

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Los resúmenes de los trabajos libres son reproducción exacta
de los enviados por los autores.

La Sociedad Argentina de Pediatría no tiene responsabilidad
alguna sobre sus contenidos

PO: Presentación oral

RPD: Recorrida de pósters digitales



EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

PO 1

Iturzaeta A.¹; Torres F.²; Bonadeo M.³; Manjarin M.⁴; Miguez L.⁵; Redondo G.⁶; Maidana F.⁷; Marengi M.⁸
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7,8}

*aiturzaeta@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una enfermedad endémica en la Argentina y la prevención es fundamental para disminuir el impacto sanitario.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una intervención educativa para aumentar el conocimiento de padres y cuidadores sobre SUH

Evaluar los conocimientos sobre SUH de la población que asiste al servicio de consultorios externos del HGNPE

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental de evaluación de impacto. Se evaluaron conocimientos previos sobre SUH (encuesta A), se realizó una intervención educativa con material audiovisual sobre prevención de SUH, y se repitió la evaluación de conocimientos (encuesta B) para medir el impacto de la intervención. Para este trabajo se consideró como respuesta mínima satisfactoria el lavado de manos y la cocción adecuada de la carne. Para la evaluación de impacto se utilizó prueba de McNemar y Wilcoxon.

POBLACIÓN

Padres y cuidadores (mayores de 16 años) de pacientes de 1 mes a 5 años de edad que asistieron al servicio de consultorios externos del HGNPE, entre mayo y agosto de 2011.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 58 participantes. La edad de los mismos fue $29,5 \pm 8,6$ años.

Previo a la intervención (encuesta A) 42 participantes desconocían el SUH, y 8 contestaron la encuesta en forma satisfactoria. Contestar satisfactoriamente la encuesta A se asoció con mayor edad del entrevistado ($37,1$ vs. $28,3$ años $t = 2,8$ $p < 0,007$).

Posterior a la intervención (encuesta B) 52 participantes contestaron satisfactoriamente la encuesta y todos los entrevistados contestaron al menos una forma de prevención de SUH (McNemar: encuesta A 8 satisfactorias vs. encuesta B 52 satisfactorias, $p < 0,001$). La prueba de Wilcoxon mostró 53 rangos positivos (mayor número de respuestas satisfactorias en el cuestionario B), 1 rango negativo, y 4 empates, con un valor Z $6,55$ $p < 0,001$.

CONCLUSIONES

Previo a la intervención más de la mitad de la población encuestada no tenía conocimientos sobre SUH ni conocía las medidas para su prevención.

Una intervención educativa de bajo costo aumentó en forma significativa el nivel de conocimiento y lo equiparó independientemente de la edad.

Es importante aprovechar las "oportunidades de prevención" de SUH en el momento de la consulta pediátrica.

MALTRATO INFANTIL EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA

RPD 2

Micali H.¹; Reichbach D.²; Navari C.³

HOSPITAL PERONI¹; FUNDACIÓN HOSPITALARIA²; CUERPO MÉDICO FORENSE³
hmicali@intramed.net

INTRODUCCION

La sociedad actual está marcada por numerosos episodios de violencia que involucra niños, niñas y adolescentes. SE la observa en escuelas, discotecas, calle, lugares de comidas, clínicas, pero también en las salas de espera y consultorios. Estas situaciones pueden estar provocadas por los adultos que acompañan a los menores, padres, familiares, en ocasiones docentes.

Definimos maltrato infantil, según OMS: El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Dando cuenta de la importancia de las secuelas que impactan en el desarrollo de los niños el MI, es vital su prevención, diagnóstico y tratamiento. El abordaje de esta problemática de manera interdisciplinaria, la cooperación de los diferentes espacios donde transcurre la vida de los niños, nos da la posibilidad que su abordaje sea más comprometido.

OBJETIVOS

Pesquisar precozmente, Sensibilizar y formar a los agentes sanitarios en la problemática social de los menores. Crear una red de actores involucrados en dicha problemática con el fin de prevenir el MI, Promover una mejor calidad de vida y de estado de salud de los menores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Uso de cuestionario que deberá ser completado previa capacitación al personal correspondiente ante sospecha de MI. La capacitación

constará de 4 encuentros con los diferentes ámbitos para consensuar y unificar el llenado de la hoja de abordaje al MI. Datos personales del menor y sus acompañantes. Actor que completa la hoja de abordaje. Dos preguntas con un listado de signos y/o síntomas que están presentes en el menor, siendo la valoración leve o moderado. Si la misma fuese grave, no corresponderá el llenado de la hoja. Dibujo anatómico para señalar aprox la ubicación de las lesiones. Un recuadro para señalar observaciones. Dicha hoja deberá ser incluida inmediatamente en la historia clínica del menor.

RESULTADOS

Se espera con esta propuesta poder concientizar al equipo de salud sobre las medidas preoces para diagnosticar MI y así tomar las conductas adecuadas con el fin de terminar con los tratos inadecuados y contribuir a su reparación.

DISCUSIÓN

La violencia cotidiana puede presentarse de diferentes formas. Muchas veces es sutil y naturalizada por la sociedad. Su pesquisa precoz es una obligación de todos. Los pediatras estamos familiarizados con el diagnóstico de las formas severas de MI pero además los que trabajamos con niños debemos detectar pequeños signos de MI. El llenado del cuestionario facilitará su tratamiento ambulatorio. La concientización del personal es clave para su éxito. El objetivo no es judicializar toda evidencia de MI, sino intervenir mediante pautas de puericultura, asesoramiento/tratamiento psicológico, seguimiento por trabajadores sociales o inclusive la intervención del Sistema Judicial si correspondiere



REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO ¿REPETIMOS CONDUCTAS EQUIVOCADAS?

Zuker M.1; Dr. Celestino J.2

HOSPITAL PTE PERON1,2

mszucker@intraimed.net

REFLUJO VESICoureTERAL PRIMARIO BILATERAL INDICACIÓN DE CIRUGÍA

INTRODUCCIÓN

En las ITU (Infección Tracto Urinario) en Pediatría correctamente certificadas, una de las patologías subyacentes mas frecuentes es el Reflujo Vesicoureteral Primario (RVUP), por lo cual es prioritario el diagnóstico temprano para su correcto seguimiento y eventual tratamiento.

OBJETIVOS

Presentar dos casos de RVUP de alto grado, bilaterales con indicación de cirugía al momento de la primer consulta en nuestro Hospital, después de varios años de haberse diagnosticado 1º episodio de ITU.

MATERIAL

Se recolectaron datos de las Historias Clínicas de dos pacientes atendidos en Consultorios Externos de Pediatría (Unidad de Nefrología), estudios ya realizados en otro establecimiento, y la actualización de los mismos.

Diagnóstico de situación:

- Controversias.
- ¿Pido CUGM?
- Posibilidades de error por omisión.
- Diagnósticos tardíos.

CASO N° 1

Sexo femenino, edad 2 años, consulta ITU recurrente, sin estudios previos, tía materna RVU.

Se realiza: ecografía renal y vesical: "Ectasia moderada del S. Pielocalical izq." CUGM: "RVU Grado 4 a 5 izq. Grado 3 a 4 der."

Centellograma Renal C/DMSA: "Lesión compatible con cicatriz pielonefritica en polo superior del riñón izq."

Se referencia a Servicio de Urología Hospital Pediátrico, se realiza Cirugía de reimplante de ambos uréteres con técnica de Kohen.

CASO N° 2:

Sexo femenino, edad 11 años, consulta itu recurrente en la 1ª infancia. Trae:

- 1) Ecografía renal: Vesical " Normal "
- 2) CUGM (2 años antes): "RVU bilateral Grado 2 a 3 "
- 3) Centellografía renal c/DMSA: "lesión compatible c/ cicatriz pielonefritica en riñón izq."

Se refiere que le indicaron ATB profilácticos, que no fueron administrados en forma adecuada. Se indica nueva CUGM: " RVU Grado 4 bilateral". Se realiza interconsulta a Servicio de Urología de Hospital Pediátrico donde se decide cirugía endoscópica de RVU.

CONCLUSIONES

- No perder oportunidades de diagnóstico de RVU ante la presencia de ITU
- Realizar siempre la CUGM en el primer año de vida.
- No está demostrado que el RVU de alto grado no sea un factor predisponente de ITU.
- Realizar estudios siempre antes del año de vida ante el primer episodio certificado de ITU, al igual que en recurrencias, independientemente de la edad para no omitir ni retardar diagnósticos de RVU masivos y como en estos 2 casos bilaterales que tuvieron resolución quirúrgica.
- Seguir a estos pacientes hasta la adultez para detectar posible progresión a Nefropatía evolutiva.

RPD 3

CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO: UNA VISIÓN DIFERENTE...

Rodriguez A.1; Mottola N.2; Coscoñas M.3; Sastre G.4

HOSPITAL EVITA PUEBLO BERAZATEGUI1,2,3,4

aledalej@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Satisfacción del paciente se ha convertido en un indicador de calidad de atención hoy en día aceptado. Una labor importante del médico es su capacidad para comunicarse con el familiar del paciente en forma clara, directa y empática, a fin de lograr una mejor calidad en la atención. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. El hecho de que el prestador de servicios utilice un lenguaje ajeno a sus pacientes marca límites. Una relación respetuosa y de confianza promueve una mejor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar la percepción de calidad de atención de los padres de pacientes pediátricos hospitalizados, por parte del equipo de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo y cuantitativo. Se utilizó la encuesta Arntez and Arntez validada en mas de 50000 pacientes en Suecia, que evalúa la calidad de atención según la percepción de los familiares de los pacientes hospitalizados. Se realizó la encuesta a 78 familiares de pacientes internados, entre los meses de marzo a octubre del 2011 en la Sala de Internación Pediátrica del Hospital Evita Pueblo de Berazategui. La misma fue anónima y realizada al alta, por personal de administración, con la

finalidad de evitar influir en la respuesta de los pacientes. Se obtuvieron datos que fueron expresados en porcentajes.

RESULTADOS

Un 83% de los familiares piensa que la Información brindada fue Buena a Muy Buena y un 14 % Mala, principalmente por no conocer quién era el médico o enfermera a cargo (32%) y un 15 % no sabía a quién debía realizar sus preguntas. El 71% de los entrevistados considera que la Relación médico-Paciente fue Buena o Muy Buena, aunque el 43% consideró que el tiempo que fue brindado por el pediatra fue Poco y un 52 % expreso que su pediatra No se Presento. Un 96% reconoce que el Tratamiento Médico fue Muy bueno o Bueno. Cerca del 100% considera que las Actitudes del Equipo de Salud para con ellos fue Muy Buena o Buena. Un 94% señaló haberse sentido Parte de las Decisiones tomadas en su hijo. El 88% indicó que la Estructura del Hospital era Muy Buena o Buena aunque un 23 y 13% señalo Mal estado de la habitación y baño respectivamente. Conocimiento: 83% desconoce lo que es un Hemocultivo, 62% no supo indicar que es la Bronquiolititis, 76% no pudo definir que es el Control Saturométrico.

CONCLUSIONES

La efectividad clínica no significa una plena calidad de la atención, es necesario incorporar las necesidades y expectativas de trato no clínico de los pacientes a la eficiencia técnica y científica. Con la finalidad de mejorar la calidad de atención se deberían instrumentar mejoras en los defectos detectados y luego de aplicar los cambios una nueva encuesta para verificar el efecto de los mismos.

RPD 4

ENFERMEDAD PREVENIBLE AÚN PRESENTE MENINGITIS POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE B*

RPD 5

Lara Diaz L.¹; Caballero R.²; Ramirez V.³; Pernas C.⁴; Quirolo M.⁵; Wolowski A.⁶
SANATORIO ITOIZ, AVELLANEDA¹²³⁴⁵⁶
lauravilara@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El *Haemophilus Influenzae B* (HIB) es un Coco Bacilo Gram negativo causante de enfermedades graves entre ellas neumonía y meningitis. En el año 1994 se desarrolló una vacuna que a partir del año 1998 fue incluida en el calendario nacional de vacunación en nuestro país, constatándose una constante disminución de su incidencia. A pesar que la inmunización es indicada por personal idóneo, y en los dispensarios se encuentran capacitados para realizarlas, siguen existiendo mitos acerca de las contraindicaciones de la vacunación. La más frecuente, el catarro de vía aérea superior (CVAS). Presentaremos el caso de un paciente de 8 meses que por padecer CVAS, no se indicó la vacunación oportuna y desarrolló meningitis por HIB.

OBJETIVO

Remarcar la importancia de la vacunación oportuna y desmitificar falsas contraindicaciones de la misma.

POBLACIÓN

Paciente masculino de 8 meses de edad, clase sociocultural media-alta, con vacunas incompletas para la edad, las mismas contraindicada por CVAS persistente, se interna presentando

bronquiolitis de 4 días de evolución a VSR positivo con mala respuesta al tratamiento ambulatorio. Su patología respiratoria mejora luego del tratamiento sintomático y evolución con irritabilidad, rigidez de nuca y fiebre. Se realizan puncultivos hallándose el LCR patológico con características bacterianas. Se inicia tratamiento con ceftriaxona a 100mg/kg/día. En el cultivo se obtiene crecimiento de HIB, se mantuvo el tratamiento durante 10 días siendo éste sensible a dicha medicación. El paciente evolucionó favorablemente sin secuelas luego de 8 meses de seguimiento.

CONCLUSIÓN

Es importante destacar la necesidad de vacunar con vacunas conjugadas contra HIB a los menores de 5 años ya que éstas han demostrado claramente su eficacia en las infecciones graves frente a este agente causal. Las reacciones alérgicas severas posteriores a una dosis previa o a algún componente de la vacuna sería la única contraindicación absoluta para aplicarla. No se debería perder la oportunidad de vacunar a los pacientes cuando portan una enfermedad leve.

ERROR EN MEDICINA: QUE PIENSAN LOS RESIDENTES

PO 6

Sosa L.¹; Zapata G.²; Rodriguez Perez A.³
HOSPITAL DE EZEIZA A.EURNEKIAN¹²³
lilianosos@gmail.com

INTRODUCCION

Los errores están en todos los órdenes de la vida porque forman parte de la condición humana y más aún en el ámbito de la medicina que es siempre complejo y lleno de incertidumbres. Es necesario encarar el error en forma institucional a fin de que las medidas y estrategias abarquen todos los factores y alcancen a todos los profesionales.

OBJETIVOS

1. Conocer creencias de los médicos en formación acerca de las causas y del abordaje del error en medicina.
2. Identificar actitudes de los médicos residentes con respecto al error médico.

Tipo de Estudio: descriptivo observacional

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó una encuesta de opinión acerca de las actitudes y creencias acerca del error en medicina a los médicos residentes. Se construyó una planilla Excel para la recolección y análisis de los datos obtenidos.

Criterios de inclusión: médicos que realizan la residencia en el Hospital A. Eurenkian de Ezeiza de las siguientes especialidades: pediatría, neonatología, traumatología, cirugía, clínica, tocoginecología, kinesiología y nutrición.

RESULTADOS

- 1- El 53% está en desacuerdo con que los términos iatrogenia, negligencia y error médico son sinónimos.
- 2- El 75% está poco de acuerdo y en desacuerdo que el error médico es inusual.
- 3- El 41% está de acuerdo que el error médico ocurre más frecuentemente en profesionales y enfermeras jóvenes o poco formadas.

4. El 76% esta de acuerdo con que el error médico es causado por falta de conocimiento o poca atención por parte del profesional actuante".
5. El 58% esta de acuerdo con que parte del problema para abordar el error médico se debe a que es escasa la información y discusión sobre el tema.
6. El 47% están en desacuerdo con minimizar y corregir el problema, entendiend que el error es excepcional.
7. El 58% está de acuerdo con señalar al profesional actuante que ese tipo de errores no deben ocurrir.
8. El 64 % está muy de acuerdo con reforzar con una clase el tema suponiendo que incrementar el conocimiento mejora el resultado.
9. El 58% acepta sus errores cuando le son señalados.
10. Según los encuestados los errores se deben: 1º por exceso de tareas, 2º falta de conocimiento y carencia o ineffectividad de mecanismos de supervisión 3º déficit de atención, 4º deficiente entrenamiento y 5º dificultad para trabajar en equipo.

DISCUSION

En una concepción moderna se debe tomar conciencia que el error médico es frecuente y multicausal y no solamente por la falta de formación o déficit de atención del médico actuante, se lo debe desvincular de la mala praxis y promover su análisis en el equipo de trabajo en forma interdisciplinaria, como práctica habitual siendo imprescindible tener normativas institucionales como principal medida de prevención del error.

CONCLUSIONES

Es necesario un cambio de actitud frente al error permitiéndonos ser más críticos y diseñar sistemas que detecten.



ERRORES TERAPEUTICOS EN PEDIATRIA: PRESENTACION DE TRES CASOS DE INTOXICACIONES POR PARACETAMOL, DIFENILHIDANTOINA Y ACIDO VALPROICO

RPD 7

ARCIDIACONO G.¹; CARRO M.²; NIETO M.³

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3}

alfioarcidiacono@hotmail.com

INTRODUCCION

En los últimos años se ha registrado un aumento en la incidencia de las intoxicaciones medicamentosas por errores de medicación.

Los mismos se pueden clasificar en función del proceso de la cadena terapéutica donde se origina, de la gravedad de las posibles consecuencias para el paciente y de las características del error.

OBJETIVOS

Se presentan tres casos clínicos por errores de medicación (en la indicación médica, en la interpretación de la indicación y en la dispensación de medicamentos)

MATERIALES Y METODOS

Se describen 3 casos clínicos

RESULTADOS

Los factores que predisponen a un error en la medicación son,

entre otros: fatiga, distracción, falta de motivación, escaso conocimiento del paciente o de la medicación, inexperiencia, transición en el cuidado de los pacientes, errores de comunicación en el equipo de salud, errores en la reconstitución de la medicación. En niños: falta de autonomía, dosis dependiente del peso, mayor vulnerabilidad por inmadurez del sistema renal y hepático

CONCLUSIONES

Los errores en la prescripción médica pueden ocasionar graves intoxicaciones con riesgo de vida para los pacientes. Se debe crear conciencia en los profesionales de la salud acerca de la importancia en la claridad y precisión en la prescripción médica, verificando la comprensión de la misma. El médico, como miembro del equipo de salud que prescribe medicamentos, es el máximo responsable en la identificación y resolución de los problemas relacionados con la farmacoterapia. La seguridad de la medicación es una responsabilidad ineludible, tanto por motivos legales como por ética profesional.

ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-AMBIENTALES DEL TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO (TEC) EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CONURBANO SUR

RPD 8

Rodríguez Orsero R.¹; Dei Cas P.²; Lavia E.³; Callisaya D.⁴; Foti M.⁵; Callapa J.⁶

HIGA PTE. PERON^{1,2,3,4,5,6}

ro81_tati@hotmail.com

INTRODUCCION

El TEC es un motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencia pediátrica, pudiendo constituir una causa importante de morbimortalidad.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de TEC en niños internados. Establecer predominio según sexo, edad, hora, día, estación del año. Averiguar existencia de pérdida de conocimiento (PC) y factores de riesgo (FR) asociados: edad materna y número de hijos.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Comprende 67 pacientes (32 niñas (F) y 35 niños (M)), de 1 a 12 años, internados entre el 1 de enero del 2007 y 31 de diciembre del 2012.

VARIABLES

Sexo: M-F. Edad: 1 a 2 años; 3 a 6 años; 7 a 12 años. Estaciones del año: verano, otoño, invierno y primavera. Días: lunes a jueves; viernes a domingo. Hora: En 4 grupos (0 a 6; 6 a 12; 12 a 18; 18 a 24). Mecanismo de producción: Atropellamiento, caída de altura (altura superior a estatura) y golpes. PC: ausencia de conciencia. Fractura de cráneo (solución de continuidad ósea observada en

imágenes). FR asociados: Edad materna: < de 30 años, Cantidad de hijos: >3.

RESULTADOS

Pacientes internados: 2724. Presentaron TEC: 67. Sexo: 52%M. Edad: 1 a 2(20,2%); 3 a 6(50,8%); 7 a 12(29%). Estaciones: verano (23,8%); otoño (28,3%); primavera (23,8%); invierno (23,8%). Días: lunes a jueves (68,65%); viernes a domingo (31,34%). Hora: 0 a 6(5,9%); 6 a 12(5,9%); 12 a 18 (37,3%); 18 a 24(50,7%). Mecanismo: Atropellamiento (8,95%), caídas (67,16%, de propia altura 62%), golpe (23,8%). Con PC (20,8 %). Sin fractura (83,5%). Edad Materna: < 30 años (47,76%); > 30 años (52,23%). Cantidad de hijos: < 3(55,22%); > 3 (44,2%).

CONCLUSION

El TEC se halló en el 2.4% de los internados, sin un claro predominio según sexo. Los más afectados fueron los < de 6 años. No hubo diferencia estacional y predominó en horario vespertino. La caída de propia altura fue el mecanismo más frecuente. La mayoría fueron sin PC, de los cuales 8 presentaron fractura. Contrariamente a lo esperado, el TEC prevaleció los días hábiles y se observó mayormente en niños de madres > 30 años y con menos de 3 hijos.



INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS

RPD 9

Calvo M.¹; Degese J.²; Varela Bello P.³; Sandoval P.⁴; Boyne G.⁵; Legarreta P.⁶

HIGA PTE. PERON^{1,2,3,4,5,6}

maru_c84@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Estafilococo Aureus Meticilino Resistente de la comunidad (SAMRC) es el agente bacteriano prevalente en aumento en las infecciones de piel y partes blandas en pacientes provenientes de la comunidad.

OBJETIVOS

1- Calcular la prevalencia de SAMRC. 2- Averiguar Grupo etáreo, y sexo predominantemente afectados. 3- Identificar localización. 4- Determinar si dichas infecciones son más frecuentes en familias numerosas. 5- Establecer época del año más frecuente.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, que incluyó 20 pacientes (15 varones/5 mujeres) internados en Sala de Pediatría entre los meses de Enero 2010 y Diciembre 2012 con diagnóstico de celulitis abscedada en piel y partes blandas. Se tomó muestra para cultivo de secreción. El trabajo se dividió en cuatro grupos de edades: menores de 1 año, 1 a 5 años, 6 a 10 años y mayores de 10 años. Se definió celulitis abscedada a la tumoración eritematosa, caliente, dolorosa, de bordes difusos. Se consideró familia numerosa a la conformada por 5 a más

miembros, y meses cálidos a los comprendidos entre octubre y marzo.

RESULTADOS

El SAMRC se encontró en 12 de los 20 pacientes afectados. El 75% de los pacientes comprometidos correspondieron al sexo masculino. De los niños con SAMRC el 55% comprendió edades entre 1 y 5 años. Los tres grupos restantes constituyeron cada uno de ellos un 15% del total de los afectados. En el 58% de los casos, la lesión se localizó en miembros inferiores, siendo las áreas más comprometidas rodilla, pierna y pie. Siete (7) de los doce (12) pacientes con SAMRC se presentaron durante los meses cálidos. El 83% conformó parte de una familia numerosa.

CONCLUSIONES

El SAMRC se encontró en el 60% de los casos y se observó más frecuentemente en los varones. Los niños entre 1 y 5 años constituyeron el grupo etáreo más afectado. El área más frecuentemente comprometida fue miembros inferiores. Existió predominio estacional en meses cálidos. Las infecciones por SAMRC predominaron en las familias numerosas.

ERRORES EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO FEBRIL

RPD 10

Ferolla F.¹; Ferolla F.²

GRUPO DE TRABAJO "EL NIÑO FEBRIL", REGIÓN METROPOLITANA, SAP^{1,2}
fmferolla@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La atención de los niños menores de 36 meses con fiebre es un desafío. El conocimiento de la evidencia científica, el compromiso en el seguimiento y la experiencia para detectar indicios sutiles de enfermedad severa ayudan a un manejo racional, evitando complicaciones asociadas a estudios, internación y/o tratamientos innecesarios.

OBJETIVO

Identificar errores habituales en la atención de niños con fiebre. Caso clínico 1: niño de 10 meses previamente sano, es atendido en una guardia por fiebre de 36 horas de evolución. Diagnostican faringitis, solicitan cultivo de hisopado de fauces y medican con amoxicilina. Por persistir febril, es llevado al consultorio de los autores. Se confirma infección urinaria por sedimento urinario patológico y urocultivo (UC) positivo para *E. coli*. Cistouretrografía miccional (CUGM): megauréter e hidronefrosis. Caso clínico 2: paciente de 50 días con antecedente de ALTE en la etapa neonatal, concurre a la consulta porque su madre no lo veía bien, con menor actitud alimentaria, irritabilidad y disminución de la diuresis. Se lo valora somnoliento, derivándolo a una guardia para su control, realización de estudios y tratamiento. Asumen mejoría clínica, por lo que es enviado a su

domicilio. 4 días después es llevado nuevamente a la guardia por comenzar con fiebre (38,7°C). Se interna con sospecha de infección urinaria: leucocituria, nitritos negativos; hemograma: 16.100 leucocitos. Realizan punción lumbar (citoquímico normal, cultivo y virológico de LCR negativos) y hemocultivos negativos. UC positivo para *E. coli*. Evolución afebril desde el segundo día de internación. Recibe 4 días de aciclovir EV y ceftriaxona EV, completando tratamiento con cefalexina VO. Ecografía renal: informan dilatación pielocalicial en riñón derecho inexistente. CUGM normal.

Caso clínico 3: niño de 3 meses con fiebre de 48 horas de evolución, en buen estado general. Sedimento urinario patológico. Lo internan, realizan punción lumbar y hemocultivos. UC positivo para *E. coli*.

Discusión: en los casos descriptos pueden encontrarse errores en el diagnóstico presuntivo, la solicitud de estudios e interpretación de los mismos, y en indicaciones de tratamiento e internación. A éstos se suman la falta de valoración del relato materno y la no apreciación de signos de enfermedad grave.

Conclusiones: los profesionales de la salud estamos expuestos a equivocarnos. No es bueno subestimar los errores y debemos aprender de ellos para evitar que recurran.



A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: TUBERCULOSIS GANGLIONAR

RPD 11

Foti M.¹; Marcote M.²; Bortolin L.³
HIGA PRESIDENTE PERÓN AVELLANEDA^{1,2,3}
mariefoti@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las adenomegalias en niños corresponden a infecciones benignas transitorias, pero algunas veces pueden ser la manifestación inicial de patologías más graves. La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad conocida, con tratamiento específico y que cura. La distribución de los casos pone en evidencia el contexto social, con el incremento de los jóvenes en la última década y en las provincias con mayor población con necesidades básicas insatisfechas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de un caso clínico.

OBJETIVOS

Presentación del caso en un niño de 10 años en un hospital general de agudos.

CASO CLÍNICO

Niño de 10 años de edad, que concurre a guardia por traumatismo en mano izquierda. Al exámen físico, presenta tumoración laterocervical derecha, que borra el gonion. La madre refiere tratamiento con Amoxicilina - Ac. Clavulánico, a buena dosis, durante 15 días, sin mejoría. Se interna con diagnóstico de Adenoflemón derecho y Traumatismo en mano izquierda. Como

antecedentes, presenta broncoespasmos a repetición. Padre fallecido por NAC y cirrosis. Peso en Percentilo 3 y talla en 10. Laboratorio al ingreso: Leucocitosis con neutrofilia y anemia microcítica e hipocrómica. ERS 66 mm/h. Rx de tórax: Refuerzo paracardíaco derecho, imagen radiolúcida entre primer y segundo espacio intercostales derechos. Impresiona mediastino ensanchado, con botón aórtico prominente. ¿Masa ganglionar? Se inicia tratamiento con clindamicina, TMS, dexametasona y diclofenac a dosis habituales. Se realizan interconsultas con neumonología (solicita descartar TBC), cirugía y hematología (descarta patología mieloproliferativa). El niño presenta PPD negativa, pero el catastro familiar revela PPD positiva en el 85%. Se realiza interconsulta en Hospital Elizalde, donde indica exéresis del ganglio y ecografía abdominal. Luego iniciar tratamiento con fármacos de primera línea. El cultivo del ganglio fue positivo para *Micobacterium tuberculosis* complejo. El niño fue dado de alta a los 13 días y continuó con tratamiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

No dejar de sospechar tuberculosis ganglionar en paciente con tumoraciones laterocervicales, realizando una profunda anamnesis desde el comienzo de los síntomas.

NEUTROPENIA SEVERA EN EL LACTANTE

RPD 12

Ferolla F.¹

GRUPO DE TRABAJO "EL NIÑO FEBRIL", REGIÓN METROPOLITANA, SAP¹
fmferolla@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Se define como neutropenia severa al recuento absoluto de neutrófilos menor a 500/mm³. Puede ser congénita o adquirida, secundaria a infecciones, enfermedades malignas o drogas. Si bien es claro el riesgo de infección bacteriana severa en pacientes oncológicos neutropénicos, pocos estudios han evaluado esta asociación en niños con neutropenia secundaria a otras causas. El riesgo de complicaciones infecciosas en éstos parece ser bajo, y ocurre principalmente cuando la neutropenia es prolongada. Según la evidencia disponible, la neutropenia adquirida prolongada se asocia a edad menor de un año, trombocitosis e infección por citomegalovirus (CMV).

OBJETIVO

Describir la evolución clínica de una lactante con neutropenia severa.

CASO CLÍNICO

Niña de 2 meses de vida, nacida de término, sin antecedentes perinatólogicos relevantes, es llevada a la consulta por un episodio de sangrado gingival escaso, que cedió espontáneamente. Sin datos significativos al examen físico, se solicita hemograma y coagulograma, encontrándose como hallazgo neutropenia severa y trombocitosis: glóbulos blancos 9.820 (4% neutrófilos -393 fagos-, 80% linfocitos, 15% monocitos), hemoglobina 11.7g/dl, plaquetas 760.000/mm³. Dentro de los estudios realiza-

dos posteriormente (serologías virales, urocultivo, hepatograma, función renal, dosaje de ácido fólico y vitamina B12), se destacan transaminasas levemente aumentadas (GOT 83UI/L, GPT 44UI/L) y anticuerpos positivos frente a CMV (IgG 72AU/ml -VN<6AU/ml-, IgM negativa). La PCR en orina confirma la infección por este virus. Se realizan controles periódicos, observándose un recuento de fagos mayor a 1000/mm³ a menos de 2 meses de detectada la neutropenia. Estudios inmunológicos (dosaje de inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias, complemento, funcionalidad) normales. Ecografía cerebral y valoración oftalmológica normales. Anticuerpos IgG anti CMV a los 8 meses de edad en valores más altos que los previos (107AU/ml), lo que sugiere contagio postnatal. No presentó infecciones severas a lo largo de su evolución.

DISCUSIÓN

La bibliografía describe al CMV como una de las causas infecciosas más frecuentes de neutropenia, que a su vez suele asociarse con trombocitosis reactiva, y un tiempo más prolongado de recuperación que puede requerir tratamiento con ganciclovir y/o factores estimulantes de colonias de granulocitos.

CONCLUSIONES

La evolución de esta niña concuerda con la evidencia que sugiere un curso benigno de las neutropenias secundarias a infección en niños previamente sanos.



GANGRENA DE FOURNIER

Sanz P.¹; Loguzzo O.²; Bringas H.³; Calabrese M.⁴; Grimberg S.⁵; Veleda A.⁶
HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO¹²³⁴⁵⁶
paupi_18@hotmail.com

RPD 13

El objetivo de este informe es describir un caso clínico de Gangrena de Fournier, patología no frecuente en pediatría, evaluando incidencia, condiciones que predisponen y pronóstico en pacientes pediátricos y no pediátricos. La Gangrena de Fournier es una forma fulminante de fascitis necrotizante infecciosa de las regiones perineal, genital o perianal que comúnmente afecta a hombres, adultos jóvenes, pero también puede afectar a mujeres y niños. Teniendo en los niños un pronóstico más favorable.

El caso se trata de un paciente sexo masculino de 14 años de edad sin antecedentes de relevancia que consulto por dolor, tumefacción, supuración escrotal de 48 horas de evolución, fiebre y forúnculos en región perineal de semanas de evolución. Se realizó intervención quirúrgica, previa toma de cultivos (positivo para *Staphylococcus aureus* meticilino resistente) e inicio tratamiento antibiótico. Las heridas evolucionaron lenta pero favorablemente, con tejido de granulación adecuado sin signos de sobreinfección.

REPORTE DE CASO CLÍNICO - PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO

Porta S.¹; Loguzzo O.²; Bringas H.³; Mercuri B.⁴; Gavotti A.⁵; Melo R.⁶; Guerra Sanchez S.⁷; Lopez Noelia N.⁸; Malosetti M.⁹; Garcarena M.¹⁰
HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰
solcitoporta@hotmail.com

RPD 14

El Pseudohipoparatiroidismo (PHP) es un término utilizado para designar una serie de enfermedades heterogéneas que se distinguen por una inadecuada respuesta a las concentraciones de hormona paratiroidea (PTH) circulante. Se produce principalmente por defectos en el receptor de la hormona, provocando resistencia variable a la acción de la misma en sus órganos blanco (hueso y riñón), manifestándose por hipocalcemia, hiperfosfatemia y niveles elevados de PTH. Las manifestaciones clínicas del PHP son secundarias a la hipocalcemia. Varían según la edad del paciente, de la causa y del

tiempo de evolución de la misma. Su intensidad es variable y los síntomas pueden ser intermitentes. El motivo del siguiente trabajo es presentar el caso clínico de un niño de 11 años de edad en el cual a partir del hallazgo de un QTc prolongado en el ECG se logró llegar al diagnóstico de una patología infrecuente en pediatría. Además hacer énfasis en el diagnóstico temprano y específico de la enfermedad para brindar una terapéutica precisa y precoz para disminuir de esta forma las secuelas secundarias a la hipocalcemia.