



IX Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

100 Años del Centro Hospitalario Pereira Rossell

20 Años de Gestión del Departamento de Emergencia
Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell

XIII Reunión de Editores del Cono Sur

Organiza SIEPU: Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica del Uruguay



30 de octubre al 1 de noviembre de 2008
Intendencia Municipal de Montevideo



PROGRAMA FINAL

Adhesión



GlaxoSmithKline

SALA AZUL

Jueves 30 de octubre		Viernes 31 de octubre		Sábado 1 de noviembre	
07:30 - 08:30	Acreditaciones e Inscripciones	08:00 - 08:45	Conferencia / Iván Alcoholado Apendicitis aguda: problemas diagnósticos	08:00 - 08:45	Conferencia / Javier Benito Fernández Analgesia y sedación en el Servicio de Emergencia Pediátrica
09:00 - 09:45	Conferencia / Javier Prego Detección precoz y manejo inicial de sepsis y shock séptico	08:45 - 09:45	¿Qué hay de nuevo? Consultas frecuentes Coordinadora: Loreley García	08:45 - 09:45	¿Qué hay de nuevo? Patología genito urinaria en niñas prepúberes Conducta inicial con el derrame pleural Coordinadora: Alejandra Vornero
09:45 - 10:45	¿Que hay de nuevo? Infecciones emergentes y re-emergentes Coordinadora: Patricia Dall'Orso	09:45 - 10:00	Descanso	09:45 - 10:00	Descanso
10:45 - 11:00	Descanso	10:00 - 11:00	Interactivo II Diagnóstico visual Coordinador: Javier Prego	10:00 - 11:00	Mesa de Temas Libres 5 <i>Moderadores: Jorge Speyer, Loredana Matrai</i>
11:00 - 12:00	Interactivo I Misceláneas Coordinador: Walter Pérez	11:00 - 12:00	Preguntas y respuestas Lactante febril Coordinadora: Graciela Sehabague	11:00 - 12:00	Preguntas y respuestas Neumonía en la emergencia. Controversias en su manejo Coordinador: Osvaldo Bello
12:00 - 13:00	Descanso	12:00 - 13:00	Descanso	12:00 - 13:00	Mesa de Temas Libres 6 <i>Moderadores: Jorge Speyer, Loredana Matrai</i>
13:00 - 14:00	Preguntas y respuestas Manejo inicial del trauma tóraco abdominal Coordinador: Javier Prego	13:00 - 14:00	Mesa de Temas Libres 3 <i>Moderadores: Walter Pérez, Osvaldo Martínez</i>	13:00 - 14:00	Descanso
14:00 - 14:15	Miniconferencia / Jorge Quian / Importancia del certificado de defunción para los registros epidemiológicos	14:00 - 15:00	Conferencia / Mercedes de la Torre Espi Diagnóstico diferencial entre meningitis vírica y bacteriana en urgencias	14:00 - 14:45	Conferencia / María Eugenia Gordillo Trauma de cuello y espinal
14:15 - 15:15	Mesa de Temas Libres 1 <i>Moderadores: Serrana Antúñez, Carlos Peluffo</i>	15:00 - 15:15	Descanso	14:45 - 15:00	Entrega de Premios
15:15 - 16:15	Discusión de casos clínicos Cardiología Coordinadora: Suci Dutra	15:15 - 16:00	Conferencia / Javier Benito Fernández Integración de la familia en el proceso de diagnóstico y tratamiento	15:00 - 16:00	Discusión de casos clínicos Recién nacidos en la emergencia pediátrica Coordinadora: Rita Rufo
16:15 - 16:30	Descanso	16:00 - 17:00	Mesa de Temas Libres 4 <i>Moderadores: Walter Pérez, Osvaldo Martínez</i>	16:00 - 16:15	Descanso
16:30 - 17:15	Conferencia / Santiago Mintegi Raso Aproximación al paciente intoxicado	17:00 - 18:00	Diálogo con expertos Sedoanalgesia en procedimientos: quién, cómo y donde? Coordinador: Osvaldo Bello	16:15 - 17:00	Conferencia / Mercedes de la Torre Espi Procalcitonina en las infecciones pediátricas
17:15 - 18:15	Mesa de Temas Libres 2 <i>Moderadores: Alicia Fernández, Jorge Quian</i>	18:00 - 18:15	Descanso	17:00 - 18:00	Interactivo III Trauma Coordinadora: Amelia Illescas
18:15 - 19:00	Conferencia / Osvaldo Bello Desarrollo de la Emergencia Pediátrica: pasado, presente y futuro	18:15 - 19:00	Conferencia / Santiago Mintegi Raso Infecciones ORL en la emergencia	18:00 - 19:00	Diálogo con expertos - Casos Escenario Dilemas médico-legales en la emergencia prehospitalaria Coordinadora: Loredana Matrai
19:00 - 19:30	Ceremonia de Apertura	19:00 - 20:00	Discusión de casos clínicos Intentos de Auto Eliminación - Adicciones Coordinadora: Cristina Zabala		
19:30	Cóctel de Camaradería				



Autoridades

Dr. Osvaldo Bello
Dr. Daniel de Leonardis
Lic. Sandra Díaz
Dra. Loreley García
Lic. Amparo Huguet
Dr. Homero Lembo
Dra. Rosa Lojo
Dra. Loredana Matrai
Dra. Elina Pizzorno
Dr. Javier Prego
Dra. Graciela Sehabiague



Invitados Extranjeros y Comisión Científica

Dr. Iván Alcoholado
(Chile)

Lic. Enf. Maribel Ares Ares
(España)

Dr. Javier Benito Fernández
(España)

Dra. Mercedes de la Torre Espi
(España)

Lic. Enf. Begoña Galarra Martín
(España)

Dra. María Eugenia Gordillo
(Argentina)

Dr. Santiago Mintegi Raso
(España)

Auspicios

Academia Nacional de Medicina
Colegio de Enfermeras del Uruguay
Escuela de Graduados
Facultad de Enfermería
Facultad de Medicina
Federación Médica del Interior
Intendencia Municipal de Montevideo
Ministerio de Salud Pública
Sindicato Médico del Uruguay
Sociedad Uruguaya de
Cirugía Pediátrica
Sociedad Uruguaya de
Medicina Intensiva
Sociedad Uruguaya de Neonatología
y Pediatría Intensiva
Sociedad Uruguaya de Pediatría



Dinámica de Actividades

- » Conferencias
- » Miniconferencias
- » Dialogo con expertos
- » Mesas de preguntas y respuestas
- » Mesas de temas libres
- » Casos clínicos
- » Sesiones interactivas
- » ¿Qué hay de nuevo?



Actividad Científica

Jueves 30 de octubre • Sala Azul

Jueves 30 de octubre Sala Azul

- 07:30 a 08:30 Acreditaciones e Inscripciones
- 09:00 a 09:45 Conferencia
Detección precoz y manejo inicial de sepsis y shock séptico
Conferencista: Dr. **Javier Prego**
- 09:45 a 10:45 ¿Qué hay de nuevo?
Infecciones emergentes y re-emergentes
Coordinadora: Dra. **Patricia Dall'Orso**
Hantavirus
Panelista: Dr. **Alvaro Galiana**
Dengue - Leptospirosis
Panelista: Dra. **María Eugenia Gordillo** (Argentina)
Tos ferina
Panelista: Dr. **Jorge Quian**
- 10:45 a 11:00 Descanso
- 11:00 a 12:00 Interactivo I
Misceláneas
Coordinador: Dr. **Walter Pérez**
Panelistas: Dr. **Javier Benito Fernández** (España)
Dr. **Santiago Mintegi Raso** (España)
Dra. **María Eugenia Gordillo** (Argentina)
Dra. **Mercedes de la Torre Espi** (España)
- 12:00 a 13:00 Descanso
- 13:00 a 14:00 Preguntas y Respuestas
Manejo inicial del trauma tóraco abdominal
Coordinador: Dr. **Javier Prego**
Panelistas: Dra. **María Eugenia Gordillo** (Argentina)
Dr. **Iván Alcoholado** (Chile)
Dr. **Carlos Juambeltz**
- 14:00 a 14:15 Miniconferencia
Importancia del certificado de defunción para los registros epidemiológicos
Conferencista: Dr. **Jorge Quian**
- 14:15 a 15:15 Mesa de Temas Libres 1
Moderadores: Dra. **Serrana Antúnez**
Dr. **Carlos Peluffo**
- TL1** CLINICA, CLASIFICACION Y ENFOQUE TERAPEUTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE EL FETO AL ADOLESCENTE.
Dutra S, Chiesa P, Morales J, Giudice J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell
- TL2** MUERTE SUBITA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA.
Chiesa P, Morales J, Giudice J, Dutra S, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- TL4** ARRITMIAS EN EL POSTOPERATORIO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS.
Chiesa P, Dutra S, Morales J, Giudice J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.



Actividad Científica

Jueves 30 de octubre • Sala Azul

TL7 CARDIOPATIAS CONGENITAS CON FLUJO SISTEMICO DUCTUS DEPENDIENTE.

Chiesa P, Giudice J, Gambetta JC, Tambasco J, Anzibar R, Ceruti B, Speyer J, Oromi C, Peluffo C, Duhagon P.
Instituto de Cardiología Infantil (ICI-MUCAM).

TL8 CARDIOPATIAS CONGENITAS CON FLUJO PULMONAR DUCTUS DEPENDIENTE.

Chiesa P, Giudice J, Gambetta JC, Tambasco J, Anzibar R, Ceruti B, Speyer J, Oromi C, Peluffo C, Duhagon P.
Instituto de Cardiología Infantil (ICI-MUCAM).

15:15 a 16:15 Discusión de Casos Clínicos

Cardiología

Coordinadora: Dra. **Suci Dutra**

Presentador: Dr. **Martín Vázquez**

Panelistas: Dr. **Pedro Chiesa**

Dra. **Mercedes de la Torre Espi** (España)

Dra. **María Eugenia Gordillo** (Argentina)

16:15 a 16:30 Descanso

16:30 a 17:15 Conferencia

Aproximación al paciente intoxicado

Conferencista: Dr. **Santiago Mintegi Raso** (España)

17:15 a 18:15 Mesa de Temas Libres 2

Moderadores: Dra. **Alicia Fernández**

Dr. **Jorge Quian**

TL13 SINTOMATOLOGIA DE LA EMERGENCIA DENTARIA.

SEUDONIMO: TRABAJO 13

TL16 AUTOEVALUACION DE LOS PEDIATRAS EN FORMACION SOBRE REANIMACION

CARDIOPULMONAR. Encuesta a residentes y postgrados de pediatría.

SEUDONIMO: TRABAJO 16

TL20 DEBUT DIABETICO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA. Departamento de Pediatría del Hospital Británico.

Bazzino F, Pérez W

TL23 PROYECTO DE TRANSPORTE DE PACIENTES PEDIATRICOS CRITICOS EN URUGUAY.

SEUDONIMO: TRABAJO 23

TL28 PREVALENCIA DE ACCIDENTES EN NIÑOS INGRESADOS A UN SERVICIO DE PEDIATRÍA.

Carugaty M^a J, Illescas A, Pérez W y Montano A.

18:15 a 19:00 Conferencia

Desarrollo de la Emergencia Pediátrica: pasado, presente y futuro

Conferencista: Dr. **Osvaldo Bello**

19:00 a 19:30 Ceremonia de Apertura

19:30 a 21:00 Cóctel de Camaradería (Sala de Ceremonias - 2º Piso)





Actividad Científica

Viernes 31 de octubre • Sala Azul

Viernes 31 de octubre

- 08:00 a 08:45 Conferencia
Apendicitis aguda: problemas diagnósticos
Conferencista: Dr. Iván Alcoholado (Chile)
- 08:45 a 09:45 ¿Qué hay de nuevo?
Consultas frecuentes
Coordinadora: Dra. Loreley García
Infección urinaria
Panelista: Dr. Javier Benito Fernández (España)
Síncope
Panelista: Dr. Daniel de Leonardis
Crisis de excitación
Panelista: Dra. Eliana Ripa
- 09:45 a 10:00 Descanso
- 10:00 a 11:00 Interactivo II
Diagnóstico visual
Coordinador: Dr. Javier Prego
Panelistas: Dr. Javier Benito Fernández (España)
Dra. Gloria Salmentón
Dra. Graciela Sehabiague
Dr. Miguel Estevan
- 11:00 a 12:00 Preguntas y Respuestas
Lactante febril
Coordinadora: Dra. Graciela Sehabiague
Panelistas: Dra. María Eugenia Gordillo (Argentina)
Dr. Santiago Mintegi Raso (España)
Dra. Mercedes de la Torre Espi (España)
- 12:00 a 13:00 Descanso
- 13:00 a 14:00 Mesa de Temas Libres 3
Moderadores: Dr. Walter Pérez
Dr. Osvaldo Martínez
- TL17** SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS. Primeros casos pediátricos reportados en Uruguay.
SEUDONIMO: TRABAJO 17
- TL18** INTERNACION ABREVIADA UNIDADES DE TERAPIA INHALATORIA. 2008. Tratamiento del
síndrome bronco-obstructivo del lactante.
SEUDONIMO: TRABAJO 18
- TL19** INTERNACION ABREVIADA UNIDADES DE TERAPIA INHALATORIA. Rol del enfermero en el
tratamiento del síndrome bronco-obstructivo del lactante.
SEUDONIMO: TRABAJO 19
- TL24** SALBUTAMOL INTRAVENOSO EN LA CRISIS ASMÁTICA SEVERA. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD
DE REANIMACION DEL C.H.P.R.
SEUDONIMO: TRABAJO 24
- TL6** DESARROLLO DE UNA GUÍA CLÍNICA PREDICTIVA EN LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE LA
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
SEUDONIMO: TRABAJO 6
- 14:00 a 15:00 Conferencia
Diagnóstico diferencial entre meningitis vírica y bacteriana en urgencias
Conferencista: Dra. Mercedes de la Torre Espi (España)
- 15:00 a 15:15 Descanso



Actividad Científica

Viernes 31 de octubre • Sala Azul

15:15 a 16:00 Conferencia

Integración de la familia en el proceso de diagnóstico y tratamiento

Conferencista: Dr. **Javier Benito Fernández** (España)

16:00 a 17:00 Mesa de Temas Libres 4

Moderadores: Dr. **Walter Pérez**

Dr. **Osvaldo Martínez**

TL3 EL SINCOPE EN PEDIATRIA VISTO DESDE EL ANGULO DE LA CARDIOLOGIA PEDIATRICA.

Chiesa P, Dutra S, Morales J, Giudice J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

TL26 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CONVULSION FEBRIL.

Nava B Ana, Villasmil M Adriana, Ramírez M Solcaris, Nunes M Zaifé, Hernández Rosa, Acosta Y Amalys. Hospital de Niños de Maracaibo Estado Zulia, Venezuela

TL22 INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO.

SEUDONIMO: TRABAJO 22

TL10 CONSULTAS EN LA URGENCIA PEDIATRICA DE UNA INSTITUCION DE ASISTENCIA MÉDICA

COLECTIVA. Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. 2007.

Ferrari AM, Dabobe M, Epstein A, Mayer M, Pais T, Gutiérrez S.

17:00 a 18:00 Diálogo con Expertos

Sedoanalgesia en procedimientos: quién, cómo y donde?

Coordinador: Dr. **Osvaldo Bello**

Panelistas: Dra. **Mercedes de la Torre Espi** (España)

Dr. **Walter Ayala**

Dr. **Javier Benito Fernández** (España)

18:00 a 18:15 Descanso

18:15 a 19:00 Conferencia

Infecciones ORL en la emergencia

Conferencista: Dr. **Santiago Mintegi Raso** (España)

19:00 a 20:00 Discusión de Casos Clínicos

Intentos de Auto Eliminación - Adicciones

Coordinadora: Dra. **Cristina Zabala**

Presentadora: Dra. **Soledad Pandolfo**

Panelistas: Dra. **Amalia Laborde**

Dr. **Santiago Mintegi Raso** (España)

Dra. **Aurora Fuentes**





Actividad Científica

Sábado 1 de noviembre • Sala Azul

Sábado 1 de noviembre

08:00 a 08:45 Conferencia

Analgesia y sedación en el Servicio de Emergencia Pediátrica

Conferencista: Dr. **Javier Benito Fernández** (España)

08:45 a 09:45 ¿Qué hay de nuevo?

Coordinadora: Dra. **Alejandra Vomero**

Patología genito urinaria en niñas prepúberes

Panelistas: Dra. **Estela Conselo**
Dr. **Felipe Scívoli**

Conducta inicial con el derrame pleural

Panelistas: Dr. **Iván Alcoholicado** (Chile)
Dr. **Gabriel Gannini**

09:45 a 10:00 Descanso

10:00 a 11:00 Mesa de Temas Libres 5

Moderadores: Dr. **Jorge Speyer**
Dra. **Loredana Matrai**

TL12 PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL 1 - DETECCIÓN DEL PROBLEMA.

Kohan I, Musetti D

TL14 PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL 2 TRATAMIENTO DEL PROBLEMA.

Musetti D, Kohan I

TL15 EL DOLOR TORÁCICO EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA: IMPORTANCIA CLÍNICA DE LA ETIOLOGÍA CARDIOVASCULAR.

Giudice J, Chiesa P, Dutra S, Morales J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

TL25 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN MADRES ADOLESCENTES.

Nava B A, Villasmil M A, Hernández R, Nunes M Z, Ramírez M S y Acosta Y A. Hospital Pedro García Clara, Ciudad Ojeda. Estado Zulia, Venezuela.

TL27 ARRITMIAS PEDIÁTRICAS: Clínica y manejo en la emergencia.

Papone C, Dutra S, Chiesa P, Morales J, Giudice J, Grumberg E, Gambetta JC. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

11:00 a 12:00 Preguntas y Respuestas

Neumonía en la emergencia. Controversias en su manejo

Coordinador: Dr. **Osvaldo Bello**

Panelistas: Dr. **Javier Prego**
Dra. **María Eugenia Gordillo** (Argentina)
Dr. **Santiago Mintegi Raso** (España)

12:00 a 13:00 Mesa de Temas Libres 6

Moderadores: Dr. **Jorge Speyer**
Dra. **Loredana Matrai**

TL11 ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS CONSULTAS POR SINCOPE EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA.

SEUDONIMO: TRABAJO 11

TL21 COMPLICACIONES A MEDIANO Y LARGO PLAZO EN TRASPLANTE CARDÍACO PEDIÁTRICO.

Ceruti MB., Chiesa P., Giudice J., Dutra S., Morales J., Canessa R., Gelos S., Anzibar R., Tambasco J., Leone R. Instituto de Cardiología Infantil. ICI. MUCAM. Montevideo. Uruguay

TL5 ACCIDENTE ELÉCTRICO EN PEDIATRÍA. DETERMINO UNA LESIÓN CARDÍACA?

Chiesa P, Giudice J, Dutra S, Morales J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC. Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

TL9 ECOCARDIOGRAMA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA.

Morales J, Dutra S, Chiesa P, Giudice J, Grumberg E, Gambetta JC, Barbela A, Gelos S, Canessa R. Servicio de Cardiología Infantil. Centro Hospitalario Pereira Rossell.



Actividad Científica

Sábado 1 de noviembre • Sala Azul

- 13:00 a 14:00 Descanso
- 14:00 a 14:45 Conferencia
Trauma de cuello y espinal
Conferencista: Dra. **María Eugenia Gordillo** (Argentina)
- 14:45 a 15:00 Entrega de Premios
- 15:00 a 16:00 Discusión de Casos Clínicos
Recién nacidos en la emergencia pediátrica
Coordinadora: Dra. **Rita Rufo**
Presentadora: Dra. **Verónica Parodi**
Panelistas: Dra. **Mercedes de la Torre Espi** (España)
Dr. **Javier Benito Fernández** (España)
Dra. **Cristina Hernández**
- 16:00 a 16:15 Descanso
- 16:15 a 17:00 Conferencia
Procalcitonina en las infecciones pediátricas
Conferencista: Dra. **Mercedes de la Torre Espi** (España)
- 17:00 a 18:00 Interactivo III
Trauma
Coordinadora: Dra. **Amelia Illescas**
Presentadora: Dra. **Mariana Mas**
Panelistas: Dr. **Alejandro Cuneo**
Dra. **María Eugenia Gordillo** (Argentina)
Dr. **Iván Alcoholicado** (Chile)
- 18:00 a 19:00 Diálogo con Expertos - Casos Escenario
Dilemas médico-legales en la emergencia prehospitalaria
Coordinadora: Dra. **Loredana Matrai**
Presentadora: Dra. **Alejandra Protasio**
Panelistas: Dr. **Carlos Berlangieri**
Dr. **Guido Berro**
Dra. **Rosana Manikowski**





Actividad Científica

Jueves 30 de octubre • Sala Roja

Jueves 30 de octubre Sala Roja

- 07:30 a 08:30 Acreditaciones e Inscripciones
- 08:30 a 08:45 Apertura
Lic. Enf. **Mariela Alamilla**
Lic. Enf. **Amparo Huguet**
Lic. Enf. **Sandra Díaz**
- 08:45 a 09:45 Taller
Accesos vasculares
Lic. Enf. **Claudia Rodríguez**
Lic. Enf. **Zulema Olivera**
- 09:45 a 10:00 Descanso
- 10:00 a 11:30 Mesa Redonda
Registros de enfermería. Implicancia médico legal
Coordinadora: Lic. Enf. **Andrea Hauser**
Prevención del error en enfermería
Panelista: Dra. **Rosana Manikowski**
Comentadora: Lic. Enf. **Maribel Ares Ares** (España)
Comentadora: Lic. Enf. **Begoña Galarraga Martín** (España)
- 11:30 a 12:15 Conferencia
Triage
Conferencista: Lic. Enf. **Maribel Ares Ares** (España)
Presentadora: Lic. Enf. **Amparo Huguet**
- 12:15 a 13:30 Descanso
- 13:30 a 15:30 Discusión de Casos Clínicos
Paciente politraumatizado
Lic. Enf. **Sandra Díaz**
Presentadora: Lic. Enf. **Karina Centurión**
- 15:30 a 15:45 Descanso
- 15:45 a 16:45 Conferencia
Síndrome nefrótico y nefrítico
Br. **Natalia Baricevich**
Lic. Enf. **Sergio Castroman**
- 16:45 a 17:45 Mesa Redonda
Fisiología del traslado sanitario
Dr. **Alvaro Medina**
Lic. Enf. **Cecilia Rodríguez**
- 17:45 a 18:30 Conferencia
Intoxicaciones con monóxido de carbono
Conferencista: Lic. Enf. **Begoña Galarraga Martín** (España)
Presentadora: Lic. Enf. **Amparo Huguet**
- 19:00 a 19:30 Ceremonia de Apertura (Sala Azul)
- 19:30 a 21:00 Cóctel de Camaradería (Sala de Ceremonias - 2° Piso)



Actividad Científica

Viernes 31 de octubre • Sala Rojo

Viernes 31 de octubre

- 08:45 a 09:45 Mesa Redonda
Tóracocentesis y utilización de estreptoquinasa
Lic. Enf. **Estela Ferreira**
Lic. Enf. **Ana González**
- 09:45 a 10:00 Descanso
- 10:00 a 11:30 Mesa Redonda
Adicciones. Intento de Auto Eliminación
Coordinadora: Lic. Enf. **Amparo Huguet**
Panelista: Dra. **Eliana Ripa**
Panelista: Lic. Enf. **Gonzalo Romero**
- 11:30 a 12:15 Conferencia
Analgesia y sedación
Conferencista: Lic. Enf. **Maribel Ares Ares** (España)
- 12:15 a 13:30 Descanso
- 13:30 a 14:30 Conferencia
Shock séptico
Conferencista: Lic. Enf. **Begoña Galarraga Martín** (España)
Presentadora: Lic. Enf. **Sandra Díaz**
- 14:30 a 15:30 ¿Qué hay de nuevo?
Síndrome Bronco-Obstructivo del lactante
Panelista: Lic. Enf. **Maribel Ares Ares** (España)
Presentadora: Lic. Enf. **Sandra Díaz**
- 15:30 a 15:45 Descanso
- 15:45 a 16:45 Conferencia
Clínica, laboratorio y medidas de aislamiento (Hantavirosis, Leptospirosis, Dengue)
Conferencistas: Lic. Enf. **Silvia Techera**
Lic. Enf. **Eduardo Silveira**
Presentadora: Lic. Enf. **Sandra Díaz**
- 16:45 a 17:45 Conferencia
Traslado del niño grave
Conferencistas: Aux. Enf. **Carlos Padilla**
Aux. Enf. **Errol Ramos**
Presentadora: Lic. Enf. **Amparo Huguet**
- 17:45 a 18:30 Conferencia
Recién nacido. Consultas más frecuentes en la emergencia
Conferencista: Lic. Enf. **Luciana Picardo**
Presentadora: Lic. Enf. **Sandra Díaz**





Actividad Científica

Sábado 1 de noviembre • Sala Rojo

Sábado 1 de noviembre

- 08:45 a 09:45 Mesa Redonda
Oxigenoterapia. Inhaloterapia
Lic. Enf. **Sandra Díaz**
Lic. Enf. **Claudia Rodríguez**
Lic. Enf. **Karina Centurión**
Lic. Fis. **Alexis Selios**
- 09:45 a 10:00 Descanso
- 10:00 a 11:30 Conferencia
Organización del Departamento de Emergencia
Conferencista: Lic. Enf. **Begoña Galarraga Martín** (España)
Presentadora: Lic. Enf. **Amparo Huguet**
- 11:30 a 12:15 Conferencia
Urgencias cardiológicas
Conferencistas: Lic. Enf. **Estela Ferreira**
Lic. Enf. **Ana González**
Presentadora: Lic. Enf. **Sandra Díaz**
- 12:15 a 13:30 Descanso
- 13:30 a 14:30 Conferencia
Manejo de Enfermería en la cetoacidosis diabética
Lic. Enf. **Sandra Díaz**
Aux. Enf. **Marcelo Roveta**



Resúmenes

TL1- CLINICA, CLASIFICACION Y ENFOQUE TERAPEUTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE EL FETO AL ADOLESCENTE.

Dutra S, Chiesa P, Morales J, Giudice J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC.
Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

La insuficiencia cardíaca es la imposibilidad del corazón y el sistema neurohormonal de mantener un gasto cardíaco suficiente para cubrir las demandas metabólicas. Se define como un síndrome, vía final común de mecanismos estructurales, bioquímicos y funcionales, al inicio con un rol adaptativo pero luego con acción deletérea. Como la función cardiovascular resulta de la interacción de varios factores: precarga, postcarga, funciones sistólica, diastólica, valvular y auriculoventricular, frecuencia cardíaca y factores neurohormonales, la alteración de cualquiera puede determinar insuficiencia cardíaca. Su incidencia es difícil de establecer, pero ha disminuido con la mejoría de las opciones terapéuticas en el paciente pediátrico. Las manifestaciones clínicas varían de acuerdo a la edad de presentación. En relación a la etiología las cardiopatías congénitas presentan un rol preponderante y su correcta identificación diagnóstica es un pilar clave para una correcta terapéutica. En el feto la insuficiencia cardíaca puede presentarse como hidrops fetal y corresponder a defectos cardíacos congénitos: obstrucción al tracto de entrada, insuficiencias valvulares severas, cierre prematuro del foramen oval, bradiarritmias, infecciones, tumores, fistulas arteriovenosas. En el neonato, las causas pueden ser: en los primeros días: asfisia neonatal, sepsis, miocarditis, cardiopatías congénitas que asocian hipoxia y gasto cardíaco disminuido: retorno venoso pulmonar anómalo total, transposición de grandes vasos con septum íntegro. Entre la primera semana y hasta el mes de vida: las cardiopatías ductus dependiente. De los 2 a los 6 meses de vida siguen predominando las lesiones estructurales con shunt de izquierda a derecha, seguida de las infecciones sobre todo virales, Enfermedad de Pompe, anomalías de las arterias coronarias. Entre los 6 meses y hasta el año de vida, la insuficiencia cardíaca puede deberse a: lesiones estructurales que hayan pasado desapercibidas, Enfermedad de Kawasaki, shock séptico y enfermedades virales. En mayores de un año y adolescentes predominan las causas adquiridas: fiebre reumática, miocarditis, miocardiopatías y las secundarias a cardiopatías congénitas corregidas con defectos residuales o secuelas con repercusión hemodinámica. Para el diagnóstico es importante una correcta anamnesis y examen físico, asociado a la evaluación paraclínica que incluya ECG, radiografía de tórax, gasometría y ecocardiograma doppler color. El enfoque terapéutico estará en relación con la etiología, la edad de presentación y la situación clínica al momento de efectuar el diagnóstico.

TL4- ARRITMIAS EN EL POSTOPERATORIO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS.

Chiesa P, Dutra S, Morales J, Giudice J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC
Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

Se analizan incidencia, tipo de trastornos del ritmo y su manejo en el postoperatorio de cardiopatías congénitas. Se producen por: 1- efectos deletéreos de la circulación extracorpórea, estímulo adrenérgico por las catecolaminas endógenas y los inotrópicos administrados, suturas y cicatrices, dilatación de cavidades cardíacas, disminución de la función contráctil de uno o ambos ventrículos; 2- respuesta hemodinámica dependiente del estado hemodinámico previo y por lesiones residuales, secuelas o complicaciones. La incidencia reportada en la literatura es variable, oscilando entre un 15 y un 48%. Para el diagnóstico es fundamental: 1- análisis clínico del paciente, 2-ECG (12 derivaciones, cables epicárdicos o electrodo transesofágico), 3- Holter, 4-fármacos: Adenosina, Isoproterenol, 5- estudio electrofisiológico intracavitario, 6-Ergometría (en postoperatorio alejado) y 7-ecocardiograma para valorar lesiones residuales, secuelas y repercusión hemodinámica. Los trastornos del ritmo pueden ser lentos (o ausencia) o rápidos. Se expresan desde una simple anomalía en el electrocardiograma sin repercusión hemodinámica (extrasístoles supraventriculares, bloqueo AV de primer grado) hasta un compromiso hemodinámico (falla cardíaca) y vital (muerte súbita) por taquicardia ectópica de la unión, taquicardia y fibrilación ventricular, bloqueo AV completo. El tipo de trastorno depende de varios factores: cercanía al acto quirúrgico, patología de base, tipo de corrección quirúrgica, resultado hemodinámico, existencia de lesiones residuales, secuelas o complicaciones y situaciones asociadas (síndrome de WPW, disonías, síndrome de QT largo). Se pueden presentar en forma inmediata (bloques aurículo ventriculares de tercer grado, taquicardias ectópicas de la unión, taquicardias ventriculares, disfunciones del nodo sinusal, bloques AV de primer y segundo grado, extrasístoles supraventriculares) o luego de plazos variables previo o posterior al alta (taquicardias auriculares, flúter auricular, bloques de diversos grados, taquicardias ventriculares, fibrilación ventricular). El manejo de los mismos requiere evaluar: 1- si existe compromiso hemodinámico, si se trata de una taquicardia cardioversión eléctrica o manejo médico si es un JET, si se trata de un BAVC estimulación mediante agentes catecolaminérgicos o eléctrica (cables epicárdicos, electrodos transitorios), 2- identificar y tratar la afección causal: disonías, sobrecarga de barrera o volumen (reparación quirúrgica o por catéter de defectos residuales), 3- terapéutica específica para el trastorno del ritmo existente: ablación por radiofrecuencia, marcapaso, tratamiento médico, etc.

TL2 - MUERTE SUBITA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA.

Chiesa P, Morales J, Giudice J, Dutra S, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC.
Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

Se define como la muerte ocurrida por causas naturales debida a causa cardíaca dentro de la primera hora tras el inicio de los síntomas. La enfermedad cardíaca preexistente podía ser o no conocida pero, en cualquier caso, el tiempo y modo de muerte es inesperado. La muerte súbita cardíaca (MSC) tiene una incidencia del 0.8 a 6.2 / 100.000 habitantes/año. La miocardiopatía hipertrófica es la causa más frecuente en varones jóvenes, en 50% de los casos. Maron establece que solo en el 25% de los atletas competitivos que murieron súbitamente se había sospechado una anomalía cardiovascular. Los mecanismos de MSC se dividen en: no cardíacos, no cardíacos pero precipitados por anomalías cardíacas o relacionado directamente con trastornos anatómicos o funcionales del aparato cardiovascular. Un 33% de víctimas de MSC presentaron un corazón macroscópicamente normal en la necropsia. Sobre la etiología se describen: 1- anomalías estructurales o funcionales: miocardiopatía hipertrófica, displasia arritmogénica del ventrículo derecho, anomalías de las arterias coronarias, hipertensión arterial pulmonar primaria, miocarditis/miocardiopatía dilatada, miocardiopatía restrictiva, síndrome de Marfan con disección aórtica, estenosis de la válvula aórtica. 2- anomalías eléctricas primarias: síndromes de QT largo, QT corto, Brugada, Wolff Parkinson White, Taquicardia ventricular primaria o idiopática, Taquicardia ventricular polimórfica inducida por el ejercicio, Bloqueo cardíaco completo. 3- anomalías adquiridas: conmoción cardíaca, abuso de drogas, hipertensión arterial pulmonar secundaria, síndrome de Eisenmenger, arteriopatía coronaria aterosclerótica, postoperatorio de cardiopatía congénita, trasplante cardíaco. El desafío radica en el paciente asintomático, realizar un diagnóstico precoz y adoptar medidas eficaces de prevención y asistencia, siendo fundamental la capacitación de maestros, docentes y público en general en medidas de reanimación básicas. El grupo de mayor riesgo son los varones adolescentes que participan en competiciones atléticas. Los factores de riesgo a evaluar son: síncope al esfuerzo, los AF de muerte súbita inexplicada, de miocardiopatía hipertrófica y de cardiopatía congénita. Sobre el examen físico: presencia de soplo eyectivo, estigmas de Marfan. Como métodos diagnósticos la realización del ECG, Ecocardiograma, RNM, estudios de genética molecular, etc. Analizamos 18 pacientes asistidos en los últimos 15 años por un episodio de muerte súbita, describiendo sus patologías de base, cuadros clínicos presentados, conducta adoptada, tratamiento efectuado y evolución posterior.

TL7- CARDIOPATIAS CONGENITAS CON FLUJO SISTEMICO DUCTUS DEPENDIENTE.

Chiesa P, Giudice J, Gambetta JC, Tambasco J, Anzibar R, Ceruti B, Speyer J, Oromi C, Peluffo C, Duhagon P.
Instituto de Cardiología Infantil (ICI-MUCAM). Uruguay

Se trata de un grupo de cardiopatías congénitas que se presentan en el recién nacido de pocas horas o días de vida, al acontecer el cierre espontáneo del ductus arterioso. Al estar críticamente comprometido el flujo sistémico, cuando se produce el cierre del ductus arterioso, ocurre una disminución significativa del flujo sanguíneo sistémico con compromiso del flujo sanguíneo renal, determinando la aparición de acidosis metabólica, shock y agravación de la situación hemodinámica. De no mediar una acción terapéutica, rápida y eficaz, tendiente a revertirla, conduce a la muerte del paciente. En estas situaciones se debe ser capaz de reconocer precozmente la entidad, plantearla como diagnóstico diferencial frente al encare de "una sepsis neonatal" para establecer de manera oportuna las medidas terapéuticas apropiadas. Diferentes entidades pueden ser responsables de un cuadro clínico similar: 1- obstrucciones en la salida ventricular izquierda- estenosis valvular aórtica crítica, síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico. 2- obstrucciones a nivel del arco aórtico- coartación de aorta preductal, interrupción del arco aórtico. Para realizar el diagnóstico lo primero es tener en mente la entidad con un análisis exhaustivo de la historia clínica y del examen físico, iniciando precozmente la infusión de Prostaglandinas con corrección concomitante de la acidosis, para permeabilizar el ductus y revertir, en forma transitoria, la situación de extrema gravedad. Deberá realizarse la evaluación cardiológica con electrocardiograma, radiografía de tórax y fundamentalmente el ecocardiograma doppler color. El diagnóstico anatómico correcto permitirá planificar la oportunidad y el tipo de acción terapéutica correctiva o eventualmente paliativa, que puede consistir en cirugía cardíaca y/o intervención percutánea en sala de cateterismo.



Resúmenes

TL8 - CARDIOPATIAS CONGENITAS CON FLUJO PULMONAR DUCTUS DEPENDIENTE.

Chiesa P, Giudice J, Gambetta JC, Tambasco J, Anzibar R, Ceruti B, Speyer J, Oromi C, Peluffo C, Duhagon P. Instituto de Cardiología Infantil (ICI-MUCAM). Uruguay

Se trata de un grupo de cardiopatías congénitas que se presentan en el recién nacido de pocas horas o días de vida, al acontecer el cierre espontáneo del ductus arterioso. Al estar críticamente comprometido el flujo pulmonar, cuando se produce el cierre del ductus arterioso, ocurre una disminución significativa del flujo sanguíneo pulmonar con descenso a niveles críticos del índice de saturación de la hemoglobina con aparición y/o incremento marcado de la cianosis, llevando a hipoxia tisular, metabolismo en anaerobiosis y aparición de acidosis metabólica. De no mediar una acción terapéutica, rápida y eficaz, tendiente a revertirla, conduce a la muerte del paciente. En estas situaciones se debe ser capaz de reconocer precozmente la entidad, para establecer de manera oportuna las medidas terapéuticas que tiendan a revertir el proceso y salvar la vida del paciente. Diferentes entidades pueden ser responsables de un cuadro clínico similar: 3- obstrucciones en la salida ventricular derecha aisladas- estenosis valvular pulmonar crítica, atresia pulmonar con septum interventricular íntegro. 4- cardiopatías congénitas complejas- tetralogía de Fallot con severa estenosis infundibular pulmonar y/o hipoplasia de arterias pulmonares, atresia pulmonar con comunicación interventricular, atresia tricuspídea con vasos normopuestos y CIV restrictiva, transposición de grandes arterias con severa estenosis en la salida ventrículo izquierdo-arteria pulmonar, ventrículo único con severa estenosis o atresia pulmonar, etc. Para realizar el diagnóstico lo primero es tener en mente la entidad con un análisis exhaustivo de la historia clínica y del examen físico, iniciando precozmente la infusión de Prostaglandinas con corrección concomitante de la acidosis, para reperfundizar el ductus y revertir, en forma transitoria, la situación de extrema gravedad. Deberá realizarse la evaluación cardiológica con electrocardiograma, radiografía de tórax y fundamentalmente el ecocardiograma doppler color. El diagnóstico anatómico correcto permitirá planificar la oportunidad y el tipo de acción terapéutica correctiva o eventualmente paliativa, que puede consistir en cirugía cardíaca y/o intervención percutánea en sala de cateterismo.

TL13 - SINTOMATOLOGIA DE LA EMERGENCIA DENTARIA

SEUDONIMO: TRABAJO 13
Uruguay

Objetivo: Se realizó un estudio para comprobar la creencia de la presencia de síntomas en la EMERGENCIA DENTARIA, entendiendo por tal, el proceso de aparición de los dientes en la cavidad bucal.- Importancia: Afirmar o negar la relación entre sintomatología y emergencia dentaria, planteada en la consulta pediátrica, por el colectivo uruguayo. Metodología: Se encuestaron mediante formulario diseñado para tal fin y de acuerdo a la literatura consultada, 253 responsables de menores entre 6 y 12 meses, que consultaron en alguna emergencia pediátrica de los centros de atención primaria de Salud Pública de Montevideo. La recolección de datos se realizó en forma aleatoria, en el plazo de 1 año (1 abril 2007 al 31 marzo 2008).- También se interrogó sobre el nivel educacional del responsable encuestado.- Resultados: Los resultados se expresan en porcentajes, mostrando que solamente un pequeño grupo (2.37%) de encuestados, cree que la emergencia dentaria es asintomática; mientras que un gran porcentaje (97.62%) refiere distintos síntomas asociados a ésta. Conclusiones: Dentro de las manifestaciones más frecuentes estuvieron: la fiebre, las erupciones y la hipersalivación, con menor frecuencia se asociaron la irritabilidad, el rechazo del alimento, diarrea y vómitos.- No se encontró relación significativa entre el nivel educacional del encuestado y la sintomatología descrita.- Es riesgoso atribuir sintomatología a la emergencia dentaria.- Se deberán realizar estudios estadísticos más completos, para afirmar o negar la relación entre la emergencia dentaria y la sintomatología atribuible en el colectivo uruguayo.-

TL16- AUTOEVALUACION DE LOS PEDIATRAS EN FORMACION SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR. ENCUESTA A RESIDENTES Y POSTGRADOS DE PEDIATRÍA.

SEUDONIMO: TRABAJO 16
Uruguay

RESUMEN El paro cardiorespiratorio en niños es un evento clínico de poca frecuencia pero de alto riesgo, por lo que la formación del postgrado en reanimación cardiopulmonar (RCP) es un aspecto prioritario. Objetivo. Evaluar el grado de formación en RCP de los postgrados y residentes de pediatría y vincularlo con el año curricular y su actividad laboral. Materiales y métodos. Estudio descriptivo transversal a través de una encuesta personal, anónima y presenciada a postgrados y residentes de pediatría. El formulario contaba de 8 preguntas de tipo múltiple opción donde se interrogó sobre RCP básica y avanzada. Se autoevaluó además el grado de seguridad y formación en RCP pediátrica así como el tipo de actividad laboral que desempeñaban. Los datos fueron analizados con el programa EPI-INFO 2002. Resultados y Discusión. Fueron encuestados 106 médicos. El 5.7% de los encuestados obtuvieron más de un 80% de respuestas correctas. El rendimiento estuvo muy alejado del obtenido por postgrados en otros países en donde en pruebas más exigentes el 93.2 % de los encuestados respondió correctamente más del 85% del cuestionario del PALS. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de las repuestas cuando fue correlacionada con el año en curso y con la realización previa de cursos de RCP. El 34.9% de los encuestados trabaja en puestos fijos de emergencia o en urgencias prehospitalarias. Conclusión. El grado de conocimiento y entrenamiento en RCP de los pediatras en formación está muy lejos de ser satisfactorio. Frente a los resultados obtenidos es fundamental enfatizar en la formación teórico-práctica sobre RCP durante el curso del postgrado de pediatría.

TL20 - DEBUT DIABÉTICO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL BRITÁNICO.

Bazzino F. Pérez W
Departamento de Pediatría del Hospital Británico. Uruguay

Introducción.- La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia y la DM tipo I es la presentación más habitual. Si bien se considera una enfermedad multifactorial, los factores genéticos son determinantes. La presentación clínica al momento del diagnóstico puede seguir diversos patrones: clásico, silente o cetoadicidosis diabética (CAD). Si bien la mayoría presenta un inicio clásico de la enfermedad, la CAD alcanza una incidencia entre 20-40% del total de nuevos casos. Objetivos.- Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de diabetes al momento del debut en el Servicio de Emergencia del Hospital Británico en período comprendido entre 1/Enero de 2000 al 1/Junio de 2008. Pacientes & Métodos.- Análisis descriptivo y retrospectivo de historias clínicas de pacientes ingresados al Hospital Británico con diagnóstico de debut diabético entre el 1/Enero del 2000 al 1/Junio del 2008, obteniendo datos en fichas diseñadas previamente. Resultados.- En el período 2000-2008 consultaron en la emergencia del HB 17 pacientes con diagnóstico de diabetes. De ellos, 15 como debut de la enfermedad. Del total de pacientes incluidos, 10 fueron varones (67%). La mediana de edad fue de 11 años. En 2 pacientes existen antecedentes familiares de primera línea de diabetes tipo I. Presentaron diagnóstico de cetoadicidosis diabética 6 pacientes (40%). Todos los pacientes presentaron poliuria, polidipsia (93%), adelgazamiento (53%) y astenia (40%). La duración de los mismos previos al diagnóstico fueron en promedio 6.2 días. El examen físico al ingreso fue normal en 11 pacientes y con elementos de deshidratación en los 4 restantes. Todos los pacientes fueron admitidos al hospital, uno de ellos a CTI. No hubo complicaciones en la internación y no hubo fallecidos. Reingresaron 3 pacientes en la evolución y 4 reconsultaron al menos una vez en Emergencia. Sólo 5 pacientes presentaron registro de seguimiento en policlínica y 4 dosificación de hemoglobina glicosilada. Discusión y Conclusiones.- La incidencia de la DM tipo I está aumentando, con cambios marcados en grupos etarios mas pequeños. Es una enfermedad crónica que requiere diagnóstico precoz, cuidados médicos continuos y educación del paciente para prevenir complicaciones agudas y reducirlas a largo plazo.



Resúmenes

TL23- PROYECTO DE TRANSPORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS EN URUGUAY.

SEUDONIMO: TRABAJO 23
Uruguay

Justificación y Objetivos: El cuidado y la asistencia de los niños en situación crítica se han transformado en una tarea compleja y cada vez más exigente. Existe consenso, por parte de los actores vinculados a la asistencia, que es necesario mejorar la atención en el área del transporte y en los puestos fijos o móviles de emergencia. No existe hasta el momento una normativa nacional que regule la realización del transporte pediátrico crítico, y muchas veces éste se realiza por personal no capacitado, no se utilizan los recursos terciarios más cercanos, los niños no son estabilizados antes ni durante el mismo. Se propone aquí protocolizar el transporte de niños críticos, desde recién nacidos hasta 15 años, optimizando los recursos ya existentes, en un intento por abatir la morbilidad y mortalidad agregada por transportes de pobre calidad. **Metodología:** Se utilizan datos geográficos, demográficos, y disponibilidad de camas de UCI. Se redistribuyen recursos ya existentes: plantas físicas, móviles de transporte especializado. En caso de no disponibilidad se plantea proveer éstos últimos. Se establecen bases para coordinación y supervisión del sistema. **Resultados y Conclusiones:** Se divide el país en 4 regionales: Litoral, Centro, Sur y Este, con centro en una capital departamental de cada región que cuente con UCI. Se establece una zona de influencia para cada regional, donde las distancias no superen los 250km. Se propone designar unidades de transporte que partan desde el centro regional a buscar al paciente crítico a su lugar de procedencia, (en móviles correctamente equipados, con personal calificado), y realicen el traslado al servicio receptor que tenga disponibilidad dentro de la llegada del móvil especializado. Cada equipo se conforma por pediatra, enfermero y chofer debidamente calificados, que reciben desde los Coordinadores las solicitudes y les dan cumplimiento. Acceden a este sistema todos los niños del país en situación crítica, que son transportados desde un puesto fijo a una unidad de cuidados intensivos (UCI). Se solicita control del Ministerio de Salud de acreditaciones y cumplimiento.

TL17- SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS PRIMEROS CASOS PEDIÁTRICOS REPORTADOS EN URUGUAY

SEUDONIMO: TRABAJO 17
Uruguay

INTRODUCCIÓN. Los hantavirus son virus ARN que producen una zoonosis transmitida por distintos tipos de roedores. El síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) se inicia con síntomas inespecíficos seguido de distress respiratorio de instalación brusca. La tasa de mortalidad es del 30-50%. Las formas leves o asintomáticas parecen ser más frecuentes en niños que en adultos. **OBJETIVOS.** Describir las características clínicas y de laboratorio de los casos de SPH confirmados en Uruguay, en la población pediátrica, en los últimos 10 años. **MATERIAL Y METODOS.** Trabajo descriptivo, retrospectivo. Se analizaron los datos de todas las historias clínicas de los niños menores de 15 años con diagnóstico de SPH confirmados o considerados casos sospechosos. **RESULTADOS.** Se incluyeron 6 pacientes. La media de edad fue de 5 años y 4 meses. Cuatro pacientes procedían de Rocha y dos de Canelones. Los seis tuvieron contacto con roedores. Cinco tuvieron una presentación clínica clásica. La radiografía de tórax evidenció infiltrado difuso bilateral en todos los casos. En tres se comprobó compromiso pleural. Cinco niños ingresaron a un centro de cuidados intensivos, 2 requirieron AVM. Ocurrió una muerte. **DISCUSIÓN.** Algunos grupos de pacientes pueden tener mayor riesgo de contraer SPH. La tasa de letalidad en Uruguay es del 26,5% cuando se incluyen todos los casos. En la presente serie pediátrica la letalidad fue 16,7%. El patrón de laboratorio con leucocitosis (con desviación a la izquierda y aumento de inmunoblastos), hemoconcentración, plaquetopenia junto con LDH y enzimas hepáticas aumentadas apoyan firmemente el diagnóstico. El compromiso renal se presentó en la mitad de los casos no encontrándose relación con la severidad del cuadro clínico. Entre 1997 y 2007 en Uruguay fueron constatados 97 casos de hantaviriosis. 49 (50%) corresponden al período 2004-2007. Esto puede interpretarse como un aumento considerable de la incidencia o un incremento en la sospecha de éste diagnóstico. La infección por leptospira, influenza, mycoplasma y dengue deben considerarse en el diagnóstico diferencial. **CONCLUSIONES.** Esta descripción es la primera serie de casos en pediatría del Uruguay. Entre ellos ocurrió una sola muerte y 4 no requirieron AVM lo que apoya los hallazgos de otros autores respecto de presentaciones de SPH no tan graves en niños. Debería considerarse esta enfermedad en todo paciente sano, con factores ambientales de riesgo, que instala una dificultad respiratoria aguda no necesariamente grave.

TL28 - PREVALENCIA DE ACCIDENTES EN NIÑOS INGRESADOS A UN SERVICIO DE PEDIATRÍA.

Carugaty M^a J., Illescas A, Pérez W y Montano A.
Uruguay

Introducción. Los accidentes en la infancia en Uruguay constituyen la principal causa de muerte en los niños mayores de un año, representando la segunda causa de admisión en nuestro hospital. No existen suficientes datos que permitan estimar la prevalencia global de los accidentes no fatales, en particular de los ocurridos en el hogar. **Objetivos:** Estimar la prevalencia de accidentes en la población pediátrica usuaria del Centro Hospitalario Pereira Rossell y conocer sus principales características. **Metodos:** Se trata de estudio horizontal y descriptivo. Se realizó durante el año 2007, con la colaboración de estudiantes del ciclo materno-infantil en base al protocolo 50 de las Investigaciones Operativas de AIEPI/OPS/OMS. Se encuestó a los cuidadores de los niños internados en el CHPR en 4 cortes (junio, setiembre, diciembre y marzo). Se incluyeron todos los pacientes mayores de 6 meses. Los datos se volcaron a Epi 2000. **Resultados:** Se incluyeron 513 pacientes en los 4 cortes. El 52% eran varones. La mediana de edad fue de 6 meses (6 m a 19 años). Presentaban alguna discapacidad previa 67 niños, correspondiendo al 13% de la muestra. La discapacidad motora fue la más frecuente (52 %), seguida del déficit sensorial (30%). El padre convivía con el niño en el 64% y la madre en el 96%. Los niños eran cuidados por un adulto en el 98,5%. Entre los cuidadores el 9,5 % tenían primaria incompleta. El 57% de los encuestados era de Montevideo. El 37% había tenido un accidente o más en los pasados 6 meses: 33 % un accidente, 4% dos o más accidentes. De los 207 accidentes registrados, el 60% ocurrieron en el hogar y un 18% en la vía pública. El 54% ocurrieron durante actividades recreativas. El 50% fueron caídas, el 18% estuvieron relacionados con vehículos, 10% quemaduras, 4% provocados por animales y 3% intoxicaciones. La localización más frecuente fue la cabeza (30%), seguida por miembros inferiores (27%) y miembros superiores (13%). La naturaleza de la lesión fue importante en el 30% de los casos. Consultaron 65% y el 15% debió ser internado, de los cuales 13 niños ingresaron a CTI (2,5%). Tuvieron discapacidad transitoria 42 niños (8%) y permanente 17 niños (3%). **Discusión y conclusiones.** La prevalencia de accidentes en esta población fue muy alta, destacándose la gravedad de los mismos, con requerimientos asistenciales y secuelas importantes. Estos datos pueden ser insumos de interés para definir estrategias locales de prevención.

TL18 - INTERNACION ABREVIADA UNIDADES DE TERAPIA INHALATORIA. 2008. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO DEL LACTANTE.

SEUDONIMO: TRABAJO 18
Uruguay

Introducción: Dado el incremento en la tasa de mortalidad infantil en el año 2007(11,84%) en relación al año 2006(10,50%) y vinculado a que una de las principales causas de morbilidad en menores de dos años, son las infecciones respiratorias, surge desde el MSP la inquietud de desarrollar estrategias para estandarizar la atención de este grupo etario, creándose nuevas unidades de terapia inhalatoria (UTI). **Objetivo:** Evaluar el funcionamiento y la eficacia de un protocolo terapéutico, en régimen de internación abreviada. Otorgar un marco de contención asistencial a los usuarios del primer nivel de atención. **Material y método.** Fueron analizados en forma prospectiva 1104 niños asistidos en 7 UTIs durante el período comprendido entre el 1º de junio y 31 de agosto de 2008. Se incluyeron pacientes entre 1 y 24 meses, con SBOL moderado, sin factores de riesgo, que consultaron en los servicios de emergencia de los centros participantes. Fueron tratados siguiendo un protocolo preestablecido y valorados mediante el score de Tal modificado. Recibieron salbutamol por vía inhalatoria (2 puff cada 20 min) durante una o dos horas según la respuesta. Los pacientes con antecedentes de SBOL recibieron en la segunda hora prednisona a 2mg/Kg. Los que requirieron una tercera hora de tratamiento recibieron una nebulización con 2,5 ml de adrenalina mas 1,5 ml de suero fisiológico. Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS 15.0. **Resultados:** El promedio de estadía fue de 3,20 hs. Fueron derivados a domicilio luego de una internación abreviada. 72,55% de los pacientes. Presentaba antecedentes de SBOL el 59,9 % .Hay antecedentes familiares de asma en el 61,3% y en el 56,9% hay antecedente ambiental de tabaquismo. Se realizó el seguimiento telefónico de los pacientes asistidos. El porcentaje de reconsulta fue del 8,8%. **Conclusiones:** Se cumplió el protocolo en el 69,5% de los casos. La mayor parte de los niños asistidos en el primer nivel de atención fueron derivados a su domicilio, con la reducción de riesgo de infección intrahospitalaria, y el beneficio social y económico que esto implica. Se logró el trabajo coordinado entre el 1º y 3er nivel de atención, estandarizando un tratamiento, en beneficio del usuario.



Resúmenes

TL19 - INTERNACION ABREVIADA UNIDADES DE TERAPIA INHALATORIA. ROL DEL ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO DEL LACTANTE. SEUDONIMO: TRABAJO 19 Uruguay

Introducción: Dado el incremento en la tasa de mortalidad infantil en el año 2007(11,84%) en relación al año 2006(10,50%) y vinculado a que una de las principales causas de morbi-mortalidad en menores de dos años, son las infecciones respiratorias, surge desde el MSP la inquietud de desarrollar estrategias para estandarizar la atención de este grupo etario, fortaleciendo el primer nivel de atención. **Objetivo:** Optimizar la Calidad de Enfermería en el Primer Nivel, a los pacientes que consultan por SBOL con score de Tal de entre 5 y 8, en el período comprendido entre 1º de junio y 31 de Agosto de 2008. Otorgar un marco de contención asistencial a los usuarios del primer nivel de atención. Unificar criterios de atención de enfermería de los Usuarios incluidos en el programa. Contribuir a la mejora del nivel de formación del personal de enfermería del Primer Nivel de Atención. **Material y método.** En el marco de la implementación del programa fueron contratados 28 Auxiliares de Enfermería a los cuales se les brindó cursos de formación para la tarea. Se entrenaron en cuanto a la valoración de los usuarios mediante score de tal, aplicación del protocolo de tratamiento y registro de datos en el formulario destinado para ello. La dinámica fue la realización de talleres, entrenamiento en el lugar de trabajo y elaboración de un manual de procedimientos, que se distribuyó en cada uno de los centros. Los talleres fueron extensivos a todo el personal dependiente de RAP y ASSE que desearon participar. **Resultados:** Se asistieron 1104 pacientes de los cuales el 72,55% fueron derivados a domicilio luego de una internación abreviada. El promedio de estadía fue de 3,20 Hs. Los talleres contaron con la presencia de alrededor de 100 asistentes. **Conclusiones:** en el 69,5% de los casos se aplicó el protocolo de manera adecuada. La mayor parte de los usuarios asistidos en el primer nivel fueron derivados a su domicilio con el beneficio social que esto implica para la familia. A pesar de que se dispuso de poco tiempo para la planificación y la puesta en marcha del programa, los resultados fueron positivos. Se logró la normatización de los procedimientos, jerarquizando el rol de Enfermería en la aplicación del protocolo de tratamiento.

TL6- DESARROLLO DE UNA GUÍA CLÍNICA PREDICTIVA EN LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD SEUDONIMO: TRABAJO 6 Argentina

Objetivos: Desarrollar un modelo matemático para predecir la probabilidad de NAC y además evaluar una guía predictiva ya desarrollada, aún no validada en un escenario clínico. **Materiales y métodos:** Durante un período de un año evaluamos niños con fiebre y diagnóstico clínico presuntivo de neumonía en 4 instituciones de distinta complejidad. Se evaluaron: sexo, edad, frecuencia respiratoria, días de fiebre, temperatura máxima, si tenía taquipnea, tos, dolor torácico, tiraje, aleteo, dolor abdominal, vómitos, quejido, rales, disminución entrada de aire, sibilancias, decaimiento, si comía menos, si dormía menos y estación del año. Las radiografías de tórax fueron fotografiadas y luego interpretadas por dos radiólogos pediatras. **Resultados:** Un total de 257 niños fueron evaluados. 179 (69%) con diagnóstico clínico y radiológico de NAC y 78 (30%) sin confirmación radiológica. Fueron registradas 96 fotos y en 64 casos (76.19%) hubo coincidencia diagnóstica entre el pediatra evaluador y los radiólogos (índice kappa : 0.68). Las probabilidades calculadas permitieron construir la curva ROC y en base a los coeficientes estimados calcular a través de una tabla Excel un valor asociado a la probabilidad de neumonía. **Conclusiones:** Hemos desarrollado un modelo de 12 variables de alta sensibilidad y especificidad diagnóstica de neumonía. Para su utilización será útil aplicar un software adecuado. También, validamos una guía clínica predictiva de 4 variables que demuestra una sensibilidad del 93.8% para diagnosticar neumonía en niños con fiebre y rales localizados o disminución entrada de aire o taquipnea o cualquier combinación de estas cuatro variables.

TL24 - SALBUTAMOL INTRAVENOSO EN LA CRISIS ASMÁTICA SEVERA. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL C.H.P.R. SEUDONIMO: TRABAJO 24 Uruguay

La crisis asmática es uno de los motivos de consulta más frecuente en los departamentos de emergencia pediátrica. Las mayores dificultades se presentan con las crisis severas. El uso de salbutamol intravenoso continúa siendo controvertido. El objetivo del presente trabajo es reportar la experiencia con el uso de salbutamol i/v en los niños asmáticos que requirieron admisión en la URE.(Unidad de Reanimación y Estabilización) del DEP. **POBLACION Y METODO:** Se realizó un estudio retrospectivo, de los pacientes entre 2 y 14 años con diagnóstico de crisis asmática que recibieron salbutamol i/v en la URE. Se investigó desde el 1/1/2005 y el 31/7/2006. Los datos obtenidos fueron: edad, sexo, fecha de ingreso, clasificación del asma enfermedad, presencia de tratamiento preventivo con corticoides inhalados, requerimiento de oxígeno, necesidad de ventilación asistida, dosis y forma de administración del salbutamol, uso de otros fármacos, efectos secundarios, evolución y destino final del paciente. **Registros de enfermería de frecuencia cardíaca, saturometría de pulso. Kaliemias según valores de referencia del C.H.P.R** **RESULTADOS:** Se incluyeron 34 pacientes. Estaban catalogados como asmáticos intermitentes 17 niños, 9 como persistentes. Recibían corticoides inhalados previamente 3 niños. Habían requerido internación previa por asma en CTI 7, AVM 3 pacientes El 100 % presentó insuficiencia respiratoria. El rango de dosis de salbutamol I/V utilizadas estuvo entre 0,5 y 5 gammas/kg/min. con una media de 1,5 y una mediana de 2.La media de duración del tratamiento fue de 6 horas. En 24 niños se realizó monitorización ECG no se registró alteraciones compatibles con hipopotasemia, ni taquicardias extremas. El 100 % tenían taquicardia antes del inicio del salbutamol iv .En ocho pacientes el registro más elevado de frecuencia cardíaca se identificó antes de iniciado el salbutamol I/V.Se solicitó ionograma en 18 casos. Se constató hipokaliemia en 6. No se evidenciaron disonías sintomáticas. Fueron derivados a la UCI el 29%, tres requirieron ventilación no invasiva (VNI), y el 15% AVM. No se registraron muertes. **CONCLUSIONES:** Esta serie de casos presentada expone parte de una larga experiencia de pediatras emergencistas e intensivistas uruguayos con el uso de salbutamol I/V con buenos resultados empíricos y pocos efectos adversos. Son necesarias nuevas investigaciones con metodología adecuada que permitan establecer claras evidencias sobre la seguridad y eficacia del uso de salbutamol I/V en la crisis asmática.

TL10 - CONSULTAS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA DE UNA INSTITUCION DE ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA. CENTRO DE ASISTENCIA DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. 2007. Ferrari AM, Dabobe M, Epstein A, Mayer M, Pais T, Gutiérrez S. Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. 2007. Uruguay

Para una mejor organización de la atención en un servicio de urgencia y una planificación más racional de los recursos materiales y humanos, es necesario conocer las características de las consultas realizadas. Este estudio se realizó con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la atención brindada en la Puerta de Urgencia Pediátrica del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. **METODOLOGIA.** Estudio descriptivo retrospectivo. Fuente de datos: historias clínicas de la Urgencia Pediátrica del año 2007, correspondientes a 4 períodos de igual duración (46 días): 1º/II 15/II (verano), 1º/IV 16/IV (otoño), 15/VII 29/VIII (invierno), 15/XI 29/XI (primavera). Se analizaron datos de los pacientes (edad, sexo), de las consultas (demora, duración, reiteración), diagnósticos, interconsultas y destino de los pacientes. **RESULTADOS.** Se analizaron 9082 consultas que representan el 47.4% del total del 2007. El mayor número se registró en primavera (2532) y el menor en otoño (2138). La falta de datos en la historia clínica impidió evaluar la demora, duración y reiteración de la consulta. La tasa global de consulta por afiliado fue de 28.5%; la más alta corresponde a los menores de 1 año, decreciendo a medida que aumenta la edad. Consultaron más los varones en todos los períodos y el mayor número de consultas correspondió a los niños de 1-4 años. Fueron dados de alta a domicilio 8031 (88.4%) niños, ingresaron a sanatorio 480 (5.3%), sólo 9 fueron derivados a CTI y ningún afiliado falleció. El mayor número de ingresos correspondió al invierno. Las enfermedades del aparato respiratorio fueron el motivo de consulta más frecuente en todos los períodos. Se realizaron 3746 interconsultas con especialista, 69% con otorrinolaringólogo. El motivo más frecuente de las 604 interconsultas con cirujano fue el dolor abdominal. El diagnóstico realizado en Puerta fue similar al del egreso sanatorial en 309 (64.3%) pacientes, se completó en 116 (24.2%) y no coincidió en 55 (11.4%). **CONCLUSIONES.** Se comprobaron fallas en los registros que deberán ser mejoradas. La interconsulta con ORL podría disminuir significativamente si los pediatras realizaran más otoscopías. Se identificaron las patologías más frecuentes lo que permitirá planificar mejor los recursos y seleccionar los temas prioritarios para la educación continua. Se evidenció la necesidad de discutir la denominación más adecuada de las patologías más frecuentes.



Resúmenes

TL22 - INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO.

SEUDONIMO: TRABAJO 22
Uruguay

Importancia y objetivo: La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye una patología frecuente en pediatría. Se estima una incidencia de 1.5 a 2% de las intoxicaciones infantiles. Se estima un subdiagnóstico del 33 %. El objetivo de la presente comunicación es analizar las controversias en el diagnóstico y en el manejo motivadas por tres casos clínicos recientes. Metodología: Descripción de una serie de casos. Resultados y discusión: Si bien la bibliografía resalta el mal funcionamiento de los aparatos de calefacción para la existencia de una intoxicación por CO, se maneja el concepto de la exposición a la fuente como único requisito, como sucedió en los casos clínicos 2 y 3. Los síntomas son inespecíficos lo que puede interpretarse erróneamente como una enfermedad viral como en el caso 1. Esto marca la importancia de la sospecha del diagnóstico frente a la exposición, presencia de síntomas en más de un miembro de la familia como en el caso número 3, y la mejoría al retirarse de la fuente. El cerebro es el órgano expuesto a mayor lesión y puede presentar efectos alejados del evento por lo cual es fundamental el seguimiento de los pacientes. La TAC de cráneo se solicita en intoxicaciones graves, siendo normal en los dos casos. Desconocemos la existencia de sintomatología neurológica en nuestros casos ya que no realizamos seguimiento de los pacientes. El segundo aparato afectado es el cardiovascular. Ningunos de los casos presentó sintomatología en esta esfera. La dosificación de CK y CK MB pueden estar elevadas como en los 3 casos. La dosificación de la carboxihemoglobina debe ser precoz, sin oxigenación previa, condiciones que no se cumplieron en nuestros casos y puede explicar los valores hallados. Conclusiones: La intoxicación por CO es de origen ambiental, frecuentemente subdiagnosticada. El subdiagnóstico lleva a un retraso del inicio de la oxigenación lo que determina un peor pronóstico. La cámara hiperbárica no se utiliza de rutina, debe ser cuidadosamente balanceada su indicación debido a los efectos secundarios aunque escasos del oxígeno hiperbárico y los riesgos derivados del traslado del paciente.

TL26 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON CONVULSIÓN FEBRIL.

Nava B Ana, Villasmil M Adriana, Ramírez M Solcaris,
Nunes M Zaifé, Hernández Rosa, Acosta Y Amalys.
Hospital de Niños de Maracaibo Estado Zulia, Venezuela

La convulsión es uno de los eventos más difíciles para una familia, principalmente al ocurrir en los niños, por lo que el conocimiento de esta patología es primordial para el médico. OBJETIVO: Establecer las características clínicas de los pacientes con convulsión febril que asisten a la emergencia del Hospital de Niños de Maracaibo. MATERIAL Y METODO: Investigación no experimental, descriptiva y transversal, el periodo estudiado desde enero de 2007 a julio de 2008. Se llenó una mini historia clínica de cada paciente. Muestra de 77 niños(as) menores de 6 años que asistieron y fueron diagnosticados con convulsión febril posterior a valoración por neurología. RESULTADOS: El 45,5% (35) fueron menores de un año, 50,6% fueron niñas, no encontrándose diferencias para el sexo, solo el 18,8% (14) presentaban antecedentes familiares de algún síndrome convulsivo, sólo el 9% (7) tenía algún déficit psicomotor, el 62,3% (48) tuvo el episodio convulsivo con temperatura rectal entre 38 °C y 38,5 °C, el 28,7% (22) de 38,5 °C y 39 °C y el 9% (7) mayor a 39 °C, el 22,1% (17) era una crisis recurrente el resto fue primoconvulsión, fueron tónico-clónicas 84,4% (65), tónicas 14,3% (11) y clónicas 1,3% (1), así mismo solo 7,8% (6) focalizadas, el resto generalizadas, el 29,9% (23) no se encontró patología asociada, la mayoría presentó infecciones respiratorias y/o gastrointestinales 51,9% (40) y del sistema nervioso central solo el 3,9% (3). Se indicó tratamiento anticonvulsivo continuo al 7,8% (6), preventivo S.O.S. Fiebre 32,5% (25), el resto sin tratamiento. CONCLUSIONES: Aún cuando la convulsión febril es frecuente, principalmente en niños menores de un año, no afecta el desarrollo psicomotor, tiene distintas formas de presentación, puede asociarse a múltiples patologías y generalmente no amerita tratamiento continuo, por lo que debe orientarse a los padres y familiares.

TL3- EL SINCOPE EN PEDIATRÍA VISTO DESDE EL ANGULO DE LA CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Chiesa P, Dutra S, Morales J, Giudice J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC.
Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

El síncope se define como la pérdida del estado normal de conciencia, brusca y breve, provocada por un insuficiente aporte de oxígeno cerebral, asociado a una pérdida del tono postural y seguida de recuperación espontánea sin que medien maniobras de reanimación. Puede presentarse de forma aislada, o precedido por sensación de mareo, debilidad e inminente pérdida de conciencia, molestia epigástrica, náuseas, palidez o sudoración. Muchas veces es difícil realizar una correcta interpretación del evento, lo que se explica fundamentalmente por dos factores: 1) información incompleta o modificada, en relación con las limitaciones propias del afectado (amnesia del episodio o recuerdo fragmentado del mismo, dificultad para expresar síntomas al carecer de experiencia previa) o de los testigos (carencia de objetividad, relato de cómo debe de ser más que de la crisis en sí misma, pérdida o magnificación de la información) y 2) actitud médica ante el problema, que puede conducir a prescindir de la información mínima indispensable para afirmar o negar un proceso en concreto en función de la positividad o negatividad de determinada exploración complementaria. La incidencia real del síncope es variable, algunos indican que hasta un 50% de los adolescentes ha presentado -al menos en una ocasión- un episodio de síncope. Representa hasta un 1-3% de consultas en un Servicio de Urgencias. Si bien se trata de una patología asumida como benigna en la mayoría de las ocasiones, no puede obviarse la enorme carga de ansiedad y preocupación que desencadena tanto en quien lo sufre como en sus padres, compañeros o docentes, que interpretan lo sucedido como un evento grave e incluso amenazante para la vida. Las dudas de interpretación que suscita, la investigación extensiva, inapropiada e infructuosa que habitualmente se asocia a su evaluación o la iatrogenia derivada de los diagnósticos y -por ende- tratamientos erróneos que en ocasiones conlleva, confieren a su correcto manejo una trascendencia adicional. Finalmente, si tenemos en cuenta el reconocimiento del antecedente de síncope en hasta el 25% de muertes súbitas por causa cardíaca, la identificación y adopción de medidas terapéuticas adecuadas en los pacientes de riesgo elevado constituye un reto ineludible. Se analizan las diferentes etiologías del síncope en la edad pediátrica con especial énfasis en las causas cardiovasculares, se discute un algoritmo diagnóstico, y se describen las opciones terapéuticas habituales.

TL12 - PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL 1 - DETECCIÓN DEL PROBLEMA

Kohan I, Musetti D
Uruguay

Introducción A principios de 2007 realizamos un ejercicio etnográfico que indagaba los aspectos interculturales que se ponían de manifiesto en la atención a personas en situación de gran sufrimiento humano y escogimos para este trabajo el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Pereira Rossell. La etnografía como método de investigación cualitativo no buscaba conocer la totalidad del funcionamiento de la Emergencia sino poder dar cuenta de algunas conductas y elementos significativos en profundidad. En esta comunicación queremos transmitir la manera en que a partir de la observación y entrevistas en este servicio se pudieron detectar elementos de desgaste emocional como ejemplo de a qué signos debemos estar atentos para identificarlo en otros contextos profesionales. Aspectos metodológicos. Las observaciones y entrevistas fueron la base de este trabajo que se desarrolló a lo largo del mes de febrero de 2007, concurriendo 2 ó 3 veces por semana en distintos horarios del día. Las observaciones se realizaron en la sala de espera, en el sector de triage, en el área de observación y de atención. Las entrevistas, de tipo semidirigidas, fueron hechas a representantes de cada uno de los actores que convergen en el área de una emergencia: padres y familiares de los pacientes, los médicos, personal de enfermería, administrativos y conserjes. Resultados: Contrariamente a la hipótesis inicial de que los signos más evidentes de malestar los encontraríamos en la población atendida, en el contexto de esta indagación apareció que una buena parte del equipo de salud de la emergencia manifestaba señales importantes de sufrimiento ligados al trabajo y que había una percepción general en el equipo, de que en los últimos años se estaban incrementando los sentimientos de malestar, desmotivación, signos de desgaste emocional. Conclusiones: En buena medida la presente comunicación estará centrada en las manifestaciones y el tipo de discurso que permitió detectar los síntomas de desgaste emocional que se visualizaron en el equipo. A partir de este trabajo se sugirieron una serie de talleres con el equipo de la Emergencia que se están realizando actualmente y que constituyen una rica experiencia tanto para los participantes como para la reflexión en la coordinación del Servicio. La exposición de estos talleres será objeto de la segunda comunicación.



Resúmenes

TL14 - PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL 2 TRATAMIENTO DEL PROBLEMA

Musetti D, Kohan I
Uruguay

Introducción Hablar de desgaste supone hablar de pérdida de capacidades: Un equipo que funcionaba bien, por una serie de motivos, poco a poco va presentando síntomas de sufrimiento por parte de sus miembros y un empeoramiento en el clima de trabajo y disfuncionalidad llegando a afectar en ocasiones los resultados de la tarea. Nuestra presentación apunta a la necesidad de atender situaciones y ámbitos de trabajo que comportan un compromiso afectivo intenso. Nos referimos en el ámbito de la salud a los equipos que enfrentan mucho trabajo, poco tiempo y que están vinculados a un sufrimiento humano intenso y en ocasiones la muerte. Metodología: Con el acuerdo de la coordinación del DEP (Departamento de Emergencia Pediátrica del Pereira Rossell) se propuso la realización de talleres con el personal para atender los indicios de desgaste que se habían constatado. Los talleres son abiertos a todo el personal que trabaja o está vinculado a la Emergencia. Como elemento dinamizador se trabajó con la metodología del Fotolenguaje. Resultados: Se plantearon como factores prevalentes del desgaste: las dificultades en la comunicación entre los diferentes integrantes del equipo un escaso funcionamiento en equipo de trabajo problemas en el relacionamiento con la población atendida problemáticas sociales de la población atendida temores por las denuncias médico legales que han ido en aumento. Y como factores de protección surgieron: alto interés y gusto por la tarea realizada adecuada organización sanitaria del servicio en el cual se trabaja orgullo por pertenecer al equipo de Emergencia Pediátrica del Hosp. Pereira Rossell. Gusto por compartir el trabajo con médicos y enfermeros en formación Conclusiones: Existe una evaluación muy positiva de los talleres, los cuales se continúan organizando a lo largo de 2008 a razón de 4 encuentros por grupo

TL15 - EL DOLOR TORÁCICO EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA: IMPORTANCIA CLÍNICA DE LA ETIOLOGÍA CARDIOVASCULAR.

Giudice J, Chiesa P, Dutra S, Morales J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC.
Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

El dolor torácico es un síntoma relativamente común en los niños y ocupa el segundo lugar en la consulta cardiológica, solo precedido por el soplo. Su presencia genera ansiedad y preocupación en el niño y su entorno debido fundamentalmente a la extrapolación que se hace con sintomatología similar que presenta el adulto correspondiendo muchas veces a sintomatología coronaria. En la mayoría de los casos una anamnesis y examen físico correctos son suficientes para llegar a un diagnóstico etiológico. Se debe tener presente que en un porcentaje muy bajo (entre el 4 a 6% para algunos autores) este síntoma puede estar relacionado con sintomatología cardiovascular. Las características del dolor como la aparición postejercicio inmediato, el estar acompañado de palpitaciones o pérdida de conocimiento, las variaciones en su intensidad con los cambios de posición, el presentarse en un niño con un fenotipo particular (Marfan, Williams, Noonan, etc), su vinculación con cardiopatías congénitas operadas o no, consumo de drogas, orientan a etiología cardiovascular. Las causas más frecuentes de dolor torácico son benignas y están vinculadas en general con el sistema musculoesquelético (costocondritis, síndrome de Tietze, desgarras musculocostales y traumatológicas) seguido de las causas psicológicas, causas pulmonares (derrames pleurales, asma, hipertensión pulmonar, tos crónica etc), gastrointestinales (espasmo esofágico, esofagitis, reflujo gastroesofágico, cuerpo extraño, hernia hiatal, abscesos infradiaphragmáticos). La indicación de exámenes paraclínicos debe ser cautelosa, evitando la realización de estudios innecesarios. El ECG (durante el episodio de dolor preferiblemente) y la RxTx son un elemento semiológico imprescindible. La evaluación por cardiólogo pediatra se impone cuando se sospecha una afección cardiovascular o cuando la situación familiar lo impone, las otras etiologías son de resolución por parte del pediatra. Una vez hecho el diagnóstico, se debe reafirmar la confianza en la familia y el paciente, señalar la posibilidad de recurrencia del dolor y su benignidad, fomentando una actividad física normal.

TL25 - FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN MADRES ADOLESCENTES.

Nava B A, Villasmil M A, Hernández R, Nunes M Z, Ramírez M S y Acosta Y A.
Hospital Pedro García Clara, Ciudad Ojeda. Estado Zulia, Venezuela.

El embarazo en adolescentes representa un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes y de la sociedad, por lo que identificar los factores de riesgo psicosocial presentes es primordial para orientar a las jóvenes. OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo psicosocial en las madres adolescentes. MATERIAL Y MÉTODOS: estudio de tipo descriptivo, con un diseño de campo y transversal. La muestra objeto de estudio estuvo constituida por 200 adolescentes, que acudían a la consulta de triage del Hospital Pedro García Clara, Ciudad Ojeda, Estado Zulia, Venezuela, durante el año 2007, a quienes se les aplicó un instrumento tipo cuestionario estructurado por 18 preguntas de alternativas de selección simple. RESULTADOS: la menarquia se produjo entre 10 y 14 años en 93%, período intergenésico corto (68%) e inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años (88%). Alrededor del 86% ha tenido más de dos parejas sexuales. En cuanto a los factores de riesgo psicosocial, las características del ambiente familiar son las típicas de una familia disfuncional. Abandono de la escolaridad (79%) y la presencia de factores económicos poco alentadores (62%), el 75% acusa violencia doméstica, se impone el patrón de transmisión de conductas de madres y familiares hacia el embarazo (98%), tabaquismo, alcohol y drogas solas o en conjunto en el 94%, el personal de salud no cumple con el rol de orientar en el 80%, hubo influencia nociva de los medios de comunicación con relación a la pornografía en el 90%. CONCLUSIÓN: Los factores de riesgo psicosocial en la adolescente embarazada están presentes en gran proporción de ellas y deben ser corregidos y atacados tanto prenatal como postnatal para aumentar el período intergenésico y ofrecer oportunidades de desarrollo a los adolescentes.

TL27 - ARRITMIAS PEDIÁTRICAS: CLÍNICA Y MANEJO EN LA EMERGENCIA.

Papone C, Dutra S, Chiesa P, Morales J, Giudice J, Grumberg E, Gambetta JC.
Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

1) Introducción Las alteraciones del ritmo son poco frecuentes en pediatría, se presentan asociadas a cardiopatías congénitas estructurales o no, el diagnóstico y tratamiento precoz permite definir un pronóstico a largo plazo. Para reconocer correctamente una arritmia es importante previamente analizar la fisiología normal del corazón y fundamentalmente el sistema de conducción. Se debe tener en cuenta que a partir de la 8va semana de gestación ya está constituido el sistema de conducción y es posible reconocer los trastornos del ritmo en el período fetal mediante la auscultación fetal, siendo el ecocardiograma una herramienta fundamental en el momento del diagnóstico. La frecuencia cardíaca varía con la edad, así que los cambios en la misma por encima o por debajo de la normalidad para su edad, se consideran patológicos. Así tenemos las taquicardias y las bradicardias. El sistema excitatorio conductor del corazón o miocardio específico va a determinar en el ECG cada onda, espacio y complejo. 2) Clasificación de arritmias Las arritmias pueden encontrarse en corazones sin alteraciones anatómicas, o con lesiones, tanto por CC, tumores y/o lesiones por cirugía. Estudiaremos solo aquellas arritmias que se presentan en corazones estructuralmente sanos. Según su origen pueden ser supraventriculares o ventriculares. Esto es la mejor forma de valorarlas porque define el gesto terapéutico. Según la frecuencia cardíaca tenemos las taquicardias, las bradicardias y bloques. 3) Como analizar una arritmia A través de el estudio del ECG en 12 derivaciones. Se analizarán onda P y características. PR regulares o no. Relación PR y QRS. Espacio RR. QRS duración. QT 4) Tratamiento. Es importante poder diferenciar aquellas arritmias que pondrían en peligro de vida al paciente de las que no. Se tratarán aquellas que puedan desencadenar o tengan trastornos hemodinámicos. Drogas que se utilizan. Se enfocará el tratamiento de arritmias lentas y rápidas.



Resúmenes

TL11 - ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS CONSULTAS POR SÍNCOPE EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA.

SEUDONIMO: TRABAJO 11
Uruguay

El síncope es un síntoma frecuente en niños y adolescentes. Consiste en la pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural con recuperación espontánea y completa. Objetivos: conocer las características epidemiológicas de los niños que consultan por síncope en la emergencia pediátrica. Identificar causas y tipos de síncope. Metodología: el estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo no intervencionista, en el cual participaron aquellos pacientes que consultaron por síncope en la urgencia pediátrica en el período enero a diciembre 2005. Resultados y discusión: se analizaron 99 pacientes con edades comprendidas entre 0 y 14 años, con una media de 11, predominando el sexo femenino. Un 65% presentó pródomos. La posición que predominó fue de pie. Las causas precipitantes estuvieron presentes en el 31%. El despertar fue alerta en el 62%. Presentaron episodios previos de síncope un 33%. El ambiente fue considerado favorable en un 14%. Se analizaron los antecedentes personales cardiovasculares, de convulsión y espasmo del sollozo, y además antecedentes familiares de síncope, arritmia, muerte súbita, cardiopatía congénita e infarto agudo de miocardio. Se efectuó electrocardiograma a todos los pacientes, según la lectura realizada por lo médicos pediatras de guardia se detectaron 11 ECG con QTc prolongado, posteriormente todos los ECG fueron analizados por equipo cardiológico, de estos solamente uno fue patológico. A todos los pacientes se realizó glicemia y hemograma. Se detectaron 2 casos de hipoglicemia, que desde el punto de vista clínico no se comportaron como verdaderas hipoglicemias. Se hallaron 7 pacientes con anemia cuyos valores de hematocrito se encontraron en el límite inferior de la normalidad, consideramos que el episodio de síncope no puede atribuirse a la anemia en estos pacientes. El diagnóstico más frecuente fue síncope neurocardiogenico. Conclusiones: la epidemiología de nuestra población se corresponde con la de la literatura analizada al igual que el tipo de síncope que predominó. En la evaluación del niño con síncope es prioritario una correcta anamnesis y examen físico. La glicemia y hematocrito no deben ser considerados sistemáticamente en el screening de síncope. El examen recomendado es el ECG pero es preciso que sea de buena calidad y que la lectura sea efectuada por personal idóneo. Cuando la clínica es sugestiva de síncope neurocardiogenico el paciente no requiere traslado ni admisión hospitalaria y el trazado electrocardiográfico puede ser realizado en diferido.

TL5 - ACCIDENTE ELECTRICO EN PEDIATRIA. DETERMINÓ UNA LESION CARDIACA?

Chiesa P, Giudice J, Dutra S, Morales J, Papone C, Grumberg E, Gambetta JC.
Servicio de Cardiología Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

La evaluación cardiológica de un paciente que sufrió un accidente eléctrico requiere un análisis exhaustivo de la situación clínica: puerta de entrada y grado de lesión, trayecto recorrido, estado neurológico y hemodinámico (ritmo cardiaco, ECG, ecocardiograma). La magnitud del daño es proporcional a las características de: la corriente, el organismo receptor y la duración del contacto. La mayoría (80%) son por corrientes alternas (120-220 voltios), utilizadas por la industria y fundamentalmente a nivel doméstico, con tendencia a producir arritmias cardíacas graves y tetanización muscular, que aumenta la severidad del daño. La corriente continua que se utiliza en baterías, pilas y microcircuitos, cuando tiene voltajes elevados produce un daño un tercio menor al causado por una corriente alterna. En el síndrome de electrocución por alto voltaje y la lesión eléctrica por arco voltaico (más de 50.000 voltios), se producen severas lesiones en múltiples órganos conduciendo a la muerte. El traumatismo eléctrico por rayo es una descarga de potencial muy intensa (mayor a 1.000.000 voltios) que causa la muerte instantánea por parálisis de los centros respiratorios. La base patológica de lesión tisular es la producción de calor, combinando efectos electromagnéticos, de electrolisis, roturas de membranas biológicas y fenómenos de excitación nerviosa, muscular y cardíaca. Puede causar arritmias letales por diferentes razones: tardanza en llegar a la escena, falta de medios, inexperiencia de quienes asisten al accidente, por no realizar una reanimación adecuada o por asociarse shock hipovolémico, acidosis e hiperpotasemia (en quemaduras extensas). Un 37% de pacientes que sufren un traumatismo eléctrico pueden tener alguna alteración cardíaca, desde taquicardia sinusal y cambios inespecíficos de la onda T transitorios, hasta signos isquémicos y arritmias ventriculares graves. El daño puro del músculo cardíaco es raro, la isoenzima del músculo cardíaco (CPK-MB) es poco específica ya que se eleva con el traumatismo muscular esquelético, más específica es la troponina donde sus subunidades cTnT y cTnI para músculo cardíaco poseen una secuencia de aminoácidos que las diferencia de las de músculo estriado no cardíaco. Los criterios para monitorizar el ECG son: Paso transtorácico de la corriente. Descarga por rayo o por alto voltaje. Dolor torácico e hipoxia. Shock cardiogenico. Pérdida de conciencia. Alteraciones del ECG. Patología cardiovascular previa. Shock hipovolémico.

TL21 - COMPLICACIONES A MEDIANO Y LARGO PLAZO EN TRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO

Ceruti MB., Chiesa P., Giudice J., Dutra S., Morales J., Canessa R., Gelos S., Anzibar R., Tambasco J., Leone R.
Instituto de Cardiología Infantil. ICI. MUCAM. Montevideo. Uruguay

El objetivo de esta presentación es alertar al pediatra sobre cuáles son las complicaciones más frecuentes que motivan consulta en un paciente trasplantado cardíaco que es importante detectar para tratarlas precozmente y evitar de esta forma complicaciones mayores. METODO: Se realiza un estudio retrospectivo sobre 17 historias clínicas de pacientes a quienes se les efectuó trasplante cardíaco en el Instituto de Cardiología Infantil (ICI) desde el mes de Diciembre de 1996 a la fecha, registrando las complicaciones que presentaron en su evolución a mediano y largo plazo. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: La edad de los mismos osciló entre 11 días y 14 años correspondiendo el 41% a pacientes entre 1 y 14 años; 41% entre 1 y 5 años, 12% entre 6 y 10 años y 6% menores de 1 año. El rechazo celular del injerto estuvo presente en el 30 % de los casos con expresión clínica que puede ser tan sutil como decaimiento, cansancio, trastornos digestivos, hasta claros elementos clínicos de insuficiencia cardíaca. La infección es la otra complicación más frecuente en el primer año de realizado el trasplante. En nuestra casuística el 17% correspondió a infección bacteriana, destacándose que no deben administrarse macrólidos pues aumentan la titulación de ciclosporina con posibilidad de inducir insuficiencia renal. El 17% presentó infección a Citomegalovirus. El 9% correspondió a infección a herpes virus tipo 2. No se registró nefrotoxicidad inducida por la medicación ni neoplasias. Dos pacientes fallecieron por Enfermedad vascular del Injerto a los 5 años de efectuado el Trasplante. La Hipertensión Arterial estuvo presente en dos pacientes en clara relación con la medicación. CONCLUSIONES: La detección precoz de las complicaciones, así como el conocimiento de las interacciones medicamentosas hacen posibles mejorar la sobrevida de nuestros pacientes trasplantados cardíacos.

TL9 - ECOCARDIOGRAMA EN LA URGENCIA PEDIATRICA

Morales J., Dutra S., Chiesa P., Giudice J., Grumberg E., Gambetta JC., Barbela A., Gelos S., Canessa R.
Servicio de Cardiología Infantil. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

El ecocardiograma es un método diagnóstico complementario de suma importancia en el manejo de múltiples patologías (cardiológicas o no) en un servicio de urgencia pediátrica. Brinda la certeza diagnóstica de la patología, informa sobre su evolución y pronóstico, formando parte del manejo terapéutico en muchas oportunidades. Al poder realizarse a la cabecera del paciente y en un tiempo prudencialmente rápido, se llega a conclusiones que permiten realizar el tratamiento y las medidas terapéuticas en la emergencia. De esta forma evitamos las demoras diagnósticas y los elevados costos que podría conllevar una internación. Diferentes entidades pueden llevar a la solicitud de un ecocardiograma en forma urgente. Puede tener el objetivo de esclarecer una patología cardíaca que se sospeche por la clínica, el electrocardiograma y/o la radiografía de tórax, o puede utilizarse como evaluación de enfermedades de otros sistemas en las que se evidencie participación cardíaca. Se detallan algunas de las indicaciones más frecuentes: 1) Sospecha de cardiopatía congénita. 2) Cardiomegalia radiológica (derrame pericárdico, miocarditis, miocardiopatía dilatada). 3) Cuadros respiratorios graves con o sin shock (neumonías, bronquiolitis). 4) Fiebre sin foco con sospecha clínica de endocarditis. 5) Enfermedades sistémicas. 6) Cuadros agudos neurológicos con sospecha de embolismos. 7) Insuficiencia cardíaca en pacientes con tratamientos hemato-oncológicos. 8) Dolor torácico. 9) Arritmias. 10) Traumatismos de tórax, accidente eléctrico. 11) Disnea de aparición brusca. Es de destacar la importancia del ecocardiograma no solo como diagnóstico sino también en la realización de las medidas terapéuticas: 1) pericardiocentesis en el derrame pericárdico con taponamiento, dada la gravedad de este cuadro, el médico debe actuar a la mayor brevedad, y muchas veces la pericardiocentesis hay que realizarla en la sala de emergencia. El ecocardiograma guiara la punción evitando yatrogenias y permitiendo controlar la evacuación del líquido con la consiguiente mejora hemodinámica. 2) atresiotomía en cardiopatías congénitas donde es imprescindible un adecuado tamaño de la CIA. Este método económico, rápido y con excelentes resultados diagnósticos debe formar parte de la práctica médica en todo servicio de urgencia. Ello unido a la clínica y demás métodos complementarios redundara en mayor beneficio para los pacientes al brindar un correcto diagnóstico posibilitando un tratamiento eficaz.



Actividad Protocolar

Ceremonia de apertura:

Jueves 30 de octubre a las 19:00hs, en el Salón Azul de la Intendencia Municipal de Montevideo (piso 1 y ½)

Entrega de premios:

Sábado 1 de noviembre a las 14:45 horas, en el Salón Azul de la Intendencia Municipal de Montevideo

Actividad Social

Cóctel de camaradería:

Jueves 30 de octubre a las 19:30hs, posteriormente de la Ceremonia de apertura en la Sala de Ceremonias de la Intendencia Municipal de Montevideo (2° piso), cortesía de Laboratorio Gramón Bagó del Uruguay S.A.

Cena de clausura:

Sábado 1 de noviembre a las 22:00 hs, en el Hipódromo Nacional de Maroñas (José María Guerra 3540), cortesía de Laboratorio Roemmers.

Retirar invitación en la Secretaría antes del viernes 31 hora 10 (se requerirá cédula de identidad)

Inscriptos pagos: sin costo

Costo ticket de acompañante: \$ 700

Costo ticket para inscripto becado: \$ 350

Información general

Sede de las Jornadas

Centro de Convenciones
Intendencia Municipal de Montevideo
18 de Julio s/n, piso 1 ½
Montevideo – Uruguay
Tel: (598 2) 1950 2117 - Fax: (598 2) 1950 1928

Secretaría

Atenea Eventos srl
Juan Carlos Gómez 1476 Of. 401.
Tel-Fax: (598 2) 916 3315
E-mail: ateneaeventos@atenea.com.uy
Web: www.atenea.com.uy
Montevideo – Uruguay

Distribución de Actividades y Salas

Sala Azul	Actividad académica médicos
Sala Roja	Actividad académica enfermería
Foyer Sala Azul	Secretaría
	Exposición Comercial
Sala Blanca	Pruebas Slides

HORARIO DE SECRETARIA

Jueves 30	07:30 a 19:30
Viernes 31	07:30 a 20:00
Sábado 1	07:30 a 19:00



TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

La tarjeta de Identificación, la cual le acredita oficialmente como Participante de las Jornadas, debe ser presentada para ingresar a la sala de actividad científica. Su uso es obligatorio. En caso de extravío, se deberá abonar el 50% del valor de su inscripción.

INVITACIÓN

Para asistir al Cóctel de camaradería y Cena de clausura, será imprescindible la presentación de las correspondientes invitaciones.

IMPORTANTE

El uso de teléfonos celulares está prohibido dentro de la Sala de Conferencias.

DIPLOMAS

Los diplomas se entregarán el último día de las Jornadas (sábado 1) a partir de las 10.00 hs.. Aquellos participantes que no retiren su diploma en las Jornadas, podrán hacerlo en la Secretaría Atenea Eventos srl.

ÁREA DE EXPOSICIÓN COMERCIAL

Ubicada en el Foyer de la Sala Azul, disponible para los participantes del 30 de octubre al 1 de noviembre durante el horario de las Jornadas.

PUNTUALIDAD

La puntualidad será pilar fundamental para la organización de las Jornadas, por lo que informamos que las actividades comenzarán estrictamente de acuerdo al cronograma asignado, de manera de respetar el uso equitativo de las salas por todos los participantes.

Durante los días de las Jornadas, estará a vuestra disposición la sala de pruebas de las presentaciones, a la cual le sugerimos concurrir con la suficiente antelación.





Patrocinadores

El Comité Organizador de las Jornadas agradece el importante apoyo de las siguientes empresas:

Antía Moll
Bayer
Celsius
Chem's Tree
Dominique Stajano Viajes
Farmanuario
Fundación Mauricio Gajer - SEMM
GlaxoSmithkline
Gramón Bagó
Icu Vita
Johnson & Johnson Medical
Key Medical
Libra
Loriano
Maxiplast
Promofarma
Roemmers
Sanofi Aventis
Spefar
SUAT
Sume – Esteban Llorente
Tresul
Urufarma
Vygon

SALA ROJA

Jueves 30 de octubre		Viernes 31 de octubre		Sábado 1 de noviembre	
Acreditaciones e Inscripciones					
07:30 - 08:30					
08:30 - 08:45	Apertura / Mariela Alamilla				
08:45 - 09:45	Taller Accesos vasculares Claudia Rodríguez Zulema Olivera	08:45 - 09:45	Mesa Redonda Tóraxocentesis y utilización de estreptoquinasa Estela Ferreira Ana González	08:45 - 09:45	Preguntas y Respuestas Oxigenoterapia / inhaloterapia Sandra Díaz - Claudia Rodríguez Karina Centurión - Alexis Selios
09:45 - 10:00	Descanso	09:45 - 10:00	Descanso	09:45 - 10:00	Descanso
10:00 - 11:30	Mesa Redonda Registros de enfermería. Implicancia médico legal Andrea Hauser Rosana Manlikowski Maribel Ares Ares Begoña Galarraga Martín	10:00 - 11:30	Mesa Redonda Adicciones / Intento de Auto Eliminación Amparo Huguet Eliana Ripa Gonzalo Romero	10:00 - 11:30	Conferencia Organización del Departamento de Emergencia Begoña Galarraga Martín Amparo Huguet
11:30 - 12:15	Conferencia Triage Maribel Ares Ares - Amparo Huguet	11:30 - 12:15	Conferencia Anagelsia y sedación Maribel Ares Ares	11:30 - 12:15	Conferencia Urgencias cardiológicas Estela Ferreira - Ana González - Sandra Díaz
12:15 - 13:30	Descanso	12:15 - 13:30	Descanso	12:15 - 13:30	Descanso
13:30 - 14:30	Discusión de Casos Clínicos Paciente politraumatizado Sandra Díaz Karina Centurión	13:30 - 14:30	Conferencia Shock séptico Begoña Galarraga Martín Sandra Díaz	13:30 - 14:30	Conferencia Manejo de enfermería en la cetoacidosis diabética Sandra Díaz Marcelo Roveta
14:30 - 15:30	Discusión de Casos Clínicos Síndrome nefrítico Claudia Rodríguez	14:30 - 15:30	¿Qué hay de nuevo? Síndrome Bronco-Obstructivo del lactante Maribel Ares Ares Sandra Díaz	14:45 - 15:00	Entrega de Premios
15:30 - 15:45	Descanso	15:30 - 15:45	Descanso		
15:45 - 16:45	Conferencia Síndrome nefrótico y nefrítico Natalia Baricevich Sergio Castronan	15:45 - 16:45	Clinica, laboratorio y medidas de aislamiento Silvia Techera - Eduardo Silveira Sandra Díaz		
16:45 - 17:45	Mesa Redonda Fisiología del traslado sanitario Alvaro Medina Cecilia Rodríguez	16:45 - 17:45	Conferencia Traslado del niño grave Carlos Padilla Errol Ramos		
17:45 - 18:30	Conferencia Intoxicaciones con monóxido de carbono Begoña Galarraga Martín - Amparo Huguet	17:45 - 18:30	Conferencia Recién nacido. Consultas más frecuentes en la emergencia Luciana Picardo Sandra Díaz		
19:00 - 19:30	Ceremonia de apertura				
19:30	Cóctel de Camaradería				

IX Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

100 Años del Centro Hospitalario Pereira Rossell

20 Años de Gestión del Departamento de Emergencia
Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell

XIII Reunión de Editores del Cono Sur



Organiza SIEPU: Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica del Uruguay



30 de octubre al 1 de noviembre de 2008 - Intendencia Municipal de Montevideo

Secretaría



Atenea Eventos srl
Juan Carlos Gómez 1476 Of. 401.
Tel-Fax: (++ 598 2) 916 3315
E-mail: ateneaeventos@atenea.com.uy
Web: www.atenea.com.uy
Montevideo – Uruguay

Adhesión



GlaxoSmithKline