospectiva -prospectiva.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión y análisis retrospectivos de una población de niños y adolescentes trasplantados de células hematopoyéticas desde 01/12/2002 al 30/11/2016 admitidos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) del Hospital Universitario Austral.

### RESULTADOS

Sobre 238 trasplantes de medula ósea (218 pacientes) 142 pacientes fueron admitidos a Cuidados Críticos. 52 alogénicos no relacionados, 48 alogénicos relacionados y 42 auto logos. 81 fueron varones. La mediana de edad fue de 10 años (Rango 12 meses - 19 años). La mortalidad global fue de 42% (n=59) ocurriendo en los posteriores 90 días del TPH. La causa

mas frecuente de admisión fue sepsis 68% (n=97) con rescate de germen en 84 oportunidades. 55 (39%) pacientes tuvieron falla respiratoria aguda y 36 de ellos requirieron asistencia con presión positiva. Tras el análisis Univariado el tipo de trasplante, enfermedad de base, neutropenia febril, infección por citomegalovirus, Falla multiorgánica, insuficiencia respiratoria, enfermedad injerto contra huésped (EICH), régimen acondicionante y desnutrición previa se asociaron a mayor mortalidad. Tras el análisis Multivariado de Regresión Logística EICH (OR 2,23 IC 95%: 1.92 a 2,98) Tipo de trasplante no relacionado (OR 1.58, IC95% 1.14 a 2.17) y desnutrición previa (OR: 1.78, IC 95% 1.223-3.89) tuvieron asociación estadísticamente significativa a mortalidad. El análisis global de sobrevida al año del trasplante de la población que ingreso a UCIP (n = 80) fue del 56.33 %.

### CONCLUSIONES

La admisión de estos niños a las unidades de cuidados intensivos (UCIP) centrados en factores predictores de morbimortalidad y la evaluación de su supervivencia continúa siendo controversial. En nuestra población observamos que los niños receptores de TPH y admitidos a UCIP, uno de cada tres fallece en los primeros tres meses posteriores al procedimiento. La enfermedad injerto vs huésped, trasplante no relacionado y desnutrición previa son predictores de mortalidad. Es recomendable que el equipo de salud tratante tenga entrenamiento en cuidados intensivos o fácil acceso a los mismos para derivar precozmente a estos pacientes.



## PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN EFECTIVA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: RESULTADOS PRELIMINARES.

POS  
151

*Becerra V.<sup>1</sup>; Santos S.<sup>2</sup>; Vassallo J.<sup>3</sup>; Buamscha D.<sup>4</sup>; Rodríguez S.<sup>5</sup>; Althabe M.<sup>6</sup>; Charroqui A.<sup>7</sup>; Cardigni G.<sup>8</sup>; Galván M.<sup>9</sup>; Rodríguez R.<sup>10</sup>; Menéndez C.<sup>11</sup>; Zima R.<sup>12</sup>; Landry L.<sup>13</sup>*  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. JUAN P. GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13</sup>  
<draverobecerra@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La comunicación es reconocida como una competencia profesional que tiene impacto sobre la calidad de atención de pacientes y familias. Asimismo, es de suma importancia desarrollar estrategias educativas que se integren a la currícula de los profesionales en formación.

### OBJETIVOS

Describir un programa de adquisición de habilidades en comunicación efectiva para médicos en formación de Terapia Intensiva Pediátrica (TIP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un curso anual para los 40 médicos becarios y residentes en formación en TIP, constituido por 10 módulos en formato taller de reflexión. Cada taller se organizó con una introducción, un video disparador seleccionado y/o editado específicamente, conductores de la discusión en grupo, breve repaso teórico y conclusiones. El material bibliográfico se encontraba disponible en el campus virtual. Se realizaron encuentros mensuales de Agosto a Diciembre de 2016, en cada una de las 4 Unidades de TIP, con participación del personal de planta del equipo de salud de cada Unidad. Para evaluar la utilidad del curso se realizó al finalizar una encuesta autoadministrada y anónima.

### RESULTADOS

En este primer año se realizaron 5 módulos. Módulo I: Generalidades de la Comunicación Efectiva. Módulo II: Comunicación de Malas Noticias. Módulo III: Comunicación de Diagnóstico de Muerte Encefálica/Solicitud de Donación de órganos. Módulo IV: Burn-out y Desgaste por Empatía. Módulo V: Presencia de los padres en procedimientos invasivos. Los 40 médicos asistieron por lo menos a tres de los cinco módulos. De los médicos encuestados respondieron 30 (75%). El 100% consideró que la comunicación efectiva es una competencia importante en su ejercicio profesional y que se puede aprender y entrenar. El 80% consideró que la modalidad fue útil. El módulo III resultó el más interesante. El 76% observó mejoras en la capacidad para comunicarse con los pacientes y con el equipo de salud. Finalmente, el 83% realizaría nuevamente el curso.

### CONCLUSIONES

Es posible implementar en un Hospital con alta y compleja demanda asistencial, un Programa de Capacitación en Comunicación Efectiva dirigido a profesionales en formación, realizado en el propio ámbito de las TIP. Los participantes refieren altos niveles de satisfacción y una destacada mejora de la comunicación médica en sus intervenciones con pacientes, familiares y miembros del equipo de salud.

## IMPLEMENTACION DE SI.VI.LE EN UN HOSPITAL PEDIATRICO

PO  
152

*Vilar A.<sup>1</sup>; Puga Nougues M.<sup>2</sup>; Boscarino G.<sup>3</sup>*  
HTAL DEL NIÑO JESUS<sup>1 2 3</sup>  
<julietavilar@gmail.com>

Las lesiones de causa externa, se encuentran entre las principales causas de morbimortalidad, y se incrementaron en forma exponencial durante los últimos años. En Argentina, las lesiones ocasionadas por tránsito son la principal causa de muerte en personas de 15 a 34 años. En respuesta a esto se creó el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones. El SI.VI.LE, Sistema de Vigilancia de Lesiones, es una de sus principales estrategias al permitir acciones de vigilancia epidemiológica y prevención de lesiones. Está conformado por Unidades Centinelas ubicadas mayormente en guardias de hospitales. Cada una de estas unidades provee de manera continua información, con un alto nivel de detalle, de los aspectos más relevantes de las lesiones por causas externas. EL objetivo de este trabajo es presentar los datos recavados en un hospital infantil.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron los datos recogidos por un formulario en papel y posteriormente cargados en correspondiente registro electrónico (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina-SISA) entre el periodo de Mayo del 2013 a Julio del 2016. Se clasificó a los pacientes de acuerdo al Score Práctico de Gravedad (SPG) el cual se basa en la prestación de servicios al lesionado que llega a la unidad centinela. Leve: Tratamiento ambulatorio con analgésicos o anti-inflamatorios. No requiere estudios complementarios. Moderado: Tratamiento tal como sutura, lavado gástrico, observación en unidad centinela, fractura cerrada. Admisión hospitalaria que no llega a cumplir con los criterios para ser severo. Severo: Manejo médico avanzado tal como cirugía mayor, unidad

de cuidado intensivo, fractura abierta. Se incluyó todo paciente menor de 15 años que consulta por lesiones traumáticas en la Guardia de Cirugía y que permanece internado.

### RESULTADOS

Se registraron 898 pacientes, sexo masculino fueron el 62,36% (n=560). La edad más frecuente fue entre los 10 y 15 años, 37,5% (n=337), seguido de pacientes entre 1 y 5 años en un 28, 8% (n=259). Los mecanismos de lesión fueron: Lesión por transporte 54,9% (n=493), caída de un nivel a otro 24,6% (n=221), otros 20,5% (n=184). En las lesiones de transporte el medio de transporte más utilizado fue la motocicleta 55,37% (n=273), siendo el paciente conductor en el 30,4% (n=83) de los casos. El 84,98% no utilizaba casco al momento del accidente. El 72,6% (n=358) de los pacientes presentaron lesiones moderadas según el SPG.

### CONCLUSIÓN

El incremento de las lesiones externas adquirieron gran relevancia por su impacto familiar y los elevados costos sanitarios, sociales y económicos que representan. El SI.VI.LE consiste en una importante fuente de información que posibilita la elaboración de acciones de prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar.

## INFECCIONES GRAVES POR STAPHYLOCOCCUS MR DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

PO  
153

*Bruera M.<sup>1</sup>; Blanco A.<sup>2</sup>; Lugo S.<sup>3</sup>; Perez M.<sup>4</sup>; Panigazzi A.<sup>5</sup>*  
 HOSPITAL NACIONAL PROF.DR ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4,5</sup>  
 <majobruera@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones graves de la comunidad por Staphylococcus meticilino resistente (SAMR) son una patología con una elevada morbimortalidad. Han aumentado considerablemente en la última década, siendo un problema de gran magnitud para la salud pública.

### OBJETIVO

Determinar las características clínicas y evolutivas de pacientes internados en la UTIP con infecciones graves de la comunidad causadas por SAMR. Evaluar la frecuencia de lesiones cutáneas de origen infeccioso en los convivientes de los pacientes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes pediátricos de 1 mes a 15 años de edad que se internaron en UCIP del Hospital Posadas, entre el 01/01/2015 al 31/12/2016 con infecciones graves y aislamiento de SAMR de la comunidad en alguno de los cultivos.

### RESULTADOS

Entre 1/2015 y 12/2016 se internaron 21 pacientes con infecciones graves por SAMR de la comunidad en la UCIP del Hospital Posadas. 13/21 pacientes provenían de áreas de influencia del Hospital. La mediana de edad fue 24 meses (r: 1-180). 12 pacientes fueron de sexo masculino (57%) y 9 de sexo femenino (43%). 20 pacientes eran previamente sanos y 1 tenía diagnóstico de lipofucinosi. 13/21 pacientes cursaron con sepsis asociada a otra infección; 13/21 pacientes tuvieron Neumonía

con supuración pleuro-pulmonar pero solo 5/13 estuvieron sépticos; 3 pacientes cursaron con celulitis; 3 con pericarditis; 1 con meningitis, 1 con peritonitis y 1 con artritis. En 14/21 pacientes se aisló el SAMR en líquido pleural, en 2/13 pacientes que cursaron con NMN se aisló en Aspirado traqueal, en 3 pacientes en líquido pericárdico, en 1 en LCR, en 1 en líquido peritoneal y en 1 líquido articular. De toda nuestra serie, 6 tuvieron HMC positivos para SAMR. Sólo en 1 paciente se observó co-infección (VSR). El tiempo de estadía en UCIP fue una mediana de 14 días (r: 3-46). 13/21 pacientes requirieron AVM, con un tiempo de estadía: mediana 15 días (r: 3-39). La evolución fue favorable en la mayoría de los pacientes, con una sobrevida al alta de la UCIP del 95%. En la totalidad de los casos se observó la presencia de lesiones cutáneas de probable etiología infecciosa (forunculosis 80%, mastitis 20%) en algún familiar conviviente dentro de la semana previa a la internación. Los familiares fueron tratados para las lesiones cutáneas con evolución favorable.

### CONCLUSIÓN

A pesar de la morbimortalidad de esta patología, los niños en nuestra unidad tuvieron buena evolución. En esta serie descripta, se encontró la presencia de lesiones cutáneas infecciosas de algún conviviente en la totalidad de los casos, coincidente con diversas publicaciones sobre el tema. Consideramos necesario buscar esta asociación en pacientes que ingresan con esta patología, para realizar el adecuado tratamiento familiar.

## CREACION DE UN SERVICIO CRITICO INTEGRAL PEDIATRICO EN EL NORTE ARGENTINO. IMPACTO EN LA COMUNIDAD

PO  
154

*Fiori Binbi T.<sup>1</sup>; Hernandez S.<sup>2</sup>; Teran Vega S.<sup>3</sup>; Farfan O.<sup>4</sup>; Sain F.<sup>5</sup>; Avila Tissera I.<sup>6</sup>; Albarracin R.<sup>7</sup>;*  
*Barrientos L.<sup>8</sup>; Fernandez L.<sup>9</sup>; Tabera G.<sup>10</sup>*  
 HOSPITAL PTE. DR. NICOLAS AVELLANEDA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>  
 <tomasfiori@intramed.net>

Marco Teórico: cada otoño-invierno, en la Argentina el brote de patologías respiratorias, produce un colapso en ocupación de camas en el subsector público, también en el privado, no siendo una excepción los consecuentes agravamientos que requieren cuidados críticos.

### OBJETIVOS

Mejorar la disponibilidad de camas críticas mediante un proyecto para la creación de un servicio crítico pediátrico en un hospital de 2º nivel. Diagnóstico de situación: en Tucumán en cada campaña invernal, las complicaciones de contar con unidades críticas en el subsector público, es un problema no resuelto dado que requiere de la ayuda del sector privado para una solución transitoria, llevando a un colapso en el sistema, sumado al costo económico de esta intervención. Nuestra Provincia contaba con una unidad de cuidados críticos polivalente de 16 camas el cual debía resolver todas las situaciones críticas pediátricas; en conclusión "colapso de atención crítica".

### POBLACIÓN

Pacientes críticos entre el mes de vida y los 16 años. Desarrollo de la experiencia: habiendo realizado el análisis de situación desde el Ministerio de Salud se propone resolver la problemática con el aumento de disponibilidad camas críticas, en la cual el Hospital Avellaneda, toma la

decisión de elevar un proyecto de creación de un "Servicio Critico Integral Pediátrico", con la apertura secuencial de: 1) unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), 2) unidad de cuidados intermedios pediátricos (UCINP), 3) unidad de crónicos dependientes de tecnología y dispositivos (UCDTyD), 4) unidad de internación domiciliaria (UID), 5) complejo habitacional para familias con hijos dependientes de UCDTyD. Este proyecto supone un modelo innovador y pionero en la forma y calidad de atención de estos pacientes en la región norte del país. La apertura del punto 1 fue realizada en Julio 2016 con 8 camas con equipamiento de última generación que en forma transitoria se asiste niños que requieren unidad intermedia o unidad crítica, hasta la división definitiva de las mismas.

### RESULTADOS

Desde la apertura de la unidad hace 6 meses se asistieron 120 pacientes, se disminuyó a cero el traslado e internaciones actuales al subsector privado, se encamina a complejizar el hospital para llegar a 3º nivel de atención. Evaluación: el impacto que se produjo con el primer paso fue considerable ya que se aumentó el número de camas, se liberaron camas críticas en otros efectores, y disminuyó el costo económico en la atención pública.

## EL TRASPLANTE HEPÁTICO, A QUIEN, COMO Y QUE PODEMOS ESPERAR EN LA UCI?

Hernandez A.<sup>1</sup>; Latini B.<sup>2</sup>; Lardone S.<sup>3</sup>; Brusca S.<sup>4</sup>; Penayo Zarate M.<sup>5</sup>; Galvan M.<sup>6</sup>; Buamscha D.<sup>7</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1234567</sup>

<alberto\_hernandez@hotmail.com>

POS  
155

El Trasplante Hepático es la única opción de tratamiento en pediatría en pacientes con enfermedades hepáticas terminales, ya sean estas agudas o crónicas.

El objetivo del estudio fue analizar las características demográficas, indicaciones, tipo de trasplante, tratamiento de soporte requerido en UCI; así como principales complicaciones, episodios de rechazo y mortalidad a los 30 días y a los 6 meses de los pacientes trasplantados hepáticos en el hospital Garrahan, entre los años 2014-2016. Trabajo retrospectivo, descriptivo. Los datos fueron recolectados en fichas confeccionadas para tal fin y mediante revisión de historia clínica informatizada.

### RESULTADOS

A través de este estudio se constata que de 74 trasplantes hepáticos realizados, 18 (%) fueron trasplantados en emergencia, mientras que el resto de acuerdo a lista de inscripción. Las principales causas que llevaron al trasplante fueron AVBE 31%, FHI 20%, retrasplantes 14%, tumorales 11% y autoinmunes. La edad promedio al trasplante fue de 4 años (52 meses). El tipo de donante más frecuente es el cadavérico (78%), sobre el vivo relacionado (22%). Dentro del soporte requerido en UCI, el 99% requirió ARM, el 72% inotrópicos y el 20% TRRC. Reingresaron a quirófano el 40%, por múltiples causas (cierre diferido, hemoperitoneo, perforación intestinal, reconstrucción de la Y Roux o anastomosis biliar, causas vasculares). Presentaron complicaciones infecciosas el 43% de los pacientes

(sepsis, infecciones asociadas a catéter, infecciones urinarias, abscesos y/o colecciones intraabdominales, infección de herida quirúrgica, entre otras) El 26% presentó complicaciones vasculares (estenosis y/o trombosis) y 11% de los pacientes complicaciones neurológicas (leucoencefalopatía posterior reversible, mielolisis pontina, convulsiones) El 14% tuvo episodio de rechazo. El registro de estas complicaciones fue realizado durante el período de internación de los pacientes en UCI. La mortalidad global fue del 20%. Ocurriendo el 66% (10) dentro de los 30 días y el 33% (5) a los 6 meses. Es importante destacar que el 50% de los pacientes fallecidos correspondió a pacientes menores de 1 año y dentro del grupo, fueron trasplantados 27 pacientes

### CONCLUSIÓN

El trasplante hepático es una opción actual frente a patologías hepáticas terminales. El avance en los cuidados críticos ha permitido mejorar la sobrevida de este grupo de pacientes puesto en evidencia por el continuo descenso en la mortalidad de estos pacientes. Esta mejor sobrevida implica un desafío en el equipo de multidisciplinario salud para ofrecer la mejor calidad de atención a cada necesidad del paciente. Especial observación se debe prestar al grupo de pacientes menores de un año.

## RADIOGRAFÍAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS UTILIZACIÓN RACIONAL

Guido S.<sup>1</sup>; Anguita Arriagada A.<sup>2</sup>; Tiszler M.<sup>3</sup>; Martínez M.<sup>4</sup>; Herrera D.<sup>5</sup>; Fiorillo Urcullo R.<sup>6</sup>; Romero R.<sup>7</sup>; Morales S.<sup>8</sup>; Del Valle V.<sup>9</sup>  
UCIP HOSPITAL PETRONA V DE CORDERO SAN FERNANDO<sup>123456789</sup>

<draguido@gmail.com>

PO  
156

### INTRODUCCIÓN

Concientizar al equipo de salud sobre el pedido de estudios radiológicos (Rx) es fundamental en pediatría, al ser esta una población en crecimiento y por tener mayor posibilidad de acumular dosis de radiación años-vida, elevando así potencialmente el riesgo de complicaciones neoplásicas. Las terapias son unidades donde estas prácticas son de rutina. Ante lo cual consideramos importante realizar un estudio comparativo pre y post concientización para su utilización racional.

### OBJETIVO

Determinar si disminuye la cantidad de radiografías realizadas en la UCIP durante una permanente concientización de los profesionales sobre su uso racional.

DISEÑO: Comparativo, observacional, retrospectivo y transversal.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos fueron obtenidos de las epicrisis en los periodos Mayo-Agosto del 2015 e igual periodo del 2016 donde se consignaban el total de Rx realizadas a cada paciente en la Unidad. En forma diaria se evaluó en cada caso en particular la utilidad de realizar la RX ya sea para diagnóstico o modificación terapéutica. ESTADÍSTICA: Porcentaje, rango, proporción, promedio, bandas de confianza, p.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todos los pacientes que ingresaron de la UCIP durante el periodo Mayo-Agosto años 2015. y 2016

CRITERIOS EXCLUSIÓN: Pacientes que no ingresaron a en este periodo. Otros estudios de imágenes (Tomografías ecografías) Radiografías realizadas en Hospitales de origen.

### RESULTADOS

Total pacientes estudiados 2015 52 vs 67 en 2016, con un rango edad

de 1 mes a 15 años en ambos periodos con un promedio de 23.2 meses para 2015 vs 19.3 en 2016, del total de pacientes 2015 40 pacientes estuvieron en AVM vs 44 en 2016; el 100% de las Rx fueron realizadas en pacientes en AVM en 2015 vs 97.7% en 2016; la proporción días AVM por pacientes 2015 fue 8.5 vs 10.69 en 2016 (p=0,16); cantidad de Rx por paciente en el 2015 fue 6.5 vs 3.69 en 2016 (p 0,0011) relación entre días de AVM y radiografías realizadas en el 2015 fue 1.1 vs 2.89 en el 2016 (p= 0,00001) Total de Rx realizadas en 2015 fue 296 vs 192 en 2016 (62%) (banda de confianza 60.4%-71.5%)

	2015	2016
PACIENTES	52	67
EDAD	1M-15 AÑOS	1M-15AÑOS
AVM	40PAC	44PAC
ARM-RX	100%	97,7%
RX	296 RX	192RX
RX/PAC	6.5	3.69
AVM/RX	1.1	2.89

### DISCUSION

Según los datos obtenidos, la población estudiada en el 2016 comparada con la del 2015 fue homogénea y hubo una reducción significativa en la cantidad de Rx realizadas por pacientes y en el aumento de la relación días AVM/cantidad de RX; La reducción total de las RX fue de un 35%.

### CONCLUSION

La concientización sobre la real utilidad de las radiografías en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente crítico pediátrico disminuyó en forma significativa la cantidad de radiografías realizadas a los pacientes en nuestra Unidad en periodo 2016.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA LIPOIDEA POR INGESTA DE SILICONA LÍQUIDA

Arancibia P.<sup>1</sup>

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1</sup>

RPD  
158

### INTRODUCCIÓN

La broncoaspiración por ingesta accidental de productos lipídicos es causa frecuente de neumonía lipoidea en pediatría. La presencia de tos, dificultad respiratoria creciente, con infiltrados alveolares en la radiografía de tórax y el antecedente de intoxicación y vómitos deben hacer sospechar este diagnóstico.

### OBJETIVO

Presentación de caso sobre Neumonía aspirativa por intoxicación con silicona líquida.

### CASO CLÍNICO

Niño de 7 meses, oriundo de Rosario de la Frontera, aparentemente sano, inmunitarios completos, sin internaciones previas. Derivado por intoxicación con hidrocarburos por ingesta accidental de silicona líquida; inicia con accesos de tos y vómitos, presenta dificultad respiratoria severa. Se expande con solución fisiológica a 40 ml/kg, con oxígeno suplementario; laboratorio con gas arterial con acidosis metabólica, hemograma con hiperleucocitosis, cultivos negativos. En Rx de tórax: infiltrado alveolar paracardíaco bilateral. Se asume como neumonía aspirativa, se medica con ampicilina-sulbactam. Valorado por toxicología: dieta sin grasas (por 48 hs) y dexametasona. En sala de clínica, se encuentra en mal estado general, pálido, con dificultad respiratoria severa, sensorio alternante, broncofonía en hemitórax derecho; con

requerimiento de oxígeno suplementario. Rx de tórax desmejorada, con neumatoelectasia derecha e infiltrados alveolares bilaterales. Taquicárdico, taquipneico, subfebril, pasa a Terapia intensiva, se coloca en Ventilación no invasiva con regular respuesta. Se asume como Síndrome de dificultad respiratoria secundario. Paciente con mala mecánica ventilatoria se intuba. Hipoxémico persistente, se decide pronación por 24 hs. Con buena evolución, se extuba a las 96 hs, queda con oxígeno por cánula nasal.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La neumonía lipoidea es poco prevalente en pediatría. Los agentes causantes son sustancias oleosas (laxantes, disolventes, gasolina y fármacos intranasales). Cuadro clínico: tos, fiebre y dificultad respiratoria de moderada a severa, puede llevar a un Distress Respiratorio. El tratamiento con antibióticos es controvertido. La corticoterapia puede mejorar la clínica, disminuye el proceso inflamatorio. En este caso se administró antibioterapia y corticoides dado la complicación asociada. La evolución ha sido favorable, y se ha resuelto el cuadro pulmonar manteniéndose asintomático hasta el momento.

## CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CORRECTORA EN NEONATOS MENORES DE 2 KG

Fraire R.<sup>1</sup>; Kreutzer C.<sup>2</sup>; Reyes P.<sup>3</sup>; Chiostrì B.<sup>4</sup>; Klinger D.<sup>5</sup>; Siaba A.<sup>6</sup>; Torres S.<sup>7</sup>; Musante G.<sup>8</sup>; Iolster T.<sup>9</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>

<rafa\_doc@yahoo.com>

RPD  
159

### INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo de la cardiología pediátrica, la cirugía cardiovascular pediátrica, las técnicas anestésicas y la recuperación postquirúrgica, gran parte de las cardiopatías congénitas pueden ser corregidas en forma total o parcial. El número creciente de patología con posibilidad de resolución ha contribuido a disminuir la mortalidad y a mejorar la calidad de vida. Esta mejora de los resultados, particularmente de los casos más complejos, estimula las intervenciones en situaciones más extremas. El objetivo de este trabajo es describir dos pacientes menores a 2 kg que requirieron cirugía cardiovascular compleja.

### OBJETIVO

Describir la experiencia de corrección quirúrgica cardiovascular en niños de muy bajo peso.

DESCRIPCIÓN DE CASOS: El primer paciente es un niño prematuro de 31 semanas con D-Trasposición de grandes vasos. Inicialmente se decidió posponer la cirugía correctora a la espera de que aumente de peso. Recibió tratamiento con prostaglandinas, asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y nutrición parenteral. A pesar del tratamiento instituido, desarrolló insuficiencia cardíaca y se decidió cirugía correctora (Switch Arterial) a los 27 días de vida con un peso de 1335 Kg. Requirió un tiempo de circulación extracorpórea de 111 minutos y clampeo aórtico de 50 minutos. Se realizó cierre de tórax a las 48 hs postquirúrgicas, recibió AVM durante 6 días e inotrópicos durante 7 días. Como complicación presentó necrosis de los dedos del miembro inferior izquierdo secundario al monitoreo en la arteria femoral. El segundo paciente es un niño de 37

semanas con diagnóstico de aorta bicúspide que desarrolló insuficiencia aortica severa secundaria a endocarditis bacteriana por lo que se decidió realizar intervención quirúrgica (Cirugía de Ross) a los 36 días de vida con 1940 Kg. El tiempo de circulación extracorpórea fue de 150 minutos y el de clampeo aórtico de 120 minutos. Se realizó cierre de tórax a las 48 hs postquirúrgicas, requirió inotrópicos durante 3 días, AVM durante 4 días y recibió nutrición parenteral total durante 6 días para luego iniciar aporte enteral con adecuada tolerancia. Evolución clínica posterior favorable.

### DISCUSIÓN

Los resultados de la reparación de defectos cardíacos congénitos han mejorado progresivamente, sin embargo los neonatos de bajo peso permanecen siendo una población de alto riesgo. Hay múltiples descripciones mostrando que la cirugía correctora en niños menores de 2.5 kg se asocia a un aumento de la mortalidad. La espera para lograr las condiciones ideales no está exenta de complicaciones graves o fatales siendo necesario evaluar el abordaje para cada caso en particular. La estrategia debe establecerse entre los equipos clínicos y quirúrgico para determinar el momento y tipo de cirugía óptimos siendo el peso un factor secundario.

## MIOCARDIOPATÍA DILATADA. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.

*Fraire R.<sup>1</sup>; Gutiérrez A.<sup>2</sup>; López Daneri M.<sup>3</sup>; Fernández M.<sup>4</sup>; Siaba A.<sup>5</sup>; Torres S.<sup>6</sup>; Iolster T.<sup>7</sup>*

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<rafa\_doc@yahoo.com>



### INTRODUCCIÓN

Se denomina miocardiopatía dilatada (MCD) a la falla cardíaca congestiva debida a la dilatación y disfunción ventricular, predominantemente del ventrículo izquierdo. Su forma de presentación puede variar desde la presentación asintomática, leve síntomas respiratorios o cuadros fulminantes con requerimiento de soporte mecánico como puente hacia el trasplante cardíaco. Las causas son variables e incluyen infecciones principalmente virales, desordenes metabólicos, drogas o anomalía arterial coronaria entre otras.

Hay reportes en la literatura pediátrica que han mostrado una asociación entre la mortalidad y la dilatación del ventrículo izquierdo al inicio de la enfermedad. El objetivo de este estudio es mostrar la epidemiología de la MCD en nuestro hospital, su evolución, y determinar si existen factores predictivos que demuestren una recuperación completa o incompleta de la función miocárdica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de pacientes con miocardiopatía dilatada que se presentaron en la terapia pediátrica del Hospital Universitario Austral entre Enero del 2002 a Diciembre del 2016.

### RESULTADOS

En el período evaluado se diagnosticaron 12 pacientes con miocardiopatía dilatada. El 58 % de los pacientes fue de sexo femenino, la mediana de edad es de 12 meses, se rescató germen en un 16.6% y el 41 % presentó un cuadro viral previo al momento de la internación. Recibieron inotrópicos

8 pacientes (65 %), 6 de los cuales recibieron Levosimendan. El 58 % de los pacientes presentó arritmias al ingreso. 3 pacientes (25%) requirieron ventilación mecánica y 2 pacientes (16.6 %) requirieron además soporte circulatorio a pesar de lo cual fallecieron.

La mortalidad fue del 16,6 % (2 pacientes) y todos los que tuvieron diámetros diastólico del ventrículo derecho (DDVI) con un valor de score Z mayor a 6, presentaron peor evolución. Dos de ellos fallecieron y otros dos persisten a la fecha con disfunción ventricular. El 61 % de los pacientes recuperaron función ventricular normal a los 9.6 meses de iniciada la enfermedad.

### CONCLUSIÓN

La MCD es una enfermedad grave. En esta serie de pacientes una proporción elevada recuperó adecuadamente la función ventricular, pero los pacientes que no lo hicieron permanecieron con deterioro severo o fallecieron. En este grupo reducido de pacientes el score Z predijo peor evolución.

## IBUPROFENO UN DEPRESOR DEL SENSORIO. A PROPOSITO DE UN CASO

*Elgueta F.<sup>1</sup>; Padilla G.<sup>2</sup>; Portugal S.<sup>3</sup>; Mercado Scagliotti S.<sup>4</sup>*

HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3,4</sup>

<florengueta@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Los antiinflamatorios no esteroideos están dentro de los medicamentos más utilizados en pediatría. Dentro de estos en los últimos años el paracetamol y el ibuprofeno han ido reemplazando a la dipirona y ácido acetil salicílico por presentar menores efectos tóxicos y reacciones adversas.

### CASO CLÍNICO

El día 03/10/16 a las 09:00hs ingresa por guardia, una niña de 2 años con depresión del sensorio, Glasgow 9 /15. Según refiere su madre en un descuido ingiere 70ml de ibuprofeno al 4%, lo que le da una dosis tóxica de 186mg/kg. (Rango terapéutico 30-50mg/kg/día. Max 2,4 grs/día. Dosis toxica >100 mg/kg). Niña sin patología previa de base. Solo 48hs antes un cuadro de GEA ya resuelto al ingreso. Se interroga por otros medicamentos, trauma, etc, negando estas posibilidades. Se coloca vía parenteral con protección gástrica y O2 con máscara, ECG normal, hemodinámicamente compensada. No se administra Carbón Activado (por depresión del sensorio). Se realiza test urinario con resultado: BZD no dosables, THC no dosables, cocaína no dosables, BT no dosables, opiáceos no dosables, anfetaminas no dosables, y HGT 77 mg/dl. Permanece en observación y a las 10:30hs (90 minutos posteriores al ingreso) se despierta espontáneamente pero con sensorio alternante,

a las tres hs del ingreso recuperación ad integrum. Alta medica. Se indica dieta, ranitidina, pautas de alarma y laboratorio a las 24 hs. Concorre a control clínicamente asintomática con laboratorio normal.

En nuestra experiencia de guardia y toxicología, es la primera vez que se presenta un caso de depresión del sensorio tan aguda y profunda teniendo como causal al ibuprofeno. Está descrita dentro del cuadro de intoxicación la posibilidad de somnolencia, siendo esto de muy infrecuente presentación. Nos pareció importante publicarlo para tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de alteración neurológica aguda.

## SHOCK SEPTICO COMO CONSECUENCIA DEL ABUSO SEXUAL

García Fernández M.<sup>1</sup>; Vilar A.<sup>2</sup>; Araoz N.<sup>3</sup>; Allori E.<sup>4</sup>

TUCUMAN HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3,4</sup>

<silvanagrciatin@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil es un problema frecuente en todas las sociedades y culturas. Se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas, entre las que existe una situación de desigualdad y en la que el menor es utilizado para la estimulación sexual de otra persona; esto suele ocurrir en un entorno privado, y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso. El abuso sexual puede ser sin contacto físico o con contacto físico. La penetración conlleva a un traumatismo importante por la desproporción anatómica entre los genitales del adulto y del menor, produciendo lesiones en genitales y ano de la víctima; que dependiendo de la cronicidad y violencia del acto pueden resultar de riesgo para la vida del mismo.

### OBJETIVO

Considerar como diagnóstico diferencial al Abuso Sexual en pacientes que presenten signos en región genital y anal; que no concuerden con el relato o historia clínica previa.

Descripción: Paciente de 3 años, sexo femenino, consulta en el centro asistencial por fiebre, vomito y diarrea. Se agrega dolor abdominal por lo que se deriva al hospital zonal y desde allí al hospital regional, donde se observa al examen físico edema en vulva y región peri anal que se interpreta como infección de piel y partes blandas, asociado a la diarrea y junto al resultado de laboratorio (pancitopenia), se decide derivación a nuestro hospital. Allí ingresa por guardia de emergencia en shock se asume el cuadro como sepsis a foco enteral y dérmico. Continuó su tratamiento en terapia intermedia donde por las lesiones en región anal

y vulvar se sospecha Abuso Sexual, por descompensación hemodinámica paso a terapia intensiva, allí se realizó soporte con inotrópicos, exploración e intervención quirúrgica constatando ano dilatado con fisura anal se decide desfuncionalizar intestino (colostomía). Paciente fallece a las 30 horas de su ingreso al hospital.

### CONCLUSIÓN

Debido al aumento de la consulta en pediatría de sospecha de abuso sexual no debemos dejar de pensar en este diagnóstico ante la presencia de lesiones o entidades clínicas que inicialmente no sean patognomónicas de tal. Así fue en el caso presentado donde la paciente ingresa con diagnóstico de shock con sospecha de sepsis a foco dérmico y enteral, concluyendo en una lesión anal con fisura y dilatación del esfínter. Las lesiones evidencian la gravedad del caso y demuestran la poca formación del equipo de salud para el abordaje del paciente con sospecha de abuso sexual.

## A PROPOSITO DE UN CASO: ESTALLIDO DE ESTÓMAGO EN PACIENTE DE 2 AÑOS

Bourdette R.<sup>1</sup>; Linares L.<sup>2</sup>; Allori E.<sup>3</sup>; Puga Nougues M.<sup>4</sup>; Boscarino G.<sup>5</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3,4,5</sup>

<robourdette@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El trauma abdominal contuso en pediatría tiene frecuencia de 0,2 a 2% debido a accidentes de tránsito y accidentes domésticos, las lesiones más frecuentes son vísceras macizas, seguidas por vísceras huecas principalmente intestino delgado. El compromiso gástrico se da en un 0,02%. El estallido de estómago se produce por impacto en la región epigástrica en un paciente con cámara gástrica llena. Lleva a la producción de una peritonitis química inmediata, con shock neurogénico por lo cual presentan alta morbimortalidad. Es una entidad quirúrgica de extrema urgencia.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de estallido de estómago por trauma contuso de abdomen de resolución quirúrgica inmediata.

Descripción del caso: Paciente de 2 años que ingresa por guardia, con ARM, venoclisis periféricas en ambos miembros superiores, SNG sin débito, sonda vesical K30 débito escaso claro, estable hemodinámicamente, abdomen leve distensión blanda depresible con equimosis en epigastrio antecedente de trauma abdominal torácico contuso cerrado por caída de pileta de lavar de cemento. Con Rx de abdomen realizada en hospital de origen acostado, que no evidencia neumoperitoneo. Es llevado a servicio de tomografía, paciente entra en shock pulsos centrales débiles, se coloca intraósea y otra venoclisis periférica, se recupera paciente del shock, se realiza tomografía que muestra importante neumoperitoneo y contusión pulmonar de ambas bases. Es trasladado de urgencia al quirófano. En cirugía se constata estallido gástrico con peritonitis química en cavidad. Se realiza rafia de estómago en dos planos con sutura reabsorbible, se

deja sonda transyeyunal siliconada k 10 para realimentación precoz y lavado profuso de cavidad con solución fisiológica. Paciente queda en UTI donde se recupera postoperatorio con realimentación a los 5 días y salida de ARM en igual tiempo.

### CONCLUSIÓN

El estallido gástrico es una entidad poco frecuente en la población pediátrica pero que presenta alta morbimortalidad. La mayor incidencia se da por arriba del año de edad. La radiografía tangencial de abdomen en un paciente de estas características sería el método de elección para evidenciar el neumoperitoneo. La recuperación del paciente en shock, mediante el trabajo del equipo multidisciplinario de emergencias y posterior resolución inmediata quirúrgica que terminó con resultados positivos para el paciente que hoy se recupera.

## HIPERNATREMIA HIPERAGUDA IATROGÉNICA POR SOLUCIONES DE HIDRATACIÓN PARENTERAL

Penazzi M.<sup>1</sup>; Galiana G.<sup>2</sup>; Baitaj M.<sup>3</sup>; Mari E.<sup>4</sup>; Pacheco P.<sup>5</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO, SAN JUSTO<sup>1,2,3,4,5</sup>

<matupenazzi@yahoo.com.ar>



### INTRODUCCIÓN

El uso de soluciones endovenosas es habitual en la práctica diaria pediátrica, sobre todo en cuadros de deshidratación. La cotidiana preparación artesanal de las mismas desafia en forma constante la posibilidad de errores. Una posible consecuencia de los mismos puede ser el desarrollo agudo de hipernatremia.

### OBJETIVO

Describir manejo y evolución de un paciente que recibió hidratación endovenosa como terapéutica de un cuadro de deshidratación, presentando como complicación una hipernatremia aguda severa y posterior edema cerebral.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Presentación del caso clínico de un paciente que ingresó a Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) por deterioro del sensorio y convulsiones secundario a hipernatremia hiperaguda.

### RESULTADO

Niño de 14 meses, previamente sano que ingresó a un centro de salud con deshidratación moderada secundaria a gastroenteritis. Ionograma inicial: 144/3,2. Se indicó hidratación parenteral con solución polielectrolítica preparada artesanalmente. A las 2 hs de iniciado el tratamiento presentó deterioro del sensorio, fijeza de mirada y luego episodio convulsivo tónico clónico generalizado. Ionograma en ese momento: 192/3. TAC de encéfalo: normal. Por el cuadro neurológico se derivó a UTIP. Ingresó deshidratado, Glasgow 7/15, pupilas intermedias arreactivas. Se colocó en ARM y se expandió con cristaloides. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica, hiperglucemia refractaria, poliuria

y profundización de deterioro neurológico con pupilas midriáticas arreactivas, a pesar del descenso gradual de Natremia. Nueva TAC: edema cerebral masivo con colapso de cisternas peritroncales. El paciente falleció tras 40 hs de internación.

### DISCUSIÓN

Si bien la hiperaguda es una forma de presentación muy poco habitual de hipernatremia, la causa iatrogénica es un cuadro siempre posible dada la cotidiana preparación artesanal de soluciones con sodio así como de fórmulas lácteas. El manejo de la misma no está exento de discusión y polémica ya que difiere de aquel de la hipernatremia más frecuente en que el enfoque está puesto en el descenso gradual de la natremia debido a la previa formación de osmoles idiógenos; las preguntas a responder sobre su manejo son, entre otras: velocidad de corrección del Na, cantidad de Na y de líquido en la solución a utilizar, uso de métodos dialíticos como manejo inicial.

### CONCLUSIONES

De la presentación de este caso se desprenden 2 conclusiones principales: la falta de unanimidad respecto del manejo de este cuadro particular, y principalmente respecto a lo que concierne a la seguridad del paciente, la consideración del uso universal de soluciones estándar prearmadas especialmente para patologías y situaciones de frecuente presentación.

## ENCEFALOPATÍA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS

Llaser M.<sup>1</sup>; Arean C.<sup>2</sup>; Dive E.<sup>3</sup>; Galarza M.<sup>4</sup>; Salomone V.<sup>5</sup>; Prieto M.<sup>6</sup>; Coca A.<sup>7</sup>

HIGA PEDRO FIORITO<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<martallsr47@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, ingresa a guardia, por presentar 2 episodios de movimientos tónico-clónicos de segundos de duración, cefalea intensa y vómitos. Examen físico afebril, en regular estado general, con cefalea intensa. Durante el mismo comienza con movimientos tónico clónicos generalizados que ceden bajo la administración de diazepam. Antecedentes de enfermedad actual: tratamiento con amoxicilina por patología respiratoria finalizado el día anterior. Laboratorios de ingreso: GB 30500 (N: 83.7) Plaquetas 349.000 Hmc por 2, coagulograma, EAB, Ionograma s/p. Función Renal Urea:113 mg/d creatinina 3,6 .TAC Cerebro s/p.

### OBJETIVO

Considerar distintos diagnósticos diferenciales ante la clínica presentada en este caso, teniendo en cuenta a la crisis hipertensiva como uno de ellos a pesar de ser infrecuente, pudiendo así realizar el tratamiento en forma y tiempo adecuado.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años que ingresa a guardia por presentar dos episodios de movimientos tónico.clónicos de segundos de duración, cefalea intensa y vómitos. Diagnóstico presuntivo:-Sepsis - Meningitis viral - bacteriana (tbc, no tbc).-Encefalitis-Encefalopatías (urémica, hepática).Con laboratorio más clínica se realiza PL inicia tratamiento empírico con ceftriaxona 100mg/kg/d y aciclovir 30mg/kg/d. Posteriormente presenta sensorio alternante Glasgow 10/15 TA:183/147 (154). Persiste hipertenso con registros de TA por encima de

200/160, sensorio alternante, se indica Furosemida 1mg/kg/d. LCR NORMAL, Serologías negativas. Orina: proteínas +++, hematíes dismórficos, aislados cilindros granulosos. Se realiza diagnóstico de ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS. Comienza goteo con Nitroglicerina 0,4 mg/hs que aumenta hasta los 4 mg/hs. Momento en el cual se deriva a UTIP. Diagnóstico de biopsia renal: Nefritis crónica intersticial/Glomeruloesclerosis global (8/15)/Glomeruloesclerosis segmentaria (5/15). Nefritis intersticial. Tratamiento: hemodiálisis.

### CONCLUSIONES

Las crisis hipertensivas son emergencias médicas que requieren evaluación exhaustiva y meticoloso manejo. Es necesario un acceso vascular en las situaciones de emergencia hipertensiva, en las urgencias puede ser suficiente la medicación oral. No existe un plan terapéutico único de la CHT, siendo necesaria una aproximación individualizada y adaptada a cada una de las posibles situaciones clínicas. Se debe evitar la peligrosa disminución del flujo sanguíneo cerebral que se produce con la caída rápida de la TA en situaciones en las que las cifras se han mantenido por encima de la normalidad de manera prolongada.

## ENCEFALOPATÍA POR SHIGELLA FLEXNERI, SÍNDROME DE EKIRI, A PROPÓSITO DE UN CASO

De Lillo L.<sup>1</sup>; Coria A.<sup>2</sup>; Wolfsteiner N.<sup>3</sup>; Tizler M.<sup>4</sup>; Alesio H.<sup>5</sup>; Azcarate A.<sup>6</sup>; Aguirre E.<sup>7</sup>

UTIP HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDIATRÍA FEDERICO FALCÓN, DEL VISO, PILAR<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<leonardodelillo@yahoo.com.ar>

RPD  
171

### INTRODUCCIÓN

La shigelosis es responsable de gran cantidad de episodios diarreicos y más de un millón de muertes anuales a nivel mundial, más frecuente en países subdesarrollados. Existen cuatro especies identificadas de Shigellas, la Dysenteriae, Boydii, Sonnei y Flexneri causante del Síndrome de Ekiri. Se transmite a través de agua o alimentos contaminados, vía fecal-oral, con bajas dosis infectantes y alto índice de transmisibilidad. Afecta en mayoría a niños menores de 5 años y su período de incubación es de 1 a 7 días.

El síndrome de Ekiri o encefalopatía letal tóxica es una rara complicación de la shigelosis. Se trata de un cuadro de toxicidad extrema rápidamente mortal que inicia con hiperpirexia, cefalea, diarrea de corta evolución, convulsiones que llegan a status, asociado a bicitopenia sin afección de serie roja y severas alteraciones en el medio interno.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de encefalopatía por *Shigella Flexneri*, muy poco frecuente, pero con alta mortalidad.

Caso clínico: niña de 3 años, 13 kg, previamente sana con historia de fiebre, dolor abdominal, diarrea sin sangre de 48 hs. de evolución, que llega a guardia con convulsiones tónico clónicas generalizadas que no ceden con tratamiento convencional. Ingres a UTIP en mal estado general, con signos de shock, se expande a 50 ml/kg, cursa con acidosis metabólica persistente, hipocalcemia, hipoglucemia, hipocalcemia, leucopenia y plaquetopenia. Se realizan correcciones del medio interno,

continuando con convulsiones y mayor depresión del sensorio, se asume y trata como status convulsivo e ingresa a VM. Se policultiva e inicia tratamiento con ceftriaxone y aciclovir. Hemodinámicamente muy lábil, requiere de drogas vasoactivas a altas dosis. Ante el cuadro de shock refractario se indican corticoides, vasopresina y gammaglobulina a dosis habituales con buena respuesta. A las 48 hs. presenta mejoría comenzando descenso de inotrópicos hasta suspensión y posterior desvinculación de VM con buena tolerancia, sin convulsiones pero con un leve deterioro motriz.

LCR normal, PCR para herpes y cultivos negativos. En coprocultivo se aisló *Shigella Flexneri*.

EEG con hipovoltaje en un hemisferio y la RM, muestra focos de isquemia en estadio subagudo a nivel frontal bilateral y parietotemporal izq.

### CONCLUSIÓN

Es importante considerar que la shigella puede producir cuadros clínicos no esperables pudiendo ser fatales en algunos casos. Es fundamental tener en cuenta la importancia de la enfermedad al momento de la evaluación inicial.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE ORIGEN ANÓMALO DE LA CORONARIA IZQUIERDA (ALCAPA)

Mateo Perez V.<sup>1</sup>; Anze V.<sup>2</sup>; Cabrera M.<sup>3</sup>; Dávila E.<sup>4</sup>; Izquierdo J.<sup>5</sup>; Llano L.<sup>6</sup>; Mosciaro M.<sup>7</sup>; Piovano L.<sup>8</sup>; Retamales E.<sup>9</sup>; Rivero M.<sup>10</sup>; Tonón J.<sup>11</sup>

HOSPITAL H NOTTI<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>

<virgi\_mateo@yahoo.com.ar>

RPD  
173

Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

La anomalía del origen de la arteria coronaria izquierda naciendo desde la arteria pulmonar (ALCAPA, por sus siglas en inglés), es una cardiopatía congénita tan poco frecuente (1 de cada 3.000 recién nacidos vivos) como letal en su historia natural (90% de mortalidad al año de vida).

### OBJETIVO

Informar un caso de insuficiencia cardíaca por miocardiopatía dilatada secundaria a ALCAPA, en un paciente internado en una UCIP.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de un mes de vida, que ingresa a UCIP con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, detectándose al ingreso miocardiopatía dilatada a predominio izquierdo por ecodoppler color. Requiere ARM e inotrópicos por 37 días. Serologías virales y cultivos negativos. Recibió 4 ciclos de levosimendán sin modificaciones significativas en la función cardíaca, pero con óptima evolución clínica. Al mes de internación en ecodoppler color de control se observó coronaria derecha dilatada y tortuosa, originada en ostium derecho y coronaria izquierda de iguales características, cuyo origen fue difícil de definir. En angiografía diagnóstica se confirmó síndrome de ALCAPA. Se derivó a servicio de cirugía cardiovascular para resolución quirúrgica.

### DISCUSIÓN

El síndrome de ALCAPA produce isquemia miocárdica, con posterior disfunción del ventrículo izquierdo e insuficiencia mitral, por dicho motivo se trata de una entidad cuya resolución es una urgencia quirúrgica. El presente informe de caso tiene la importancia de ser uno de los pocos sobre esta entidad.

### CONCLUSIÓN

El síndrome de ALCAPA es una entidad clínica de muy baja incidencia. Deberá tenerse una elevada sospecha, ya que el diagnóstico temprano permitirá la corrección quirúrgica, con un favorable pronóstico y mejor calidad de vida una vez superada la cirugía y el postoperatorio.



## TRAUMATISMO GRAVE DE MIEMBRO SUPERIOR RELACIONADO AL USO DE ESCALERA MECÁNICA

Melendi G.<sup>1</sup>; Moreno R.<sup>2</sup>; Hernandez A.<sup>3</sup>; Hernandez Y.<sup>4</sup>; Grum A.<sup>5</sup>; Crocensi A.<sup>6</sup>; Sereday C.<sup>7</sup>; Cardigni G.<sup>8</sup>

SANATORIO DE TRINIDAD DE PALERMO<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<gmelendi@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones relacionadas con la escalera mecánica pueden causar consecuencias médicas importantes. Los traumatismos más frecuentes son los de extremidades, las inferiores en su mayoría, siendo los de miembros superiores de presentación más esporádica. Las consecuencias de estos van desde la pérdida de las manos o pies a todo el brazo o pierna. Los traumatismos en escaleras mecánicas son más frecuentes en menores de dos años, tanto si van tomados de la mano de adultos como si deambulan solos.

### OBJETIVO

Describir el grave compromiso en miembro superior relacionado a lesión ocurrida en escalera mecánica.

Descripción del caso: Aquí describimos una paciente de 2 años de edad, que bajando la escalera mecánica en un centro comercial, tomada de la mano de un adulto, sufre una caída en domino, terminando su brazo izquierdo atrapado entre uno de los escalones y los peines del descenso del escalón terminal. La escalera se detiene automáticamente; durante el rescate realizado por bomberos es necesario desarmarla, debido al ingreso profundo en tejido celular subcutáneo del brazo de los peines del escalón terminal.

Ingresó a Emergencias, con los peines incrustados en el antebrazo y brazo izquierdo, sin sangrado activo, pálido y sudoroso; miembro superior izquierdo pálido, más fríos en comparación al derecho y leve alteración del relleno capilar, pulsos conservados y simétricos. Está reactiva, con llanto inconsolable, conectada, con un índice shock de 1.6, saturación de 96% con FIO2 ambiental. Se indicó reanimación con volumen y analgesia con opioides.

Se realizó Ecodoppler, con buen flujo arterial.

A las dos horas del ingreso, concurre a quirófano para el retiro del cuerpo extraño, en una intervención conjunta de los equipos de traumatología infantil, cirugía vascular periférica y cirugía plástica. No se encontró compromiso vascular o nervioso, pero sí pérdida grave de tejido celular subcutáneo. Posterior a la misma, se internó en terapia intensiva pediátrica. Requirió cuatro ingresos posteriores a quirófano por parte de cirugía plástica, para evaluación de los colgajos y curación de la herida. Se utilizó sistema VAC en el lecho quirúrgico como tratamiento de la herida. Recibió tratamiento antibiótico y analgésico.

No hubo complicaciones infecciosas inmediatas.

La evolución clínica general y de la lesión en miembro superior izquierdo fue muy buena, egresando al octavo día de internación.

### COMENTARIOS

La evaluación inicial del equipo de bomberos fue adecuada, ya que al desarmar la escalera mecánica minimizó los probables daños vasculares y locales de la zona afectada. La resolución rápida en quirófano dio la oportunidad de restablecer rápidamente la perfusión de la zona involucrada. Finalizando, las lesiones relacionadas con escaleras mecánicas pueden provocar traumatismos graves. Dado que en las publicaciones se reporta a la edad como un factor de riesgo y si consideramos que un niño de dos años tiene inestabilidad al bipedestear (ya sea de la mano de un adulto o solos) consideramos que es necesario realizar mayor difusión de las medidas preventivas a fin de evitar la presentación de nuevos casos.

RPD  
174

## TELEMONITORIZACION DE PACIENTES QUE NECESITAN VENTILACION MECANICA RESPIRATORIA DOMICILIARIA Y ASISTENCIA DE COMPLICACIONES QUE NO REQUIERAN INTERNACION

Campillia A.<sup>1</sup>; Adem F.<sup>2</sup>

HOSPITAL HECTOR QUINTANA<sup>1,2</sup>

<campiyai@outlook.com>

La ventilación mecánica domiciliar: Una nueva opción terapéutica. Según estudios epidemiológicos de nuestro país, los pacientes crónicos internados en las UCIP, que no requieren cuidados críticos pero sí las tecnologías de la misma, llegan al 35%.

Estos pacientes consumen días de internación produciendo gastos que exceden sus requerimientos ya que pueden ser asistidos por sus familiares después de un adecuado entrenamiento. Estando en sus domicilios e insertados en la familia.

Así comparamos gastos del cuidado domiciliario vs el institucional. Determinando la inversión en monitores y equipos de ventilación mecánica domiciliar. A su vez comparar según diferentes indicadores como económicos, de procesos y de incidencia de complicaciones. Actualmente debido a la falta de unidades, estos pacientes son externados sin un programa de control de equipos, ni de los procesos. El objetivo general de este proyecto es reducir la tasa de pacientes crónicos internados en las UCIP, garantizando así la calidad de la prestación tecnológica y del recurso humano.

Para este estudio se tendrán en cuenta pacientes ingresados a terapia intensiva y mediante criterios clínicos (inclusión y exclusión) y socio familiar determinar los candidatos a internación domiciliar. Realizando controles por telemonitoreo.

También comenzaremos con el adiestramiento de los familiares y/o tutor a cargo, de equipos de asistencia respiratoria y condición clínica del paciente (traqueotomía).

Una vez el paciente en su domicilio con los elementos necesarios para monitoreo, los cuidadores y/o familiares deberán cada 5-7 días dar un informe de la situación del niño que será evaluado por personal de la UCIP y ante una complicación se iniciará el abordaje por SAME 107, quienes determinarán la derivación a un centro de mayor complejidad.

RPD  
175

## ENCEFALOPATIA NECROTIZANTE AGUDA POR H1N1. A PROPOSITO DE UN CASO

Walter E.1; Figueroa L.2; Cejas N.3; Rebay E.4

HOSPITAL CASTRO RENDON 1 2 3 4

<ely\_walter@hotmail.com>



### INTRODUCCION

Es una encefalopatía aguda que afecta predominantemente a lactantes y niños pequeños. Se produce después de una infección viral, cursa con disminución del nivel de conciencia, coma y convulsiones. Las neuroimágenes presentan lesiones multifocales, simétricas en los tálamos, con un "patrón tricolor" específico en el (ADC), con frecuencia existen lesiones en el tronco cerebral, putamen, y cerebelo.

### OBJETIVOS

Describir cuadro clínico, hallazgos imagenológicos de paciente con Encefalopatía Necrotizante Aguda (ENA) asociada a infección por Influenza H1N1.

### CASO CLÍNICO

Niña de 4 años, previamente sana, con antecedente de CVAS una semana previa, que ingresa derivada por status convulsivo que requirió intubación secundaria a sedación con Benzodiazepinas. Permanece sin sedoanalgesia, presentando un Glasgow 9/15, sin repetir episodio convulsivo. Se inician estudios complementarios en paciente en coma sin diagnóstico etiológico; se realiza PL: Citoquímico de LCR hiperproteínoorraquia sin pleocitosis, laboratorio con transaminasas aumentadas y amonio normal, se realiza Doppler transcraneal con informe normal, EEG normal y TAC cerebral donde se constata hipodensidad en sustancia blanca de ambas cápsulas externas y sustancia blanca periventricular adyacente a las astas temporales del ventrículo lateral (figura 1). Con estos hallazgos se decide realizar RMN cerebral: afectación bilateral, con lesiones en ambos claustros, amígdalas hipocampales, tálamo, protuberancia anular, pedúnculos cerebelosos; RNM columna

normal. Se toma cultivo germen común y neurovirus negativo y virológico de secreciones nasofaríngeas positivo Influenza A H1N1 cepa pandémica 2009. Se envía muestra para estudio RANBP2. Se inicia tratamiento con Ceftriaxona, Aciclovir y oseltamivir.

Con sospecha de Encefalopatía Necrotizante Aguda se decide iniciar tratamiento con solumedrol a las 48 hs del ingreso, que recibe dos ciclos, sin mejoría clínica al alta de UCCP con Escala PCPCS 5, GOS 2. A los 6 meses de evolución la niña presenta mejoría clínica, con Escala PCPCS 3, GOS 4.

### CONCLUSIÓN

En época invernal la presencia de enfermedad tipo influenza, que asocie depresión del sensorio y convulsiones debe hacer sospechar ENA. Los criterios diagnósticos de ENA son los siguientes: 1) encefalopatía aguda 1-3 días siguientes a enfermedad febril, requiere coma o convulsiones; 2) imágenes que demuestren lesiones multifocales y simétricas (hiperintensas en T2 y FLAIR), en tálamo bilateral, sustancia periventricular, capsula interna, putamen, tronco cerebral y cerebelo; 3) en LCR ausencia de pleocitosis con hiperproteínoorraquia; 4) aumento de transaminasas con amonio normal; 5) exclusión de otras enfermedades (infección metabólicas, tóxicos, autoinmunes). La negatividad de la reacción en cadena de polimerasa para influenza A H1N1 en LCR y su positividad en fauces, sugiere un mecanismo etiopatogénico indirecto. El uso temprano de corticoides ha demostrado beneficio estadísticamente significativo, principalmente en los pacientes sin afectación del tronco encefálico, los que han logrado una mejoría neurológica más notable.

## CUANDO UNA CULEBRA SE CONVIERTE EN YAYARÁ

Iturria S.<sup>1</sup>; Farroni M.<sup>2</sup>; Portugal S.<sup>3</sup>; Mercado Scagliotti S.<sup>4</sup>

EMERGENCIAS, H.PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3</sup>; TOXICOLOGIA, H.PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS<sup>4</sup>

<sonia2464@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

En la provincia de Córdoba durante los meses de verano son frecuentes los accidentes con animales venenosos. En la ciudad de Córdoba suelen ser por escorpionismos y aracnoidismos, pero en las zonas serranas es posible el contacto con serpientes venenosas. Se describe a continuación un caso clínico de un niño mordido por serpiente.

### CASO CLÍNICO

En el mes de enero de 2015, alrededor de las 21 hs un niño de 9 años al caminar por el jardín de su casa, en zona periurbana de la localidad de La Calera, pisa sin querer una serpiente, esta lo muerde en la pierna varias veces. El niño y familiares la identifican como una culebra y lo trasladan a un hospital de la ciudad de Córdoba. En ese nosocomio se realiza limpieza de la herida, colocación de plan de hidratación, se solicita laboratorio con resultados normales y se deriva a nuestro hospital por no contar con toxicología ni sueros antiofídicos en ese momento. El niño ingresa por guardia a nuestro hospital alrededor de las 01.00hs, con buen aspecto general, 5 marcas puntiformes sangrantes en pierna derecha, edema leve y refiriendo mucho dolor.

Se repite laboratorio al ingreso, con resultado de coagulograma incoagulable, resto dentro de parámetros normales. Pasa al shock room, se realiza pre medicación con difenhidramina y dexametasona.

Se administran 6 ampollas de suero bivalente, ampicilina+sulbactam, y opiáceos. Es internado en UTI, se repite laboratorio a las 6 hs con coagulograma normal. A la mañana siguiente el tío del paciente trae al animal agresor, el cual se identifica como Bothrops Diporus (yayará chica). Permanece 8 días internado, con buena evolución y alta toxicológica.

### COMENTARIOS

En nuestro hospital contamos con servicio de emergencias y de toxicología las 24 hs. desde hace 4 años. Este caso nos pareció interesante de presentar por el hecho de que es frecuente que los pacientes o familiares refieran conocer de animales venenosos o incluso traer fotografías del presunto agresor, y luego resulta incorrecta esta identificación, lo cual es peligroso para el paciente. Es importante que si al momento de la consulta no se acompaña con el animal agresor, el paciente sea sospechoso de haber sufrido envenenamiento y permanezca en observación realizando todos los exámenes complementarios necesarios para cada caso.

## HEMODIÁLISIS EXTENDIDA (EDD) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS QUE REQUIEREN TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP).

PO  
178

Raddavero C.<sup>1</sup>; Orqueda R.<sup>2</sup>; Blazquez J.<sup>3</sup>; Almeida Esparza J.<sup>4</sup>; Ferraris V.<sup>5</sup>; Franco S.<sup>6</sup>; Ghezzi L.<sup>7</sup>; Rodríguez L.<sup>8</sup>; Perez C.<sup>9</sup>; Coccia P.<sup>10</sup>  
SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1</sup>; UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>2</sup>; SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>3,4,5,6,7,8</sup>; UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>9</sup>; SERVICIO DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>10</sup>  
<claudia.raddavero@hospitalitaliano.org.ar>

### INTRODUCCIÓN

La mortalidad en niños hospitalizados que requieren diálisis es elevada. Las terapias hemodialíticas continuas tienen como desventaja: anticoagulación permanente con mayor riesgo de sangrado; cuidados constantes de enfermería especializada; tiempo limitado para realizar procedimientos; alto costo. Las EDD ofrecerían una opción efectiva de tratamiento a estos pacientes.

### OBJETIVOS Y MÉTODOS

Trabajo descriptivo-retrospectivo. Objetivo: evaluar la sobrevida a 28 días de iniciar EDD en pacientes admitidos en UCIP (enero 2013- enero 2017).

### RESULTADOS

Se realizaron 230 sesiones de EDD en 28 niños (19 niñas) con equipo Genius (Fresenius Medical Care). Se calculó el Índice de Mortalidad Pediátrica (PIM-II) al ingreso de UCIP.

Parámetros de EDD.

Características	Media/rango
Sesiones por paciente	10 (1-81)
Duración de sesión (hs)	6.1 (6-8)
Sin heparina (%)	49.4%
Tasa de ultrafiltrado (% peso por sesión)	4.4% (1.2-6.6)
Flujo de bomba (Qb ml/kg/min)	6 (2.5-10)
Flujo de dializante (Qd ml/min)	150 (60-200)
Tasa de remoción de urea	54.3%
Tasa de remoción de amonio	42.5%

Se discontinuaron 14.7% sesiones por hipotensión. En la mayoría de los casos se logró el objetivo de balance negativo/remoción de electrolitos. Sin muertes por inestabilidad hemodinámica, alteraciones metabólicas o sangrados asociados al tratamiento.

La sobrevida a 28 días fue del 60,7%. La mortalidad fue mayor en niños con: PIM-II >4 al momento de admisión en UCIP; enfermedad oncológica como patología de base y sepsis como evento agudo; inicio de EDD > 5 días de ingreso en UCIP; requerimientos de ARM e inotrópicos.

### CONCLUSIÓN:

La EDD sería una alternativa terapéutica a la hemodiálisis continua en pacientes pediátricos críticamente enfermos que requieran tratamiento hemodialítico.

### Características de la población en estudio

	Todos n 28	Sobrevida > 28 días n 17 (60,7%)	Fallecidos n 11 (39,3%)	p
Edad (años)	8,3 (0,75-18)	9,4 (1-18)	6,6 (0,75-17)	0,19
Peso (kg)	23,5 (8-60)	25,5 (8-60)	20,4 (8-55)	0,35
Sobrecarga de volumen > 10%	17/28 (60,7%)	9/17 (52,9%)	8/11 (72,7%)	0,42
PIM-II ingreso UCIP				0,04

	7,3 (0,2-35)	4 (0,2-10)	11 (3,2-35)	
Enfermedad de base				
Oncológica				
Hepática				
Renal	7 (25%)	1/17	6/11	0,006
Cardiovascular	8 (28,5%)	5/17	3/11	
Otras	6 (21,4%)	5/17	1/11	
Motivo de ingreso a UTIP				
Shock séptico	8 (28,5%)	2/17	6/11	
Shock no séptico	6 (21,4%)	4/17	2/11	0,02
Falla hepática	8 (28,5%)	5/17	3/11	
Otro	6 (21,4%)	6/17	0/11	
Ingreso a EDD > 5 días de ingreso a UTIP	8 (28,5%)	1/17	7/11	0,001
ARM	21 (75%)	10/17	11/11	0,02
Drogas inotrópicas	20 (71,4%)	9/17	11/11	0,009

## ESTUDIO DE RECONSULTAS EN SERVICIO DE URGENCIA PEDIÁTRICA

PO  
179

Fernandez C.<sup>1</sup>; Mardonez J.<sup>2</sup>; Landeros A.<sup>3</sup>; Espinosa C.<sup>4</sup>; Yevenes A.<sup>5</sup>  
CLINICA SANTA MARIA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<cfernandez@clinasantamaria.cl>

### INTRODUCCIÓN

Las reconsultas hacia los servicios de urgencia (SU) dentro de las 48 horas han sido consideradas un indicador de la calidad de atención. En pediatría, su incidencia es variable (2,5% hasta un 7%) dependiendo de las características del centro.

### OBJETIVOS

Determinar la incidencia de reconsultas, los tipos de éstas e identificar posibles factores asociados en comparación con la población consultante general.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes consultantes en el servicio de urgencia durante el año 2015. Se analizaron: Características demográficas, motivos de consulta, fecha y mes de ella, triage de ingreso y disposición final de los pacientes que revisitan el SU. Se definió el tipo de consulta de acuerdo a si son: controles programados (CP), controles no programados (CNP), reconsultas por llamados desde otros servicios y pacientes que revisitan después de haberse retirado sin ser visto (RPSSV). Se excluyó del análisis los que consultan por otra causa. En aquellos que se hospitalizaron, se identificaron los diagnósticos significativos. Los resultados obtenidos se compararon con la población consultante total. Se efectuó análisis de c2 y riesgo relativo (RR). Se expresan los resultados con intervalos de confianza (IC) de 95%.

### RESULTADOS

De las 34.590 consultas pediátricas anuales, 2.244 pacientes fueron reconsultantes (proporción 6,49% IC 6,54-6,44). La mayoría (70,3%) fueron controles programados y un 25,2% correspondió a CNP. No hubo diferencias significativas en cuanto a revisita por día de semana. Más frecuentes en Febrero (proporción 9,52%) y menor en abril (5,24%). Los diagnósticos más frecuentes fueron las infecciones respiratorias (45,31%), diarreas y gastroenteritis (15,05%) y persistencia de fiebre (6,10%). Al comparar con la población general los reconsultantes tuvieron más probabilidad de ser: menores de 2 años (RR 1,3 (1,2-1,4)), y ser hospitalizados (tasa de 13,78% IC 13,97-13,59 vs tasa 7,55% IC 7,54-7,56. RR 1,3 IC 1,2-1,4). No se detectaron diferencias al comparar el triage de ingreso en ambos grupos. Un 30,9% de los CNP y un 28% de los RPSSV fueron hospitalizados. En los reconsultantes que se hospitalizaron, en 23 se efectuaron diagnósticos significativos (1,59% IC 1,3-1,64). De ellos un 69,56% fueron apendicitis aguda. La mitad correspondieron a CP o llamados de otros servicios.

### CONCLUSIONES

Las reconsultas pediátricas son eventos poco frecuentes y mayoritariamente atribuibles a controles programados y a progresión del cuadro clínico. Su mayor tasa de hospitalización, en especial en aquellos pacientes menores de dos años motiva a su seguimiento y control de modo ser una herramienta de benchmarking y de mejora de calidad entre los SU.

## ABSCESO RETROPERITONEAL Y DEL PSOAS ILIACO POR *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTORA DE BETA LACTAMASA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

RPD  
180

Fagalde G.<sup>1</sup>; Orqueda E.<sup>2</sup>; Castagnaro Rossini E.<sup>3</sup>; Ramasco L.<sup>4</sup>; Chavez C.<sup>5</sup>; Balderrama M.<sup>6</sup>; Rearte A.<sup>7</sup>; Castillo P.<sup>8</sup>; Fernandez Alonso A.<sup>9</sup>; Juarez P.<sup>10</sup>; Godoy C.<sup>11</sup>; Leguina V.<sup>12</sup>; Nicastro M.<sup>13</sup>; Solorzano N.<sup>14</sup>; Montero A.<sup>15</sup>; Safe A.<sup>16</sup>; Lopez C.<sup>17</sup>  
SANATORIO 9 DE JULIO. TUCUMAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17</sup>  
<gfagalde@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El absceso Retroperitoneal es infrecuente y en la mayoría de los casos es secundario a otros focos: digestivo (colónico), renal, vertebral y músculos psoas iliaco.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de absceso retroperitoneal en un paciente pediátrico.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 12 años previamente sano que consulto por dolor de cadera izquierda fiebre e impotencia funcional de miembro inferior homolateral, refiere la familia que el cuadro inicio luego de un traumatismo local la semana previa pero que se intensifico en las ultimas 72 hs. Ingreso en regular estado general, febril, dolorido, con limitación en flexo-extensión del miembro inferior izquierdo adoptando posición antialgica. Se observó leucocitosis y reactantes de fase aguda elevado, se asumió inicialmente como Artritis de cadera pero la radiografía de caderas y ecografías fueron normales, se realizó Tomografía Abdomino -pelviana que mostro imágenes compatibles con absceso de psoas iliaco izquierdo, se tomaron hemocultivos y se medico con vancomicina. A las 72 hs del ingreso el paciente continuo con fiebre persistente, referió dolor moderado en región lumbar y hemiabdomen izquierdo, los valores de vancocinemia eran adecuados, se amplió cobertura antibiótica y se realizó resonancia magnética donde se observó colección re-

troperitoneal. Se realizó drenaje quirúrgico evacuándose abundante liquido de colección retroperitoneal que infiltraba musculo psoas iliaco izquierdo, no hubo compromiso de capsula renal, se tomaron cultivos los que fueron positivos para Escherichia Coli productora de Beta Lactamasa. El paciente presento franca mejoría luego del drenaje quirúrgico y adecuación antibiótica, con desaparición de la fiebre a las 24 hs. En Ecografía posterior se observó dilatación Pielica izquierda y aumento de Ecogenicidad del riñón izquierdo sin compromiso cortico medular por lo que se asumió como foco infeccioso primario probable. El paciente no tuvo compromiso de la función renal y evoluciono favorablemente.

### COMENTARIO

En el paciente descrito el compromiso del Psoas ocurrió por contigüidad anatómica. El diagnóstico del foco urinario se realizó retrospectivamente ya que inicialmente se sospechó un foco osteoarticular por el antecedente del traumatismo. Arribar al diagnóstico de absceso retroperitoneal o psoas iliaco es siempre dificultoso por las manifestaciones clínicas. El drenaje quirúrgico debe realizarse de manera oportuna.

## HEMORRAGIA PULMONAR AGUDA E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN ADOLESCENTE VARÓN: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

RPD  
181

Fagalde G.<sup>1</sup>; Balderrama M.<sup>2</sup>; Ramasco L.<sup>3</sup>; Chavez M.<sup>4</sup>; Castagnaro Rossini E.<sup>5</sup>; Juarez P.<sup>6</sup>; Fernandez Alonso A.<sup>7</sup>; Castillo P.<sup>8</sup>; Safe A.<sup>9</sup>; Rearte A.<sup>10</sup>; Nicastro M.<sup>11</sup>; Leguina V.<sup>12</sup>; Godoy C.<sup>13</sup>; Barros I.<sup>14</sup>; Galindo S.<sup>15</sup>  
SANATORIO 9 DE JULIO. TUCUMAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13</sup>; HOSPITAL DEL NIÑO JESUS DE TUCUMAN<sup>14 15</sup>  
<gfagalde@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico se caracteriza por la presencia de auto anticuerpos y por el depósito de complejos antígeno-anticuerpo en algunos órganos, la detección de anticuerpos antinucleares es uno de los criterios para el diagnóstico. En raras ocasiones se presenta en niños siendo la forma de presentación más aguda y agresiva con respecto a los adultos.

### OBJETIVO

Describir un caso de Lupus Sistémico en un adolescente varón. Caso Clínico: Paciente varón de 13 años que consulta por dolor abdominal, vómitos, y deshidratación moderada, el cuadro se acompaña de hemoptisis de 10 días de evolución. Se constata hematuria macroscópica, anemia hemolítica y discreta alteración de la función renal, en Tomografía Pulmonar se observan imágenes de infiltrado pulmonar bilateral compatible con sangrado pulmonar. Se sospecha inicialmente Enfermedad de Goodpasture vs Enfermedad Reumatológica Sistémica. Durante las primera 24 hs de internación se observa caída del filtrado glomerular y alteración de la función renal progresiva, se realiza tratamiento con pulsos de corticoides y ciclofosfamida sin respuesta. Se instaló Insuficiencia Renal Aguda con requerimiento de hemodiálisis, la cual se inicia de urgencia sin presentar mejoría en las primeras sesiones, no tuvo compromiso de otros órganos como sistema nervioso central o cardiaco. Se realizó además plasmáferesis. Finalmente se define como Lupus Eritematoso Sistémico por la clínica y anticuerpos positivos, descartándose Enfermedad de Goodpasture. El paciente realizo un mes de tratamiento con

hemodiálisis trisemanal presentando mejoría de la función renal quedando luego con un filtrado glomerular de 30 ml/m<sup>2</sup>/día. Continua con tratamiento de sostén: corticoides y ciclofosfamida mensual. Se realizó Biopsia Renal (pendiente informe).

### COMENTARIO

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune de carácter crónico que se presenta con mayor medida en mujeres, el paciente descrito tuvo una evolución tórpida de la enfermedad con compromiso pulmonar y renal, requirió tratamiento inmunosupresor agresivo para frenar el daño renal irreversible y el requerimiento de hemodiálisis permanente, logro mejoría de la función renal pero con disminución significativa del filtrado glomerular lo que marca el pronóstico de la enfermedad a largo plazo.

## MANEJO A TRAVÉS DE TELE UCI DE PACIENTE COMPLEJO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

Lopez Cruz M.<sup>1</sup>; Argañaraz B.<sup>2</sup>; Vildoza C.<sup>3</sup>; Achachi G.<sup>4</sup>; Mesple G.<sup>5</sup>; Pellegrini S.<sup>6</sup>; Truszcowski M.<sup>7</sup>; Fain J.<sup>8</sup>; Mariano B.<sup>9</sup>  
CEPSI EVA PERON<sup>1,2,3,4,5</sup>; HOSPITAL GARRAHAN<sup>6,7,8,9</sup>  
<gabilopezcruz\_8@hotmail.com>

RPD  
182

### OBJETIVO

Presentar paciente complejo de manejo multidisciplinario pero cuya resolución quirúrgica, decidida en conjunto a través de Tele-UCI, fue determinante en la sobrevida del paciente.

Pac. de 2 años de edad, eutrófico, que ingresa con cuadro de dificultad respiratoria progresiva de 24 hs de evolución, con antecedente de angina virósica 7 días previos. Ex. físico: taquicárdico, taquipneico, regular entrada de aire bilateral, tiraje subcostal broncofonía en base derecha, edema bupalpebral bilateral y de miembros inferiores con godet+. Rx de tórax donde se constata imagen bullosa en Base CPI por lo que se solicita TAC de tórax donde se observa gran bulla que ocupa 3/4 campo pulmonar izquierdo. Ingres a UTI donde se intenta sostén respiratorio sin mejoría por lo que se procede a Intubación siendo muy dificultosa la misma.

APP: diagnóstico prenatal de malformación renal con ectasia pielocalicial; Sd Nefrótico corticosenible diagnosticado al año y medio e hipoacusia neurosensorial bilateral. Internación por Neumonía con derrame CPI por 18 días 8 meses previos al cuadro actual, tratado con cfx y vancomicina sin recuperación de germen. Rx de tórax previas y durante el curso de dicha neumonía sin constatarse bullas, observándose recién en Rx de control pos alta.

Se realiza FBC: Vía aérea lateralizada hacia izq. bronquio fuente izq. con salida anómala. TAC de Tx con reconstrucción del árbol bronquial: bronquio fuente izquierdo con desplazamiento por gran bulla. En IC con tele UCI se decide en conjunto con ambos servicios de cirugía (Garrahan - CePSI) conducta quirúrgica.

Se realiza segmentectomía apical de lóbulo inf. Izq. por bullas parenquimatosas. Presenta buena evolución al 4° día pos Qx se extuba y se da el alta hospitalaria a los 9 días. Reingresa a los 22 días con cuadro de dificultad respiratoria en aumento con requerimiento de O2, en Rx de Tx nuevamente presencia de bulla en cpo pulmonar Izq. Debido a vía aérea difícil se realiza endoscopia respiratoria y TQT, mas exploración de cavidad pleural encontrándose fistula broncopleural la cual se cierra, con lo que se resuelve el cuadro.

El paciente continúa en seguimiento por servicio de neumonología - nefrología y ORL, con buena evolución.

### CONCLUSIÓN

Si bien se trato de un paciente sindrónico de manejo multidisciplinario, las decisiones quirúrgicas ampliamente discutidas por los equipos de cirugía y clínicos de CePSI/Garrahan a través de Tele Uci fueron determinantes en la vida del mismo.

## PUNCIÓN LUMBAR: FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO

Fustiñana A.<sup>1</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>2</sup>; De Pinho S.<sup>3</sup>; Gagliardi R.<sup>4</sup>; Paniagua G.<sup>5</sup>; Santos C.<sup>6</sup>;  
Della Corte M.<sup>7</sup>; Nuñez P.<sup>8</sup>; Casais G.<sup>9</sup>; Hualde G.<sup>10</sup>; Zlotogora A.<sup>11</sup>; Boto A.<sup>12</sup>; Gonzalez F.<sup>13</sup>; Rino P.<sup>14</sup>  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup>  
<anafusti@hotmail.com>

PO  
183

### INTRODUCCIÓN

La punción lumbar (PL) es uno de los procedimientos realizados con más frecuencia en los Departamentos de Emergencias Pediátricos. Los resultados obtenidos adquieren gran valor diagnóstico para la toma de decisiones. El éxito de la práctica puede evitar la admisión innecesaria, el uso inadecuado de antibióticos y el discomfort del paciente y su familia. Se reporta alrededor de 30% de punciones lumbares traumáticas y/o frustras. Factores propios del paciente, el operador y la técnica pueden influir sobre el resultado. Obtener información sobre éstos podría resultar útil para mejorar la calidad de atención de estos niños.

### OBJETIVOS

Describir la experiencia en la práctica de PL en la Unidad de Emergencias (UE) de un Hospital Pediátrico de tercer nivel. Análisis de factores de riesgo (FR) asociados a PL no exitosa (PLnoE).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el período de diciembre del 2014 a diciembre del 2016 se realizó un estudio observacional prospectivo. Se incluyeron todos los niños de 1 mes a 18 años que requirieron la realización de una PL en la UE. Se definió PL exitosa (PLE) aquella donde en el primer intento se obtuvo LCR claro.

### RESULTADOS

Se registraron 220 PL, 39 registros fueron incompletos y se los excluyó, quedando 181 PL para el análisis. 60% fueron varones y la mediana de edad fue de 7 meses (rango 1-184 meses). 123 fueron PLE (68%). El 62% de los médicos tenía menos de 4 años de experiencia, 60% había realizado menos de 10 PL, 48% de los niños se punzaron sentados, el 5% no percibió el espacio intervertebral

(EIV), 12% refirieron que el niño se movía mucho. Se realizó análisis bivariado y multivariado de los FR (tabla 1 y 2). En el modelo multivariado percibir mucho movimiento del niño, y la experiencia menor a 4 años resultaron factores de riesgo independiente para PLnoE (OR ajustado 2,06 IC95% 1,88 a 11 y 2,48 IC95% 1,1 a 5,57 respectivamente). Además la posición sentado disminuyo el riesgo en este modelo (OR 0,42 IC95% 0,19 a 0,89).

### CONCLUSIONES

El éxito en la PL es clave a la hora de decidir si un paciente tiene meningitis y que tratamiento ofrecerle. Las PL traumáticas aumentan los días de internación en las UE. En nuestro estudio encontramos diferencias significativas en el éxito del procedimiento cuando la PL la realizó un médico con más de 4 años de experiencia, el niño fue punzado en la posición sentado y cuando el movimiento percibido por el operador es moderado o nada.

## USO DE VASOPRESINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SÉPTICO

Berros M.<sup>1</sup>; Celdran M.<sup>2</sup>; De Maio N.<sup>3</sup>; Zuazaga M.<sup>4</sup>

HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

<flor\_berros@hotmail.com>

PO  
184

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se comenzó a utilizar vasopresina (VAS) como coadyuvante en el tratamiento del shock séptico refractario a catecolaminas en pediatría. Se evidenció que el uso de la misma estaría relacionado con un descenso de inotrópicos.

### OBJETIVO

Evaluar la evolución de los pacientes con shock séptico y uso de VAS. Evaluar la respuesta de la misma en el descenso de inotrópicos en las primeras 24hs de su inicio.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, no intervencional. Se analizaron 75 historias clínicas de niños que utilizaron vasopresina de los últimos 2 años donde el 46% estaban internados por shock séptico refractario en las unidades de cuidados intensivos del Hospital Juan. P. Garrahan; excluyendo pacientes con cardiopatías.

### RESULTADOS

La mediana de dosis de Noradrenalina (NA) y Adrenalina (A) para el inicio del uso de vasopresina fue 1gamma/kg/min con una media de 0.76 gamma/kg/min para ambos inotrópicos.

En el 62% de los pacientes se logró el descenso de inotrópicos a las 24 hs del inicio de la vasopresina con una sobrevida del 35%.

### CONCLUSIÓN

En la actualidad la vasopresina se utiliza como medida de rescate sin embargo se podría evaluar la posibilidad de indicarla con menor dosis de inotrópicos. Conociendo la alta tasa de mortalidad de estos pacientes, un grupo de ellos podría verse beneficiado.

Todavía sigue siendo materia de estudio en la población pediátrica y no está exento de efectos adversos, y aun queda evaluar los riesgos - beneficios de su uso.

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

Fustiñana A.<sup>1</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>2</sup>; De Pinho S.<sup>3</sup>; Gagliardi R.<sup>4</sup>; Paniagua G.<sup>5</sup>; Santos C.<sup>6</sup>; Hualde G.<sup>7</sup>; Casais G.<sup>8</sup>; Zlotogora A.<sup>9</sup>; Boto A.<sup>10</sup>; Nuñez P.<sup>11</sup>; Della Corte M.<sup>12</sup>; Gonzalez F.<sup>13</sup>; Rino P.<sup>14</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup>

<anafusti@hotmail.com>

POS  
185

### INTRODUCCION

La punción lumbar (PL) se realiza con frecuencia en las Unidades de Emergencias pediátricas (UE). Los resultados inmediatos permiten adherirse a los protocolos de atención. Los menores de 3 meses 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 la información actual sobre estos pacientes.

### OBJETIVO

Describir la relación entre los resultados del LCR (citoquímico (CQ) y cultivos) en los menores de 3 meses que fueron sometidos a una punción lumbar (PL) por sospecha de meningitis (MG).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo prospectivo observacional, realizado durante el período diciembre del 2014-diciembre 2016 en la UE de un Hospital Pediátrico de tercer nivel. Se incluyeron todos los niños de 1 a 3 meses en quienes se practicó una PL por sospecha de MG. Se excluyeron los tratados previamente a la PL con antibiótico (ATB) que atraviesa barrera hematoencefálica (BHE). Se definió CQP a uno o más de los siguientes: celularidad en LCR > a 10 células/mm<sup>3</sup>; proteinorraquia > 40 gr/dL (HPQ), glucorraquia < 40 mg% (HGQ).

### RESULTADOS

Se registraron 92 pacientes, 16 fueron excluidos por estar con ATB. De los 76 restantes 61% fueron varones con una mediana de edad 45 días (IC: 39-65

días). 5% presentó rescate bacteriológico y 10% rescate virológico en LCR (100% enterovirus), todos con CQP. El 59% de los CQ fueron patológicos y el 73% no desarrolló germen (NDG). 42% de los CQP solo tuvo HPQ y uno de ellos rescató enterovirus, 4% solo celularidad aumentada y 2% solo HGQ, ambos NDG.

### CONCLUSIONES

Las alteraciones aisladas de los componentes del CQ de LCR son un hallazgo frecuente en los niños menores de 3 meses que requieren una PL para descartar MG. En nuestra cohorte encontramos 23 CQ con estas características, siendo la HPQ la más frecuente (19) en donde solo un paciente presentó rescate de germen (enterovirus). Más allá que no tenemos datos estadísticamente significativos, creemos que la HPQ aislada debería tomarse con precaución a la hora de interpretar el CQ como MG.

Tabla 1. Relación LCR (CQ/cultivos) en pacientes que no recibieron ATB que atraviesa la BHE.

FACTOR (n)	Bacteriológico LCR positivo (4)	Virológico LCR positivo (8)	Sin desarrollo de germen LCR (64)
CQ P (45)	4	8	33
Solo HPQ en LCR (19)	0	1	18
Solo celularidad aumentada en LCR (2)	0	0	2
Solo HGQ en LCR (1)	0	0	1
LCR traumático (18)	0	0	18

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN NIÑOS CON SOSPECHA DE MENINGITIS

PO  
186

Fustiñana A.<sup>1</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>2</sup>; De Pinho S.<sup>3</sup>; Paniagua G.<sup>4</sup>; Santos C.<sup>5</sup>; Gagliardi R.<sup>6</sup>; Nuñez P.<sup>7</sup>; Zlotogora A.<sup>8</sup>; Della Corte M.<sup>9</sup>; Hualde G.<sup>10</sup>; Casais G.<sup>11</sup>; Boto A.<sup>12</sup>; Gonzalez F.<sup>13</sup>; Rino P.<sup>14</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup>

<anafusti@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de meningitis (MG) continúa siendo un desafío clínico en las Unidades de Emergencias Pediátricas (UE). Las manifestaciones clínicas orientan la decisión de realizar una punción lumbar (PL). El análisis de dichas presentaciones contribuye a brindar herramientas para un manejo racional de estos niños.

### OBJETIVOS

Describir la población y las manifestaciones clínicas de pacientes con sospecha de MG que fueron sometidos a una PL.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo prospectivo, descriptivo, observacional, realizado en el período diciembre del 2014-diciembre 2016 en la UE de un Hospital de Pediatría de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes de 1 mes a 18 años en quienes se practicó una PL por sospecha de MG.

Se definió MG: cultivo bacteriano positivo en líquido cefalorraquídeo (LCR) con citoquímico normal (CQN) o patológico (CQP), virológico de LCR positivo con CQN o CQP y CQP sin rescate de germen.

Se definió CQP en LCR si cumple una o más de las siguientes: celularidad en LCR > a 10 células/mm<sup>3</sup>; proteinorraquia > 40 gr/dL, glucorraquia < 40 mg%.

### RESULTADOS

Se registraron 220 PL por sospecha de MG. Se descartaron 3 por PL frustra. 60% fueron varones con una mediana de edad de 7 meses (1-184 meses). De las 217 restantes 114 tuvieron MG. 17 pacientes tuvieron MG bacteriana (8%), 25 MG viral (12%), 72 no rescataron germen (33%). El germen más frecuente fue el enterovirus en 22 pacientes. Las manifestaciones clínicas halladas en los pacientes con sospecha de MG fueron: fiebre (84%), mal estado general (56%), irritabilidad (39%), vómitos (36%), convulsiones (30%), rechazo del alimento (27%), cefalea (26%) y rigidez de nuca y fotofobia (16%). Las petequias, fontanela bombé y el signo de Kernig y Brudzinski se observó en menos del 5 % de los pacientes.

### CONCLUSIONES

La PL por sospecha de MG en las UE es una práctica frecuente. En nuestra cohorte más de la mitad de los pacientes tuvo CQP y 20 % rescató germen (1 de cada 5 pacientes con sospecha de MG). La cefalea, fotofobia y rigidez de nuca se encontraron en un porcentaje mayor en los pacientes que tuvieron MG.

## A PROPOSITO DE UN CASO DE TRAUMATISMO CARDÍACO EN PEDIATRÍA

RPD  
187

Abalos S.<sup>1</sup>; Burgos Pratz R.<sup>2</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR HECTOR QUINTANA<sup>1,2</sup>

<sil\_abalos@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El traumatismo torácico en pediatría es la segunda causa de muerte traumática luego del traumatismo craneoencefálico. Representa el 4 al 8% de los traumatismos y ocurren principalmente por accidentes de tránsito. En el paciente politraumatizado es marcador de gravedad. La elasticidad del tórax del niño facilita la transmisión de energía a las estructuras intratorácicas pudiendo estas comprometerse aún en ausencia de evidencia externa de traumatismo. Se desconoce la frecuencia de lesión cardíaca en los traumatismos torácicos pediátricos.

### OBJETIVO

Presentar el caso de una niña en shock cardiogénico secundario a contusión cardíaca por accidente de tránsito.

### CASO CLÍNICO

Niña sana de 14 años. Transitaba por ruta provincial en automóvil con cinturón de seguridad ubicada detrás del conductor. Colisiona de frente con camión. Rescatada por servicio de emergencia. Se trasladada con tubo oro-traqueal e inmovilizada con tabla y collar. Ingresa a UCIP. Pupilas mióticas reactivas. SO<sub>2</sub> 84% con FIO<sub>2</sub> 1. Temp. 34°C. TA 65/38 mmHg. FC 145 lpm, mala perfusión y pulsos filiformes. Láctico 5. Hematocrito 32%. Radiografía sin lesiones costales con neumotórax izquierdo que se drena. Resucitación con cristaloides. TC de cerebro normal. TC de columna con lesión en cuerpo de L3. Evolucionó a shock refractario frío con

edema agudo de pulmón. Requiere PEEP 12, Noradrenalina, Adrenalina y Vasopresina a altas dosis y Dobutamina a dosis bajas. ECG QRS con hipovoltaje. Presenta arritmias ventriculares y bradicardia extrema sin pulso. Alta sospecha de contusión cardíaca. EcoCG: hipoquinesia generalizada, movimiento septal paradojal, FA de 18%, Insuficiencia Mitral e Insuficiencia Tricuspidéa. No derrame pericárdico. CPK 3013 U/L, CPK MB 20.3 U/L. Inicia Levosimendan. Buena respuesta. Se retiran inotrópicos. Descenso progresivo de CPK, CPK MB. Recupera función ventricular. Resuelve neumotórax. Se retira ARM al séptimo día. Lúcida y sin déficit neurológico se deriva para cirugía programada de columna.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico de shock cardiogénico secundario a contusión cardíaca en el traumatismo de tórax cerrado requiere de un alto índice de sospecha, sustentado en la cinética del trauma, la clínica, el ECG y el EcoCG. Se debe destacar la buena respuesta a Levosimendan en este caso.

## IMPACTO DE UN PAQUETE DE MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LAS BACTERIEMIAS ASOCIADAS A ACCESOS VASCULARES CENTRALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PEDIATRÍA

POS  
188

Méndez G.<sup>1</sup>; Arancibia C.<sup>2</sup>; Flores D.<sup>3</sup>; Chuchuy S.<sup>4</sup>; Mandrile M.<sup>5</sup>; Falco A.<sup>6</sup>; Vázquez E.<sup>7</sup>; Espinoza R.<sup>8</sup>; Altamirano M.<sup>9</sup>; Orellana G.<sup>10</sup>

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

<gloriamendez01@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La colocación del catéter venoso central (CVC) es una práctica casi indispensable dentro del manejo de los pacientes críticos, ya que facilitan el tratamiento y permiten el conocimiento de variables fisiológicas. Entre las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), las bacteriemias asociadas a catéter venoso central (BACTAC) presentan una mortalidad atribuible hasta un 35%. La implementación de un paquete de medidas dirigida a todos los pacientes con CVC ha demostrado reducir el riesgo de infección.

### OBJETIVOS

1-Evaluar el impacto de un paquete de medidas en la tasa de BACTAC en la Terapia Intensiva Pediátrica (TIP) del Hospital Público Materno Infantil de Salta. 2-Identificar y corregir los factores que limitan el nivel de adherencia al paquete de medidas en el personal de salud (PS).

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasi experimental de series temporales interrumpidas (antes-después). Se incluyeron a todos los pacientes de la TIP que durante su internación necesitaron un acceso venoso central: CVC y/o catéter percutáneo desde Enero a Diciembre 2016 y se excluyeron los pacientes que ingresaron con un acceso central colocado en otro sector. El estudio de dividió en tres períodos: Preintervención: enero/junio; Intervención: julio/septiembre; Posintervención: octubre/diciembre. El programa de intervención tuvo tres etapas: planificación, ejecución y medición con devolución de los resultados al personal que participó. Se trabajó con la estrategia de las 5 "Es" (Enganche, Educación, Ejecución, Evaluación y Estímulo). Se realizó un Protocolo de Colocación de Accesos Centrales y se implementó el siguiente Paquete de Medidas: 1-Educación al PS

de la TIP, 2-Higiene de manos siguiendo los 5 momentos, 3-Usos de Clorhexidina al 2% para la asepsia de la piel, 4-Implementación de un Kit para la colocación del catéter, 5-Usos de Bioconectores, 6-Evaluación diaria de la necesidad del catéter. Se registraron las tasas de BACTAC y la tasa de Utilización de los CVC en los tres períodos y el nivel de adherencia al paquete de medidas se valoró con la tasa de utilización del Check list. Se utilizó el Diagrama de Ishikawa y de Pareto para analizar los factores que atentan en la adherencia al paquete de medidas del PS.

### RESULTADOS

La tasa de BACTAC a lo largo del año 2016 fue muy variable. En el Período Preintervención: tasa BACTAC 3.3% y la tasa de uso CVC 83,3%; Período Intervención 6,3% y la tasa de uso CVC 83%; Período Posintervención: tasa de BACTAC 0.0 y la tasa de uso CVC 85%. Las tasas de adherencia al paquete de medidas del PS: Período de Intervención: 64% y Posintervención 70%. La falta de comunicación efectiva entre los profesionales médicos y enfermeros, como la falta de motivación fueron las causas más comunes que determinaron la falta de llenado del Check list.

### CONCLUSIÓN

La implementación y socialización de un Protocolo de Colocación de CVC, así como un paquete de medidas puestas en marcha para todo los pacientes con accesos centrales es la clave en la reducción de las BACTAC, sin embargo es necesario trabajar en otras áreas, mejorando la cultura organizacional y la calidad de atención para lograr que el PS modifique conductas y las mantenga en el tiempo.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: TRATAMIENTO DE BULLA HIPERTENSIVA EN PACIENTE CON TBC.

RPD  
190

Grosse A.<sup>1</sup>; Arévalo R.<sup>2</sup>; Cambaceres C.<sup>3</sup>; Gallagher R.<sup>4</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4</sup>

<titi\_dbb@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La TBC es una enfermedad infecciosa con mayor morbimortalidad mundial. La OMS estima una incidencia global de 125/100.000 hab/año. Es prevenible, curable y su prevalencia tiende a disminuir; sin embargo, en las últimas décadas, se ha complicado su control.

En 2013, en Argentina, se notificó 8947 casos nuevos. La tasa nacional fue de 21.3/100.000 habitantes, con diferencias regionales, siendo Bs. As. una de las mayores tasas. La tasa de incidencia según la edad aumenta en menores de 5 años, adolescentes y adultos jóvenes. Lactantes y niños suelen presentar síntomas inespecíficos y son paucibacilíferos. En niños mayores y adolescentes pueden presentar formas primarias similares a la del adulto con baciloscopia positiva. La rx. de tórax presenta diferentes patrones compatibles con TBC. El neumatocele, complicación poco frecuente y resuelve espontáneamente. Los neumatocele a tensión con compromiso cardiorrespiratorio se requiere descompresión urgente mediante drenaje percutáneo.

### OBJETIVO

Reporte de un caso de mejora hemodinámica y ventilatoria asociado a drenaje quirúrgico de bulla hipertensiva en paciente con TBC.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 3 meses; RNPT, PAEG y padre con TBC mala adherencia al tratamiento y madre adolescente; ingresa por irritabilidad, fiebre y tos de 48 hs de evolución. Agrega convulsión tónico-clónica focalizada en hemicuerpo derecho con retroversión ocular, mala actitud alimentaria y succión débil.

Se realiza punción lumbar, con hipoglucorraquia e hiperproteorraquia. TAC de cerebro: imagen hipodensa frontal izquierdo. Inicia con aciclovir y ceftriaxona. Por alteración del sensorio y dificultad respiratoria progresiva pasa a UCI. Requiere ARM con radiografía de tórax con infiltrado alveolar miliar; sugestivo de TBC. VSNF + parainfluenza y aspirado traqueal + BAAR. Comienza tratamiento antituberculoso por TBC miliar y meningoencefalitis. A los 15 días por descompensación hemodinámica y aumento de parámetros de respirador se evidencia en radiografía de tórax una bulla que compromete más de 50% de campo pulmonar derecha sin neumotórax. Por hipoxemia, persistencia de acidosis respiratoria, hipotensión refractaria a inotrópicos y bradicardia, sin otra causa, se decide realizar drenaje quirúrgico con colocación de tubo de avenamiento bronco pleural, evidenciándose mejoría clínica con suspensión de inotrópicos.

Permaneció 3 semanas con el drenaje bronco pleural, el cual se retira por bulla resuelta colocando una válvula de Heimlich; evolucionando favorablemente pasa a sala de pediatría cumpliendo plan antibiótico y respirando aire ambiente.

### COMENTARIO

La TBC infantil sigue siendo una enfermedad actual. Los menores y aquellos con factores de riesgo medio ambientales son más vulnerables. En los casos de bulla a tensión con compromiso respiratorio y hemodinámico destacamos la importancia del drenaje quirúrgico como opción terapéutica.



## VALORACIÓN DE LA ACTITUDES Y PERCEPCIONES DEL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS DE TUCUMÁN ACERCA DE LA SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS

**PO  
191**

**Botta P.<sup>1</sup>; Correa G.<sup>2</sup>; Marcos S.<sup>3</sup>**  
 HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS DE TUCUMÁN<sup>1,2,3</sup>  
 <priscila480@hotmail.com>

### OBJETIVO

Evaluar las actitudes y percepciones de los médicos de un hospital pediátrico respecto a la labor asistencial de la unidad de cuidados intensivos.

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal aplicando una encuesta anónima a personal médico no intensivista durante el mes de octubre de 2016. Se usó como modelo una adaptación de la encuesta previamente publicada por Santana Cabrera y colaboradores.

### RESULTADOS

El total de los encuestados fueron 76. La edad promedio fue 42 años. El 78% pertenecía al sexo femenino. El 63% eran clínicos, el 23% residentes de clínica, el 9% residentes de cirugía y el 5% cirujanos. El promedio de años trabajados fue de 11,82. El 72% rotó por terapia intensiva. El 92% (n=70) solicitaron ingreso de algún paciente a terapia, trasladaron pacientes a terapia y recibieron pacientes desde ella. El 34% recibió pedido de consulta desde UCI. El 91% (n=69) consideró que una UCI es una sala de atención de enfermos críticos recuperables. El 65% (n=49) respondió que alguna vez presentó negativa por parte del personal de UCI para ingreso de paciente. El 82% de estos encuestados no quedó conforme con los argumentos dados al ser negado el ingreso por considerar que había disparidad de criterios. El 42% no solicitó cama en UCI por considerar que se negaría el ingreso, el 19% no solicitó por inferir que se podía tratar el paciente igual que en planta y el 8% no

solicitó por pensar que había falta de cama. El 79% cree que la UCI está compuesta por especialistas en cuidados críticos. El 43% piensa que es mayor el riesgo de mala praxis respecto a su profesión y el 40% supone que el nivel de estrés es mucho mayor. El 57% piensa que las horas de trabajo son similares y el 44% considera que el prestigio profesional es muy parecido. Las características más atractivas de la especialidad para los encuestados son tratar enfermos en situación crítica, realizar procedimientos y poder aplicar conceptos fisiológicos complejos. Entre las características menos atractivas se menciona el contacto con el fin de la vida, el estrés del personal y el contacto con cuestiones éticas complejas.

### CONCLUSIÓN

Este trabajo fue importante para conocer las opiniones de nuestros colegas acerca de nuestra labor asistencial y especialidad. De esta manera poder detectar debilidades y fortalezas para realizar mejoras en nuestro servicio y en la comunicación con otros profesionales.

## TRASPLANTE DE ÓRGANOS: POSTURA PERSONAL DE LOS MÉDICOS DE UNA UCIP Y LA RESPUESTA ANTE SITUACIONES ESPECIALES DE DONACIÓN.

**PO  
192**

**Carmona R.<sup>1</sup>; Fernández S.<sup>2</sup>; Betiger D.<sup>3</sup>**  
 HOSPITAL JUAN P GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>  
 <rodrigocarmona78@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La extensa lista de pacientes en espera de un órgano o tejido para trasplante nos obliga a optimizar cada paso de la secuencia de eventos que determinan una donación de órganos. Un eslabón muy importante es el del intensivista cuyo rol fundamental es el de la detección y comunicación a INCUCAI de un potencial donante.

### OBJETIVOS

1. Conocer la postura personal de los terapeutas intensivos en relación al trasplante de órganos y tejidos, tanto en su rol profesional como en el de potenciales donantes.
2. Respuesta de estos mismos profesionales ante situaciones clínicas especiales de posible donación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La recolección de los datos se realizó a través de una encuesta ANÓNIMA que se entregó a los médicos terapeutas (recibidos y en formación). Se excluyó a los 3 autores de este trabajo.

Las encuestas se entregaron en mano y se devolvieron espontáneamente a una carpeta rotulada con el objeto de mantener el anonimato del entrevistado. Se repartieron 35 encuestas y se recolectaron 29. Se realizó en el lapso de 7 días corridos.

### RESULTADOS

El 83% de los entrevistados se manifestó como donante, pero sólo el 30% tenía expresada su voluntad en los canales legales correspondientes. El 30% de los familiares de los donantes desconoce su voluntad.

El 70% Se manifiesta insatisfecho con sus conocimientos sobre donación y trasplante de órganos y tejidos.

El 87% de los encuestados refiere no haber recibido información suficiente al respecto y además el 83% considera que recibir más información los estimularía y mejoraría el número de notificaciones de posibles donantes. La mayoría de los encuestados (80%) consideran útiles las campañas de concientización, pero el 90% no encontró ninguna en nuestro hospital (folletos, posters, etc).

De preguntas basadas en casos clínicos se desprende que:

- Ø El 30% de los encuestados desconoce la posibilidad del donante cadavérico
- Ø El 17% de los entrevistados descarta la donación en pacientes judicializados (Maltrato infantil o muerte violenta)

### DISCUSIÓN

La información obtenida nos plantea como desafíos mantener actualizado, a través de la formación continua, el nivel de conocimientos respecto de la donación de órganos y tejidos, y sostener la información en la población general a través de campañas de concientización.

## LACTANTE HIPOTÓNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Alvarez W.<sup>1</sup>; Vazquez E.<sup>2</sup>; Avila C.<sup>3</sup>; Chuchuy S.<sup>4</sup>

HPMI- SALTA<sup>1 2 3 4</sup>

<wmalvarez16@gmail.com>

### INTRODUCCION

Las causas más frecuentes de lactante hipotónico que ingresan a UTIP son de etiología relacionadas a poliradiculoneuropatías, botulismo del lactante y causas congénitas. La encefalitis a CMV como enfermedad adquirida es rara en pediatría, con escasa bibliografía siendo más frecuentes en adultos con enfermedades autoinmunes.

### OBJETIVOS

Describir un raro caso de lactante hipotónico en el cual se llega al diagnóstico de Encefalitis Autoinmune por CMV como etiología.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente masculino de 4 meses que ingresa a UTIP por hipotonía generalizada con dificultad respiratoria por lo que se ingresa a ARM; con sindomatización de lactante hipotónico se inician los estudios del mismo con alta sospecha de botulismo grave del lactante; por ARM prolongado, se realiza traqueostomía y luego de 2 meses pasa a terapia intermedia donde continua con presión positiva. Se realiza LCR normal, cultivos normales, herpes y enterovirus negativos, botulismo negativo, ácido láctico y amonio normales; Ecografías, TAC, RMN de cerebro normales. La evolución del paciente siempre fue con hipotonía generalizada y sin poder destetar de ARM; luego de 2 meses se recibe informe de Instituto Malbrán con LCR pcr positiva a CMV; se realiza IgM positiva y viremia en orina más 500.000 copias; Se realiza IC con Infectología y se inicia ganciclovir por 21 días EV y continuación con valganciclovir VO; el paciente comenzó a la segunda semana del tratamiento con mejoría en fuerza y tono muscular logrando salir de ARM, pasa a sala común con microhalo

y recuperación neuromuscular total. Neurología asume con Encefalitis Autoinmune – Mielitis por CMV adquirida.

### DISCUSION Y/O CONCLUSION

Si bien poliradiculoneuropatía, botulismo y enfermedades congénitas son las primeras causas de lactante hipotónico en UTIP, tener presente la Encefalitis y Mielitis por CMV; insistir en la sospecha del mismo y solicitar estudios tempranos y dirigidos.

RPD  
193

## HIDROCEFALIA EN PACIENTE CON GUILLAN BARRE A PROPÓSITO DE UN CASO

Alvarez W.1; Avila C.2; Vazquez E.3

HPMI- SALTA 1 2 3

<wmalvarez16@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillan Barre (SGB) es una neuritis autoinmune contra la mielina periférica con incidencia de 0,6 a 1,9 por 100.000 habitantes; causa más común de parálisis flácida en niños. La debilidad de los músculos respiratorios y disfunción autonómica es su forma más grave. La hidrocefalia (H) es un desorden del SNC caracterizado por excesiva acumulación de líquido cerebroespinal en los ventrículos del cerebro siendo rara complicación de SGB cercana al 4%.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 5 años que ingresa a UTIP con pérdida de fuerza muscular progresiva ascendente, sensibilidad conservada, por claudicación respiratoria ingresa a ARM; LCR proteínas 1,3 g/l, cel. 10/mm<sup>3</sup>, glucorraquia 59, por clínica y disociación Albumina citológica se asume como SGB; inicia gammaglobulina 2gr/kg. Con ventilación prolongada, fue traqueotomizada; persistía con dificultad en weaning y con signos de secuela neuromuscular más trastornos cognitivos y presencia de HTA. Debuta con signo de hipertensión endocraneana con convulsión, se realiza fondo de ojo con edema de papila y TAC de cerebro donde se observa hidrocefalia; se realiza drenaje ventricular al exterior y posteriormente colocación de VDVP. La paciente se estabiliza y se consigue el destete de presión positiva. Queda con secuelas neurológicas importantes.

### DISCUSIÓN

Se trata de un caso de SGB con complicación rara de H con necesidad de VDVP, se observa en nuestro paciente la presentación clínica con deterioro y weaning dificultoso; la presencia de HTA desde un principio oculto los signos de HTE; con el tratamiento de la hidrocefalia mejoró. En nuestro caso el diagnóstico de SGB y complicación única de HTA demoró el diagnóstico posterior de H sintomática aguda.

### CONCLUSIÓN

El estudio de imágenes de cerebro y fondo de ojo son necesarios en pacientes con SGB con funciones cognitivas deterioradas, la presencia de HTA y dificultad en el weaning debe ser sospechada como parte de HTE por H en el paciente con SGB. Tener presente la H como complicación, aunque rara pero posible. Tener presente la fisiopatología de aumento de la presión intracraneal por un incremento del contenido de proteínas en el fluido cerebroespinal que se da en SGB.

RPD  
196

## DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO AGRESIVO DE LA SEPSIS. RESULTADOS DE UN PROTOCOLO EN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

PO  
198

*Fraire R.<sup>1</sup>; Petracca P.<sup>2</sup>; Soto P.<sup>3</sup>; Iolster T.<sup>4</sup>; Torres S.<sup>5</sup>; Siaba Serrate A.<sup>6</sup>; Mayans A.<sup>7</sup>; Ortiz M.<sup>8</sup>; Basile M.<sup>9</sup>; Schnitzler E.<sup>10</sup>*

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

<rafa\_doc@yahoo.com>

### INTRODUCCIÓN

El reconocimiento temprano del shock séptico y su tratamiento agresivo han demostrado mejorar los resultados. Sin embargo el grado de adhesión al mismo es variable. La adecuada difusión e implementación de protocolos contribuye a optimizar el tratamiento

### OBJETIVO

Describir la implementación de un protocolo para el reconocimiento y tratamiento temprano de la sepsis en una sala de emergencias.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Prospectivo y observacional de los pacientes que ingresaron al servicio de emergencias con diagnóstico de Sepsis, Sepsis Severa y Shock Séptico entre enero del 2015 y noviembre del 2016. A todos los pacientes se les aplicó un protocolo estandarizado para el tratamiento de las sepsis. Se evaluó el cumplimiento del protocolo de acuerdo a tres niveles de adherencia: completa, parcial o incompleta.

### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se enrolaron 71 pacientes. La media de edad fue de 30.7 meses [IQR 2 – 192 meses]. 46 pacientes tuvieron diagnóstico de sepsis (65%), 12 de sepsis severa (16,7%) y 13 de shock séptico (18,3%). Todos los pacientes recibieron al menos un bolo de fluidos dentro de los 10 minutos del inicio del tratamiento, 2 bolos un 58% y 3 bolos de fluidos un 28% de los pacientes. Todos los pacientes a

excepción de uno recibieron antibióticos dentro de la hora de iniciado el protocolo y todos los pacientes que recibieron inotrópicos dentro de la hora del diagnóstico. 18 pacientes tuvieron cultivos positivos (25.3%), 10 pacientes tuvieron ácido láctico elevado con un promedio de (5,7 mm/dl), 13 pacientes requirieron inotrópicos (18,3%) y 5 pacientes ingresaron en AVM en terapia intensiva pediátrica. La adherencia al protocolo en el 63.3% (45 pacientes) fue completa, 35.3% parcial (25 pacientes) e incompleta en un 1.4%. En el único paciente fallecido la adherencia al protocolo fue incompleta (recibió tratamiento antibiótico posterior a la hora del inicio).

### CONCLUSIONES

El protocolo reveló un alto nivel de adherencia y contribuyó a optimizar los resultados. Es necesario continuar promocionando su utilización con el fin de lograr un cumplimiento completo.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE CRISIS MIASTENICA EN PEDIATRIA

RPD  
200

*Abalos S.<sup>1</sup>; Burgos Pratz R.<sup>2</sup>*

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR HECTOR QUINTANA<sup>1 2</sup>

<sil\_abalos@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune. Se caracteriza por debilidad muscular y fatiga secundaria a una alteración de la transmisión sináptica, generada por la destrucción de los receptores de acetilcolina en la unión neuromuscular por anticuerpos anti receptor de acetilcolina. Se presenta a cualquier edad, con una prevalencia de 10 a 40/100000 habitantes, el 15% corresponde a la edad pediátrica. Afecta a ambos sexos por igual hasta los 10 años. Luego predomina en niñas. La Crisis Miasténica (CM) es la incapacidad ventilatoria severa que requiere ventilación mecánica en un paciente con Miastenia Gravis. Puede tratarse de un paciente miasténico conocido que empeora sus síntomas o puede ser una forma aguda de debut de la enfermedad. La disartria, disfagia y disnea son signos de alarma. El tratamiento de la CM requiere de medidas de soporte generales y de Ig IV y/o Plasmaféresis.

### OBJETIVO

Presentar el caso de un niño con Crisis Miasténica como forma de debut.

### CASO CLÍNICO

Niño de 12 años, sano, procedente de la capital jujeña. Enfermedad de 5 días de evolución con dificultad respiratoria progresiva y fiebre. Se interna en Hospital Materno Infantil de Jujuy con diagnóstico de Neumonía de la Comunidad. Mala evolución. Derrame pleural derecho que se drena. Posteriormente enfisema subcutáneo progresivo y masivo. Ingresó a UCIP en insuficiencia respiratoria mixta severa. Se indica Vancomicina, Cefotaxime, Amikacina. Hemocultivos y cultivo LCR negativo. Buena evolución clínica, lúcido, colaborador. Se extubó a las 48 horas. Fracaso

inmediato de extubación. Deterioro del sensorio, tos débil, dificultad para deglutir, sudoración profusa, párpados cerrados, acidosis respiratoria severa (pH 6.9 PaCO<sub>2</sub> 105). Reingresa a ARM con rápida estabilización. Se reinterroga a la familia encontrando dificultad progresiva para deglutir y toser de dos semanas de evolución. Se plantea Crisis Miasténica. Prueba de Neostigmina (+), Anticuerpos Anticolinérgicos 8,10 mmol/L (VN hasta 0,50). RMN de cerebro normal, CPK Normal. Se realiza Plasmaféresis 5 sesiones con buena respuesta. Franca mejoría clínica. Extubación exitosa luego de la 3ª sesión. Se retira tubo de drenaje pleural. Egreso hospitalario con Piridostigmina.

### CONCLUSIÓN

La disminución de la morbimortalidad de la Crisis Miasténica en el niño depende del diagnóstico precoz, basado en la sospecha clínica y del tratamiento de rescate oportuno.

## SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A SANGRADO TUMORAL EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE OSTEOSARCOMA TELANGIECTASICO Y SOSPECHA DE ELHER DANLOS

RPD  
201

*Evangelista M.S.<sup>1</sup>, Molina A.<sup>2</sup>, Posadas M.M.<sup>3</sup>, Villar M.V.<sup>4</sup>, Golluscio M.<sup>5</sup>, Fuenzalida M.<sup>6</sup>, Bagnara E.<sup>7</sup>, Innocenti S.<sup>8</sup>, Cacciavillano W.<sup>9</sup>, Barsotti D.<sup>10</sup>, Onoratelli M.<sup>11</sup>, Fraquelli L.<sup>12</sup>*

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</sup>

sil\_evan@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN

El osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente en niños y adolescentes.

El osteosarcomatangiectásico es una variante inusual. Representa aproximadamente de un 3 a 10 % del total de los osteosarcomas.

Radiológicamente se presenta como lesiones líticas destructivas localizadas en su mayoría en las metáfisis de huesos largos. La presentación clínica es similar a la del osteosarcoma convencional.

Histológicamente presenta extensas áreas de necrosis, estroma fibroblástico con vasos sanguíneos dilatados y cavidades quísticas con contenido hemático. Se presenta un caso clínico de shock hemorrágico en paciente con diagnóstico de osteosarcomatangiectásico y fenotipo compatible con Síndrome de ElherDanlos.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una paciente de 6 años con diagnóstico de osteosarcomatangiectásico metastásico recaído en forma local que presenta como complicación clínica grave shock hipovolémico secundario a sangrado tumoral.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Presentación de caso clínico.

### RESULTADOS

Paciente de 6 años, con características fenotípicas de Síndrome de ElherDanlos tipo III y diagnóstico de osteosarcomatangiectásico de fémur izquierdo no metastásico. Presenta recaída local a un año de finalizado el tratamiento por lo que consulta en el Hospital Garrahan e inicia quimioterapia de tercera línea con gemcitabine-docetaxel.

Al examen físico presenta gran masa tumoral, de crecimiento rápido, con circulación colateral y lesión central ulcerada de aspecto necrótico y fondo hemático.

A la espera de cirugía de amputación con desarticulación coxofemoral presenta shock hipovolémico descompensado secundario a sangrado tumoral. Requiere internación en Unidad de Cuidados Intensivos para pasaje de inotrópicos y alto requerimiento transfusional a pesar de presentar recuento de plaquetas normal y coagulograma con valores hemostáticos.

Debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente se realiza cirugía de desarticulación coxofemoral de urgencia. La evolución posterior es favorable.

### CONCLUSIONES

La hipovolemia secundaria a sangrado intratumoral puede ser una complicación clínica en masas voluminosas hipervascularizadas. Aunque de presentación muy infrecuente, se deberá considerar la evolución rápida a shock hemorrágico con riesgo de vida en pacientes que presenten alguna condición predisponente de fragilidad capilar.