



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014
Centro de Convenciones - Torre de los Profesionales



Organiza: SIEPU
Sociedad Integrada de
Emergencia Pediátrica del Uruguay



PROGRAMA OFICIAL

Adhesión





Organiza: SIEPU
Sociedad Integrada de
Emergencia Pediátrica del Uruguay

Autoridades

Dr. Bernardo Alonso	Lic. Emilio Fierro	Dra. Fabiana Morosini
Dra. Alejandra Cedrés	Lic. Amparo Huguet	Dr. Javier Prego
Dra. Alicia Dalgalarondo	Dra. Helle Imbríaco	Lic. Gaspar Reboredo
Dra. Patricia Dall'Orso	Dra. Rosa Lojo	Dra. Graciela Sehabiague
Dr. Daniel De Leonardis	Dra. Rosario López	Dra. Soledad Tórtora
Dra. María Inés Ferreira	Dra. Mariana Más	

Invitados Extranjeros

Dr. Iván Alcoholado (Chile)	Lic. Eliana Escudero (Chile)	Dr. Santiago Mintegi Raso (España)
Dra. Liliana Cáceres (Argentina)	Dr. Javier González del Rey (USA)	Dra. Viviana Pavlicich (Paraguay)
Lic. Natalia Cardozo (Paraguay)	Dr. Nathan Kuppermann (USA)	

Auspicios

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

**Declarado de Interés Turístico por el Ministerio de Turismo
y Deporte, según Expediente N°201402437**

Dinámica de Actividades

- Conferencias
- Interactivos
- Casos Clínicos con Mesa de Expertos
- Temas Libres



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA ANACAHUITA

MIÉRCOLES 15 DE OCTUBRE

07.30 – 08.30	Acreditaciones y Entrega de materiales
08.30 – 09.00	Conferencia Plenaria Triage RAC <i>Lic. Natalia Cardozo (Paraguay)</i> Presentador: <i>Lic. Emilio Fierro</i>
09.00 - 10.00	Mesa Redonda ¿Cuándo es oportuna la consulta con el especialista? Coordinadora: <i>Dra. Alicia Dalgarrondo</i> Expositores: <i>Dr. Daniel Wolff</i> <i>Dr. Saúl Salomón</i> <i>Dra. Licet Alvarez</i>
10.00 - 10.30	Descanso - Café
10.30 – 11.30	Sesión Interactiva Coordinadora: <i>Dra. Loredana Matrai</i> Presentadoras: <i>Dra. Alejandra Cedrés</i> <i>Dra. Carla Margni</i> Expertos: <i>Dra. Amalia Laborde</i> <i>Dra. Adriana Martínez</i> <i>Dr. Santiago Mintegi Raso (España)</i>
11.30 – 12.00	Miniconferencia Seguridad del paciente <i>Dra. Viviana Pavlicich (Paraguay)</i> Presentadora: <i>Lic. Amparo Huguet</i>
12.00 – 13.30	Intervalo
13.30 – 14.30	Mesa de Expertos - Casos Clínicos Urgencias quirúrgicas: hemorragia digestiva Coordinador: <i>Dr. Diego Pereira Núñez</i> Presentadoras: <i>Dra. Ingrid Mattsson</i> <i>Dra. Gabriela Amaya</i> Expertos: <i>Dra. Patricia Dall'Orso</i> <i>Dr. Iván Alcoholado (Chile)</i> <i>Dr. Claudio Iglesias</i>
14.30 - 15.00	Miniconferencia Evaluación de competencias en emergencia pediátrica <i>Dr. Walter Pérez</i> Presentador: <i>Dr. Javier Prego</i>

- 15.00 - 16.10 **Mesa Temas Libres - Médicos**
Abuso sexual, adolescencia
Comentadores: *Dr. Javier González del Rey (USA), Dra. Anabela Santoro*
- 15.00 - 15.10 **N°16 ¿POR QUÉ CONSULTAN LOS ADOLESCENTES EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL BRITÁNICO? ¿QUÉ SABEN ELLOS Y NOSOTROS DE SUS DERECHOS?**
Ponce MN, Davrieux M, Ramírez Y, Gonnet M, Dall'Orso P.
Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Británico (HB). Montevideo. Uruguay.
- 15.10 - 15.20 **N°29 UN CASO CLINICO DE MALTRATO INFANTIL EN LA URGENCIA**
López A, López A
Hospital Regional de Tacuarembó-Uruguay
- 15.20 - 15.30 **N°31 CARACTERIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL 2010 - 2014.**
Guerrero J, Gurin L, Santoro F, Veirano C, Zunino C, Vomero A, Pandolfo S, García L, Prego J.
Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo Uruguay.
- 15.30 - 15.40 **N°35 CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS HOSPITALIZADOS POR PROBABLE MALTRATO INFANTIL/ O ABUSO SEXUAL. RENDIMIENTO DE LOS SIGNOS CLINICOS INICIALES**
Gerpe A L, Vila R, Baraibar A, Machado K, Pérez W.
Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina UDELAR
- 15.40 - 15.50 **N°40 CONSULTA ADOLESCENTE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA PEDIATRICA.**
Maurense L, Ferreira M, Más M, Hernandez K, Rimolli A, Castellanos F, Prego J, Giachetto G, García L.
Departamento de Emergencia Pediátrica. Hospital Pediátrico- Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). Udelar. Casa de Galicia (CG). Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (AE). Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC). Montevideo y Colonia. Uruguay
- 15.50 - 16.00 **N°45 CONSULTAS EN EMERGENCIA DE NIÑOS CON CONDICIONES DE SALUD PASIBLES DE CUIDADOS PALIATIVOS.**
Dall'Orso P, Fernández C, Parada M, Notejane M, Bernadé M.
Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP). Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) Facultad de Medicina Udelar. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- 16.00 - 16.10 **N°50 ROTURA VESICAL INTRAPERITONEAL: RARA CAUSA DE CUADRO AGUDO DE ABDOMEN. ¿TRAUMATISMO NO INTENCIONAL O MALTRATO INFANTIL?**
Mattsson J, Pereira Nuñez D.
Clínica Quirúrgica Pediátrica. Departamento de Emergencia. Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- 16.10 - 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 - 17.15 **Conferencia**
Convulsiones - Status epiléptico
Dra. Viviana Pavlicich (Paraguay)
Presidente: *Dra. Andrea Rey*
- 17.15 - 18.15 **Mesa Redonda**
Avances en el manejo de la insuficiencia respiratoria
Coordinadora: *Dra. Fabiana Morosini*
Expositores: *Dr. Bernardo Alonso*
Dr. Santiago Mintegi Raso (España)
Dr. Javier González del Rey (USA)
- 18.15 - 18.45 **Miniconferencia**
Atención médica de niños en desastres
Dra. Liliana Cáceres (Argentina)
Presentadora: *Dra. Graciela Sehabiague*



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA ANACAHUITA JUEVES 16 DE OCTUBRE

- 08.00 – 08.30 **Conferencia Plenaria**
Reflexiones y debriefing en la toma de decisiones
Lic. Eliana Escudero (Chile)
Presentadora: *Dra. Mariana Más*
- 08.30 - 09.30 **Mesa Redonda**
Intoxicaciones agudas y problemas relacionados con medicamentos
Coordinadora: *Dra. Patricia Dall'Orso*
Expositores: *Dr. Santiago Mintegi Raso (España)*
Dr. Antonio Pascale
Dr. Gustavo Giachetto
- 09.30 - 10.00 **Miniconferencia**
Intoxicaciones
Dr. Santiago Mintegi Raso (España)
Presentadora: *Dra. Rosa Lojo*
- 10.00 - 10.30 **Descanso - Café**
- 10.30 - 11.30 **Sesión Interactiva**
Coordinadora: *Dra. Loredana Matrai*
Presentadoras: *Dra. Federica Badía*
Dra. Adriana López
Expertos: *Dr. Jorge Quian*
Dr. Alfredo Cerisola
Dra. Liliana Cáceres (Argentina)
- 11.30 - 12.30 **Mesa Temas Libres - Médicos**
Urgencias respiratorias e infecciones
Comentadores: *Dr. Sebastián González, Dr. Javier Prego*
- 11.30 - 11.40 **Nº2 FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.**
Fustiñana A, Kohn Loncarica G, Latella A, Boto A, Cano A, Zlotogora A, Della Corte M, de Pinho S, Hualde G, Casais G, Nuñez P, Rino P.
Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" C.A.B.A., República Argentina.
- 11.40 - 11.50 **Nº4 SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN EL USO DE INOTRÓPICOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO.**
Fustiñana A, Kohn Loncarica G, Latella A, Boto A, Cano A, Zlotogora A, Della Corte M, de Pinho S, Hualde G, Casais G, Nuñez P, Rino P.
Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" C.A.B.A., República Argentina.
- 11.50 - 12.00 **Nº9 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA.**
Morosini F, Dall'Orso P, Alegretti M, Rocha S, Cedrés A, Ferreira M, Más M, Sehabiague G, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

- 12.00 - 12.10 **N°18 SULFATO DE MAGNESIO INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA CRISIS ASMÁTICA. 1° experiencia en el Departamento de Emergencia Pediátrica.**
Tórtora S, Alonso B, Morosini F, Dall'Orso P, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Hospital Pediátrico Centro
Hospitalario Pereira Rossell. (CHPR). Facultad de Medicina- UdelAR.
- 12.10 - 12.20 **N°22 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE 1536 TRASLADOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES REALIZADOS POR UN SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.**
Más M, Cedrés A, Bello O.
EMERGENCIA UNO
- 12.20 - 12.30 **N°49 HERNIA INTERNA TRANSMESENTÉRICA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA (DEP): PRESENTACIÓN POCO HABITUAL DE SHOCK SÉPTICO.**
Mattsson I, Noroya N, Pereira Nuñez D.
Clínica Quirúrgica Pediátrica. Departamento de Emergencia
Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
- 12.00 – 13.30 **Simposio GlaxoSmithKline**
Gastroenteritis por rotavirus: una enfermedad que no escapa a nuestra realidad
Expositoras: Situación epidemiológica de rotavirus en Uruguay
Dra. Mónica Pujadas
Prevención de la infección por rotavirus: experiencia en América Latina
Dra. María Bettina Seoane (Argentina)
- 13.30 - 14.00 **Intervalo**
- 14.00 - 15.00 **Mesa de Expertos - Casos Clínicos**
Urgencias cardiológicas
Coordinador: Dr. Bernardo Alonso
Presentadoras: Dra. Soledad Tórtora
Dra. María Parada
Expertos: Dr. Nathan Kuppermann (USA)
Dr. Javier Prego
Dr. Pedro Chiesa
- 15.00 - 15.45 **Conferencia**
Manejo de la cetoacidosis diabética
Dr. Nathan Kuppermann (USA)
Presidente: Dr. Javier Prego
- 15.45 - 16.45 **Mesa Redonda**
Infecciones reemergentes
Coordinadora: Dra. Mariana Más
Expositores: Dra. Viviana Pavlicich (Paraguay)
Dr. Alvaro Galiana
Dra. Catalina Pirez
- 16.45 - 17.15 **Descanso - Café**
- 17.15 - 17.45 **Miniconferencia**
Patología biliar en niños
Dr. Iván Alcoholado (Chile)
Presentador: Dr. Diego Pereira Nuñez
- 17.45 - 18.30 **Conferencia**
Trauma de abdomen
Dr. Nathan Kuppermann (USA)
Presidente: Dr. Iván Alcoholado (Chile)
- 18.30 - 19.00 **Miniconferencia**
Infecciones urinarias
Dr. Santiago Mintegi Raso (España)
Presentadora: Dra. María Parada



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA ANACAHUITA VIERNES 17 DE OCTUBRE

08.00 - 08.30	Miniconferencia Shock séptico <i>Dr. Javier González del Rey (USA)</i> Presentador: <i>Dr. Javier Prego</i>
08.30 - 09.30	Mesa Redonda El adolescente en situaciones límites Coordinadora: <i>Dra. María Inés Ferreira</i> Expositoras: <i>Dra. Loreley García</i> <i>Dra. Liliana Cáceres (Argentina)</i> <i>Dra. Verónica Fiol</i>
09.30 - 10.00	Miniconferencia Educación continua en RCP <i>Dra. Liliana Cáceres (Argentina)</i> Presentadora: <i>Dra. María Inés Ferreira</i>
10.00 - 10.30	Descanso - Café
10.30 - 11.30	Sesión Interactiva Coordinadora: <i>Dra. Laura Protasio</i> Presentadoras: <i>Dra. Nadia Bitancurt</i> <i>Dra. Victoria Zunino</i> Expertos: <i>Dr. Osvaldo Bello</i> <i>Dr. Javier González del Rey (USA)</i> <i>Dr. Javier Prego</i>
11.30 - 12.00	Miniconferencia TEP <i>Dr. Santiago Mintegi Raso (España)</i> Presentadora: <i>Dra. Ilse Deutsch</i>
12.00 - 13.30	Intervalo
13.30 - 14.30	Mesa de Expertos - Casos Clínicos Neutropenia febril Coordinadora: <i>Dra. Mariana Más</i> Presentadoras: <i>Dra. Karen Hernández</i> <i>Dra. Andrea Rodríguez</i> <i>Dra. Silvia Koziol</i> Expertos: <i>Dr. Javier González del Rey (USA)</i> <i>Dra. Fabiana Morosini</i> <i>Dr. Gabriel Peluffo</i>



Organiza: SIEPU
Sociedad Integrada de
Emergencia Pediátrica del Uruguay

- 14.30 - 15.15 **Conferencia**
Analgesia y sedación
Dr. Javier González del Rey (USA)
Presidente: *Dra. Clarissa Laubber*
- 15.15 - 15.45 **Miniconferencia**
Ayuno previo a los procedimientos de sedoanalgesia
Dr. Osvaldo Bello
Presentadora: *Dra. Graciela Sehabiague*
- 15.45 - 16.15 **Descanso - Café**
- 16.15 - 16.45 **Miniconferencia**
Abuso sexual
Dr. Javier Prego
Presentadora: *Dra. Soledad Tórtora*
- 16.45 - 17.45 **Mesa Redonda**
Dilemas en el manejo de traumatismos
Coordinadora: *Dra. Graciela Sehabiague*
Expositores: *Dr. Gustavo Dufort*
Dr. Javier Prego
Dr. Alejandro Cunneo
- 17.45 - 18.15 **Miniconferencia**
¿Cuándo intentar un método de reducción en la invaginación intestinal?
Dr. Iván Alcoholicado (Chile)
Presentador: *Dr. Diego Pereira Núñez*
- 18.15 - 18.45 **Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios**
- Premio Fundación Médica Mauricio Gajer – SEMM
- Premio SUAT
- Premio Médica Uruguaya - Emergencia Uno



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA CEIBO

MIÉRCOLES 15 DE OCTUBRE

08.30 – 09.00	Actividad Plenaria en Sala Anacahuita
09.00 - 09.45	Conferencia Importancia del SVB en la reanimación avanzada pediátrica <i>Lic. Gaspar Reboredo</i> Presidente: <i>Lic. Amparo Huguet</i>
10.00 - 10.30	Descanso - Café
10.30 - 11.30	Taller Soporte vital básico y ventilación con máscara Coordinadores: <i>Lic. Gaspar Reboredo, Lic. Emilio Fierro</i>
11.30 - 12.00	Miniconferencia Manejo del paciente post-reanimado <i>Lic. Paula Méndez</i> Presentador: <i>Lic. Emilio Fierro</i>
12.00 - 13.30	Intervalo
13.30 – 15.30	Taller Fármacos Coordinadores: <i>Lic. Claudia Rodríguez, Lic. Williams Perfecto</i>

- 15.30 - 16.30 **Mesa Temas Libres - Médicos**
Misceláneas I
Comentadores: *Dr. Osvaldo Bello, Lic. Eliana Escudero (Chile), Dra. Graciela Sehabiague*
- 15.30 - 15.40 **N°8 APLICACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO ASISTENCIAL EN UN DEPARTAMENTO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**
Morilla LP, Cardozo N, Pavlicich, V
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Paraguay
- 15.40 - 15.50 **N°3 OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO**
Kohn Loncarica G, Sprovieri M, de Pinho S, Zlotogora A, Della Corte M, Hualde G, Casais G, Fustiñana A, Boto A, Nuñez P, Rino P.
Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" C.A.B.A., República Argentina.
- 15.50 - 16.00 **N°6 UNIDAD DE REANIMACION Y ESTABILIZACION COMO TRIAGE A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NIÑOS: 2003-2012.**
de Leonardis D, Pizzorno E, Rocha S, Misol A, Sehabiague G, Prego J, Aguilar A.
- 16.00 - 16.10 **N°17 SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA: PRIMERA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN DE POSTGRADOS Y RESIDENTES DE PEDIATRÍA.**
Prego J, Gerolami A, Mas M, Morosini F, Cedrés A, Rocha S, Dalgalarrrondo A, Dall'Orso P
Departamento de Emergencia Pediátrica. Unidad Docente Asistencial. Facultad de Medicina. ASSE. Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell
- 16.10 - 16.20 **N°37 ¿SABEMOS RECONOCER Y MANEJAR LOS TRAUMATISMOS CON RIESGO DE LESION RAQUIMEDULAR CERVICAL?**
Amaya G, Deutsch I, Ortega C, Dall'Orso P, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.
- 16.20 - 16.30 **N°47 CONSULTAS POR GASTROENTERITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIA PEDIATRICA: CARGA ASISTENCIAL Y CARACTERISTICAS DE LA POBLACION AFECTADA.**
Más M, Dall'Orso P, López A, Bazzino F, Dufort M, Suárez R, Ramírez Y.
Servicio de Emergencia Pediátrica. Laboratorio de virología y bacteriología. Hospital Británico.(HB) Montevideo Uruguay.
- 16.30 - 17.30 **Mesa de Casos Clínicos**
Coordinadora: *Lic. Amparo Huguet*
- 17.30 - 18.00 **Miniconferencia**
Urgencias oncológicas y manejo del paciente oncológico en la emergencia
Lic. Clara Peña
Presentador: *Lic. Emilio Fierro*
- 18.00 - 18.30 **Miniconferencia**
Sedoanalgesia en la emergencia
Aux. Juan Pablo Martínez
Presentadora: *Lic. Amparo Huguet*



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA CEIBO

JUEVES 16 DE OCTUBRE

08.00 – 08.30	Actividad Plenaria en Sala Anacahuita
08.30 - 09.15	Conferencia Dengue <i>Lic. Natalia Cardozo (Paraguay)</i> Presidente: <i>Lic. Emilio Fierro</i>
09.15 - 10.00	Conferencia Implementación de OAF y VNI en la Emergencia <i>Lic. Emilio Fierro</i> Presidente: <i>Lic. Gaspar Reboredo</i>
10.00 - 10.30	Descanso - Café
10.30 - 12.00	Taller Maniobras básicas de fisioterapia respiratoria Coordinador: <i>Lic. Gonzalo Fierro</i>
12.00 - 12.30	Miniconferencia Monitorización del paciente respiratorio <i>Lic. Fernanda Fabró</i> Presentador: <i>Lic. Gaspar Reboredo</i>
12.30 - 13.30	Intervalo

- 13.30 - 14.30 **Mesa Temas Libres - Médicos**
Misceláneas II
Comentadores: *Dra. Viviana Pavlicich (Paraguay), Dr. Gabriel Peluffo*
- 13.30 - 13.40 **N°13 SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. Presentación de un caso clínico.**
Rompani E, Más M, Dall'Orso P, Cedrés A, Algorta G, Gutiérrez C, Puime A, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica, Departamento de Pediatría y Especialidades, Departamento de Patología Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Laboratorio de Salud Pública. MSP. Montevideo, Uruguay
- 13.40 - 13.50 **N°19 EPILOTITIS AGUDA EN EL LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**
López AB, López A, Riccetto S, Laborde L, Ferreira I, Da Silva MC.
ASSE, Hospital Regional de Tacuarembó, Extensión de la Clínica Pediátrica C, Dr. G. Giachetto
- 13.50 - 14.00 **N°30 RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PEDIATRÍA. Serie de casos clínicos; Hospital Policial 2013.**
Castro MA, Parodi V, Pujadas MA, Etcheverría JP.
Hospital Policial, Montevideo, Uruguay.
- 14.00 - 14.10 **N°38 PACIENTES DIABÉTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA**
Amaya G, Belo J, Fernández K, Malutín M, Santoro A.
Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Interior (CRAMI), Las Piedras Canelones Uruguay
- 14.10 - 14.20 **N°41 CASO CLÍNICO: CELULITIS NECROTIZANTE**
Deutsch I, Dall'Orso P, Prego J.
Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina-UdelaR. Montevideo, Uruguay
- 14.20 - 14.30 **N°42 MANIFESTACIONES EXTRA-RESPIRATORIAS DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL**
Amarillo P, Deutsch I, Dall'Orso P, Prego J.
Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina-UdelaR. Montevideo, Uruguay
- 14.30 - 15.30 **Mesa de Expertos**
Eventos adversos
Coordinadora: *Lic. Amparo Huguet*
Expertos: *Dra. Viviana Pavlicich (Paraguay)*
Lic. Mariela Alamilla
Lic. Carlos Pereira
Lic. Eliana Escudero (Chile)
- 16.00 - 16.45 **Conferencia**
Atención inicial al politraumatizado pediátrico
Lic. Gaspar Reboredo
Presidente: *Lic. Amparo Huguet*
- 16.45 - 17.15 **Descanso - Café**
- 17.15 - 18.00 **Conferencia**
Manejo de la cetoacidosis diabética en la Emergencia
Lic. Nora Núñez, Lic. Cristina Blanco
Presidente: *Lic. Gaspar Reboredo*



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA CEIBO

VIERNES 17 DE OCTUBRE

08.30 - 10.15

I Jornadas de Emergencia de Postgrados de Pediatría - Parte I

Coordinadoras: *Dra. Soledad Tórtora*
Dra. María Parada
Dra. Alejandra Cedrés
Dra. Ana Laura Casuariaga
Dra. Fernanda Martínez

Presentadoras: *Dra. Guillermina Methol*
Dra. L. Jiménez
Dra. R. Mannise

Expertos: *Dr. Santiago Mintegi Raso (España)*
Dr. Gustavo Giachetto
Dr. Javier Prego

10.15 - 10.30

Descanso - Café

10.30 - 12.00

I Jornadas de Emergencia de Postgrados de Pediatría - Parte II

Coordinadoras: *Dra. Soledad Tórtora*
Dra. María Parada
Dra. Alejandra Cedrés
Dra. Ana Laura Casuariaga
Dra. Fernanda Martínez

Presentadores: *Dr. Manuel D'Avila*
Dra. Alejandra Sención

Expertos: *Dra. Anabella Rebori*
Dra. Patricia Dall'Orso
Dr. Bernardo Alonso

SALA OMBÚ 1

MIÉRCOLES 15 DE OCTUBRE

- 15.00 - 16.00 **Mesa Temas Libres - Médicos**
Patología infecciosa
Comentadores: *Dr. Nathan Kuppermann (USA), Dra. Mónica Pujadas*
- 15.00 - 15.10 **N°12 MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL MENOR DE 3 MESES EN EL HOSPITAL BRITANICO.**
Bernardini MA, Bonino A, Stewart J.
Hospital Británico, Montevideo - Uruguay.
- 15.10 - 15.20 **N°24 PRESENTACIÓN EN LA URGENCIA DE NIÑOS QUE DESARROLLARON NEUMONÍA NECROTIZANTE ENTRE (2009-2013).**
Foggiato L, Fernández C, Machado K, Dall'Orso P, Algorta G, Pirez MC
Clínica Pediátrica A. Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Facultad de medicina Udelar.
- 15.20 - 15.30 **N°27 FIEBRE SIN FOCO CLÍNICO. Análisis de casos reportados en 7 años en el departamento de pediatría del Hospital Policial**
Arizmendi P., Pujadas M., Martinez O., Iglesias D.
Departamento de Pediatría Hospital Policial. Montevideo – Uruguay.
- 15.30 - 15.40 **N°39 INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL BRITÁNICO: PREVALENCIA Y ANTIBIÓTICO EMPÍRICO.**
Robino L, Zeballos J, Algorta G, Pirez MC, Dall Orso P.
Servicio de Emergencia Pediátrica. Laboratorio de Bacteriología.
Hospital Británico. Montevideo, Uruguay.
- 15.40 - 15.50 **N°43 MORTALIDAD POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA PEDIATRICO ANTES Y DESPUES DE LA IMPLEMENTACION DE LA REFORMA DE LA SALUD Y LA VACUNACION UNIVERSAL CON VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA EN URUGUAY.**
Romero C, Amaya G, Santoro A, Algorta G, Giachetto G, Pirez MC.
Facultad de Medicina UDELAR. Centro Hospitalario Pereira Rossell(CHPR)ROM
- 15.50 - 16.00 **N°44 NEUMONIAS A STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD. PRESENTACION CLINICA Y EVOLUTIVA DE NINOS INTERNADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL 2003-2014**
Chamorro F, Amaya G, Badia F, Machado K, Pujada M, Gutierrez S, Algorta G, Pirez MC
Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA OMBÚ 1 JUEVES 16 DE OCTUBRE

11.30 - 12.30

Mesa Temas Libres - Médicos

Urgencias neurológicas y neumológicas

Comentadores: *Dra. Patricia Dall'Orso, Dr. Gabriel González*

11.30 - 11.40 **Nº1 HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO (AV)**

de Pinho S, Zlotogora A, Della Corte M, Casais G, Hualde G,
Fustiñana A, Boto A, Kohn Loncarica G, Nuñez P, Rino P.
Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

11.40 - 11.50 **Nº7 ASPIRACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LA EMERGENCIA:
MANEJO DE ULTIMOS 10 CASOS Y ACTUALIZACIÓN**

de Leonardis D, Ibáñez S, Rocha S, Misol A, Sehabiague G.

11.50 - 12.00 **Nº11 CUERPOS EXTRAÑOS EN ORL EN EDAD PEDIÁTRICA**

Bentancur M., Doassans I.
Servicio de ORL CHPR.

12.00 - 12.10 **Nº28 ESTADO DE MAL CONVULSIVO: EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO TERAPÉUTICO.**

Pereira L, Morosini F, Dall'Orso P, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira
Rossell (CHPR). Facultad de Medicina. Universidad de la República.

12.10 - 12.20 **Nº33 CONVULSIÓN EN APIREXIA, FORMA DE PRESENTACIÓN DE
UNA INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADO**

Esponda R1, Ferrari V2, Medina A2, Bauger M1, Beltran E1, Giachetto G3.
Hospital O Percovich, Treinta y Tres.

12.20 - 12.30 **Nº36 ALTERACIÓN AGUDA DE LA CONCIENCIA COMO FORMA DE
PRESENTACION DE UN ERROR INNATO DEL METABOLISMO**

Rodríguez A; Dávila M; Tórtora S; Medici C; Dall'Orso P; Prego J
Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Hospital Pediátrico Centro
Hospitalario Pereira Rossell. (CHPR). Facultad de Medicina-UdelaR.

15.00 - 17.00

Taller

Comunicación básica: prevención y manejo del conflicto

Experto: *Dr. Javier González del Rey (USA)*

SALA OMBÚ 2

MIÉRCOLES 15 DE OCTUBRE

- 15.00 - 16.00 **Mesa Temas Libres - Médicos**
Tóxicos
Comentadores: *Dra. Amalia Laborde, Dr. Santiago Mintegi Raso (España)*
- 15.00 - 15.10 **N°5 MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**
Rino P, Della Corte M, Kohn Loncarica G, Boto A, Fustiñana A, Casais G, Hualde G, de Pinho S, Núñez P, Zlotogora A.
Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P.Garrahan" CABA. Argentina.
- 15.10 - 15.20 **N°15 EXPOSICION A COCAINA EN NIÑOS**
Valdez M, Pan M, Juanena C, Pascale A, Laborde A.
Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Departamento de Toxicología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo, Uruguay.
- 15.20 - 15.30 **N°20 INTOXICACION AGUDA GRAVE POR HUMO DE INCENDIO**
Vila R, Valdez M, Amaya G, Pascale A
Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina. Udelar
- 15.30 - 15.40 **N°23 ANÁLISIS DE LAS CONSULAS PEDIÁTRICAS POR PRESUNTA INTOXICACIÓN AGUDA EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL; ENERO 2012 - JULIO 2014**
Rodríguez M, Mosquera S, Pujadas M, Pascale A, Parodi V, Iglesias D, Martínez O
Dirección Nacional de Sanidad Policial. Hospital Policial. Montevideo. Uruguay
- 15.40 - 15.50 **N°32 Necrólisis epidérmica tóxica de causa no aclarada.**
Esponda R1, Ferrari V2, Medina A2, Bauger M1, Beltran E1, Giachetto G3.
Hospital O Percovich, Treinta y Tres.
- 15.50 - 16.00 **N°46 Intoxicación etílica aguda en pediatría**
Valdez M, del Cioppo F, Vieira S, Dall'Orso P, García L, Mallet J, Prego J.
Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Departamento de Toxicología (CIAT) Hospital de Clínicas. Departamento de Emergencia Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo, Uruguay



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

SALA OMBÚ 2 JUEVES 16 DE OCTUBRE

11.30 - 12.30

Mesa Temas Libres - Médicos

Trauma y lesiones

Comentadores: *Dr. Iván Alcoholado (Chile), Dra. Liliana Cáceres (Argentina)*

11.30 - 11.40

N°10

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ASISTENCIA INICIAL EN NIÑOS INGRESADOS POR SINIESTROS DE TRÁNSITO EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL EN UN AÑO.

Mannise R, Pandolfo S, Parodi V, Pujadas M, Iglesias D, Martínez O.

Hospital Policial "Insp. Gral. Uruguay Genta" Emergencia pediátrica. Montevideo, Uruguay.

11.40 - 11.50

N°14

AHOGAMIENTO. NIÑOS ASISTIDOS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA, CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, 2009-2014.

Noroya N, Parada M, Morosini F, Tórtora S, Cedrés A, Pujadas M, Dall'Orso P, Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

11.50 - 12.00

N°21

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS LESIONES EXTERNAS DE NIÑOS INGRESADOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL. ABRIL 2013 A MARZO 2014

Parodi V, Pandolfo S, Magis G, Manisse R, Chuca N, Pujadas M, Martínez O.

Hospital Policial. Montevideo. Uruguay.

12.00 - 12.10

N°25

LESIONES POR MORDEDURAS DE PERRO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL - ABRIL 2013 A MARZO 2014.

Chuca N, Parodi V, Pandolfo S, Pujadas M, Martínez O.

Departamento de Pediatría Hospital Policial.

12.10 - 12.20

N°26

MORDEDURAS POR ANIMALES EN NIÑOS.

Cedres A, Morosini F, Dall'Orso P, Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. UdelAR. Montevideo, Uruguay.

12.20 - 12.30

N°34

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN CUELLO, ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS, ALGORITMO DIAGNOSTICO.

Parada M, Pereira Núñez D

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

12.30 - 12.40

N°48

ADMISIONES HOSPITALARIAS POR HERIDAS DE ARMAS DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. 2006-2014

Parada M, Pereira Núñez D, Más M, Prego J.

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina.

1-HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO (AV)

de Pinho S, Zlotogora A, Della Corte M, Casais G, Hualde G, Fustiñana A, Boto A, Kohn Loncarica G, Nuñez P, Rino P.

Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Introducción: El AV es una droga antiepiléptica comúnmente usada en pediatría. Presenta numerosos efectos adversos, entre ellos se encuentra la hiperamoniemia que puede provocar alteración del sensorio, trastornos en la marcha, convulsiones. El tratamiento se basa en suspender el anti-epiléptico, medidas de sostén y medidas de detoxificación del amonio.

Objetivo: Describir tres casos clínicos en pacientes medicados con AV que ingresan con trastorno del sensorio y/o convulsiones.

Materiales y métodos: Se analizaron las historias clínicas de tres pacientes con diagnóstico de epilepsia medicados con AV que ingresaron con trastorno del sensorio secundario a hiperamoniemia, y se revisó la literatura.

Resultados: Se constató hiperamoniemia al ingreso (amonio > 120 mcg/dl) con hepatograma, ionograma, estado ácido base, urea, glucemia y hemograma normales. Dos de los pacientes presentaban dosaje de AV elevado (> 100 mcg/dl) y uno de ellos en el límite superior. Los pacientes ingresaron por alteración del sensorio, somnolencia y cambio en el patrón de las convulsiones. Permanecieron internados una media de 7 días, los tres recibieron medidas de sostén y tratamiento con carnitina endovenosa, y normalizaron el amonio en una media de 4,3 días. Todos los pacientes recibían múltiples anticonvulsivantes pero sólo se suspendió el AV.

Conclusiones: Considerar el diagnóstico de hiperamoniemia en los pacientes medicados con AV que ingresan con trastorno del sensorio y/o convulsiones, y efectuar de inmediato el tratamiento de la hiperamoniemia en caso que eso suceda.

3-OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO

Kohn Loncarica G, Sprovieri M, de Pinho S, Zlotogora A, Della Corte M, Hualde G, Casais G, Fustiñana A, Boto A, Nuñez P, Rino P.

Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". C.A.B.A., República Argentina.

Introducción: No es infrecuente que los Departamentos de Emergencias Pediátricas (DEP) reciban consultas de niños que presentan alguna patología de base aún no diagnosticada concurriendo por razones diferentes como infecciones o traumatismos. Se presenta un caso clínico de una paciente de 10 años sin controles de salud que arriba al DEP por una patología aguda (pielonefritis) y durante su observación, y debido a su aspecto clínico, sus antecedentes y los estudios complementarios, se arriba al diagnóstico de hipotiroidismo.

Objetivos: A propósito de un caso, reconocer que inclusive el DEP actúa en ciertas circunstancias como un sector de control de salud o pesquisa de patología no diagnosticada.

Materiales y métodos: Presentación y evolución de un caso clínico atendido en un DEP de un hospital pediátrico de la C.A. de Buenos Aires.

Resultados: Durante la atención de la paciente se extienden los estudios complementarios y se confirma el diagnóstico de hipotiroidismo congénito.

Conclusiones: Probablemente las condiciones sociales y el nivel sanitario de muchas regiones de nuestro territorio y de países limítrofes puedan brindar una explicación a situaciones como ésta. El especialista en Medicina de Emergencias Pediátricas debe estar preparado para identificar estos casos y no convertirse en otro participante de la "cadena de oportunidades perdidas".

2-FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.

Fustiñana A, Kohn Loncarica G, Latella A, Boto A, Cano A, Zlotogora A, Della Corte M, de Pinho S, Hualde G, Casais G, Nuñez P, Rino P.

Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". C.A.B.A., República

Introducción: La sepsis es una de las principales causas de muerte infantil a nivel mundial. La tasa de mortalidad de sepsis grave es del 2% en niños sanos y 8% en niños enfermos crónicos. Las guías de tratamiento utilizadas en nuestro servicio se basan en parámetros clínicos para un soporte hemodinámico temprano con énfasis en la primera hora de uso de fluidos e inotrópicos guiados por metas clínicas.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y clínicas, en una cohorte de niños con diagnóstico de shock séptico (SS) al ingreso al área de emergencias, controlando la tasa de respuesta al volumen, rescate bacteriológico, la mortalidad y su relación con las características de los pacientes.

Materiales y métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo entre Julio del 2009 hasta Julio del 2010. Incluimos una muestra consecutiva de 83 pacientes de 0 a 18 años que cumplieron con los criterios para el diagnóstico de SS basado en la definición del American College of Critical Care Medicine. Los pacientes fueron seguidos hasta el egreso hospitalario. La respuesta a volumen se definió como: respondedores (RE) aquellos pacientes que solo requirieron expansión con volumen y no respondedores (nRE) aquellos que requirieron inotrópico luego de llegar a 60 ml/kg o aparición de signos de sobrecarga cardíaca.

Resultados: El 64% fueron varones. La mediana de edad fue de 6 años, el 16% eran menores de 1 año. El 71% de los niños presentaban alguna enfermedad de base, el 40 % eran pacientes oncológicos. El 26 % requirieron ARM, 63% inotrópicos con una mediana 10 días de estadía. El 8,5% de los pacientes fallecieron. Los hallazgos clínicos observados al ingreso fueron taquicardia (92%), mal relleno capilar (84%), fiebre (42%), alteraciones del sensorio (22%), hipotensión arterial (16%). Los focos de infección más frecuentes fueron: respiratorio (29%), abdominal (23%), El 31% de los pacientes rescató germen en hemocultivo, siendo más frecuente el bacilo gram negativo (46,1%). El 35% fue RE. Se realizó un análisis multivariado para evaluar factores que podrían contribuir a la nRE: Solo la hipotensión (p 0,03) y ser menor de 1 año (p < 0,004) mostró un riesgo significativo de nRE. Conclusiones: En nuestra población los pacientes con enfermedades oncológicas representan el 40% de los casos de SS. El 35% fue RE. La edad (menor de 1 año) y la hipotensión inicial constituyen factores de riesgo para nRE.

4-SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN EL USO DE INOTRÓPICOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO.

Fustiñana A, Kohn Loncarica G, Latella A, Boto A, Cano A, Zlotogora A, Della Corte M, de Pinho S, Hualde G, Casais G, Nuñez P, Rino P.

Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". C.A.B.A., República Argentina.

Introducción: La sepsis es una de las principales causas de muerte infantil a nivel mundial. Al aplicar las guías de tratamiento para Shock séptico del año 2007: "Parámetros clínicos para un soporte hemodinámico precoz" uno de los limitantes puede ser la dificultad de acceder en forma inmediata a un acceso venoso central en los tiempos establecidos para el inicio del soporte inotrópico.

Objetivos: Evaluar la seguridad y la efectividad del uso de inotrópicos por accesos venosos periféricos en una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de shock séptico en el área de emergencias.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte prospectivo para comparar las complicaciones y efecto de la infusión de inotrópicos por acceso venoso periférico (IVP) vs por vía central (IVC). Lugar y periodo: área de emergencias del Hospital de Pediatría Garrahan entre Julio 2009 a Julio 2010. Todos los casos con criterios para shock séptico fueron incluidos en forma consecutiva y seguidos hasta el egreso hospitalario. La selección del acceso dependió del criterio del médico tratante según la posibilidad de conseguir o no un acceso central en forma oportuna. Definimos seguridad como la ausencia de lesiones en el sitio del acceso durante la infusión; para medir efectividad se compararon días de requerimiento de inotrópico y evolución al egreso. Se resumen los datos mediante medidas de tendencia, dispersión y frecuencias; análisis comparativo mediante test bivariados.

Resultados: Ingresaron 83 pacientes con una mediana de edad de 6 años, El 60% requirió inotrópicos: dopamina (77%), dobutamina (21%) y más de una droga inotrópica (2%). El 82% recibió IVP (n 41). En ninguno de los pacientes en los que se utilizó IVP se observaron lesiones locales en el sitio del acceso venoso. No se observaron diferencias significativas en los días de requerimiento de inotrópico: 1,9 (±1,1) días para el grupo IVP vs 4,5 (±8,2) días para el grupo IVC (p 0,35). Tampoco hubo diferencias en la evolución entre ambos grupos 2 pacientes fallecieron en el grupo IVP vs 4 en el grupo IVC (p 0,3)

Conclusiones: El uso de IVP en este grupo resultó seguro y demostró efectividad en el tratamiento inicial del shock séptico.



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

5-MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rino P, Della Corte M, Kohn Loncarica G, Boto A, Fustiñana A, Casais G, Hualde G, de Pinho S, Núñez P, Zlotogora A.

Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”.CABA. Argentina.

Introducción: Ante un niño con midriasis unilateral inicialmente debemos plantearnos si se trata de una anisocoria fisiológica o patológica que se determinará por la presencia o ausencia de reflejos fotomotores. La causa más frecuente de midriasis unilateral arrefléctica es farmacológica, aunque existen otras causas que pueden ser más preocupantes.

Objetivo: Describir el caso clínico de un paciente que ingresa con anisocoria, con midriasis unilateral arrefléctica.

Materiales y métodos: Se controló la evolución de un paciente de 2 años 9 meses que ingresó con diagnóstico de anisocoria y se revisó la literatura.

Resultados: Se presenta el caso clínico de un niño de 2 años 9 meses que consultó por midriasis unilateral arrefléctica, con prueba de pilocarpina sin respuesta, examen físico y estudios complementarios normales y antecedente de contacto con flores de floripondio. El niño concurrió a control a la 48 horas de la consulta inicial sin anisocoria.

Conclusiones: El contacto ocular con los principios activos del floripondio puede producir anisocoria. Se advierte sobre los efectos tóxicos de esta planta que puede encontrarse en parques y jardines como otras plantas y medicamentos que pueden producir efectos similares. El conocimiento de esta intoxicación puede evitar la realización de estudios innecesarios.

7-ASPIRACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LA EMERGENCIA: MANEJO DE ÚLTIMOS 10 CASOS Y ACTUALIZACIÓN

de Leonardis D, Ibáñez S, Rocha S, Misol A, Sehabague G.

Introducción: la aspiración de un cuerpo extraño (CE) es causa importante y prevenible de morbilidad en la infancia, en menores de 3 años. En ausencia de un adulto que presencie el episodio de “síndrome de penetración”, el diagnóstico puede dificultarse, retrasándolo.

Objetivo: actualizar el tema, y conocer las características clínicas e imagenológicas de los pacientes que al arribar al DEP se planteó el diagnóstico de OVAS por CE, en los últimos 4 años.

Metodología: descriptivo, observacional y retrospectivo de las HC de 10 niños ingresados al DEP con diagnóstico de OVAS por CE entre 2010 y 2013, analizando edad, sexo, hora del accidente, procedencia, lugar, medio social, presencia de adulto, examen físico, imagenología, naturaleza del CE, localización anatómica, maniobras practicadas, primera asistencia, tiempo hasta su expulsión/extracción, complicaciones, y destino.

Resultados: 7 varones; entre 6 meses y 13 años; 9 de Montevideo. En los casos presenciados por adultos (9) se consultó en primeras 24 hs. En 7 fue de material orgánico (carne, fruta, semilla) durante la alimentación (almuerzo, cena), en 3 no orgánico. 9 niños estaban en su hogar y 1 en la escuela. La primera asistencia en 6 consistió en maniobras realizadas por familiares (barrido de boca con el dedo) o personal de salud (Heimlich), siendo inefectivas. En 8 los hallazgos del examen físico coincidieron con el diagnóstico. La radiología fue de utilidad al mostrar el CE o signos indirectos. La eliminación espontánea del CE ocurrió en 2; en otras 2 se extrajo en el DEP y en 6 con broncoscopio rígido de BFD en 4 y de BFI en 2. No hubo complicaciones y todos los pacientes se fueron de alta.

Conclusiones: patología de baja incidencia. La distancia del HP no incidió en los resultados. Tuvo una distribución bimodal con picos a los 8 meses a los 8 años, en el domicilio y a predominio de material orgánico. Alta participación de adultos sin hábitos de puericultura y de medio sociocultural deficitario pudieron concurrir a su ocurrencia. El síndrome asfíctico con confirmación posterior de aspiración de aspiración estuvo en el 90%. La exploración física y la imagenología fueron de utilidad. Las maniobras que buscan desobstruir la vía aérea fueron inefectivas. La extracción programada en block quirúrgico con broncoscopio rígido continúa siendo de elección. No se registró morbilidad inmediata al episodio. Se debe insistir en la divulgación de medidas preventivas en padres y cuidadores.

6-UNIDAD DE REANIMACION Y ESTABILIZACION COMO TRIAGE A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NIÑOS: 2003-2012.

de Leonardis D, Pizzorno E, Rocha S, Misol A, Sehabague G, Prego J, Aguilar A.

Introducción: La Unidad de Reanimación y Estabilización (URE) está diseñada para quienes trabajan en primera línea, técnicos en medicina de urgencia en donde se aplica la estrategia de evaluación-tratamiento hasta que surja un diagnóstico que permitirá orientar el tratamiento etiológico. El éxito depende del enfoque de equipo, con protocolos basados en evidencia y ensayados a aplicarse sistemáticamente sobre todo en la primera hora. En 20 años de funcionamiento se asistieron más de 17000 pacientes con datos epidemiológicos ya conocidos. En el último decenio se produjeron cambios en el funcionamiento del HP y en el sistema de salud del país. Se presentan los datos de los últimos cinco años (2008-2012). **Objetivos:** conocer la epidemiología de las admisiones a URE en los años 2008-2012, a la luz de los cambios que se produjeron en la organización sanitaria, comparándolo con el de los cinco años anteriores. Evaluar el rol de la URE como triage previo a la Unidad de cuidados intensivos de niños (UCIN). **Metodología:** estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, de las historias clínicas de los pacientes ingresados a URE durante los años 2003-2012 recogiendo: número de ingresos, porcentaje ocupacional, edad, sexo, procedencia, diagnósticos por patología, AVM, horas de estadía, destinos, fallecidos, causa de muerte, realización de necropsia, costos. Se utilizó el test de chi cuadrado para variables dicotómicas y el test de Mann Whitney para variables numéricas con un valor de $p < 0.01$. **Resultados:** en el marco de la disminución del número de usuarios de ASSE a partir de 2008, el número de consultas en el DEP es sostenidamente decreciente, reflejándose también en las admisiones a URE, procedentes de la comunidad como del HP ($p < 0.01$). Predomina el sexo masculino, menores de un año y las patologías: respiratoria, injurias y lesiones e infecciosas con casi el 80%. Reciben AVM desde la URE la tercera parte de los niños. Estadía promedio: 14 horas. Ingresos a CTI/CI el 50% en su gran mayoría a servicios públicos ($p < 0.01$). Ingresan a camas convencionales luego de su estabilización 48%. Mortalidad: tendencia decreciente con predominio de causas evitables de muerte. Porcentaje de autopsias: 45%. **Conclusiones:** La URE tuvo un impacto favorable en la reducción de derivaciones a las UCIN's en el período 2008-2012, en base a la calidad de asistencia, ya que posibilitó que un promedio anual de 270 pacientes ingresaran en camas convencionales del HP luego de aproximadamente 14 horas de estadía hasta su estabilización. El impacto fue menor que el observado en el período 2003-2007, debido a que se produjo un descenso significativo ($p < 0.01$) en las admisiones a URE, producto de cambios sustanciales tanto en el funcionamiento del HP como en el sistema de salud. Pese a las dificultades por desgaste y falta de renovación en RRHH que tiene actualmente, su funcionamiento sigue justificándose no solamente por los gastos evitados sino por su incidencia en la dinámica hospitalaria, los cuidados intensivos, la formación docente y en especial sobre los pacientes.

8-APLICACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO ASISTENCIAL EN UN DEPARTAMENTO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Morilla LP, Cardozo N, Pavlicich, V

Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Paraguay

Introducción: Este estudio da a conocer los resultados de la implantación de un cuadro de mando asistencial (CMA) en un Departamento de Emergencias Pediátricas (DEP) demostrando su utilidad como herramienta de gestión y control de calidad.

Método: Revisión retrospectiva de 45.983 consultas correspondientes al periodo enero – julio de 2014. Los datos fueron obtenidos de la base de datos perteneciente al cuadro de mando asistencial del DEP. Se revisaron indicadores de área de clasificación, indicadores asistenciales globales, indicadores asistenciales del área de consultas y de la actividad profesional. Se analizaron los datos para realizar la validación del sistema de triaje utilizado (hospitalización, utilización de recursos, tiempo de estadía).

Resultados: El tiempo medio de espera para el Triage (TET) fue de 6,6 minutos, con una proporción de casos con TET menor de 10 minutos de 90%. El tiempo de duración del triaje (TDT) medio fue de 1,5 minutos. La huella digital del DEP muestra 68,7% clasificados como niveles IV y V (31.608) y 31,3% Nivel I, II, III (14.375) episodios. La tasa de reevaluación fue de 0,5% y la de fugas del 5,5% (pre triaje 0,14%, pos triaje 3,2%, pos evaluación 2,5%). Siendo el 90% de las fugas pacientes clasificados como no críticos. La media de los episodios fueron atendidos dentro del estándar de demora máxima para la consulta facultativa. La tasa hospitalización en sala, el uso de recursos y el tiempo de estadía demostraron coherencia según el nivel asignado Fig2, Tabla 1. La tasa global de mortalidad fue de 0,01%.

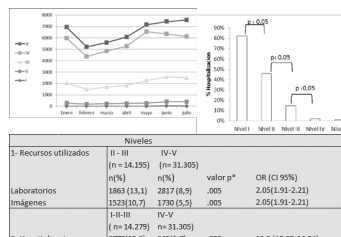


Fig 1 y 2

Tabla1

Conclusión: El desarrollo de un CMA nos permitió realizar controles de calidad y actividad periódicos, aportándonos datos sobre el funcionamiento real del DEP que llevaron a la mejora de la gestión de los recursos humanos y físicos para lograr mejores estándares de atención.

9-IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA.

Morosini E, Dall'Orso P, Alegretti M, Rocha S, Cedrés A, Ferreira M, Más M, Seabague G, Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

La complicación mas frecuente de las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) es la insuficiencia respiratoria. Nuevas técnicas de soporte respiratorio han surgido en áreas de internación y en urgencias, como la oxigenoterapia de alto flujo (OAF), para disminuir la necesidad de ingreso a cuidados intensivos (UCI) y asistencia ventilatoria mecánica (AVM). OBJETIVOS: Comunicar la primera experiencia con OAF en niños con IRAB en DEP-CHPR. Evaluar la eficacia de la OAF comparando con una cohorte histórica de niños de similares características, que no la recibieron. METODOS: Estudio descriptivo, prospectivo, entre 01/06/13-20/09/2013. Se incluyeron todos los niños tratados con OAF en DEP CHPR. Criterios de aplicación de OAF: niños < 2 años con IRAB viral con insuficiencia respiratoria y escore de Tal modificado >8 al consultar, escore de Tal modificado ≥ 7 mantenido, apneas reiteradas, saturación de oxígeno < 90% con máscara de flujo libre. Criterios de exclusión: pCO₂ venosa >70 mm Hg, pH <7.2, depresión de conciencia, falla hemodinámica. Se siguió un protocolo de actuación. Se reviso una cohorte histórica de 91 niños con IRAB no tratados con OAF. Se analizaron los datos con LibreOffice Calc y Epidat 3.1 Se considero estadísticamente significativo: $p < 0,05$.

RESULTADOS: Recibieron OAF 36 niños; 56% varones; mediana de edad 4 meses; diagnóstico bronquiolitis 83%; VRS+ 58%. Indicación de OAF: Score de Tal ≥ 7 mantenido (89%), apneas reiteradas 11%. Media de duración de OAF en DEP: 11 horas. Destino: cuidados moderados 78%, UCI 22%. AVM 22%. No hubo complicaciones ni fallecimientos. La cohorte histórica fue comparable en cuanto a sexo, edad, diagnóstico ($p=0,87$, 0,33, 0,25). Ingreso a UCI: 8 (22%) pacientes con OAF - 40 (44%) cohorte histórica ($p=0,0005$). AVM: 8 (22%) pacientes con OAF- 30 (33%) cohorte histórica ($p=0,026$). AVM <6 m: con OAF 5 (19%) - cohorte histórica: 25 (45%) ($p=0,026$). CONCLUSIONES: La aplicación de OAF en forma precoz en el DEP en este grupo de niños resultó sencilla, eficaz y segura. En un porcentaje significativo de pacientes fue posible evitar el ingreso a UCI. La OAF redujo la necesidad de AVM en los niños < 6 meses. Nuevas investigaciones serán necesarias para definir lugar de OAF en la asistencia inicial en urgencia de niños con IRAB graves.

11-CUERPOS EXTRAÑOS EN ORL EN EDAD PEDIATRICA

Bentancur M., Doassans I.
Servicio de ORL CHPR.

INTRODUCCION Los cuerpos extraños en ORL son un motivo de consulta muy frecuente en la emergencia pediátrica. Debemos tener un alto índice de sospecha sobre todo en niños pequeños y realizar un tratamiento oportuno lo que nos permitirá salvar la vida en algunos casos y evitar complicaciones en otros. En la edad pediátrica coinciden una serie de factores que predisponen a este tipo de accidentes como son la inquietud, la tendencia de los niños a llevarse objetos a la boca, oídos o nariz como forma de conocer su cuerpo y el mundo que los rodea, aunque el factor con mas peso sigue siendo la insuficiente previsión de los adultos en dejar objetos pequeños al alcance de los niños. OBJETIVOS Comentar casos clínicos relevantes de cuerpos extraños valorados por ORL de guardia. Informar acerca de protocolo de cuerpo extraño en la esfera ORL. MATERIALES Y METODOS CASO 1 : 7 años, hallazgo tomográfico de ocupación del CAE. Se constatan piedras en el CAE que se extraen bajo microscopio en block quirúrgico. CASO 2: 12 años sufre aspiración de tachuela. Presentaba tos. Rx tx que evidencia la misma en hemitorax derecho. En el preoperatorio lo expulsa tras esfuerzo de tos. CASO 3: 7 años procedente de salto que mientras jugaba con autito sufre aspiración de una de sus rueditas, se traslada, presentando estridor. Endoscopia la evidencia en sector subglótico y fue extraída en block quirúrgico. CASO 4: 3 años que se introduce hebilla de zapato de metal en fosa nasal derecha. Se logra extraer la misma de coana en block quirúrgico bajo anestesia general. CASO 5: 11 años que sufre aspiración de fragmento de chifle. El paciente presentaba un peculiar silbido en la espiración. Se realizo extracción endoscópica de bronquio fuente derecho. CASO 6: 3 años otorrea de larga data y pólipo en conducto auditivo externo. Se realiza TC que evidencia cuerpo extraño en relación al piso de cae y en íntima relación con arteria Carótida Interna. Se extrajo en block quirúrgico mediante un abordaje combinado de cuello y mastoides. RESULTADOS Y DISCUSION: Existe una gran versatilidad de cuerpos extraños en la esfera ORL, así como de circunstancias en que suceden dando cuadros clínicos que van desde lo paucisintomático a cuadro con compromiso vital. Es un motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica y desconocemos la incidencia y distribución de los mismos en la esfera ORL, por lo cual se esta realizando un protocolo de procedimiento.

10-CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ASISTENCIA INICIAL EN NIÑOS INGRESADOS POR SINIESTROS DE TRÁNSITO EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL EN UN AÑO.

Mannise R, Pandolfo S, Parodi V, Pujadas M, Iglesias D, Martínez O.

Hospital Policial "Insp. Gral. Uruguay Genta". Emergencia pediátrica. Montevideo, Uruguay.

Introducción: El trauma representa la primera causa de muerte a partir del primer año de vida y en especial los siniestros de tránsito. En el 2013 se diseñó en la Emergencia del Hospital Policial un formulario precodificado para registrar y sistematizar la asistencia inicial de estos pacientes.

Objetivo: 1) Describir las características epidemiológicas y las conductas iniciales adoptadas por el equipo de salud y los padres en la atención inicial de los niños de 0 a 13 años y 11 meses ingresados en la Emergencia de la Dirección Nacional de Sanidad Policial-Hospital Policial por siniestros de tránsito.

2) Evaluar la utilización por los pediatras de emergencia del formulario sugerido para la asistencia inicial de pacientes víctimas de lesiones externas.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de todos los pacientes que consultaron en el departamento de emergencia pediátrica por siniestros de tránsito entre el 1ro abril del 2013 al 31 de marzo del 2014.

Criterios de inclusión: niños de 0 a 13 años y 11 meses inclusive, cuyo motivo de consulta fuera siniestro de tránsito. Los datos se obtuvieron a partir del formulario de lesiones externas. Se consideraron variables demográficas, clínicas y evolutivas.

Resultados: N= 23 niños asistidos por siniestros de tránsito. 16 fueron de sexo masculino y la edad más afectada fue entre 5 y 11 años. 11 de los pacientes fueron peatones. 7 siniestros fueron en birrodado y 4 niños utilizaban casco. 15 pacientes recibieron asistencia especializada in situ y se registró el ITP en 11. Sólo en 4 pacientes no se registró la valoración completa. 4 niños ingresaron a CTI en estado grave. No hubo fallecidos.

Discusión y Conclusiones: El número de pacientes en un año es superior al registrado anteriormente. Esto podría corresponderse con el aumento de estos siniestros en los últimos años, sin poder descartarse un mayor registro de los mismos. Nuevamente la franja etaria más afectada fue la edad escolar marcando diferencia con otros estudios nacionales. La utilización del casco evidencia un mayor cumplimiento de la normativa vigente. Registramos un cambio en la epidemiología traumática de nuestra institución debiendo, enfatizar en las medidas de prevención. La aplicación del formulario precodificado para lesiones externas ha demostrado su utilidad mejorando el nivel de registro así como la sistematización de la asistencia inicial del paciente con lesiones externas.

12-MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL MENOR DE 3 MESES EN EL HOSPITAL BRITANICO.

Bernardini MA, Bonino A, Stewart J.
Hospital Británico, Montevideo - Uruguay.

La fiebre es motivo frecuente de consulta en emergencia pediátrica. En lactantes menores de tres meses el riesgo de enfermedad bacteriana invasiva (EBI) es de 6 - 10% constituyendo un reto diagnóstico. (1) El diagnóstico y tratamiento del lactante febril debe ser individualizado considerando la presencia de factores de riesgo para EBI, el examen físico e interpretación de exámenes paraclínicos. (3)

El objetivo del trabajo es conocer la conducta seguida en el Hospital Británico frente al menor de tres meses con fiebre. Identificar limitantes al aplicar la recomendación presentada en la XI Jornada de Emergencia Pediátrica en Octubre 2012 de la Sociedad Integrada de Emergencia Pediátrica del Uruguay (SIEPU).

Se realizó un estudio retrospectivo del período comprendido entre el 1/1/2012 al 15/6/2014. Se incluyeron los menores de 3 meses que consultaron por fiebre. Las variables analizadas fueron antecedentes de prematuridad, hiperbilirrubinemia idiopática, antibióticoterapia previa, enfermedad crónica y hospitalización previa. Presencia de signos de toxicidad al momento de la consulta. Paraclínicos realizados. Ingreso hospitalario, antibióticoterapia realizada y diagnóstico al alta.

se registraron 978 consultas en menores de 3 meses, siendo 108 por fiebre; 29 menores a 29 días y 79 de entre 30-90 días de edad. 14 lactantes presentaron antecedentes de riesgo para EBI. Un 6 % se presentaron con mal aspecto clínico a la valoración inicial.

Tuvimos un 11% de EBI, todos fueron infecciones urinarias. Los diagnósticos al alta fueron: 46 fiebre sin foco, 26 infecciones respiratorias, 20 infecciones urinarias, 7 fiebre post- vacunal, 5 meningitis, una bacteriemia a E. coli en 1 paciente con infección urinaria. No hubo reconsultas ni fallecidos en el grupo.

Conclusiones: el porcentaje pacientes con EBI es similar a lo descrito en la bibliografía revisada. Todos los lactantes con riesgo de EBI quedaron identificados. Existe alta adherencia al algoritmo sugerido por la SIEPU en el menor de un mes. En el grupo comprendido entre el mes de vida y los 3 meses la conducta no es homogénea. El ANF se solicita según época del año. En un número considerable de casos la presencia de urocultivos contaminados, punciones lumbares en blanco o traumáticas dificultaron el manejo de estos pacientes. Los planes de tratamiento antibiótico empleados coinciden con los propuestos, aunque la duración del mismo, y los días de internación son variables dada las dificultades planteadas.



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

13-SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCIÓN CON SAMR.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Rompani E, Más M, Dall'Orso P, Cedrés A, Algorta G, Gutiérrez C, Puime A, Prego J. Departamento de Emergencia Pediátrica, Departamento de Pediatría y Especialidades, Departamento de Patología Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Laboratorio de Salud Pública. MSP. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La hemorragia alveolar difusa es una entidad poco frecuente. Entre las etiologías infecciosas se refieren la gripe, dengue, leptospirosis, malaria y las infecciones graves por *Staphylococcus aureus*. En Uruguay la leptospirosis se comporta en forma endémica y esporádica. Predominan los casos leves. Existen formas de presentación severa con ictericia e insuficiencia renal. Se describe una forma grave con hemorragia pulmonar severa, considerada la principal causa de muerte. Descripción: 14 años, sexo masculino, sano. Procedente de zona urbana. Concorre a campamento en zona rural una semana previo al inicio de los síntomas. Fiebre persistente, artralgias, vómitos, dolor abdominal y deposiciones líquidas. Examen físico (día 5 de enfermedad): regular estado general, Glasgow 15, FC 130 cpm, FR 32 rpm. Sat.O₂ VEA 94%. Pulsos llenos, tiempo de recoloración menor de 2". PA 84/45 mmHg. Erupción morbiliforme en tronco, congestión conjuntival. PP: Buena entrada de aire bilateral, sin estertores. Abdomen: blando, depresible, dolor en flanco derecho. No visceromegalias. Laboratorio: azoemia: 1,57 g/l, creatinemia 2,66 mg/dl. Hemograma: GB 11600 (N94%, L2,2%), Hb 12,8 g/dl, Hto 38,4%, plaquetas 182.000. PCR 438,8. PCT 0,82 ng/ml. Bilirrubina total 0,63, GOT 33, GPT 30, proteínas totales 5,9 g/dl. Gasometría venosa: PH 7,39 PCO₂ 39,2, HCO₃ 23,2. Rx Tx: infiltrado intersticio alveolar bilateral. Evolución: insuficiencia respiratoria progresiva. Asistencia ventilatoria mecánica. Shock refractario a volumen y dopamina, sensible a catecolaminas. Hemorragia pulmonar masiva. Anemia. Fallece a las 20 hs del ingreso. Serología leptospirosis (EIA dot blot) IgM positivo, Serología IFI IgM positivo, PCR leptospirosis en tiempo real: positivo. MAT (5to día) negativo. Hemocultivo: *Staphylococcus aureus* (SAMR), *Streptococcus mitis*. Anatomía patológica: Hemorragia pulmonar. Hígado: microabscesos, coloración Warthing Starry negativo, cocos Gram positivos en periferia de abscesos. Comentarios: Se presenta el primer caso clínico pediátrico en Uruguay de leptospirosis con evolución fatal. Debe considerarse esta enfermedad dentro de las posibles causas de hemorragia pulmonar masiva, basados en la noción epidemiológica y presentación clínica. El aislamiento de *Staphylococcus aureus* (SAMR) y los hallazgos en la anatomía patológica sugieren una probable coinfección. La linfopenia acompañada de la asociación de éstos agentes hacen sospechar una inmunodeficiencia.

15-EXPOSICIÓN A COCAÍNA EN NIÑOS

Valdez M, Pan M, Juanena C, Pascale A, Laborde A.

Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Departamento de Toxicología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UdelAR. Montevideo, Uruguay.

Importancia del tema: La cocaína es la segunda droga ilícita consumida en Uruguay. Los hijos de madres y padres consumidores se encuentran expuestos a cocaína tanto en la etapa prenatal como en los primeros años de vida. La exposición intrauterina ha sido la más estudiada. Sin embargo se describen otras vías de ingreso como la oral a través de la leche materna o la ingesta accidental, y por inhalación pasiva de humo de cocaínas fumables: pasta base de cocaína (PBC) y crack.

Objetivos: Comunicar 3 casos clínicos reportados al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIAT) con planteo de exposición a cocaína en la infancia y revisión de la literatura al respecto.

Casos clínicos: Caso 1: Lactante de 1 mes y 19 días que presentó convulsiones, taquicardia sostenida e hipertensión. Madre relata consumo de PBC dentro del hogar y negó lactancia. Caso 2: Lactante de 2 meses, alimentada con pecho directo exclusivo (PDE), presenta episodio de apnea, cianosis e hipotonía interpretado como ALTE (episodio de posible amenaza a la vida). Madre consumidora de clorhidrato de cocaína. Caso 3: Lactante de 5 meses, alimentado con PDE, ingresa por posible maltrato y desalimentación. Madre consumidora de PBC. La detección de benzoilecgonina en orina fue positiva en los 3 niños. Presentaron buena evolución.

Discusión: en los dos primeros casos la clínica fue compatible con intoxicación aguda por cocaína, mientras que en el último caso se planteó exposición en ausencia de intoxicación. La lactancia materna se planteó como vía de ingreso en los dos últimos casos. Si bien no puede descartarse esta vía, se planteó la exposición inhalatoria ambiental en el caso 1. La intoxicación aguda por cocaína en niños debe sospecharse con un cuadro compatible en hijos de padres consumidores. La exposición se confirma mediante detección de metabolitos de cocaína en orina del niño. Importa la educación a los padres sobre los riesgos del consumo en período de lactancia y la exposición ambiental.

14-AHOGAMIENTO. NIÑOS ASISTIDOS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA, CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL, 2009-2014.

Noroya N, Parada M, Morosini F, Tórtora S, Cedrés A, Pujadas M, Dall'Orso P, Prego J. Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

Introducción: El ahogamiento es un importante problema mundial de salud pública. En la edad pediátrica es causa frecuente de lesiones por injuria, secuelas neurológicas y mortalidad. Es un evento prevenible. Ahogamiento: proceso de experimentar dificultad respiratoria debida a la sumersión e inmersión en un medio líquido (OMS); sus resultados se clasifican como muerte o supervivencia (con o sin secuelas). Suceden más frecuentemente en niños < 5 años, seguidos por adolescentes de 15 a 19 años, previamente sanos. Objetivos: determinar la frecuencia del ahogamiento como motivo de consulta en la Unidad de Reanimación y Estabilización (URE) DEP-CHPR; describir el perfil epidemiológico de las víctimas y del evento; analizar factores pronósticos y supervivencia por medio de score pronóstico predefinido que evalúa glucemia, temperatura corporal, score de glasgow y ph en sangre inmediatos al evento; analizar tratamiento instaurado. Población y método: estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de todos los niños asistidos en URE- DEP-CHPR con diagnóstico de ahogamiento en el período 1/1/2009-30/6/2014. Fuente: historias clínicas. Resultados: Se asistieron 2605 pacientes en URE, 15/ (0,58 %) sufrieron ahogamiento. Sexo masculino: 11/15, promedio de edad 4 años y 9 meses (rango 1 año y 2 meses a 14 años y 6 meses), de los cuales 10/15 eran menores de 5 años. Ocurrieron peridomicilio 9/15 eventos. Se registraron en verano 12/15. Un evento ocurrió en piscina deportiva. Ninguno de los pacientes tenía antecedentes patológicos a destacar. En 13/15 niños se realizaron maniobras de reanimación, 6 necesitaron AVM, 2 IOT. Score pronóstico: 12/15 pacientes fue de 0 a 2, 1/15 fue 4, 1/15 fue 6 y 1 paciente score de 8, que falleció. Conclusiones: el ahogamiento es un motivo de ingreso infrecuente en URE. Predomina en niños varones menores de 5 años. La mayoría ocurrieron peridomicilio y en verano. No se registraron antecedentes patológicos que aumenten el riesgo de sufrir ahogamiento. El score pronóstico es muy útil para predecir muerte y se utilizó sin inconvenientes. Conocer las características y circunstancias de los eventos permiten elaborar estrategias de prevención adecuadas.

16-¿POR QUÉ CONSULTAN LOS ADOLESCENTES EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL BRITÁNICO? ¿QUÉ SABEN ELLOS Y NOSOTROS DE SUS DERECHOS?

Ponce MN, Davrieux M, Ramírez Y, Gonnet M, Dall'Orso P.

Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Británico (HB). Montevideo. Uruguay.

Introducción: Los adolescentes tienen características propias y necesidades específicas. Existe escasa información sobre los requerimientos de los servicios de urgencia de este grupo y el grado de conocimiento de sus derechos, lo que es esencial para una administración correcta del servicio de urgencia contando con los recursos necesarios para brindar una atención de calidad desde una perspectiva de derechos. **Objetivos:** 1) Conocer cuáles son los problemas de salud por los que consultan. 2) Indagar a cerca del grado de conocimiento que tienen a cerca de sus derechos. 3) valorar si el personal del servicio de urgencia conoce los derechos asistenciales de este grupo etario. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo en el período del 18 de junio al 31 de julio del 2014. 1) Se incluyeron todos los adolescentes de 10 a 19 años que consultaron en la urgencia. Se registró: edad, sexo, motivo de consulta, necesidad de internación, especialistas, exámenes y medicación. 2) En sala de espera se entregó a cada adolescente una encuesta voluntaria y anónima en base a preguntas abiertas sobre antecedentes, acompañante y conocimiento de derechos. 3) Encuesta anónima, al personal del servicio de urgencia en base a situaciones clínicas extraídas de la Guía sobre los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de la Salud. **Resultados:** Se registraron 578 consultas, (8,7% del total de consultas de emergencia). Las Injurias fueron el motivo de consulta más frecuente 34,4%. El 30% requirió interconsulta con especialistas, siendo el traumatólogo el más solicitado. Al 45% se le realizó paraclínica, los estudios de imagen fueron los más frecuentes. Ingresaron el 4,5%, la causa más frecuente de ingreso fue el cuadro agudo de abdomen. Completaron la encuesta 75 adolescentes, 99% estaba acompañado, 30% conoce el derecho a la salud. Se realizaron 58 encuestas al personal de la urgencia, 50% conoce el derecho a la salud, el 34% el derecho a la privacidad, el 25% conoce el derecho a acceder a los servicios de Atención de Salud Sexual y Reproductiva. **Comentarios:** Las lesiones e injurias son el principal problema de salud por el cual consultan los adolescentes en la emergencia. La interconsulta con especialistas quirúrgicos es habitual y la necesidad de imágenes es frecuente. El HB cuenta con los recursos de apoyo necesarios para dar respuesta a los problemas detectados. Es necesario implementar acciones destinadas a mejorar el conocimiento sobre los derechos de los adolescentes en nuestra población y en el personal que los asiste.

17- SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA: PRIMERA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN DE POSTGRADOS Y RESIDENTES DE PEDIATRÍA.

Prego J, Gerolami A, Mas M, Mrosini F, Cedrés A, Rocha S, Dalgarrondo A, Dall'Orso P

Departamento de Emergencia Pediátrica. Unidad Docente Asistencial. Facultad de Medicina. ASSE, Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell

Introducción: La enseñanza a través de simuladores en el área de la salud, se presenta como una estrategia metodológica innovadora donde el estudiante asume un rol activo, permitiendo enfrentarse a situaciones similares a la realidad, en un ambiente protegido y sin riesgos.

Objetivos: Comunicar la primera experiencia en simulación que incluye escenarios de alta fidelidad en emergencia pediátrica, destinada a postgrados de pediatría.

Material y métodos: Se desarrollaron 2 talleres: reanimación cardio pulmonar (RCP) y asistencia inicial al trauma pediátrico (AITP). Se establecieron los objetivos de aprendizaje, se seleccionaron los casos y los problemas, así como el número de estudiantes y de docentes, las habilidades a desarrollar, el material necesario y el check-list para cada actividad que se desarrolló siguiendo sus tres etapas: briefing, escenario y debriefing.

Resultados: Participaron 58 postgrados. Se identificaron como fortalezas la oportunidad de entrenarse en situaciones de emergencia, el aprendizaje a través de la identificación de errores y el trabajo en equipo. Como problemas: la credibilidad del escenario y sus roles. La evaluación cuantitativa (1-10) de la actividad tuvo una media 8,7; mediana 9.

Discusión: La aceptación de esta metodología fue muy buena. Se enfatiza la necesidad de repetir los cursos de entrenamiento con el objetivo de mantener el nivel de habilidades. Es un desafío para los docentes desarrollar técnicas de aprendizaje que permitan el entrenamiento en actividades prácticas sin comprometer la seguridad del paciente. La simulación contribuye al logro de competencias y probablemente ganará nuevos espacios adeptos.

Conclusiones: La simulación de alta fidelidad como método de enseñanza aplicada a la emergencia pediátrica fue evaluada como una muy buena experiencia por los postgrados y residentes de pediatría.

19-EPILOTITIS AGUDA EN EL LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

López AB, López A, Riccetto S, Laborde L, Ferreira I, Da Silva MC.

ASSE, Hospital Regional de Tacuarembó, Extensión de la Clínica Pediátrica C, Dr. G. Giachetto

Resumen del caso clínico:

Lactante de 9 meses y 20 días de vida, sexo masculino, procedente de Curtina, Tacuarembó. Completamente vacunado. Sano. EA: rinorrea serosa, tos catarral en apirexia de 1 semana de evolución. El día previo al ingreso agregó fiebre de hasta 39°, rechazo del alimento y sialorrea. En puerta se recibe un lactante con intenso funcional respiratorio, con estridor laringeo de los dos tiempos de la respiración, ruidos respiratorios audibles, tirajes altos y bajos, aleteo nasal con hiperextensión de la cabeza. FR: de 60 por minuto, FC: de 130 por minuto con ruidos bien golpeados, saturando al aire 89-90%. Al inicio de interpretó como una bronquiolitis grave con insuficiencia respiratoria indicándose nebulizaciones en series con salbutamol y oxígeno terapia. Empeora progresivamente por lo que se rotó a suero hipertónico con adrenalina, se realizaron cargas de volumen con suero fisiológico y oxígeno con máscara a 6 litros por minuto con lo cual saturaba 98%. Gran palidez cutánea, intenso estridor laringeo, hiperextensión cefálica, sed de aire polipnea de 65 por minuto, aleteo nasal, tirajes generalizados con balanceo tóracoabdominal. Temperatura axilar 36,5°, frecuencia cardíaca 189 por minuto, ruidos bien golpeados y sin soplos. Buen relleno capilar con pulsos periféricos llenos. Se solicitó el ingreso a CTI con planteo de bronquiolitis aguda grave con insuficiencia respiratoria con obstrucción de la vía aérea superior: epiglottitis aguda. Se planteó también la posibilidad de la aspiración de cuerpo extraño lo cual negaba la madre y se alejaba por el contexto infeccioso. En CTI se decide nebulizar con adrenalina previa a la intubación orotraqueal inmediata momento en que se visualiza una epiglottis muy eritematosa, friable, con sangrado en napa y secreciones mucopurulentas. Se logra intubarlo al tercer intento pero con SET número 3. La evolución fue favorable requiriendo 5 días de AVIM, con extubación programada sin complicaciones. Ceftriaxona y vancomicina que recibió por 10 días. Praclínica a destacar: aspirado nasofaríngeo para virus negativo, hemocultivo negativo, sin cultivo de secreciones. RxTx con infiltrado intersticial difuso. Hemograma con 38600 glóbulos blancos, 82% de neutrófilos, 13 gramos de hemoglobina y 307000 plaquetas. PCR de 67,4 mg/dl. Gasometría arterial del ingreso: Ph 7,18 PCO2 53,9 PO2 210, HCO3 19,5 BE -8,8 Lactato 3,3. EN SUMA: Epiglottitis aguda germen desconocido el lactante previamente sano y completamente vacunado.

Bibliografía:

Bello, Sehabiague, Prego, de Leonardis. Pediatría Urgencias y Emergencias. Biomédica 2009; 3:684-686. Romero P, Ronco R, Madrid R. Epiglottitis aguda. Rev. Chilena pediatría. Abril 1991; 2: 128-131. Burns JE, Hendley JO. Epiglottitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier Churchill Livingstone; 2009: chap 59.

18- SULFATO DE MAGNESIO INTRAVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE LA CRISIS ASMÁTICA.

1º EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA.

Tórtora S, Alonso B, Morosini F, Dall'Orso P, Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell. (CHPR). Facultad de Medicina-Udelar.

Introducción: La crisis asmática constituye un motivo de consulta frecuente en la urgencia pediátrica. Las crisis severas y las moderadas que no responden al tratamiento inicial requieren un manejo adecuado para evitar la falla respiratoria. El sulfato de magnesio es un antagonista fisiológico del calcio, que actúa inhibiendo la contracción del músculo liso bronquial. La utilización precoz de este fármaco podría contribuir a evitar la progresión de la crisis, la necesidad de otros recursos terapéuticos y de soporte ventilatorio.

Objetivo: Comunicar en forma preliminar la primera experiencia con el uso de sulfato de magnesio en la crisis asmática moderada-grave en el DEP -CHPR.

Población y métodos: Se incluyeron niños mayores a 2 años, que consultaron en el DEP por crisis asmática moderada o severa, en el periodo 23 junio-23 agosto 2014. Se excluyeron niños con enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica. Se realizó un protocolo de administración de sulfato de magnesio intravenoso a 50 mg/kg en 20 min diluido en suero fisiológico, al inicio en la crisis asmática severa, o luego de la segunda hora de tratamiento en la crisis asmática moderada con mala respuesta a la aplicación del protocolo de crisis asmática del DEP (beta-2 adrenérgicos inhalatorio, bromuro de ipratropio y corticoides). La severidad de la crisis se determinó con el Pediatric Asthma Score (PAS), puntaje mayor a 12 severa, moderada 8 a 11. Se evaluó la respuesta positiva a las 2 hs con descenso del PAS. Se establecieron controles de presión arterial y conciencia.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes. 8 crisis severas y 7 moderadas. Edad: 2 a 13 años, media 7 años. El PAS disminuyó en 10 pacientes, una media de 3 puntos (rango de 1-6 puntos). A 6 pacientes se asoció un broncodilatador intravenoso (1 desde el inicio del tratamiento). 14 ingresaron a sala general y 1 a unidad de cuidados intensivos pediátricos. En ningún paciente se otorgó alta a domicilio desde el DEP. 3 pacientes requirieron soporte respiratorio, 1 ventilación no invasiva y 2 oxigenoterapia de alto flujo. Ningún paciente requirió ventilación invasiva. No se reportaron efectos adversos a este fármaco. No hubo fallecimientos.

Conclusiones: En esta serie de pacientes, la administración de sulfato de magnesio resultó sencilla, con resultados favorables y sin efectos adversos. Futuros trabajos son necesarios para definir la efectividad y el lugar que ocupa este recurso terapéutico en el manejo de la crisis asmática moderada - severa en la emergencia.

20-INTOXICACION AGUDA GRAVE POR HUMO DE INCENDIO

Vila R, Valdez M, Amaya G, Pascale A

Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell
Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina. Udelar

IMPORTANCIA DEL TEMA: El humo de incendio, mezcla de partículas carbonáceas suspendidas en aire caliente y gases tóxicos asfixiantes e irritantes, puede ocasionar una intoxicación potencialmente grave, existiendo tratamiento antidótico según los gases involucrados.

OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de intoxicación grave por humo de incendio. Discutir los mecanismos de acción tóxica y la clínica de dicha intoxicación así como su tratamiento oportuno.

CASO CLÍNICO: Adolescente de 14 años, sexo femenino, expuesta a humo de incendio en domicilio junto a su familia, presentó pérdida de conocimiento en el lugar. Recibió desde el inicio oxigenoterapia con máscara con reservorio. Se trasladó al DEP CHPR, donde presentaba a las 5hs de la exposición: mareos, disfonía, tos, dolor precordial, náuseas y destacándose al examen físico GSC 15, eupneica, FC 100cpm, lesión costrosa en nariz con abundante hollín en narinas, boca y piel. PP: MAV conservado sin estertores. En la evolución agrega tos catarral. Dosificación de COHb 5hs post exposición: 2,2%. Se indicó oxígeno hiperbárico. Lactacidemia 10,50 mg/dL a las 9 hs post exposición. Sin evidencia de repercusión cardiovascular ni renal. La radiografía de tórax evidenció infiltrado intersticial difuso. RNM de cráneo normal a las 72 hs post exposición. Buena evolución con alta a los 4 días.

DISCUSION: En este caso la severidad del cuadro estuvo marcada clínicamente por la evidencia de una exposición relevante (hollín en piel, narinas y boca) y la pérdida de conocimiento breve que es atribuible a una intoxicación aguda por monóxido de carbono. Se objetivó una complicación respiratoria de mecanismo irritativo. La ausencia de compromiso neurológico mantenido y cardiovascular aleja el planteo de intoxicación cianhídrica aguda.

CONCLUSIONES: la paciente presentó una intoxicación grave por humo de incendio, recibiendo tratamiento específico por la exposición a monóxido de carbono, sin elementos clínicos de intoxicación cianhídrica que justifique la indicación de hidroxibalaminas.



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

21-CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS LESIONES EXTERNAS DE NIÑOS INGRESADOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL. ABRIL 2013 A MARZO 2014

Parodi V, Pandolfo S, Magis G, Manisse R, Chuca N, Pujadas M, Martínez O. Hospital Policial. Montevideo. Uruguay.

Se entiende por lesiones externas el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente algún tipo de energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales. El mecanismo involucrado puede ser variado: accidentes de tránsito, mordedura /ataque animal, quemadura, golpes, caídas, intoxicaciones. El tipo de lesión que originen también abarca una amplia gama entre traumatismos superficiales, heridas, fracturas entre otros.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de los niños con lesiones externas ingresados en la Emergencia del Hospital Policial en un año.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes de 0 a 13 años y 11 meses inclusive, atendidos en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Policial, con diagnóstico de lesiones externas en el período comprendido entre el 1° de abril del 2013 y el 31 de marzo del 2014. La fuente de datos fueron las historias clínicas. Se utilizó un formulario precodificado considerando las siguientes variables: edad, sexo, estación del año, intencionalidad, mecanismo de lesión, ingreso a sala o Cuidados intensivos, fallecimientos. Se estableció el análisis estadístico mediante distribución de frecuencias y pruebas de significancia estadística considerando $p < 0,05$. **Resultados:** En el período considerado se registró un total de 754 pacientes ingresados por lesiones externas. El grupo etario de 10-13 años fue el de mayor predominio. 63 % eran varones. La estación del año en que se registraron más lesiones fue otoño pero con una pequeña diferencia con las demás estaciones. El total de lesiones intencionales fue mínimo. El mecanismo más frecuente fueron las caídas; seguidos de golpes, y muchas más alejadas mordeduras, y quemaduras. Se registraron únicamente 23 accidentes de tránsito. El tipo de lesiones más frecuentes fueron las heridas, seguido por los esguinces y luxaciones. La mayoría de los pacientes fueron dados de alta, 62 ingresaron a sala, 7 ingresaron a UCI y no se constataron fallecimientos. **Conclusión:** Las caídas constituyen la primera causa lesiones externas que consultan en nuestro hospital. La mayoría fueron lesiones externas leves, accidentales y no hubo fallecimientos. Se destaca dado los niños provienen de familia de policías que no existieron lesiones por arma de fuego. Conocer la epidemiología de las lesiones nos permitirá orientar mejor las estrategias de prevención.

23-ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS POR PRESUNTA INTOXICACIÓN AGUDA EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL; ENERO 2012 - JULIO 2014.

Rodríguez M, Mosquera S, Pujadas M, Pascale A, Parodi V, Iglesias D, Martínez, O Dirección Nacional de Sanidad Policial. Hospital Policial. Montevideo. Uruguay.

Importancia del tema: Las intoxicaciones constituyen un problema de salud a nivel mundial. Si bien la mayoría de las exposiciones infantiles a sustancias químicas en el hogar ocasionan cuadros leves, existen intoxicaciones de potencial gravedad cuyo diagnóstico y tratamiento deben adecuarse con el fin de reducir su morbimortalidad.

Objetivo: Analizar las características clínicas, tratamiento y evolución de los niños que consultaron en la Emergencia Pediátrica (EP) del Hospital Policial (HP) por presunta intoxicación aguda.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado desde 1/01/2012 al 31/07/2014.

Se incluyeron todas las consultas a la Emergencia Pediátrica del HP, en las cuales la exposición ocurrió en las 24 hs previas. Las fuentes de datos fueron las historias clínicas de EP, sector de Internación y CTI. Las variables utilizadas: edad, sexo, tipo de sustancia, circunstancias de exposición, dosis ingerida, latencia de consulta, consulta al CIAT, síntomas y signos, tratamiento instituido y evolución clínica. Para el análisis estadístico se utilizó Excel 3. Se establecieron medidas de resumen y pruebas de significancia estadística según correspondiera, considerando significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes de un total de 45000 consultas a EP en el período considerado. Constituyendo el 1.05% del total de consultas en la EP el último año. Predominaron los niños de 1 a 4 años ($n = 21$), y la exposición no intencional ($n = 6$). La vía de exposición más frecuente fue la oral ($n = 32$).

Las sustancias químicas mayormente involucradas fueron los medicamentos ($n = 23$), y entre éstos las benzodiazepinas ($n = 12$). Las ingestas intencionales a dosis tóxicas fueron más frecuentes en el grupo de 10 a 14 años con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,00001$), 8 de los cuales fueron asintomáticos, los demás presentaron síntomas en su mayoría leves ($n = 24$). Los síntomas más frecuentes fueron ataxia, náuseas y vómitos. Se realizó carbón activado en 8 casos.

Conclusiones: El perfil epidemiológico de esta población coincide con lo comunicado a nivel mundial: la mayoría de las exposiciones agudas ocurren en niños entre 1 y 4 años y tienen un curso asintomático o leve.

Predomina la ingesta de medicamentos. Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo dada la asociación entre ingestas intencionales y dosis tóxicas en dicho grupo.

22-CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE 1536 TRASLADOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES REALIZADOS POR UN SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

Autores: Más M, Cedrés A, Bello O. Institución: EMERGENCIA UNO

Introducción. La habilidad, compromiso y dedicación de médicos y enfermeros que realizan traslados especializados pediátricos ha permitido mejorar el pronóstico y disminuir las secuelas de aquellos niños que lo requieren.

Han pasado más de 30 años desde la implementación de traslados pediátricos especializados en el Uruguay y aún no hay comunicaciones sobre las características epidemiológicas de los mismos. **Objetivo.** Conocer las características epidemiológicas de los traslados pediátricos y neonatales realizados por un servicio de atención pre-hospitalaria en Montevideo y área metropolitana. **Metodología.** Estudio prospectivo. Período 01/07/13-30/06/14. Los traslados fueron realizados por 3 unidades móviles destinadas a tales efectos, con recursos humanos y materiales necesarios para la asistencia de emergencias pediátricas. Los beneficiarios menores de 15 años de este servicio representan un total de 91355. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y se procesaron en EPIINFO 3.5.4. Se incluyeron múltiples variables que se analizaron mediante frecuencias relativas y se asociaron utilizando la prueba de chi cuadrado, considerando significativa una $p < 0,05$. **Resultados.** $n = 1536$. Varones 58% Edad 4.3a, $p50$ 3a(1d-14 a). RN 3,8%. Porcentaje de registro de variables (81-99): hora de inicio; firma medico; coordinación; edad; origen; destino, sexo, nombre. Hora de finalización 27%. Origen: domicilio 67%, consultorios 23%, Institución de asistencia 5%, áreas protegidas 4%, vía pública 1%. Fueron trasladados hacia hospitales públicos o privados 99,7% y 0,3% a domicilio. Traslados interhospitalarios 5%. Coordinación previa 36%. Hora: 14:52, $p50$ 15:52, (00.00-23.50). Duración: 36', $p50$ 24', (18-120). Se establecieron 1926 diagnósticos. Más de un diagnóstico en 28%. SBOL 11%, TEC 10%, convulsión febril 7%, asma crisis 6%, convulsión en apirexia 6%, otros 60%. Diagnósticos vs edad. RN: apnea/ALTE 18%, FSF 17%, parto en ciudad 7,5%. 29d-1a: SBOL 30%, apnea/ALTE 11%, TEC 9%, 1-4a: convulsión febril 17%, TEC 13%, SBOL 12%. 5-9a: asma crisis 17%, trauma MM16%, TEC 13%. 10-14a: TEC 13%, trauma MM 13%, CAA 8%. 1 PCR reanimado. Tratamientos y procedimientos: oxígeno (CN/MFL) 25%, salbutamol 23%, analgesia 16%, antitérmico 10%, esteroides 8%, VVP 26%, collar cervical 6%, IOT 0,6%, ventilación Neopuff 0,13%, VialO 0,13%, incubadora 0,9%. Eventos adversos menores: 3%. Muertes 0. **Conclusiones.** El análisis epidemiológico de la primera casuística numerosa de traslados neonatales y pediátricos efectuado en Uruguay, revela que se utilizan servicios de atención pre-hospitalaria especializados para asistir pacientes no críticos en su enorme mayoría. Este contribuye de algún modo a evitar complicaciones, pero ocupa recursos humanos calificados y recursos materiales de costo elevado que a menudo no están disponibles para trasladar a pacientes críticos.

24-PRESENTACION EN LA URGENCIA DE NIÑOS QUE DESARROLLARON NEUMONÍA NECROTIZANTE (2009-2013)

Foggiano L, Fernández C, Machado K, Dall'Orso P, Algorta G, Pirez MC Clínica Pediátrica A. Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina Udelar.

INTRODUCCION: en los últimos años se asistió a niños con neumonía aguda comunitaria (NAC) que evolucionaron a neumonía necrotizante (NN). Estos niños presentaron alta morbilidad. Es importante identificar precozmente desde la urgencia qué niños con NAC podrían desarrollar esta grave complicación.

OBJETIVO: describir la forma presentación en la sala de urgencia, de niños con NAC que evolucionaron a NN.

METODOLOGIA: estudio retrospectivo en base a revisión de historias clínicas de niños menores de 15 años que desarrollaron NN entre enero/2009 y diciembre/2013. Se describió: características, clínica inicial y datos de laboratorio al ingreso. Se definió NN por la presencia de neumatoceles y uno o más de los siguientes: mal estado general, fiebre persistente, glóbulos blancos (GB) > 30.000 o $< 5.000/mm^3$, Proteína C Reactiva (PCR) > 120 mg/dl, lactato deshidrogenasa en líquido pleural > 2.500 UI/l y/o fistula broncopleural.

RESULTADOS: en el período de estudio egresaron 95 pacientes con NN: 50.5% pertenecían al sexo masculino; la mediana de edad fue 26 meses; 78% eran previamente sanos. La duración de la fiebre previo al ingreso tuvo una mediana de 6 días, presentaron tos 79.3%, dolor abdominal 32.9%, dificultad respiratoria 75.9%, mal estado general 33.8%, dolor pleurítico 42%. Se observó insuficiencia respiratoria (IR) en 51.7%, 4 pacientes presentaron IR grave, requiriendo AVIM. Presentaron shock 20%, 2 pacientes requirieron apoyo inotrópico. La mediana de GB fue de 19200, la mediana de PCR fue de 193 y la mediana de procalcitonina fue 2.4. El 13% requirió ingreso a CTI; 82% desarrollaron empiema. En 25 pacientes se confirmó etiología neumocócica.

CONCLUSIONES: La presencia de fiebre prolongada y la identificación de elementos clínicos de gravedad en la urgencia podrían contribuir al diagnóstico precoz de esta complicación. Los resultados iniciales de laboratorio no permitieron sospechar NN. Se destaca el porcentaje significativo de niños que desarrollaron empiema.

25-LESIONES POR MORDEDURAS DE PERRO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ASISTIDOS EN LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL POLICIAL - ABRIL 2013 A MARZO 2014.

Chuca N., Parodi V., Pandolfo S., Pujadas M., Martínez O.

Departamento de Pediatría Hospital Policial. nestor.j.chuca@hotmail.com

Introducción: Las mordeduras de perro son un motivo de consulta frecuente en los servicios de emergencia. Si bien muchas veces no revisten gravedad, su importancia radica en que cuando suceden, pueden presentar complicaciones infecciosas, secuelas estéticas y emocionales.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de las lesiones producidas por mordedura de perro en niños entre 0 a 13 años y 11 meses ingresados en la Emergencia del Hospital Policial. Determinar si se realizó denuncia en el Departamento de Vigilancia en Salud del MSP.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes de 0 a 13 años y 11 meses inclusive, atendidos en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Hospital Policial, con diagnóstico de lesiones producidas por mordedura de perro desde 1.04.2013 a 31.03.2014. La fuente de datos fueron las historias clínicas y entrevista telefónica. Se utilizó un formulario precodificado considerando las siguientes variables: sexo, estación del año, tipo de lesión, tratamiento, consulta con especialista, ingreso, denuncia a Zoonosis. En una segunda etapa se llamó al domicilio para recabar datos de lugar del incidente (vía pública, domicilio propio o ajeno), el perro (raza, sexo, ataques previos, libre o atado), tratamiento instituido, denuncia a zoonosis. Se estableció el análisis estadístico mediante distribución de frecuencias y pruebas de significancia estadística considerando $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 40 niños y 41 episodios. El 73,2 % eran varones, la mayoría de 10 y más años. En 51,2 % de los casos se trataba de perro del domicilio. Predominaron en los meses cálidos. La topografía más frecuente fueron los miembros inferiores. Ingresaron dos pacientes. Ninguno falleció. Se denunciaron el 100% de los casos.

Conclusión: La mayoría fueron lesiones leves. La notificación de mordeduras desde el hospital al Depto. de Vigilancia en Salud funciona adecuadamente. Destacamos la importancia de la prevención como medida de disminuir la morbi-mortalidad en este tipo de patología.

27-FIEBRE SIN FOCO CLÍNICO ANÁLISIS DE CASOS REPORTADOS EN 7 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL POLICIAL

Arizmendi P., Pujadas M., Martínez O., Iglesias D.

Departamento de Pediatría Hospital Policial. Montevideo – Uruguay.

OBJETIVO: Analizar la incidencia de casos de fiebre sin foco (FSF) clínico en lactantes y niños desde el mes de vida hasta los 3 años de edad que ingresaron a sala de pediatría, así como también las características clínicas y evolución de los mismos.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, que utilizó como población objetivo a todos los lactantes y niños con un rango etario de 1 mes a 3 años de vida, ingresados en sala de pediatría del Hospital Policial, con diagnóstico inicial de FSF clínico, en un período de tiempo que se extiende de mayo de 2008 a marzo de 2014 inclusive. Se excluyeron del estudio a los menores de 1 mes de vida. Se consideraron criterios de inclusión lactantes y niños que ingresaran con temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ sin síntomas o signos al examen físico de ningún tipo que justificara la presencia de fiebre.

Las fuentes de datos fueron la historia clínica al momento del ingreso y egreso del paciente.

RESULTADOS: Se recabaron 40 pacientes que cumplían estrictamente con diagnóstico de fiebre sin foco clínico al momento del ingreso. Constituyó el 1% de los ingresos registrados en ese período de tiempo. De estos 57,5% eran lactantes de sexo masculino, y 60% estaban en la franja etaria de 1 y 3 meses.

Los focos más frecuentemente implicados son la infección del tracto urinario en un 27,5% y las infecciones respiratorias agudas altas en un 15%.

El 36% de los pacientes consultaron en las primeras 48 horas de aparición de la fiebre. Al 100% de los pacientes ingresados se les realizó paraclínica de valoración. El hemograma, PCR, examen de orina y urocultivo son los estudios más solicitados, y Destacamos que el 37,5% de casos que recibieron el alta sin diagnóstico etiológico específico.

26-MORDEDURAS POR ANIMALES EN NIÑOS.

Cedres A., Morosini F., Dall'Orso P., Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo, Uruguay.

Las mordeduras de animales representan un 1% de las consultas en servicios de urgencias pediátricas, en su mayoría por canes (85-90%). Ha habido un aumento de estas lesiones por mayor población canina y razas más agresivas. **OBJETIVOS:** conocer la incidencia de mordeduras de animales en los niños que consultan en Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Determinar las características de esta población, de las lesiones y tratamiento en la urgencia. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó los pacientes que consultaron en DEP-CHPR por mordedura de animales, en el período 1/1/2013-31/12/2013. Se revisaron las historias clínicas informatizadas del DEP-CHPR. Se utilizó Epi-Info versión 3.5.4. para el análisis de los datos. **RESULTADOS.** Se asistieron 301 niños (0,6% de las consultas). Sexo masculino: 198 (67%). Edad media 6 años (9 meses-14 años). Verano y primavera 176 consultas (58%). En 157 pacientes (52%) animal conocido, 105 (35%) de la familia y 47 (16%) de vecino, en domicilio o peridomicilio 154 pacientes (51%). Animal agresor: perro 299 (99%). Tipo de lesiones: 177 (59%) cortantes, 63 (21%) superficiales, 30 (10%) punzantes, 31 (10%) cortocortas. Localización: cara 130 (43%), miembros 106 (35%), múltiples 17 (6%). Severidad: leves 271 (90%), severa 1 (0,3%). Destino: domicilio 269 (90%), cuidados moderados 31 (10%), cuidados intensivos 1 (0,3%). Ningún paciente falleció. Tratamiento: 193 (64%) suturas. Antibiótico profiláctico: 295 (98%). Secuelas estéticas: 14 (5%). Celulitis: 11 (4%). Vacuna antitetánica vigente: 294 (97%); 2 recibieron gammaglobulina y vacuna antitetánica. Denuncia obligatoria MSP: 52 (17%).

CONCLUSIONES. Las mordeduras de animales no son un motivo frecuente de consulta, pero generan un porcentaje considerable de morbilidad y secuelas. La población más afectada fueron varones escolares, en domicilio o alrededores, por animal conocido, en temporada estival. Las lesiones predominantes fueron cortantes, localizadas en cara y cuero cabelludo. El manejo general fue tratamiento antibiótico profiláctico y sutura. Conocer la epidemiología de estas lesiones permite elaborar estrategias adecuadas de prevención y protocolos de manejo en urgencias.

28-ESTADO DE MAL CONVULSIVO: EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO TERAPÉUTICO.

Pereira L., Morosini F., Dall'Orso P., Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Introducción: Las convulsiones son la urgencia neurológica más común en la infancia; 1,5% constituyen estado de mal convulsivo (EMC). Recientemente se han propuesto nuevas definiciones: toda crisis de más de 5 minutos de duración debe considerarse como EMC precoz y EMC prolongado las que superan los 10 minutos.

Los Departamentos de Emergencia cuentan con protocolos de tratamiento del EMC de acuerdo a las definiciones clásicas. Recomendaciones actuales incorporan otras opciones terapéuticas que deben ser consideradas. Actualizar estas recomendaciones requiere una revisión de la situación actual y éste es el propósito de la siguiente investigación.

Objetivos: Analizar las consultas por EMC en DEP CHPR. Describir las características del evento, tratamiento realizado (fármacos, medidas de reanimación básica y avanzada) y causas. **Población y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes que consultaron al DEP-CHPR con convulsiones entre 01/01/13-31/08/13. Criterios inclusión: convulsión > 10 minutos (pre y hospitalario) y los que arribaron al DEP en convulsión. Se excluyeron convulsiones de causa traumática. El análisis de los datos se realizó con el programa Epi info, versión 3.5.3. Resultados: 429 consultas por convulsiones (1,6% del total de consultas del período), de éstas 33 EMC (7,7%). Sexo masculino 18 (54,5%). Edad: 1mes-14 años, $x=4,2$ años. Antecedentes: síndromes epilépticos: 12/33; convulsión febril previa 7/33 (21%). Duración: 15-45 minutos, $x=23$. Todos iniciaron la crisis a nivel prehospitalario: 26 casos cedieron antes de arribar al hospital, 19 (58%) requirieron tratamiento (18 diazepam). A nivel hospitalario, 13 recibieron diazepam y 10 fármacos de segunda línea (fenobarbital y difenilhidantoína). En ningún caso se administraron otros anticonvulsivantes ni se realizó intubación de secuencia rápida. Destino: cuidados moderados 14 (42%), domicilio 18 (55%), unidad de reanimación 1 (3%). Etiología: febril 7/33 (21%); epilepsia 8 (24%); no aclarada 14 (42%). No hubo fallecimientos. **Conclusiones:** A pesar de utilizar criterios basados en definiciones actuales la media de duración del evento fue prolongada. Los fármacos administrados en este período para el control de la crisis son los clásicamente utilizados. Disponer de otros fármacos anticonvulsivantes (ácido valproico-levetiracetam-lorazepam) y elaborar protocolos de actuación que los incluya, tiene algunas ventajas y puede contribuir a mejorar el manejo terapéutico de éstos niños. Es importante el entrenamiento de los equipos de salud en la área pre hospitalaria, ya que la mayoría de estos eventos se presentan en ese nivel.



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

29-UN CASO CLINICO DE MALTRATO INFANTIL EN LA URGENCIA

López A, López A

Hospital Regional de Tacuarembó-Uruguay

Resumen: Lactante varón de 3 meses, que consulta en emergencia por llanto continuo y hemorragia subconjuntival. Sin perinatales ni personales a destacar. De los AF se destaca padre con antecedente de violencia doméstica.

Al examen en emergencia se destacaba: ECG 15, apiretico, hemodinamicamente estable, sin SFR, con llanto continuo, enérgico, petequias en cara, tronco y miembros. Hemorragia subconjuntival izquierda. Edema de cuello de pie derecho, duro y frío que no deja godet, sin otros elementos fluviosos. Inmovilización de miembro inferior derecho en su sector distal. Dolor al intentar movilizar dicho cuello de pie. Resto del examen físico normal.

Planteos diagnósticos al ingreso: 1- Meningococcemia, 2- Infección osteoarticular 3- Maltrato infantil: shaken baby syndrome

Exámenes auxiliares: Relevo infeccioso normal. Estudio del líquido cito químico y bacteriológico normal. Rx de cuello de pie: Fractura de metafisis de tibia derecha tipo salter II con desplazamiento moderado de fisis. Tomografía computada: Trazo de fractura lineal a nivel de metafisis distal de tibia derecha, "en asa de balde". Se observa reacción periótica a nivel del sector distal del peroné homolateral lo cual puede estar en relación a callo óseo. Evaluación psicológica: Padres no impresionaron poseer déficit intelectual, elevada capacidad de manipulación para eludir con racionalizaciones y minimización lo registrado por el personal de salud.

El 18/03 Juzgado Letrado dispuso entrega a los padres con contralor de los mismos por abuela materna.

El 29/03 consulto en emergencia traído por sus padres por tumefacción de cuero cabelludo que según relato se habría instalado en forma espontánea mientras jugaba en su coche (3 meses y 22 días). Al examen se constatan hemorragias subconjuntivales, hematoma de cuero cabelludo en región parietal izquierda de aprox. 4 cm de diámetro mayor, equimosis en palma de mano derecha. TAC de cráneo: fractura de hueso parietal izquierdo con fina lamina de colección extraaxial adyacente. Fondo de ojo con hemorragias retinianas bilaterales.

El presente caso culminó con la entrega de la tutela del menor a su madre biológica y orden de restricción al padre por 90 días del mismo en relación con su hijo y la madre de este.

Actualmente concurre a controles de salud con pediatra constatándose un buen crecimiento y desarrollo. Conviene con su padre. Mantiene seguimiento por Uruguay crece contigo, asistente social y equipo de salud mental.

31-CARACTERIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL 2010 - 2014.

Guerrero J, Gurin L, Santoro F, Veirano C, Zunino C, Vomero A, Pandolfo S, García L, Prego J.

Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo Uruguay.

INTRODUCCION: El abuso sexual de niñas, niños y adolescentes (NNA) es un desafío para el equipo de salud. Se define como la práctica de un contacto físico o visual cometido por un individuo en un contexto sexual con violencia, engaño, o seducción ante la incapacidad por su edad y diferencia de poder. Los casos reportados constituyen la punta visible de un iceberg cuyo problema mayor permanece oculto. OBJETIVO: Describir la epidemiología del abuso sexual en NNA que consultaron en el Departamento de Emergencia del Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) e ingresaron a salas de cuidados moderados. Analizar el cumplimiento de las pautas nacionales vigentes para prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo durante 1/06/2010 al 31/06/2014. Se incluyeron todos los casos con diagnóstico al egreso de abuso sexual. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Total 147 casos. 111 mujeres (76%). Menores de 10 años: 61%. Abusos intradomiciliarios: n= 80 (55%). 80/147 episodios de abuso reiterados. Los factores de riesgo más frecuentes: disfunción familiar (n=52), retraso del desarrollo (n=26), presencia de extraños en el hogar (n=26). En 90 no se encontraron hallazgos de ETS, en 19 se otorgó el alta con los resultados pendientes. La media de internación: 8.5 días (1 - 88). De los 56 que consultaron antes de las 72 horas de transcurrido el abuso: 9 (16%) se registró la administración de antirretrovirales. 12 recibieron tratamiento para otras ETS con los antibióticos recomendados en la pauta nacional. En 42 se recolectaron muestras para exudados. 21 adolescentes requirieron profilaxis de embarazo, se registró su realización en 5. En un caso se diagnosticó embarazo. CONCLUSIONES: El abuso sexual infantil es un importante problema social y de salud pública. La epidemiología encontrada en esta serie coincide con la reportada en la bibliografía internacional. Existe un subregistro de las conductas que se toman en casos agudos lo que dificulta evaluar el cumplimiento de la pauta nacional.

30-RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PEDIATRÍA.

SERIE DE CASOS CLÍNICOS; HOSPITAL POLICIAL 2013.

Castro MA, Parodi V, Pujadas MA, Etcheverría JP.

Hospital Policial, Montevideo, Uruguay.

La retención aguda de orina se define como la imposibilidad de llevar a cabo la micción y en consecuencia el vaciamiento vesical, de forma voluntaria. En niños está poco descrita en la bibliografía médica. El objetivo es presentar cuatro casos clínicos de pacientes pediátricos asistidos en el Hospital Policial en el año 2013 que sufrieron retención aguda de orina y revisar el manejo inicial. Caso 1. Preescolar 2 años, sexo masculino, sano, que consulta por traumatismo encefalocráneo, depresión neuropsíquica que requirió asistencia ventilatoria mecánica durante 24 hs. Sin lesión intracraneana. En sala instala ataxia que impresiona farmacológica, dolor abdominal, retención aguda de orina en dos oportunidades. Se descarta etiología infecciosa.

Caso 2. Escolar 10 años, sexo masculino, sano. Consulta por dolor abdominal, disuria y tenesmo vesical de 24 hs, retención urinaria, que reitera en la evolución. Valoración paraclínica normal.

Caso 3. Preescolar 2 años sexo femenino. Consulta por dolor abdominal, examen de orina patológico. Urocultivo 100000 UFC de *Proteus mirabilis*.

Caso 4. Escolar 9 años, sexo masculino, estreñimiento funcional que no cumple tratamiento. Consulta por dolor abdominal. Fecaloma, retención aguda de orina.

DISCUSION Y CONCLUSIONES. La retención aguda de orina en la edad pediátrica es una entidad rara. Se considera una urgencia urológica; genera mucho dolor y discomfort, lo que constituyó el principal motivo de consulta en nuestra serie. Requiere un tratamiento adecuado inmediato que consiste en la evacuación de la orina mediante sonda uretral. Debemos individualizar en cada caso particular la oportunidad de retirar dicha sonda dependiendo de la etiología planteada más probable, considerando la posibilidad de un nuevo episodio de retención como vimos sucedió en dos de nuestros pacientes. Hay una gran variedad de etiologías que difieren en ocasiones de las que se ven con más frecuencia en los adultos. El diagnóstico etiológico al inicio del cuadro puede no ser claro en muchos casos, lo que hace necesario una adecuada historia clínica y examen físico detallado que incluya tacto rectal, inspección de genitales y zona lumbar para poder guiar la necesidad de estudios posterior. Dentro de ellos es imprescindible contar con un examen de orina y urocultivo que se extraiga lo antes posible al introducir la sonda vesical, el resto de la paraclínica se realizará de acuerdo a la orientación clínica.

32-NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA DE CAUSA NO ACLARADA.

Esponda R1, Ferrari V2, Medina A2, Bauger M1, Beltran E1, Giachetto G3.

Hospital O Percovich, Treinta y Tres.

1 - Pediatra

2 - Posgrado de pediatría

3 - Profesor de pediatría Clínica C.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET), manifestados en la mayoría de los casos como una reacción cutánea a medicamentos, constituyen un mismo espectro clínico, con diferente grado de epidermolisis; ambas entidades se distinguen por la severidad y extensión de las lesiones en piel; pueden afectarse, además, mucosas, ojos, vías respiratorias, sistema digestivo y tracto urogenital. Caso clínico: Preescolar de 3 años, sin antecedentes personales a destacar. Buen Crecimiento y desarrollo CEV vigente. Procedente de Arrozal Treinta y Tres. Comenzó el día de la consulta con fiebre de hasta 38,5°C, y lesiones maculo-papulosas, eritematosas y vesículas en dorso, miembros inferiores, genitales, y labios.

Es visto por médico quien indica amoxicilina, clorfeniramina y dipirona. A las 48 hrs consulta por evolución

de las lesiones. Agrega vesículas y mayor compromiso de las lesiones en mucosa oral. Se suspende Amoxicilina, y se deriva al Hospital de Treinta y Tres, ingresando con diagnóstico de varicela sobreinfectada. Se inicia tratamiento con aciclovir y clindamicina i/v. Hemograma: GB 11900 u/L a predominio linfocitario 52,5%

Plaquetas 206000/ml/mm3 Hb 13,5g/dl VES: 24 Crasis normal HIV no reactivo. Funcional Hepático: GPT 119U/L GOT 47U/L. Hemocultivos y exudados de lesiones pendientes. En la evolución en sala, se mantiene en apirexia. Glasgow 15, hemodinámicamente estable con rechazo parcial al alimento. Las lesiones se extienden de forma generalizada, cambiando de características presentando lesiones máculas purpúreas generalizadas con confluencia en tronco. Se traslada a Centro Hospitalario Pereira Rossell con diagnóstico probable de síndrome de Stevens-Johnson. Ingresa a URE por 24 hrs hemodinámicamente estable VEA, pasando luego a Aislamiento. En la evolución no agrega nuevas lesiones, se produce el decolamiento de estas sin aparente afección de la dermis. Paraclínica realizada en CHPRPCR para herpes 1-2, varicela y enterovirus de exudado de lesiones Negativos. Hemocultivo negativo. Crasis y función renal normal. Funcional y enzimograma hepático normal. Hemograma con anemia carencial leve. Discusión: El diagnóstico es fundamentalmente clínico aunque puede apoyarse en datos histopatológicos que suelen mostrar una amplia necrosis epidérmica con mínima inflamación dérmica. Entre los posibles diagnósticos diferenciales destacan: el eritema multiforme, el síndrome estafilocócico de la piel escaldada y el síndrome del shock tóxico.

33-CONVULSIÓN EN APIREXIA, FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADO.

Esponda R1, Ferrari V2, Medina A2, Bauger M1, Beltran E1, Giachetto G3.
Hospital O Percovich, Treinta y Tres.

1 - Pediatra
2 - Posgrado de pediatría
3 - Profesor de pediatría Clínica C.
RESUMEN.

Introducción: Las intoxicaciones por plaguicidas son aproximadamente un 4 % de todas las intoxicaciones y de ellas el 50% afecta a niños menores de 6 años. Los principales grupos de plaguicidas son insecticidas, herbicidas, rodenticidas, fumigantes y fungicidas. Las vías de absorción de la mayoría de los plaguicidas son por inhalación, ingestas y por penetración cutánea. Los organofosforados son los insecticidas más usados actualmente. Se usan en jardines, hogar, agricultura y practica veterinaria. Son extremadamente tóxicos. Entre los más empleados se encuentran malatión, paratión, fenitrotión, etc.

Caso clínico: Paciente de 4 años y 4 meses, escolarizado MSEC deficitario, Buen C y D, CEV vigente. Sano. Consulta en emergencia del Hospital de Treinta y Tres por convulsión tónico clónica generalizada en apirexia, de 15 minutos de duración que aparece en vigilia, y cede espontáneamente llegando en sopor. En emergencia paciente en sopor, hipersialorrea, Glasgow 6, midriasis bilateral, mal estado general, incontinencia para orinas y materias. PP: polipnea profunda con tirajes altos y bajos, con subcrepantes bilaterales. CV: RR 120cpm, RBG, no soplos, pulsos presentes.

Se coloca cánula de mayo y se ventila con ambú. Peoría clínica con aumento del síndrome funcional respiratorio y de la hipercrinia por lo que se realiza IOT previa administración con atropina y propofol.

La madre niega en varias oportunidades ingesta de tóxicos, niega tener productos veterinarios en su casa. Niega ingesta de fármacos, no traumatismos, ni infecciones virales los días previos.

Frente a la fuerte sospecha de intoxicación con organofosforados se llama al CIAT que concuerda con el planteo, y solicita colinesterasa e indica dosis carga de atropina. Se coordina CTI.

Durante el traslado paciente que se bradycardiza en varias oportunidades por lo que se realizan bolos de atropina.

En CTI de la española paciente que persiste grave, colinesterasa 1148 U/L con goteo de atropina durante 4 a 5 días, con mejoría progresiva.

Al examen se destaca: persistencia de acatisia, síndrome arquerebeloso.

EEG sufrimiento encefálico difuso moderado.

Actualmente controlado en policlínica, con neuropediatra, toxicólogo y pediatra. Con síntomas neurológicos en regresión.

Discusión: Los organofosforados actúan inhibiendo la acetil colinesterasa provocando una acumulación de acetil colina en la sinapsis, lo que lleva a un exceso de actividad colinérgica responsable de la sintomatología muscarínica, nicotínica y sobre el SNC, además puede provocar hiperglicemia, acidosis metabólica y leucocitosis e hipercalcemia. El diagnóstico es clínico y se confirma con la reducción de la actividad de la acetilcolinesterasa plasmática a menos del 60 % de lo normal. El tratamiento es de inicio inmediato sin esperar ninguna confirmación del laboratorio, medidas de soporte vital, descontaminación cutánea, ocular y gastrointestinal. EL antídoto es la atropina la cual antagoniza los efectos de la concentración excesiva de acetil colina en los receptores muscarínicos.

35-CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS HOSPITALIZADOS POR PROBABLE MALTRATO INFANTIL/ O ABUSO SEXUAL. RENDIMIENTO DE LOS SIGNOS CLÍNICOS INICIALES

Gerpe A L, Vila R, Baraibar A, Machado K, Pérez W.
Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina UDELAR

INTRODUCCION: La sospecha de maltrato infantil (MI) y/o abuso sexual (AS) son motivos frecuentes de consulta y hospitalización en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). Determinados signos clínicos orientan hacia la sospecha de estos diagnósticos. El objetivo del trabajo fue describir las características de los pacientes que ingresaron por probable MI y/o AS en un período de tiempo y evaluar la rentabilidad de los signos clínicos iniciales.

METODOLOGIA: estudio retrospectivo incluyendo los menores de 15 años hospitalizados en el HP-CHPR entre 1/1/2013 y 31/12/2013 por probable MI/AS. Se revisaron las historias clínicas. Se describieron las características de los pacientes y la presentación clínica. Se llegó al diagnóstico definitivo a través de la actuación de un equipo interdisciplinario. Se analizó el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) de los signos clínicos al ingreso.

RESULTADOS: Ingresaron 154 pacientes: 91 pertenecían al sexo femenino; tenían una mediana de edad de 48 meses (rango 1-168); 96 por probable MI, 58 por probable AS. El diagnóstico se confirmó en 112 (72.7%). La duración de la hospitalización tuvo una mediana de 7 días; 95 fueron judicializados. En la tabla se muestran las lesiones iniciales y su VPP y VPN para el diagnóstico de MI/AS.

Lesiones Iniciales	n (%)	VPP (%)	VPN (%)
Sugestivas de MI (n=96)			
-Óseas	20 (20.8)	45	30
-Viscerales	27 (28.1)	44	27
-Cutáneas	44 (45.8)	72	42
Sugestivas de AS: (n=58)			
Genitales/anales	22 (37.9)	81	11
Enfermedades transmisión sexual(ETS)	6 (10.3)	100	15

CONCLUSIONES. Los niños que ingresaron por probable MI/AS fueron en su mayoría de sexo femenino. El porcentaje de casos confirmados fue alto, al igual que la proporción de casos judicializados. Las lesiones más frecuentes en niños con MI fueron las cutáneas y las de mayor VPP. Entre los niños con AS lo más frecuente fue la ausencia de lesiones; la presencia de lesiones genitales/anales y de ETS tienen alto VPP para el diagnóstico.

34-HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN CUELLO, ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS, ALGORITMO DIAGNOSTICO.

Parada M, Pereira Núñez D

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)

Introducción: Las heridas por arma de fuego (HAF) en pediatría son infrecuentes. Hemos visto un incremento de los casos relacionados a hechos violentos. Estas lesiones determinan ingresos hospitalarios, cirugías, estadía en terapia intensiva y secuelas. Las HAF en cuello son eventos que por las características propias de encrucijada anatómica de la región, deben abordarse con un algoritmo diagnóstico predefinido para actuar de manera eficaz evitando iatrogenias. Objetivos: presentación de casos clínicos de pacientes asistidos en el DEP del CHPR con diagnóstico de HAF en cuello en los últimos 6 meses. Analizar el manejo de dicha patología para establecer un algoritmo diagnóstico. Metodología: revisión de tres casos clínicos de niños asistidos en el DEP. Casos clínicos: 1) 2 años, sexo masculino (SM), orificio entrada (OE) en zona II sin orificio salida (OS), minerva, estridor, eupneico, Sat 98% al aire, FR 20 rpm, hemodinamia estable. Glasgow 15. No enfisema subcutáneo ni saliva por OE. Conducta: Rx cuello frente y perfil: proyectil prevertebral, contacto traqueal, no neumomediastino. TC cervical y tórax, proyectil en C6-C7 prevertebral. Ecodoppler de vasos de cuello: normal. Conducta expectante. En la evolución FGC y FBC sin lesiones, se extrae proyectil apoyado en arteria carótida a los 4 días. 2) 14 años SM, OE zona I sin OS, sin minerva, Sat 99 VEA, MAV + FR: 18 rpm, hemodinamia estable. Glasgow 15, enfisema subcutáneo. Rx Tx y cuello: proyectil prevertebral, no neumotórax, FBC lesión transfixiante de 3er cartilago traqueal. FGC: normal. Ecodoppler de vasos de cuello: normal. Conducta: traqueoplastia, buena evolución. 3) 13 años, SM, OE zona III sin OS, Rx cuello, TC cuello y tórax: proyectil prevertebral C1; restos de bala en abdomen. Laringoscopia: normal. No se realizó, Eco doppler de vasos de cuello ni FGC. Buena evolución. Comentarios: Presentamos los casos de pacientes asistidos en el mismo centro, con la misma patología pero con estrategias diagnósticas diferentes. Consideramos que al ser estas lesiones de poca frecuencia pero con alta morbilidad, es necesario la sistematización clínica y diagnóstica evitando de esta manera demoras en la atención a fin de minimizar potenciales causas de muerte o de secuelas. Por lo tanto creemos que es necesario establecer un algoritmo: A) paciente con signos de inestabilidad aérea o hemodinámica: Cirugía. B) paciente con sospecha de lesión: Rx cuello, tórax, FGC, FBC y ecodoppler de vasos de cuello.

36-ALTERACIÓN AGUDA DE LA CONCIENCIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN ERROR INNATO DEL METABOLISMO

Rodríguez A; Dávila M; Tórtora S; Medici C; Dall'Orso P; Prego J

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell. (CHPR). Facultad de Medicina-Udelar.

Introducción: Las alteraciones agudas de la conciencia (AAC) son un problema en la urgencia pediátrica. Varias enfermedades, neurológicas y no neurológicas pueden presentarse de esta forma. En estos pacientes, los exámenes de laboratorio e imágenes tienen un rol importante. La encefalopatía hiperamoniémica (EH), aunque poco frecuente, puede ser una de las causas. La dosificación de amonio debe considerarse en la evaluación inicial de estos pacientes.

Objetivo: Presentar un caso de AAC causado por un EH secundaria a un error innato del metabolismo.

Caso clínico: 4 años, sexo femenino, síndrome de Down, cardiopatía congénita corregida, fallo de crecimiento. 24 hs previas a la consulta: rinorrea, sensación febril, vómitos y somnolencia. No movimientos anormales, traumatismos o ingesta de fármacos. Al ingreso al DEP regular aspecto general, GCS 13, alternancia depresión-excitación. FC: 145cpm, FR: 28 rpm, Sat O2 VEA 94%, Tax 36,4°C. Hipotonía, pupilas intermedias, reactivas, sin signos neurológicos focales, ni meníngeos. Laboratorio: gasometría, glicemia, ionograma, hepatograma y función renal, hemograma, reactante de fase aguda, LCR: normales. Dosificación de drogas, ácido valproico y carbamacepina negativas. Amonio 224,6 ug/dl. Tomografía de cráneo normal. Tratamiento: L-carnitina, restricción proteica, aporte de glucosa y lípidos. Ingreso a cuidados intensivos, retroceso AAC en 48hs, mantiene amoniemias elevadas. Dosificación de aminoácidos plasmáticos y en líquido cefalorraquídeo: glutamina plasmática elevada, ácido orótico y uracilo elevados en orina, compatibles con un defecto del ciclo de la urea por déficit de ornitil transcarbamilasa (OTC). Resonancia magnética de encéfalo: lesiones desmielinizantes compatibles con OTC.

Conclusiones: La AAC es una forma de presentación de diversas patologías, algunas poco frecuentes como los errores innatos del metabolismo (EIM). El déficit de OTC, la alteración más frecuente de los defectos del ciclo de la urea, puede presentarse como una encefalopatía hiperamoniémica, aunque la elevación del amonio sea discreta, como en este caso.

Es necesario tener en cuenta los EIM en el abordaje inicial de pacientes con AAC en la urgencia. Una dificultad adicional es que los EIM frecuentemente se expresan en el curso de enfermedades intercurrentes que motivan la consulta en la Emergencia. La sospecha diagnóstica y la extracción de "muestra crítica" resultan prioritarias.



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

37-¿SABEMOS RECONOCER Y MANEJAR LOS TRAUMATISMOS CON RIESGO DE LESIÓN RAQUIMEDULAR CERVICAL?

Amaya G, Deutsch I, Ortega C, Dall'Orso P, Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: Si bien las lesiones cervicales no son frecuentes en la edad pediátrica, se asocian a morbilidad y posibilidad de secuelas graves. Existe heterogeneidad en la forma de evaluar y tratar esta entidad en la urgencia. No todos los servicios de urgencia cuentan con protocolos de actuación claramente definidos, lo que dificulta el manejo de estos pacientes. **OBJETIVOS:** Explorar el conocimiento que tienen los pediatras y postgrados en formación sobre los traumatismos con riesgo de lesión raquimedular cervical. Conocer su conducta en cuanto a la evaluación clínica, inmovilización e imagenología. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, transversal. Se confeccionó una encuesta anónima, autoadministrada, a postgrados de pediatría, residentes, docentes y pediatras que ejercían sus funciones asistenciales y/o docentes en el CHPR, durante el día 26 de Agosto de 2014. Se indagó: situaciones clínicas que requieren inmovilización, material empleado para realizarla correctamente, evaluación clínica, indicación de imágenes y oportunidad del retiro de la inmovilización. Se clasificaron las respuestas en correctas, parcialmente correctas o incorrectas tomando como referencia protocolos internacionales de detección, evaluación y manejo.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 encuestas. 37 postgrados y residentes, 13 médicos pediatras. El 58% identificó correctamente 3 situaciones clínicas que requieren inmovilización cervical por riesgo de lesión raquimedular. El 82% respondió correctamente el material requerido para la inmovilización (collarete y fijadores laterales). El 66% menciona la tabla espinal como material para inmovilización cervical. El 34% logró identificar 3 signos clínicos para la evaluación de los traumatismos cervicales correctamente. De la imagenología, 52% solicita solo radiografía de columna cervical (Rx), 24% Rx y tomografía, 16% Rx y resonancia, con variabilidad en cuanto a los enfoques radiográficos. El 68% retira la inmovilización con imagenología normal, el 26% espera la consulta con el especialista. **CONCLUSIONES:** Se observó un importante número de médicos que desconocen las situaciones clínicas con riesgo de lesión cervical, así como su correcta evaluación clínica e imagenológica. Si bien la mayoría conoce cuáles son los materiales adecuados para la inmovilización, hubo una gran dispersión en los criterios para retirarla. Sería interesante conocer los resultados de esta encuesta aplicada a otras disciplinas que participan en la asistencia de estos niños, y lograr acuerdos que permitan la elaboración de protocolos de actuación. De esta manera se podría mejorar la calidad de atención de estos pacientes.

39-INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL BRITÁNICO: PREVALENCIA Y ANTIBIÓTICO EMPÍRICO.

Robino L, Zeballos J, Algorta G, Pirez MC, Dall'Orso P.

Servicio de Emergencia Pediátrica. Laboratorio de Bacteriología. Hospital Británico. Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: La infección del tracto urinario (ITU) es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencia pediátrica. El Cefuroxime (CXM) axetil ha sido la droga de elección para el tratamiento de la (ITU) en niños en Uruguay. En el año 2010 se propuso el uso de amoxicilina clavulánico (AMC) en niños mayores de 1 año como alternativa para el tratamiento ambulatorio de la ITU no complicada.

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de niños asistidos en la emergencia del Hospital Británico por ITU, sus agentes etiológicos y susceptibilidad antibiótica. Comparar la evolución clínica de los pacientes según el antibiótico utilizado. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de niños socios del Hospital Británico asistidos en la emergencia por ITU durante el año 2009 y 2012. Se utilizó SPSS 17.0 para el análisis estadístico, valores de $p \leq 0.05$ fueron considerados significativos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: En el año 2009 hubieron 346 casos sospechosos de ITU siendo 63 (18.2%) confirmados, mientras que en el 2012 502 sospechosos de los cuales 68 (13.5%) se confirmaron. Se analizaron 104 casos de ITU de 91 pacientes. E.coli y Proteus spp fueron los agente etiológico más frecuente (86.4% y 8.7%). La resistencia a ampicilina (64.1%), cefradina (53.4%) y TMP-SMZ (34%) fue elevada mientras al CXM (4.9%) y ampicilina sulbactam (10.7%) baja. Las formas de presentación clínica más frecuentes fueron la fiebre 51.5% y la disuria/polaquiuria (50.5%). En el examen de orina se encontraron: leucocitos en 89.3%, hemáties 72.8%, nitritos 47.6% y proteínas 45.6%. Un 11.7% de los casos requirieron internación. Se analizó el tratamiento empírico y la evolución clínica en 82 casos de niños mayores de 1 año (32 asistidos en el 2009 y 50 en 2012). CXM axetil fue indicado en 25 (78%) casos en 2009 y en 27 (54%) en 2012. AMC se indicó en 1 (3%) de los casos en el 2009, y en 15 (30%) en 2012. Si bien en el caso de CXM axetil se observó fallo del tratamiento en 8 casos, intolerancia al antibiótico en 4, recidiva en 5, reconsulta en 11 e ITU posterior en los siguientes 6 meses en 8 casos, mientras que para AMC sólo se observó 1 caso de reconsulta, no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: Tanto CXM como AMC resultan adecuados para el tratamiento empírico vía oral de la ITU en niños. Se requiere reforzar la difusión del uso de AMC como alternativa terapéutica.

38-PACIENTES DIABÉTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA

Amaya G, Belo J, Fernández K, Malutín M, Santoro A.

Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Interior (CRAMI), Las Piedras Canelones Uruguay

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus (DM) tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia, con una incidencia de 17 casos/100.000 habitantes/año. CRAMI es una institución privada de asistencia médica de Las Piedras y otras ciudades de Canelones. En los últimos 9 años, se diagnosticaron 9 niños con DM tipo 1 en dicha institución. El manejo de estos niños en el servicio de urgencias es difícil de no contarse con protocolos de actuación adecuados.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de las consultas de niños con DM tipo 1 en el servicio de urgencia pediátrica de CRAMI.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de los niños con DM tipo 1, desde el debut de su enfermedad hasta el momento actual, evaluando las consultas en el servicio de urgencia pediátrica. Se consignaron datos generales; consultas relacionadas con la diabetes (descontroles metabólicos) y no relacionadas (aquellas en las que no presentaron descontrol metabólico y/o este no fue evaluado). Se analizaron los casos de cetoacidosis diabética asistidos. Se calcularon porcentajes, media y rangos.

RESULTADOS: Se analizaron 81 consultas. Datos generales: Edad al debut: media 7 años (rango 4 a 12 años). Relación femenino: masculino 2:1. Estado nutricional: desnutrición 2; bien nutrido 2; obesidad 2; sin dato 3. Hubieron 55 consultas (68%) no relacionadas con la enfermedad, patologías: respiratoria 25%; renal 20%; digestiva 15%; neurológica 13%; traumática 11%; dermatológica 9%; ginecológica 2%; otros 5%. No se realizó evaluación de glucemia capilar en el 45% de estas consultas. Se detectaron descontrol metabólicos en 32% (26/81) de las consultas: Hiperglicemia sin cetosis en 13 consultas (2 fueron el debut diabético). Hipoglicemia en 7. Cetoacidosis (CAD): leve 4 (todos debut); moderada 1 (debut); severa 1 (diabética conocida). Síntomas al momento del debut: síndrome diabético precoz 4/9, adelgazamiento 1/9; síntomas urinarios 1/9; alteración de conciencia 1/9. En 2 niños el diagnóstico se realizó en policlínica. De los casos de CAD: Causas de descompensación: infección urinaria 3/6; trasgresión dietética 1/6; se desconoce 2/6. Permanencia en la emergencia: promedio 4 hs (rango 1-7 hs). Pase a CTI: 3 (50%); causa: alteración de conciencia 2 casos; sin dato 1. Días totales de internación: media 6,5 días (rango 2 a 9 días) **CONCLUSIONES:** las consultas de los niños con DM tipo 1 en el servicio de urgencia son frecuentes. La mayoría de éstas no están relacionadas con la enfermedad de base, sin embargo, el pequeño número de casos de cetoacidosis conllevan una morbilidad elevada, con traslado a CTI en el 50% de los mismos

40-CONSULTA ADOLESCENTE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA.

Maurente L, Ferreira M, Más M, Hernandez K, Rimolli A, Castellanos F, Prego J, Giachetto G, García L.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Hospital Pediátrico- Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). UdelAR. Casa de Galicia (CG). Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (AE). Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC). Montevideo y Colonia. Uruguay

La OMS define adolescencia a la etapa comprendida entre los 10 y 19 años (temprana: 10 y 14 años; tardía: 15 a 19 años). La prevalencia de enfermedades en la adolescencia es baja, sin embargo estos utilizan los servicios de emergencia, lo que requiere un abordaje integral y multidisciplinario. No hay datos publicados sobre los motivos de consultas de los adolescentes en Uruguay.

OBJETIVO Describir las características de la consulta de los adolescentes en 4 servicios de emergencia de Uruguay.

METODOLOGÍA estudio multicéntrico, retrospectivo de adolescentes entre 10-14 años que consultaron en HP-CHPR (sub sector público) y entre 10-19 años en AE, CAMOC, CG (sub sector privado). Se incluyeron las consultas de los días 7 al 13 de enero, abril, julio y octubre del 2013. Se registraron: edad, sexo, motivo de consulta, antecedentes patológicos, consultas con especialistas, exámenes de laboratorio, diagnóstico y destino al egreso. Se realiza análisis estadístico: se considerará estadísticamente significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN $n=1518$, 9% del total de consultas. Edad: media 13a5m, (10a-19a11m), varones 50%, antecedentes patológicos: 25%. Sector público 35%, privado 65%. Distribución de consultas por mes: enero 21%, abril 30%, julio 18%, octubre 30%. Los motivos de consulta más frecuentes fueron lesiones e injurias 32%, síntomas respiratorios 15%, otros 14%, síntomas digestivos 12%, lesiones en piel 7%. Los problemas psico-sociales fueron el 7% en el sector público, en tanto que en el privado fue de 2,7%. Consulta con especialista 37%. Laboratorio: 16%. Imágenes 30%. Diagnósticos principales al egreso: trauma 32%, patología respiratoria 21%, otros 14%, patología digestiva 10%, patología de piel 6%. Destino final: domicilio 89%, hospitalización, sector público: 13%, privado: 8%, 0,9% se retira antes de la asistencia, 0,1% institucionalizado.

CONCLUSIONES Si bien la consulta de adolescentes es de baja prevalencia, la misma genera un impacto en los servicios de urgencia por la elevada utilización de recursos. Se observan diferencias entre el sector público y privado.

41-CASO CLÍNICO: CELULITIS NECROTIZANTE

Deutsch I, Dall'Orso P, Prego J.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina-UdelaR. Montevideo, Uruguay

INTRODUCCIÓN: Las infecciones graves de piel y partes blandas son poco frecuentes en la infancia pero determinan alta morbi-mortalidad. El diagnóstico oportuno y tratamiento médico-quirúrgico precoz tiene impacto en la evolución, disminuyendo la morbi-mortalidad y secuelas. **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico que ilustra las dificultades en el diagnóstico y la importancia del reconocimiento precoz para reducir las complicaciones.

CASO CLÍNICO: Lactante de once meses. Inmunizaciones vigentes, sin antecedentes patológicos. Cursando cuadro de rinorrea, tos catarral y fiebre 38.5° de 3 días de evolución. 24 horas previas a la consulta caída de su altura, agrega tumefacción, dolor e impotencia funcional en brazo izquierdo. Consulta constatándose en cara anteroexterna de brazo izquierdo lesión macular extensa violácea, dolorosa. No calor ni tumefacción. Acuria. Radiografía de miembro superior normal. Derivado al Departamento de Emergencia por sospecha de maltrato. Al ingreso: reactivo, buen aspecto general, Tax 36.5°C, FC 130, FR 44, SatO₂ VEA 97%. Lesión descrita. A nivel pulmonar estertores secos y subcrepantes difusos. Laboratorio: hemoglobina 9.3 g/dl, VCM 76, HCM 24, RDW 17, glóbulos blancos 8500, 50% neutrófilos, plaquetas 323000. Crasis KPTT 43 segundos, TP 47%, fibrinógeno 681 mg/dl. Proteína C reactiva 218 mg/l, procalcitonina 8 ng/ml. A las 7 horas del ingreso empeora el aspecto general, polipnea y FC de 170 cpm. Tiempo de recoloración menor 2 segundos, pulsos llenos. Con planteo de sepsis de origen respiratorio recibe oxígeno, bolo de suero fisiológico y ceftriaxona. Evolucionan a un shock refractario a fluidos e inotrópicos. Diagnóstico de celulitis necrotizante. Exploración de lesión cutánea: no sangra con incisión, abordaje quirúrgico en block: debridamiento y resección. Piel y tejido celular subcutáneo necróticos. Se realiza fasciotomía, vitalidad muscular conservada. Evolución tórpicida en Cuidados Intensivos, con fallo multiorgánico. Cultivos de piel, tejido subcutáneo y sangre negativos. Sobrevida con secuelas: traqueostomía, gastrostomía, colostomía.

CONCLUSIONES: Una lesión de piel equimótica asociada a fiebre debe hacer sospechar la celulitis necrotizante. Esta infección grave requiere un abordaje médico-quirúrgico de urgencia. El diagnóstico es clínico. El antecedente de trauma es frecuente. El dolor intenso, los síntomas sistémicos, la hipoestesia y la ausencia de sangrado en la exploración son características. El tratamiento quirúrgico temprano es imprescindible.

43-MORTALIDAD POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA PEDIÁTRICA ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA DE LA SALUD Y LA VACUNACIÓN UNIVERSAL CON VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA EN URUGUAY.

Romero C, Amaya G, Santoro A, Algorta G, Giachetto G, Pirez MC.

Facultad de Medicina UDELAR. Centro Hospitalario Pereira Rossell(CHPR)ROM

Introducción: En 2008 en Uruguay se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Los cambios en el modelo de financiamiento y gestión se acompañaron de aplicación de programas de salud prioritarios dirigidos a la prevención y promoción de salud en mujeres y niños. El Programa Nacional de Vacunación universal, gratuito y obligatorio, incorporó la vacuna neumocócica conjugada 7 valente (2008) y luego 13 valente(2010), siendo éste un componente esencial de la política. Resulta trascendente analizar el impacto de estos cambios sobre la mortalidad potencialmente evitable.

Objetivo: Describir la mortalidad por NAC en un hospital de referencia antes y después del año 2008.

Materiales y Métodos. Diseño descriptivo-retrospectivo con 2 períodos de observación: 1/1/03-31/12/07 (pre-SNIS) y 1/1/09-31/12/12 (post-SNIS). Se incluyeron los menores de 15 años hospitalizados y fallecidos por NAC. Fuente de datos: hospitalizaciones, certificados de defunción, comité de auditoría de fallecidos, Laboratorio de microbiología. Para cada período se describe: mortalidad total, por NAC y neumonía neumocócica (NN).

Resultados: Pre-SNIS la mortalidad por NAC fue 17% (IC95% 13-20) y por NN 3% (IC95% 1.6-4.7). Post-SNIS la mortalidad por NAC fue 11% (IC95% 7-15) y por NN 1.3%(-1.6-2.7). Eran menores de 2 años 64/86 fallecidos por NAC pre-SNIS y 19/25 fallecidos post-SNIS. En el período pre-SNIS fallecieron 16 niños por NN, serotipos: 14 (5), 3 (3), 5 (3), 7F (2), 1 (1), 19A (1) y 7A (1). Post-SNIS fallecieron 3 niños por NN los serotipos fueron Pool G, 12F y uno con serotipo 3 tenía 6 años (no vacunado).

Conclusiones: Tras la implementación del SNIS la mortalidad por NAC en este hospital se redujo 36%. La mortalidad por NN se redujo significativamente; no ocurrieron muertes de niños vacunados por serotipos vacunales. Para conocer la magnitud real del impacto positivo de la reforma es necesario analizar la mortalidad por este evento potencialmente evitable a nivel nacional.

42-MANIFESTACIONES EXTRA-RESPIRATORIAS DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL

Amarillo P, Deutsch I, Dall'Orso P, Prego J.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina-UdelaR. Montevideo, Uruguay

INTRODUCCIÓN: El virus respiratorio sincitial (VRS) el agente más frecuente de infecciones respiratorias agudas bajas en los niños menores de 2 años. Presenta una alta morbilidad y constituye la primera causa de ingresos hospitalarios en los meses de invierno, con una alta demanda de unidades en cuidados intensivos. Las manifestaciones respiratorias son las más frecuentes y conocidas, pero puede determinar manifestaciones vinculadas a su diseminación sistémica, principalmente a nivel cardiovascular y sistema nervioso central, con formas clínicas severas. **OBJETIVO:** Presentar dos casos clínicos de pacientes con manifestaciones extra-respiratorias por VRS. **CASO CLÍNICO 1:** SM, 5 meses, previamente sano, inmunizaciones vigentes. Cursando infección respiratoria alta, agrega fontanela bombé y fiebre 38°C. Sin otra sintomatología. Al examen en el Departamento de Emergencia (DEP): buen estado general, Tax 38.3°C, CGS 15, FC 140 cpm, tiempo de recoloración (TR) menor a 2 segundos, FR 40, sin tirajes, sat.O₂ VEA 98%, PP: subcrepantes y secos bilaterales y difusos. SNM: fontanela anterior bombé con latido. Maniobra de Sell negativa, tono normal, sin signos focales neurológicos, pupilas reactivas y simétricas. Con planteo de infección del SNC se realiza punción lumbar con citoquímico normal, hemograma con glóbulos blancos 18000, 50% neutrófilos, plaquetas 556000, hemoglobina 11.4 g/dl, PCR 16.4 mg/l, PCT 0.05 ng/ml, ionograma, gasometría y glicemia normales, RXTX hiperinsuflación, infiltrado intersticial difuso. Se inicia Ceftriaxona y Vancomicina. El la evolución agrega irritabilidad, palidez cutánea, cianosis peribucal, taquicardia, frialdad periférica y tiempo de recoloración prolongado, FR de 70 rpm, estertores secos y subcrepantes difusos. Se administra oxígeno, cargas de volumen y broncodilatadores. Buena respuesta. ANF diagnóstico: VRS positivo, cultivo y virológico de LCR negativos. **CASO CLÍNICO 2:** SM, 3 años, sano. Consulta por fiebre de 39°C, vómitos y decaimiento de 7 días de evolución. En DEP: mal aspecto general, CGS 15, FC 160, TR 4 seg, limitación a la flexión de nuca, PP: estertores secos difusos. Con planteo de shock séptico se administran 2 cargas de volumen y ceftriaxona. Buena respuesta inicial, hemodinamia estable, sin signos meníngeos. A las 5 horas reinstala elementos de shock, con depresión de conciencia, GCS 13, FC 160, TR de 4 seg, rigidez de nuca. A nivel pulmonar sibilancias y subcrepantes difusos. Con planteo de shock séptico se realiza oxigenoterapia, cargas de volumen y broncodilatadores. Al estabilizarse se realiza PL con citoquímico normal. ANF: VRS positivo. Cultivo y virológico de LCR negativos. **CONCLUSIONES:** Las infecciones por VRS pueden determinar manifestaciones extra respiratorias con deterioro clínico inesperado, requiriendo un tratamiento energético. Estas formas de presentación en su etapa inicial son indistinguibles de las de una infección bacteriana sistémica, por lo cual requieren desde la urgencia un abordaje similar.

44-NEUMONIAS A STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUTIVA DE NIÑOS INTERNADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL 2003-2014

Chamorro F, Amaya G, Badia F, Machado K, Pujada M, Gutierrez S, Algorta G, Pirez MC

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

La neumonía bacteriana adquirida en la comunidad, es un importante motivo de consulta, hospitalización y morbiomortalidad. La orientación etiológica significa un desafío permanente. *Streptococcus pneumoniae* es el principal agente, desde 1994 al implementarse la vacunación contra el *Haemophilus influenzae* tipo b. Aun luego de la incorporación de la vacuna antineumocócica 7 valente y 13 valente en el 2010. SAMR-AC, es un agente poco frecuente de neumonía pero genera importante morbiomortalidad.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de niños ingresados en el CHPR con diagnóstico de neumonía con empiema por SAMR-AC, desde el 1° de enero del 2003 al 31 de agosto del 2014. El diagnóstico de neumonía con empiema a SAMR-AC, surge del aislamiento del germen del cultivo del líquido pleural y en una oportunidad por cultivo de material de necropsia de tejido pulmonar. Se diagnosticaron 35 casos. Se describe características clínicas de presentación, evolución, complicaciones y mortalidad. Patrón de susceptibilidad del SAMR-AC.

Resultados: Los síntomas clínicos por frecuencia son; fiebre, polipnea, quejido, tos catarral, erupción cutánea, dolor torácico dolor abdominal y compromiso bilateral pulmonar. Las complicaciones en frecuencia son: Infección de la herida operatoria, neumatoceles, neumotórax, pionesumotorax, absceso pulmonar, osteomielitis, absceso hepático, osteítis, derrame pericardico, absceso de partes blandas, derrame peritoneal, endocarditis con embolias sépticas, síndrome nefrótico con insuficiencia renal aguda. Requirieron asistencia ventilatoria mecánica 9 pacientes. 4 pacientes reingresaron por abscesos de pared torácica, osteítis costal y osteomielitis. Fallecieron 6 pacientes por sepsis grave. Requirieron drenaje de tórax 34 pacientes. Todas las sepsis fueron sensibles a vancomicina, gentamicina y trimetoprim sulfametoxazol y 9 sepsis fueron resistentes a eritromicina con resistencia inducida a clindamicina.

Conclusión: Todas las neumonías a SAMR-AC se presentaron con empiema, con importante morbilidad y 17% de mortalidad. Debemos estar muy atentos a esta posible etiología, para realizar un tratamiento pertinente y en tiempo adecuado.



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

45-CONSULTAS EN EMERGENCIA DE NIÑOS CON CONDICIONES DE SALUD PASIBLES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Dall'Orso P, Fernández C, Parada M, Notejane M, Bernadé M.

Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP). Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) Facultad de Medicina Udelar. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Introducción: En Uruguay la ley N° 18.335 establece el derecho a una atención integral que incluya los cuidados paliativos. Dada su naturaleza y organización, los servicios de emergencia no son los lugares mejor preparados para la asistencia de pacientes pasibles de Cuidados paliativos (PPCP). Sin embargo, es habitual que estos niños consulten en los mismos constituyendo un desafío para quienes los asisten. Es importante que los equipos de salud adquieran las competencias necesarias para ofrecer una atención eficiente y compasiva.

Objetivo: Determinar la incidencia y características de las consultas de PPCP en el DEP-CHPR; si hubo consultas previas en otros servicios; cuál fue el motivo de consulta y razón para realizar la derivación o concurrir al DEP.

Método: estudio descriptivo, observacional y prospectivo de consultas de PPCP en el DEP-CHPR, considerados como tal según clasificación de la "Association of children with life-threatening conditions" (ACT). Se muestran datos preliminares del 20/6 al 15/8/2014. Se registró: sexo, edad, procedencia, condición de salud, requerimiento de prótesis o tecnología médica, motivo de consulta y derivación al DEP, consulta previa, presencia de pediatra tratante, contacto con la UCPP, decisiones anticipadas y condición al egreso.

Resultados: se incluyeron 25 pacientes. Mediana de edad: un año, rango: 2 meses - 13 años. Según la clasificación de la ACT, 60% correspondían al grupo IV; 72% requería prótesis o dispositivo de tecnología médica (20% más de una); 72% consultó por infecciones respiratorias, 12% por convulsiones, 8% por vómitos y 4% por problemas vinculados a las prótesis. 80% (20/25) fueron trasladados por emergencias móviles: 14 desde el domicilio, 4 de centros de salud periféricos y 2 de otro hospital. Estaban conectados con la UCPP 44% (11/25) y 10% (2/25) contaban con decisiones anticipadas. Ingresaron a cuidados moderados 60%. Un paciente ingresó a CTI. No se registraron fallecimientos.

Comentarios: A pesar de que la mayoría de los pacientes fue asistida previamente, el poder de resolución fue bajo. Conocer las principales características de éstos niños con "necesidades especiales" puede contribuir a planificar y mejorar la gestión de los recursos humanos y materiales para ofrecerles una atención proporcionada y de calidad.

47-CONSULTAS POR GASTROENTERITIS AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIA PEDIÁTRICA: CARGA ASISTENCIAL Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION AFECTADA.

Más M, Dall'Orso P, López A, Bazzino F, Dufort M, Suárez R, Ramírez Y.

Servicio de Emergencia Pediátrica. Laboratorio de virología y bacteriología.

Hospital Británico.(HB) Montevideo Uruguay.

Introducción: la gastroenteritis aguda (GEA) es una enfermedad de alta prevalencia en la infancia. Se estima en menores de 3 años una incidencia de 0,5- 1,9 episodio por niño y año. Las consultas por esta causa en los servicios de urgencia en Uruguay representan entre el 1-5% del total. Conocer la población afectada, sus aspectos epidemiológicos y el impacto que producen, contribuye a planificar los recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad, poniendo énfasis en su prevención. **Objetivos:** Estimar la carga asistencial por GEA durante un período anual en la urgencia del HB. Analizar las características clínicas y epidemiológicas de la población afectada. **Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron todas las consultas de menores de 15 años, con diagnóstico de GEA al egreso del servicio de emergencia, desde el 1° de enero al 31 de diciembre de 2013. Se registró: edad, sexo, clínica, laboratorio, complicaciones, tiempo de estadía en emergencia, hospitalización, agente etiológico. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y se procesaron en EPIINFO 3.5.4. **Resultados:** n=799. 5% del total de consultas del período. Según calendario epidemiológico el máximo de consultas fue entre las semanas 34 y 39. La media de estadía en el servicio de urgencia fue de 2 horas 20 minutos (rango 5min-22h). Edad: media 3años y 6m mediana 2 años. Sexo masculino: 53%. Características clínicas: deposiciones líquidas 85%, vómitos 67%, fiebre 45%, dolor abdominal 36%, deposiciones con sangre 5%, deshidratación 9%, acidosis 7%, disonías 3%. Requhirieron hospitalización el 5% de los pacientes. Los motivos de hospitalización: deshidratación, vómitos y alta tasa de diarrea. Un niño instaló depresión de conciencia, ingresó a cuidados intensivos, presentó una buena evolución, se confirmó infección por rotavirus. Se solicitaron 257 coprovirológicos: rotavirus 92, adenovirus 12, norovirus 3. Coprocultivos positivos 8: 5 salmonella sp, 2 shigella flexneri, 1 shigella sonnei.

Comentarios: Durante el año 2013 la GEA determinó en el servicio de emergencia del HB una importante carga asistencial. La población más afectada eran niños mayores a 2 años.. Su distribución epidemiológica predominando al final del invierno y su estadía prolongada en la urgencia fueron aspectos destacados que deben ser contemplados en la planificación de recursos y áreas destinadas a la asistencia de estos pacientes.

46-INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA EN PEDIATRÍA

Valdez M, del Cioppo F, Vieira S, Dall'Orso P, García L, Mallet J, Prego J.

Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Departamento de Toxicología (CIAT) Hospital de Clínicas. Departamento de Emergencia Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo, Uruguay.

Importancia del tema: El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en Uruguay y la primera sustancia con la que experimenta la mayoría de los estudiantes de enseñanza media. Es una droga socialmente aceptada lo que disminuye la percepción de gravedad. La intoxicación etílica en niños puede ser grave y potencialmente fatal. **Objetivos:** Comunicar 2 casos clínicos asistidos en el DEP-CHPR y reportados al CIAT con diagnóstico de intoxicación etílica. **Casos clínicos:** Caso 1: 2 años, sexo femenino, sana. Consulta por depresión de conciencia, con sospecha de infección, se realiza relevo infeccioso destacándose leucocitosis. Al inicio, Glasgow 9, sin elementos focales neurológicos, pupilas normales, apiretica. Presentó acidosis metabólica e hipoglicemia. Se realiza cocaína, cannabis y benzodiazepinas en orina, negativas. Alcoholemia a las 24 horas de 0,4g/l. Surge disponibilidad de etanol en hogar. Caso 2: 12 años, varón, sano. Encontrado, semidesnudo, con episodio de depresión de conciencia y restos de vómitos. Se interpreta fallo cerebral agudo. Traslado a Unidad de Reanimación y Estabilización en DEP. Al ingreso: Glasgow 12, sin elementos neurológicos focales, midriasis. FC100, PA.152/87. Mejoría progresiva a las 4 horas sin síntomas. Paraclínica inicial cannabis positivo en orina, no se realiza alcoholemia. TAC de cráneo normal. Relata consumo intencional de etanol de alta gradación y marihuana. Los 2 casos presentaron buena evolución con tratamiento sintomático. **Discusión:** Se presentan dos casos con diferentes escenarios. En el primer caso una ingesta accidental, considerar la disponibilidad de alcohol y la determinación sérica del mismo permitió realizar el diagnóstico definitivo. En el segundo, episodio de abuso por ingesta y una situación epidemiológica de riesgo. **Conclusiones:** La depresión de conciencia es una forma de presentación frecuente de intoxicación etílica. Requiere un manejo adecuado y seguro. Puede confundirse con otras etiologías, indagar sobre la posibilidad de exposición contribuye a realizar un diagnóstico oportuno. La presencia de hipoglicemia siempre debe considerarse y corregirse precozmente. La alcoholemia es un examen diagnóstico que debe solicitarse con criterio clínico.

48-ADMISIONES HOSPITALARIAS POR HERIDAS DE ARMAS DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. 2006-2014

Parada M, Pereira Nuñez D, Más M, Prego J.

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina.

Introducción: En Uruguay existen 550.000 armas de fuego registradas. Se estima que hay dos o tres veces más armas sin registrar y que el 70% de los hogares cuenta con algún tipo de arma de fuego. Las heridas por arma de fuego (HAF) han tenido un incremento mantenido de la tasa de lesiones graves en la población pediátrica. Las comunicaciones de lesiones graves por HAF en Uruguay evidencian un cambio en las características relacionadas con el evento dado por aumento de los casos debido a violencia y de los ocurridos fuera del domicilio.

Objetivos: Analizar y describir las características de las HAF de todos los menores de 15 años que ingresaron al Hospital pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) en el período comprendido entre 1/11/2006- 30/6/2014. Población y método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se utilizó como fuente de datos historias clínicas. Se incluyeron todos los menores de 15 asistidos en el servicio de urgencia cuyo motivo de ingreso fuera HAF.

Resultados: en el período analizado ingresaron 114 niños con diagnóstico de HAF. Del total de pacientes, se obtuvieron las historias clínicas de 68/114 (60%). Sexo masculino 78%. La media para la edad fue 11, 2 años. Las regiones corporales donde se localizó el impacto de entrada del proyectil fue: cabeza: 11/68, cuello: 6/68, tórax: 4/68, abdomen:6/68, miembro superior: 10/68, miembro inferior: 29/68, baleados múltiple: 2/68 niños. Requhirieron cirugía 17/68 (25%) pacientes. Ingresaron a Centro de Terapia Intensiva (CTI) 15/68 (22%). Presentaron secuelas 10/68 (15%) niños. Hubo un adolescente, que requirió múltiples cirugías, hospitalización prolongada y fallece por una sepsis intrahospitalaria. Circunstancia de la lesión: violencia 24/68(35%), no provocada 16/68 (24%), sin dato 16/68 (24%), bala perdida 12/68(17%).

Comentarios: Se mantiene un incremento de HAF en menores vinculadas a situaciones de violencia y a edades cada vez mas tempranas. Casi la cuarta parte de la población requirió ingreso a cuidados intensivos y un número no despreciable permaneció con secuelas.



49-HERNIA INTERNA TRANSMESENTÉRICA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA (DEP): PRESENTACIÓN POCO HABITUAL DE SHOCK SÉPTICO.

Mattsson J, Noroya N, Pereira Nuñez D.

Clínica Quirúrgica Pediátrica. Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Las hernias internas son una entidad extremadamente infrecuente, con una incidencia mundial 0,2 – 0,9%. Su presentación con estrangulación y shock séptico es poco habitual y trae aparejada una mortalidad del 50%. Se reporta el caso clínico de un niño con un cuadro agudo de abdomen y shock séptico resultante de la estrangulación y necrosis de intestino delgado.

Destacamos las consultas reiteradas y el rápido deterioro desde el ingreso al DEP. La paraclínica humoral fue compatible con sepsis. Los hallazgos intraoperatorios evidenciaron un sector de intestino delgado encarcerado y necrosado debido a un defecto congénito mesentérico con hernia interna. El sector necrosado fue resecado y el paciente tuvo una buena evolución posterior.

Enfatizamos que el alto grado de sospecha es mandatorio para el diagnóstico y tratamiento correctos y oportunos.

50 - ROTURA VESICAL INTRAPERITONEAL: RARA CAUSA DE CUADRO AGUDO DE ABDOMEN. ¿TRAUMATISMO NO INTENCIONAL O MALTRATO INFANTIL?

Mattsson J, Pereira Nuñez D.

Clínica Quirúrgica Pediátrica. Departamento de Emergencia. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

La rotura vesical intraperitoneal es una rara causa de cuadro agudo de abdomen en la edad pediátrica. La etiología traumática representa la mayoría.

Se reporta el caso de un niño de 6 años con cuadro clínico compatible con peritonitis, en ausencia de evento traumático conocido.

Los hallazgos intraoperatorios evidenciaron una peritonitis urinosa debida a una lesión vesical amplia y anfractuosa a nivel del techo. Se realizó la cistorrafia del mismo y la cistostomía de protección. El paciente evolucionó de forma favorable.

El trabajo en equipo interdisciplinario es determinante para el manejo integral y completo del paciente.



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

Información general

Sede de las Jornadas

Torre de los Profesionales

Yaguarón 1407 piso 4
Montevideo – Uruguay
Telefax: ++598 2 9015400
E-mail: infotorre@torre.com.uy

Secretaría

Atenea Eventos srl

Av. 8 de Octubre 2254 of. 405
Tel-Fax: (598) 2 4005444
E-mail: emergenciapediatrica2014@atenea.com.uy
Web: www.atenea.com.uy
Montevideo – Uruguay

HORARIO DE SECRETARÍA

Miércoles 15	07.30 a 19.15
Jueves 16	07.30 a 19.00
Viernes 17	07.30 a 18.45

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (SOLAPERO)

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.

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 (Viernes 17) a partir de las 10.00 hs. con la presentación del solapero que contiene código de barras. Aquellos congresistas que no retiren su diploma en las Jornadas, podrán hacerlo en la Secretaría Atenea Eventos srl.

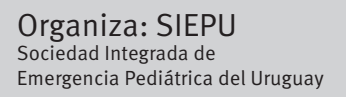
ÁREA DE EXPOSICIÓN COMERCIAL

Ubicada en el Foyer del Centro de Convenciones, disponible para los participantes del 15 al 17 de Octubre 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.

[illegible]



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica

II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica

15 al 17 de Octubre de 2014 . Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.

Notas

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



XII Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica **II Encuentro Iberoamericano de Emergencia Pediátrica**

15 al 17 de Octubre de 2014

Centro de Convenciones – Torre de los Profesionales.



Organiza: SIEPU
Sociedad Integrada de
Emergencia Pediátrica del Uruguay

Patrocinadores

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

GlaxoSmithkline Uruguay S.A.

Caja de Profesionales Universitarios

Antía y Moll y Cía S.A.

Bayer S.A.

Bioerix S.R.L.

Emergencia Uno - Médica Uruguaya

Laboratorio Celsius S.A.

Gramón Bagó de Uruguay S.A.

Gunter Schaaf S.A.

Laboratorios Haymann S.A.

Roemmers S.A.

Sanofi

Sanofi Pasteur

SUAT

Fundación Médica Mauricio Gajer - SEMM

Tresul S.A.

Urufarma S.A.

Vygon Uruguay S.A.

Secretaría Administrativa: Atenea Eventos srl
Av. 8 de Octubre 2254 of. 405
Telefax: ++ 598 2400 5444
emergenciapediatrica2014@atenea.com.uy
Web: www.atenea.com.uy
Montevideo – Uruguay

