

## ÍNDICE

<b>Autoridades</b>	<b>2</b>
<b>Mensaje de bienvenida</b>	<b>4</b>
<b>Declaraciones de Interés y Auspicios</b>	<b>5</b>
<b>Invitados del exterior</b>	<b>6</b>
<b>Información general y científica</b>	<b>8</b>
<b>Acto Inaugural</b>	<b>9</b>
<b>Acto de Clausura y Entrega de Premios</b>	<b>9</b>
<b>Conferencias Plenarias</b>	<b>10</b>
<b>Planígrafo</b>	<b>11</b>
<b>Programa científico</b>	<b>18</b>
<b>Sesiones Trabajos libres</b>	<b>37</b>
<b>Resúmenes de trabajos libres</b>	<b>51</b>
<b>Índice de participaciones científicas</b>	<b>110</b>
<b>Índice de autores de trabajos libres</b>	<b>123</b>
<b>Empresas que participan en la exposición comercial</b>	<b>156</b>

## AUTORIDADES

### Sociedad Argentina de Pediatría COMISIÓN DIRECTIVA 2013 / 2015

#### **Presidenta**

Dra. Ángela Gentile

#### **Vicepresidente 1º**

Dr. Jorge L. Cabana

#### **Vicepresidenta 2º**

Dra. Nélidea Carmen Valdata

#### **Secretaria General**

Dra. Stella Maris Gil

#### **Tesorero**

Dr. Omar L. Tabacco

#### **Protesorero**

Dr. Walter O. Joaquín

#### **Secretario de Educación Continúa**

Dr. Carlos Gustavo Wahren

#### **Secretario de Actas y Reglamentos**

Dr. Mario Hugo Elmo

#### **Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias**

Dra. Verónica S. Giubergia

#### **Secretaria de Relaciones Institucionales**

Dra. Mariana Rodríguez Ponte

#### **Secretaria de Subcomisiones, Comités y**

#### **Grupos de Trabajo**

Dra. Carlota Judit Russ

#### **Secretaria de Regiones, Filiales y Delegaciones**

Dra. María Eugenia Cobas

#### **Vocal 1º**

Dr. Daniel Edgardo Stechina

#### **Vocal 2º**

Dra. Sandra Bufarini

#### **Vocal 3º**

Dra. Silvia Marchisone

#### **Coordinadora Técnica**

Dra. Adriana G. Afazani

#### **DIRECCIÓN DE CONGRESOS Y EVENTOS**

#### **Director**

Dr. Raúl S. Merech

#### **Coordinadora**

Dra. Lidia Parga

#### **Asesores**

Dra. Ana Ceballos

Dra. María Eugenia Cobas

Dra. Carmen de Cunto

Dr. Alejandro Lozano

Dr. Juan Ursomarso

#### **REGIÓN NOROESTE**

#### **Director Titular**

Dr. Humberto Guerrero

#### **1º Directora Asociada**

Dra. Mónica Beatriz Romero

#### **2º Director Asociado**

Dr. Luis Humberto Giribaldi  
Giménez

#### **SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA FILIAL TUCUMÁN**

#### **Presidenta**

Dra. Rosa María Sims

#### **Vicepresidenta 1º**

Dra. Graciela Nadra

#### **Secretario**

Dr. Juan Manuel Vallejo

#### **Tesorera**

Dra. María Matilde Duchén

#### **Secretario de Actividades Científicas**

Dr. Juan José Novoa

#### **Secretaria de Prensa y Difusión**

Dra. Gladys Correa

#### **Secretaria de Actas**

Dra. Stella Maris Sánchez

#### **Vocal Titular 1º**

Dr. Carlos Arturo Aguirre

#### **Vocal Titular 2º**

Dra. Norma Fernández

#### **Vocal Suplente 1º**

Dra. Silvia Analia Fernandez

#### **Vocal Suplente 2º**

Dr. Hector Alburqueque

#### **Vocal Suplente 3º**

Dra. Solana Granger

#### **Comisión Revisora de Cuenta**

Dra. Rosa Del Valle Aguirre

Dr. Luis Bossi

Dr. Miguel R. Leguizamón

#### **Tribunal de Honor**

Dra. Elsa Moreno

Dra. Nelly Ruiz

Dra. Olga Raimondo

#### **AUTOIDADES 7º CONGRESO ARGENTINO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS**

#### **PRESIDENTA DE HONOR**

Dra. Ángela Gentile

#### **COMITÉ DE HONOR**

Dra. Lidia Albano

Dr. Gustavo Cardigni

Dr. Gerardo Rosón

Dr. Eduardo Schnitzler

Dr. José María Silberberg

#### **COMITÉ ORGANIZADOR**

#### **Presidente**

Dr. Rodolfo Pablo Moreno

#### **Vicepresidenta 1º**

Dra. Sandra Verónica Cagnasia

#### **Vicepresidente 2º**

Dr. José Federico Adén

#### **Secretario General**

Dr. Guillermo Laín Fagalde

#### **Prosecretario General**

Dr. Daniel Buamscha

#### **Secretaria Científica**

Dra. Silvia Noemí Santos

**Prosecretario Científico**

Dr. Lorenzo Marcos

**Vocales**

Dr. Gustavo Eugenio Debaisi

Dra. Silvia Díaz

Dr. Tomás Fiori Bimbi

Dra. Elena Guaita

Dr. Thomas Iolster

Dr. Marcelo Itharte

Dr. Edgardo Rodríguez

Dra. Silvia Susana Sáenz

Dr. Jorge Selandari

Dra. Elida Vanella de Cueto

**Asesores del Comité Organizador**

Dra. Claudia Palladino

Dr. Juan Carlos Vassallo

**Integrantes del Comité Científico**

Dra. Priscilla Botta

Dra. Patricia Capocasa

Dra. Claudia Curi

Dr. Roberto Jabornisky

Dr. Facundo Jorro Barón

Dr. Germán Kaltenbach

Dr. Antonio Latella

Dr. Luis Martín Landry

Dr. Pablo Gustavo Minces  
Dr. Guillermo Eduardo Moreno

Dr. Silvio Fabio Torres

Dr. Daniel Rufach

Dra. Mariam Irene Sarli

Dra. Alicia Yunis

**Subcomisión de Prensa  
y Difusión****Secretario**

Dr. Mauro Daniel García

**Integrantes**

Dra. María José Bruera

Dra. Rosana Capellini

Dra. María Eugenia Galvan

Dra. Liliana Luján

Dr. Ricardo Javier Ponce

Dr. Guillermo Kohn Loncarica

Dra. Mónica Ohse

Dr. Gabriel Pujales

Dra. Graciela Rivello

Dra. María Gabriela Rodríguez

Dra. Carmen Terrazas

Dr. Juan Varón

**Subcomisión de Relaciones  
Institucionales y Comités de  
Filiales****Secretaria**

Dra. Ana Carola Blanco

**Integrantes**

Dr. Pablo Mauricio Castro

Dra. Carmen Colman

Dr. Hugo Fleitas

Dra. Doris Flores

Dra. Liliana Galleguillo

Dra. Gabriela López Cruz

Dra. Hilda Susana Pérez

Dra. Ana María Poidomani

Dra. Graciela Romero

Dra. Viviana Ruiz

Dra. Gabriela Varone

**Subcomisión de Sede****Secretaria**

Dra. Verónica Albarracín

**Integrantes**

Dr. Eugenio Castagnaro

Dra. María Constanza Chavez

Dra. Paola Gallardo

Dra. Paola Juarez

Dra. María Silvia Olivieri

**Subcomisión de Recepción  
y Hospedaje****Secretaria**

Dra. Ana Rearte

**Integrantes**

Dra. María Cristina García de

Alabarse

Dra. Federica Castro

Dr. Marcelo Legname

Dra. Lucia Ramasco

Dra. Julieta Vilar

**Subcomisión de Cultura  
y Actividades Sociales****Secretaria**

Dra. Gladys Correa

**Integrantes**

Dra. Florencia Jerez

Dra. Claudia Marcos

Dra. Ángel Molina

Dra. Viviana Rodríguez

Dra. Ana Rodríguez Calvo

**AUTORIDADES DE LAS 6°  
JORNADAS DE ENFERMERÍA  
EN EMERGENCIAS Y  
CUIDADOS CRÍTICOS  
EN PEDIATRÍA****Coordinadora**

Lic. Carolina Astoul Bonorino

**Secretaria General**

Lic. Mónica Poncetta

**Secretaria Científica**

Lic. Carla Prudencio

**Integrantes del Comité  
Científico**

Lic. Isabel Colqui

Lic. Sol Ferrentino

Lic. Victoria Franco

Lic. Claudia Flores Ortíz

Lic. Cristina Pujol Buch

Lic. Cristina Ulloa

Lic. Julia Valdez

**Comité Asesor Regional**

Lic. Roxana Román (Catamarca)

Lic. Analía Gallegos (Jujuy)

Lic. Mirtha Paz (Santiago del  
Estero)

**AUTORIDADES DE LAS 5°  
JORNADAS DE  
KINESIOLOGÍA EN  
EMERGENCIAS Y CUIDADOS  
CRÍTICOS EN PEDIATRÍA****Coordinador**

Lic. Dardo Frachia

**Secretario General**

Lic. Rodrigo Codevilla

**Secretaria Científica**

Lic. Martha Altina

**Integrantes del Comité  
Científico**

Lic. Judith Frydman

Lic. Judyth Iglesias

Lic. Yamila Nociti

Lic. Gustavo Olguin

Lic. Mariana Perez

Lic. Alejandra Timoni

## MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimados colegas:

La Sociedad Argentina de Pediatría convoca a los integrantes de la comunidad asistencial en emergencias y cuidados críticos en Pediatría. Nos reuniremos entre los días 11 al 13 de Septiembre de 2014, en la Ciudad de San Miguel de Tucumán, para participar del VII Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría. Simultáneamente se llevarán a cabo las VI Jornadas de Enfermería en Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría y las V Jornadas de Kinesiología en Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría.

Es grato anticiparles a todos los participantes una cordial bienvenida.

Este evento constituye, sin lugar a dudas, una de las reuniones más esperadas para todo el equipo de salud involucrado en la asistencia y recuperación de pacientes pediátricos que sufren enfermedades que comprometen su vida.

Es la primera vez que este Congreso tiene lugar en la región noroeste del país. Es interés del Comité Nacional de Emergencias y Cuidados Críticos lograr un Congreso federal, que integre al país, con una gran presencia de la región, llegando a todos los intensivistas, emergentólogos, pediatras, enfermeros y kinesiólogos interesados en el tema, para poder brindar herramientas para el trabajo diario y estimular aquellos que todavía no se hacen, fomentando el trabajo en equipos multidisciplinarios. Tenemos por delante el desafío de lograr la mejor calidad de atención y continuar la capacitación del recurso humano.

La salvaguarda del niño en la enfermedad demanda siempre, diagnósticos clínicos exactos, excelencia en los tratamientos de recuperación y la posibilidad de acceder a todas las terapias de rehabilitación; cimentadas en la permanente actualización de nuestros conocimientos, habilidades y actitudes.

Esperamos que el Congreso sirva de motor para la presentación de trabajos de investigación; tener datos propios nos hace poder tomar conductas adaptadas a las necesidades de nuestros pacientes.

El lema de este VII Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría resume el espíritu de esta reunión: “El niño crítico, desafío desde el minuto cero”.

Nos acompañarán destacados profesionales extranjeros y nacionales, que sin duda brindarán su amplia experiencia y tendremos nuevamente la oportunidad de intercambiar experiencias y compartir conocimientos. Deseamos aprovechar los conocimientos de los invitados y compartir diferentes espacios donde podamos hablar de los problemas que enfrentamos todos los días, aprender de otros y aportar preguntas que muchas veces igualan en importancia a las respuestas. Nos permitimos anticipar nuestro agradecimiento a los disertantes de nuestro país y del exterior.

Esperamos contar con la presencia de todos aquellos interesados en alcanzar una mejor atención del niño gravemente enfermo.

Muchas gracias a todos por la participación, y esperamos que al final del Congreso las expectativas se hayan cumplido.

**Dr. Rodolfo Pablo Moreno**

Presidente

7° Congreso Argentino de Emergencias y  
Cuidados Críticos en Pediatría

### AUSPICIOS

- \*Instituto Universitario CEMIC – Resolución N° 58/14
- \*Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación H. A. Barceló - 5285/14
- \*Instituto Universitario del Hospital Italiano
- \*Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) - Resolución N°184/14
- \*Ministerio de Salud de la Nación
- \*Ministerio de Salud - Provincia de Chaco - Resolución N° 745
- \*Ministerio de Salud Pública Corrientes
- \*Ministerio de Salud - Provincia de Entre Ríos – Resolución N° 1854/14
- \*Ministerio de Salud - Provincia de Jujuy – Resolución N° 936/14
- \*Ministerio de Salud - Provincia de Río Negro - Resolución N° 1731/14
- \*Ministerio de Salud Pública - Provincia de Salta - Resolución N° 0696
- \*Ministerio de Salud - Provincia de San Juan – Resolución N° 1407/14
- \*Ministerio de Salud - Provincia de Neuquén – Disposición N° 0978/14
- \*Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán – Resolución N° 125
- \*Pontificia Universidad Católica Argentina Acta N° 226
- \*Universidad Abierta Interamericana - Resolución N° 4332/14
- \*Universidad Austral - Facultad de Ciencias BioMédicas
- \*Universidad Católica de Cuyo - Facultad de Ciencias Médicas - Resolución N° 007-CD-A-2014
- \*Universidad Nacional de Cuyo - Facultad de Ciencias Médicas - Resolución N° 181
- \*Universidad Nacional del Comahue - Resolución N° 0305/2014
- \*Universidad Nacional de Jujuy - Resolución N° 944/14
- \*Universidad Nacional del Nordeste - Resolución N° 3340/2014
- \*Universidad Nacional de la Patagonia Austral - Resolución N° 0368/14 -R- UNPA
- \*Universidad Nacional de Rosario - Resolución N° 2481/2014
- \*Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Ciencias Médicas - Resolución N° 5793/2014
- \*Universidad Nacional del Sur - Resolución CU 192/94

## INVITADOS DEL EXTERIOR



### **Dr. James Holmes**

Department of Emergency Medicine  
Professor, Emergency Medicine and Pediatrics  
University of California - Davis School of Medicine  
(EE.UU)

---



### **Dr. Hassel Jimmy Jiménez**

Director del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica  
Hospital de Clínicas, Asunción.  
Profesor, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción  
(Paraguay)

---



### **Dr. Nathan Kupperman**

Department of Emergency  
Medicine University of California - Davis School of Medicine  
(EE.UU)

---



### **Trc. José Mauricio Landeros**

Kinesiólogo  
Terapista Respiratorio Certificado  
UCIP Hospital de Niños Roberto del Río. Santiago de Chile. Chile  
AARC International Fellow  
Governor for Chile International Council for Respiratory Care  
(Chile)

---



### **Dr. Martí Pons Odena**

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona  
Grupo Respiratorio - Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos  
(España)

---



### **Dra. Viviana Pavlicich**

Jefa de Departamento de Urgencias del Htal. General Pediátrico Niños de Acosta.  
Director del programa de Postgrado en Emergencias Pediátricas HGP- UP  
Secretaria Científica de la Sociedad Paraguaya de Pediatría  
Prof. de Pediatría de la Universidad del Pacífico  
(Paraguay)



**Lic. María Isabel Saldías Roll**

Enfermera Matrona.

Especialista en Recién Nacido de Alto Riesgo. Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Especialista en ECMO Pediátrico y Neonatal. Washington DC y Pontificia Universidad Católica de Chile

*(Chile)*

---



**Dr. Robert Tasker**

Director, Pediatric NeuroCritical Care Program. Senior Associate in Critical Care Medicine. Senior Associate in Neurology  
Children's Hospital Boston. Professor of Neurology and Anaesthesia (Paediatrics), Harvard Medical School

*(EE.UU)*

---



**Dr. Shekhar Venkataraman**

Medical Director, Respiratory Therapy, Children's Hospital of Pittsburgh  
Professor, Department of Critical Care Medicine and Pediatrics, University of Pittsburgh School of Medicine

*(EE.UU)*

## INFORMACIÓN GENERAL Y CIENTÍFICA

### Secretaría General

Atiende todo lo relacionado con acreditaciones, inscripciones, información general y certificados.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 10 de septiembre	8:00 a 18:00
Jueves 11 de septiembre	8:00 a 19:30
Viernes 12 de septiembre	8:00 a 19:00
Sábado 13 de septiembre	9:00 a 14:00

### Secretaría Científica

Atiende todo lo relacionado con el desarrollo del programa, funcionamiento de las salas y las necesidades y consultas de los integrantes del Programa Científico.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 10 de septiembre	8:00 a 18:00
Jueves 11 de septiembre	8:00 a 19:30
Viernes 12 de septiembre	8:00 a 19:00
Sábado 13 de septiembre	9:00 a 14:00


### Oficina de Recepción de Material Audiovisual

Todos los relatores deben concurrir para presentar el material por lo menos 1 (una) hora antes del inicio de la sesión correspondiente. Aquellas presentaciones que se desarrollen en el primer horario de la mañana deberán entregarse el día anterior.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 10 de septiembre	8:00 a 18:00
Jueves 11 de septiembre	8:00 a 19:00
Viernes 12 de septiembre	8:00 a 19:00
Sábado 13 de septiembre	9:00 a 14:00

### Idioma oficial / Traducción

El idioma oficial del Congreso es el castellano. Habrá traducción simultánea inglés / castellano durante las sesiones en las que participa el invitado de habla inglesa. Están identificadas en el programa con este símbolo 

Para retirar los receptores de traducción **es indispensable** dejar un documento con foto que le será devuelto contra la entrega del aparato. Solicitamos no comprometer al personal ya que no se hará ningún tipo de excepción.

### Fotografía / Filmación

Le recordamos que no está permitido sacar fotos o filmar las sesiones científicas del Congreso.

Un equipo de filmación y fotografía ha sido contratado para tal fin.

### Credenciales

Serán exigidas sin excepción para el ingreso a todas las sesiones del Congreso.

### Horarios

Los tiempos y horarios establecidos en el Programa Científico serán respetados estrictamente.

### Certificados

Se entregarán certificados a todos los inscriptos al Congreso. Se podrán retirar en la Secretaría General del Congreso desde el sábado 13 de septiembre a partir de las 9:00.

Los certificados que no se retiren durante el Congreso podrán ser solicitados en la sede de la Sociedad Argentina de Pediatría Entidad Matriz a partir del lunes 22 de septiembre en el horario de 12:00 a 19:00 o si no podrán ser impresos directamente desde la página web de la Sociedad Argentina de Pediatría: <http://www.sap2.org.ar/inscripciones/certificados.php>.

### Constancia de asistencia

Se entregarán **sólo por expreso pedido** del participante. Deberá solicitarla en la Secretaría General antes del sábado 13 de Septiembre a las 9:00.

### Certificados de participaciones científicas

Todos los participantes del Programa Científico recibirán el correspondiente certificado al finalizar la sesión.

### Certificados de Trabajos Libres

Se extenderá **un único certificado por Trabajo Libre** con la nómina completa de autores que figuran en el resumen enviado. No se realizarán copias para los coautores.

El certificado se entregará al relator al finalizar la sesión correspondiente.

## FILMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

La FILMACIÓN de las actividades de este Congreso (conferencias, mesas redondas, etc.) autorizadas por los relatores se publicarán en la página web de la Sociedad Argentina de Pediatría ([www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar)). Para acceder a ellas deberá ingresar al Campus Virtual de la Sociedad desde la sección CONGRESOS de nuestra página web.

La Sociedad Argentina de Pediatría no se hace responsable por accidentes personales, pérdidas, daños a bienes y hurtos de las pertenencias de las personas que asistan a los congresos, eventos o reuniones en general que organice la entidad, cualquiera sea el motivo de su presencia en los mismos y que pudiesen producirse dentro o fuera de las instalaciones previstas para su realización.





## ACTO INAUGURAL

**Jueves 11 de septiembre**

9:30

Salón Gral. San Martín

(1° piso) - Catalinas Park

**Palabras de las autoridades**

## ACTO DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS

**Sábado 13 de septiembre**

13:00

Salón Gral. San Martín

(1° piso) - Catalinas Park

**Palabras de las autoridades**

*Entrega del Premio 7° Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría*

## REUNION DEL COMITÉ NACIONAL DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS

**Jueves 11 de septiembre**

19:30

Salón Gral. San Martín

(1° piso) - Catalinas Park

## REUNION DEL PROGRAMA ERA

**Viernes 12 de septiembre**

19:00

Salón Gral. San Martín

(1° piso) - Catalinas Park

## ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD

**Miércoles 10 de Septiembre**

8:00 a 16:00

**Actividad para la comunidad “Mega curso de reanimación cardiopulmonar para adolescentes”**

**Coordinadores:**  
*Dra. Ana Carola Blanco*  
*Lic. Carla Prudencio*  
*Dra. Mariam Sarli*  
*Dr. Juan Carlos Vassallo*  
*Dra. Julieta Vilar*

**Instructores:**  
*Dr. Daniel Buamscha*  
*Dr. Eugenio Castagnaro*  
*Dr. Guillermo Fagalde*  
*Dra. Paola Gallardo*  
*Dr. Mauro Daniel García*

*Dra. Cristina García de Alabarse*  
*Dra. Eugenia López*  
*Dra. Gabriela Medina*  
*Dr. Rodolfo Pablo Moreno*  
*Dr. Daniel Rufach*  
*Dra. Silvia Santos*

Sede

Centro de innovación e investigación para el desarrollo educativo,  
productivo y tecnológico (CIIDEPT)

Av. Wenceslao Posse y Pte. José Ingenieros

## CONFERENCIAS

### JUEVES 11 DE SEPTIEMBRE

#### Estrategias ventilatorias en la falla respiratoria pediátrica

*Dr. Shekhar Venkataraman*

8:30 a 9:30 – Salón Gral. San Martín  
(1° piso - Catalinas Park)

#### Dengue. Atención desde la Emergencia a la UTIP

*Dr. Jimmy Hassel Jiménez*

12:00 a 13:00 – Salón Gral. San Martín  
(1° piso - Catalinas Park)

#### Qué debemos saber las enfermeras sobre los accesos vasculares centrales

*Lic. Mónica Poncetta*

12:00 a 13:00 – Salón Vía Blanca  
(1° piso - Catalinas Park)

#### Soporte ventilatorio no invasivo en la falla respiratoria aguda. Nuevas interfases

*Dr. Martí Pons Odena*

14:30 a 15:30 – Salón Gral. San Martín  
(1° piso - Catalinas Park)

#### Procuración de Órganos y Cuidados del Posible donante. Actividad conjunta con INCUCAI

*Lic. César Rafael Mancilla*

14:30 a 15:30 – Salón Don Nicasio  
(8° piso - Garden Park)

#### Infecciones del sistema nervioso central (SNC)

*Dr. Robert Tasker*

18:00 a 19:00 – Salón Gral. San Martín  
(1° piso - Catalinas Park)

### VIERNES 12 DE SEPTIEMBRE

#### Traumatismo de cráneo. Manejo inicial

*Dr. Nathan Kuppermann*

8:30 a 9:30 – Salón Gral. San Martín  
(Catalinas Park - 1° piso)

#### Análisis del fallo de ventilación no invasiva VNI - SAFI

*Dr. Martí Pons Odena*

8:30 a 9:30 – Salón Lola Mora  
(Catalinas Park - 9° piso)

#### Monitoreo y prevención de la injuria asociada a la ventilación mecánica

*Dra. Marta Mosciaro*

8:30 a 9:30 – Salón Don Nicasio  
(Garden Park - 8° piso)

#### Nuevas investigaciones en cetoacidosis diabética

*Dr. Nathan Kuppermann*

11:45 a 12:45 – Salón Catalinas  
(Catalinas Park - 1° piso)

#### Evaluación inicial y cuidado del niño con trauma contuso abdominal

*Dr. James Holmes*

14:00 a 15:00 – Salón Gral. San Martín  
(Catalinas Park - 1° piso)

#### Movilización precoz en UTIP

*Lic. Gustavo Olguín*

14:00 a 15:00 – Salón Gral. San Martín  
(Catalinas Park - 1° piso)

#### Traumatismo de cráneo grave

*Dr. Robert Tasker*

17:00 a 18:45 – Salón Gral. San Martín  
(Catalinas Park - 1° piso)

### SÁBADO 13 DE SEPTIEMBRE

#### Pensamiento crítico en el niño grave

*Dr. Shekhar Venkataraman*

9:30 a 10:30 – Salón Gral. San Martín  
(Catalinas Park - 1° piso)

**7° CONGRESO ARGENTINO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS EN PEDIATRÍA**  
**6° JORNADAS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS EN PEDIATRÍA**  
**5° JORNADAS DE KINESIOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS EN PEDIATRÍA**

**PLANÍGRAFO**

MIÉRCOLES 10 DE SEPTIEMBRE				
Hospital del Niño Jesús				
	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Auditorio Dirección	Aula SAP 1	Aula SAP 2
09:00 a 13:00	<b>TALLER Ventilación No Invasiva (VNI)</b> CUPO: 100 Destinados: <i>Médicos</i> – <i>Kinesiología</i> – <i>Enfermería</i>	<b>TALLER MANEJO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS</b> Manejo pre-quirúrgico CUPO: 50 Destinado: <i>Médicos</i>	<b>TALLER Transporte del niño crítico</b> CUPO: 50 Destinado: <i>Médicos</i>	9:00 a 12:00 <b>TALLER CUIDADOS DEL NIÑO CON OSTOMÍAS Y BOTÓN GÁSTRICO</b> CUPO: 50 Destinado: <i>Enfermería</i>
				RECESO
13:00 a 14:00	RECESO			
14:00 a 17:00	<b>TALLER ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE QUEMADO</b> CUPO: 100 Destinados: <i>Médicos</i> – <i>Kinesiología</i> – <i>Enfermería</i>	<b>TALLER MANEJO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS</b> Manejo post-quirúrgico CUPO: 50 Destinado: <i>Médicos</i>	<b>TALLER CONJUNTO SAP – INCUCAI</b> (La donación de órganos en un proceso más de la terapia intensiva pediátrica) CUPO: 50 Destinado: <i>Médicos</i>	12:15 a 14:30 <b>TALLER Intervenciones de enfermería en accesos vasculares basado en simulación</b> CUPO: 50 Destinado: <i>Enfermería</i>
				15:00 a 18:00 <b>TALLER HEMOFILTRACIÓN</b> CUPO: 30 Destinado: <i>Médicos</i>

JUEVES 11 DE SEPTIEMBRE

**CATALINAS PARK HOTEL**

*Salón Gral. San Martín  
(1° Piso)*

*Salón Ing. Luis Manuel Paz  
(planta baja)*

*Salón Lola Mora  
(9° Piso)*

8:30 a 9:30	CONFERENCIA Estrategias ventilatorias en la falla respiratoria pediátrica		
09:30 a 10:30	ACTO INAUGURAL		
10:30 a 11:45	MESA REDONDA SHOCK 2015	MESA REDONDA Urgencias hidroelectrolíticas en la emergencia	MESA REDONDA ABORDAJE KINÉSICO DEL NEONATO CRÍTICO
11:45 a 12:00	RECESO		
12:00 a 13:00	12:00 a 12:30 MINICONFERENCIA: Estrategias de manejo de la hipertensión endocraneana refractaria	CONFERENCIA Dengue. Atención desde la Emergencia a la UTIP	12:00 a 12:30 MINICONFERENCIA CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN UTIP
	12:30 a 13:00 MINICONFERENCIA: Hipotermia como neuroprotección		12:30 a 13:00 MINICONFERENCIA Encuesta: relevamiento de Kinesiólogos en las UTIP
13:00 a 14:30	RECESO		
14:30 a 15:30	CONFERENCIA SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN LA FALLA RESPIRATORIA AGUDA. NUEVAS INTERFASES		
15:30 a 16:30	15:30 A 16:15 PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS	15:30 A 16:15 PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS	15:30 A 16:15 MINICONFERENCIA MANEJO CRÓNICO DE LA DISFAGIA EN UTIP
16:30 a 16:45	RECESO		
16:45 a 18:00	MESA REDONDA PROBLEMAS EN EL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA	MESA REDONDA EL NIÑO CON ALTERACIÓN DEL SENSORIO	TALLERES • ARM • Humidificación – Aerosolterapia • Traqueotomía • VAFO
18:00 a 18:15	RECESO		
18:15 a 19:15	CONFERENCIA INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)		PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES DE KINESIOLOGÍA

<b>GARDEN PARK HOTEL</b>		
<i>Salón Simón Bolívar (1° Piso)</i>	<i>Salón Don Nicasio (8° Piso)</i>	<i>Salón Vía Blanca (1° Piso)</i>
	<b>MESA REDONDA Seguridad de paciente – Mito o Realidad</b>	<b>RCP Pediátrico y neonatal: lo viejo y lo nuevo</b>
	12:00 a 12:30 <b>MINICONFERENCIA LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA</b>	12:00 a 13:00 <b>CONFERENCIA: QUÉ DEBEMOS SABER LAS ENFERMERAS, SOBRE LOS ACCESOS VASCULARES</b>
	12:30 a 13:00 <b>MINICONFERENCIA TRIAGE EN LA EMERGENCIA</b>	
<b>RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES</b>		
	<b>CONFERENCIA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y CUIDADOS DEL POSIBLE DONANTE</b>	
	<b>TALLER QUÉ SABEMOS DE HUMIDIFICACIÓN Y ASPIRACIÓN</b>	<b>MESA REDONDA SHOCK: EVALUAR, CATEGORIZAR Y ACTUAR</b>
	<b>MESA REDONDA VENTILACIÓN NO INVASIVA, LO NUEVO Y LO VIEJO (CPAP bajo agua, alto flujo y BIPAP)</b>	<b>MESA REDONDA SEDACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS</b>
	<b>TALLER FUERZA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL</b>	

VIERNES 12 DE SEPTIEMBRE

**CATALINAS PARK HOTEL**

	<i>Salón Gral. San Martín (1° Piso)</i>	<i>Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)</i>	<i>Salón Lola Mora (9° Piso)</i>
8:30 a 9:30	CONFERENCIA TRAUMATISMO DE CRÁNEO. MANEJO INICIAL		CONFERENCIA ANÁLISIS DEL FALLO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA VNI – SAFI
09:30 a 10:45	MESA REDONDA TRIAGE	MESA REDONDA EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO GRAVE	MESA REDONDA UPDATE
10:45 a 11:15	RECESO		
11:15 a 13:00	11:15 A 11:45 MINICONFERENCIA MODOS VENTILATORIOS AVANZADOS	11:15 A 11:45 MINICONFERENCIA LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EMERGENCIAS	MESA REDONDA VENTILACIÓN NO INVASIVA; PUESTA AL DÍA – EXPERIENCIAS EN PAÍSES HISPANOPARLANTES
	11:45 A 12:45 CONFERENCIA NUEVAS INVESTIGACIONES EN CETOACIDOSIS DIABÉTICA		
13:00 a 14:00	RECESO	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES	
14:00 a 15:00	CONFERENCIA EVALUACIÓN INICIAL Y CUIDADO DEL NIÑO CON TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL		CONFERENCIA MOVILIZACIÓN PRECOZ EN UTIP
15:00 a 16:00	15:00 a 15:30 RECONOCIMIENTO A LA TRAYECTORIA DRA. LIDIA ALBANO		15:30 a 17:00 MESA REDONDA
	15:30 a 16:00 MINICONFERENCIA ARTE Y CIENCIA DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA	15:30 a 16:00 MINICONFERENCIA ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS	
16:00 a 16:15	RECESO		
16:15 a 17:45	16:15 a 17:00 MINICONFERENCIA NUEVAS INVESTIGACIONES EN EL LACTANTE FEBRIL	16:15 A 17:45 MESA REDONDA GESTIÓN DE UN ÁREA CRÍTICA EN LA ARGENTINA DEL SIGLO XXI	EL PACIENTE CRÓNICAMENTE VENTILADO: EXPERIENCIAS REGIONALES
	17:00 a 17:45 MINICONFERENCIA SEDACIÓN SEGURA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS		
17:45 a 19:00	17:45 a 18:45 CONFERENCIA TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE		17:15 a 18:45 MESA INTERACTIVA MENTIRAS VERDADERAS

**GARDEN PARK HOTEL**

*Salón Simón Bolívar  
(1° Piso)*

*Salón Don Nicasio  
(8° Piso)*

*Salón Vía Blanca  
(1° Piso)*

**CONFERENCIA  
MONITOREO Y PREVENCIÓN  
DE LA INJURIA ASOCIADA A LA  
VENTILACIÓN MECÁNICA**

**MESA REDONDA  
DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO –  
MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO  
ALVEOLAR Y VAFO**

**TALLER  
ACTIVIDADES DE UN  
PROGRAMA DE CONTROL DE  
INFECCIONES**

**11:15 A 11:45  
MINICONFERENCIA  
CETOACIDOSIS DIABÉTICA:  
MANEJO EN LA EMERGENCIA**

**11:15 A 11:45  
MINICONFERENCIA  
ARRITMIAS EN LA  
EMERGENCIA**

**11:45 A 13:00  
MESA REDONDA  
LOS PADRES EN LAS UNIDADES  
CERRADAS: UNA MIRADA  
DIFERENTE**

**11:45 a 13:00  
MESA REDONDA  
VALORACIÓN INICIAL  
E INTERVENCIONES DEL  
POLITRAUMATISMO EN LA  
URGENCIA**

**RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES**

**14:15 a 16:30**

**TALLER  
APLICACIÓN DE UN PROGRAMA  
DE SIMULACIÓN PARA LA  
CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA  
EN ÁREAS CRÍTICAS**

**16:15 a 17:00  
MINICONFERENCIA  
EL EJERCICIO PROFESIONAL EN  
EMERGENCIAS Y  
CUIDADOS CRÍTICOS**

**RECESO**

**17:00 a 17:45  
MINICONFERENCIA  
ROL DE LA SIMULACIÓN  
AVANZADA EN LA FORMACIÓN  
EN EMERGENCIAS  
Y RCP PEDIÁTRICA**

**16:45 a 17:45  
CONTROL DE INFECCIONES  
ASOCIADO AL CUIDADO DE LA  
SALUD**

**MESA REDONDA  
CÓMO LOGRAR UN EQUIPO  
MULTIDISCIPLINARIO Y NO  
MORIR EN EL INTENTO**

SÁBADO 13 DE SEPTIEMBRE		
CATALINAS PARK HOTEL		
	Salón Gral. San Martín (1° Piso)	Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)
9:30 a 10:30	CONFERENCIA PENSAMIENTO CRÍTICO EN EL NIÑO GRAVE	
10:30 a 11:30	PRO / CON VENTILACIÓN POR PRESIÓN EN ASMA	PRO / CON UTILIZACIÓN DE COLOIDES COMO EXPANSORES DE VOLUMEN
11:30 a 11:45	RECESO	
11:45 a 13:00	CASOS CLÍNICOS	
13:00	ACTO DE CLAUSURA	



**GARDEN PARK HOTEL**

*Salón Don Nicasio  
(8° Piso)*

*Salón Vía Blanca  
(1° Piso)*

**MINICONFERENCIA  
QUIÉN CUIDA A LOS  
QUE CUIDAN**

**10:30 A 11:00  
MINICONFERENCIA  
MANEJO INICIAL DEL SHOCK SÉPTICO – CAMPAÑA  
MUNDIAL DE SEPSIS**

**10:30 A 11:00  
MINICONFERENCIA  
HEMOFILTRACIÓN EN LA TERAPIA INTENSIVA**

**MESA REDONDA  
EDUCACIÓN AL NIÑO Y SU  
FAMILIA – DESDE LA EMERGENCIA  
HASTA EL ALTA**

**7° CONGRESO ARGENTINO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS EN PEDIATRÍA**  
**6° JORNADAS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS EN PEDIATRÍA**  
**5° JORNADAS DE KINESIOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS EN PEDIATRÍA**

**PROGRAMA CIENTÍFICO**

**MIÉRCOLES 10 DE SEPTIEMBRE**

**09:00 a 13:00** Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga - Hospital del Niño Jesús

**TALLER: Ventilación no invasiva (VNI)**

Coordinador: *Lic. Dardo Frachia*

Secretario: *Lic. Rodrigo Codevilla*

Disertantes:

*Lic. Hilda Gallardo*

*Trc. José Landeros*

*Lic. Mariana Silva*

*Lic. María Alejandra Timoni*

*Lic. Mariela Ojeda*

*Dr. Martín Truszkowski*

*Dr. Martí Pons Odena*

*Dr. Mauro Juan Daniel García*

*Lic. Rodrigo Codevilla*

*Lic. Sabrina Medina*

**09:00 a 13:00** Auditorio Dirección - Hospital del Niño Jesús

**TALLER: Manejo de cardiopatías congénitas - Manejo pre-quirúrgico**

Coordinador: *Dr. Guillermo Moreno*

Secretaria: *Dra. Florencia Jerez*

Disertantes:

*Dra. Ana Miriam Lenz*

*Dra. Mariela Krynski*

*Dra. Mercedes Montonati*

**09:00 a 13:00****Aula SAP 1 - Hospital del Niño Jesús****TALLER: Transporte del niño crítico**Coordinador: *Dr. Facundo Jorro Barón*Secretario: *Dr. Gabriel Pujales*

Disertantes:

*Dr. Hilario Ferrero**Dr. Mateo Ferrero**Dr. Enrique Finetti**Dr. Pedro Taffarel***09:00 a 12:00****Aula SAP 2 - Hospital del Niño Jesús****TALLER: Cuidados del niño con ostomías y botón gástrico**Coordinadora: *Lic. María Sol Ferrentino*Secretaria: *Lic. Mirta Paz*

Disertantes:

*Lic. Claudia Kovacevic***12:15 a 14:30****Aula SAP 2 - Hospital del Niño Jesús****MESA REDONDA: Intervenciones de enfermería en accesos vasculares basados en simulación**Coordinadora: *Lic. Julia Valdéz*Secretaria: *Lic. Cristina Pujol Buch*

Disertantes:

*Lic. Sabrina Medina**Lic. Alejandro Benitez**Lic. Mariela Ojeda**Lic. Gloria Soto**Bqca. Natalia Hirsch***14:00 a 17:00****Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga - Hospital del Niño Jesús****TALLER: Atención integral del paciente quemado**Coordinadora: *Dra. Rosa Mabel Villasboas*Secretario: *Dr. Jorge González*

Disertantes:

*Dr. Jorge González**Lic. Carolina Ortiz**Lic. Darío Salvatierra**Dra. Rosa Mabel Villasboas*

14:00 a 17:00

Auditorio Dirección - Hospital del Niño Jesús

**TALLER: Manejo de cardiopatías congénitas - Manejo post-quirúrgico**Coordinador: *Dr. Guillermo Moreno*Secretario: *Dr. Juan Pablo Fabris*

Disertantes:

*Dra. Irma Azar**Dra. María Luisa Pilan*

14:00 a 17:00

Aula SAP 1 - Hospital del Niño Jesús

**TALLER CONJUNTO SAP-INCUCAI: La donación de órganos en un proceso más de la terapia intensiva pediátrica**Coordinador: *Dr. José Federico Adén*Secretaria: *Dra. Gladys Correa*

Panelistas:

- Mantenimiento del cadáver

*Dr. Guillermo Fagalde*

- Manejo de la página del INCUCAI y el programa Glasgow 7

*Dr. Ricardo Ibar*

- Diagnóstico de la muerte cerebral

*Dra. Laura Alicia Panigazzi*

- Comunicación con la familia. Comunicación de la muerte cerebral

*Dr. Alejandro Yankowsk*

15:00 a 18:00

Aula SAP 2 - Hospital del Niño Jesús

**TALLER: Hemofiltración**Coordinador: *Dr. Daniel Buamscha*Secretaria: *Dra. Doris Flores*

Disertantes:

*Dra. Silvana Brusca**Dra. Analía Penayo Zarate*

08:30 a 09:30

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Estrategias ventilatorias en la falla respiratoria pediátrica**



Coordinador: *Dr. Shekhar Venkataraman*

Presenta: *Dr. Rodolfo Pablo Moreno*

09:30 a 10:30

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**ACTO INAUGURAL**

10:30 a 11:45

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MESA REDONDA: Shock 2015**

Coordinadora: *Dra. Ana Carola Blanco*

Secretario: *Dr. Ricardo Ponce*

Panelistas:

- Cómo mejorar el pronóstico

*Dra. María Laura Piovano*

- Tratamiento de las hemorragias masivas: reposición de la volemia con fluidos, productos sanguíneos y supervivencia

*Dra. Liliana Luján*

- Nuevas líneas de investigación y avances en el tratamiento del SIRS y sepsis severa

*Dr. Roberto Jabornisky*

10:30 a 11:45

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**MESA REDONDA: Urgencias hidroelectrolíticas en la emergencia**

Coordinadora: *Dra. Liliana Poltanski*

Secretaria: *Dra. Silvana De Pinho*

Panelistas:

- Tratamiento de la deshidratación grave

*Dra. Patricia Fiñana*

- Hiperkalemia

*Dra. Ana Fustiñana*

- Insuficiencia suprarrenal

*Dra. María José Bruera*

10:30 a 11:45

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**MESA REDONDA: Abordaje kinésico del neonato crítico**

Coordinador: *Lic. Néstor Rosendo*

Secretaria: *Lic. Analía Venecia*

Panelistas:

*Lic. Liliana Perret*

*Lic. Valeria Villafaña*

*Lic. Erika Burguener*

10:30 a 11:45

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Seguridad del paciente. Mito o realidad**

Coordinadora: *Lic. Carolina Astoul Bonorino*

Secretaria: *Lic. Analía Vilte*

Panelistas:

*Lic. Vanesa Zylinski*

*Lic. Elena Andión*

10:30 a 11:45

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: RCP pediátrico y neonatal: lo nuevo y lo viejo**

Coordinadora: *Lic. Liliana Corimayo*

Secretaria: *Lic. Sara Beatriz Noguera*

Panelistas:

*Lic. Carla Prudencio*

*Lic. Susana Agüero*

12:00 a 12:30

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Estrategias de manejo de la hipertensión endocraneana refractaria**



Conferencista: *Dr. Robert Tasker*

Presenta: *Dra. Alicia Yunis*

12:30 a 13:00

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Hipotermia como neuroprotección**



Conferencista: *Dr. Robert Tasker*

Presenta: *Dr. Facundo Jorro Barón*

12:00 a 13:00

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Dengue. Atención desde la Emergencia a la UTIP**Conferencista: *Dr. Jimmy Hassel Jiménez*Presenta: *Dr. Gustavo Debaisi*

12:00 a 12:30

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Categorización del paciente crítico en UTIP**Conferencista: *Trc. José Landeros*Presenta: *Lic. María Alejandra Timoni*

12:30 a 13:00

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Encuesta: relevamiento de kinesiólogos en las UTIP**Conferencista: *Lic. Dardo Frachia*Presenta: *Dr. Gustavo Andrade*

12:00 a 12:30

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MINICONFERENCIA: La investigación y la práctica de enfermería**Conferencista: *Lic. Ana María del Pilar Domínguez*Presenta: *Lic. Analía Vilde*

12:30 a 13:00

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MINICONFERENCIA: Triage en la emergencia**Conferencista: *Dra. Viviana Pavlicich*Presenta: *Lic. Marta Mangupli*

12:00 a 13:00

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**CONFERENCIA: Qué debemos saber las enfermeras sobre los accesos vasculares centrales**Conferencista: *Lic. Mónica Poncetta*Presenta: *Lic. Mirta Paz*

14:30 a 15:30

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Soporte ventilatorio no invasivo en la falla respiratoria aguda. Nuevas interfaces**

Conferencista: *Dr. Martí Pons Odena*

Presenta: *Dra. Silvia Santos*

14:30 a 15:30

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**CONFERENCIA: Procuración de órganos y cuidados del posible donante. Actividad conjunta con INCUCAI**

Conferencista: *Lic. César Rafael Mancilla*

Presenta: *Lic. Mónica Poncetta*

15:30 a 16:15

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Manejo crónico de la disfagia en UTIP**

Conferencista: *Lic. Néstor Rosendo*

Presenta: *Lic. Florencia Jmentlisky*

15:30 a 16:30

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**TALLER: Qué sabemos de humidificación y aspiración**

Coordinadora: *Lic. Norma Diaz*

Secretaria: *Lic. Claudia Kovacevic*

Panelistas:

- Humidificación vs Instilación

*Lic. Yamila Nociti*

- Aspiración abierta y cerrada

*Lic. Martha Altina*

15:30 a 16:30

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Shock: evaluar, categorizar y actuar**

Coordinador: *Lic. Alejandro Benítez*

Secretaria: *Lic. Liliana Beatriz Ávila*

Panelistas:

- Shock hipovolémico

*Dra. Ana Carola Blanco*

- Shock cardiogénico

*Lic. María Sol Ferrentino*

- Shock distributivo

*Lic. Cristina Pujol Buch*



16:45 a 18:00

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MESA REDONDA: Problemas en el paciente con ventilación mecánica prolongada**Coordinadora: *Dra. Gladys Abreo de Almiron*Secretario: *Dr. Pablo Castro*

Panelistas:

- ¿Cuándo es el momento de realizar la traqueotomía?

*Dr. Lorenzo Marcos*

- Estrategias para el manejo de la sedoanalgesia en el niño con ventilación mecánica prolongada

*Dr. Jorge Selandari*

- Debilidad muscular y rehabilitación

*Dr. Luis Landry*

16:45 a 18:00

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**MESA REDONDA: El niño con alteración del sensorio**Coordinador: *Dr. Eugenio Castagnaro*Secretaria: *Dra. Marisa Miretti*

Panelistas:

- Enfoque inicial del stroke

*Dra. Mónica Centeno*

- La alteración del sensorio como síntoma de intoxicación

*Dra. Claudia Curi*

- Errores congénitos del metabolismo

*Dra. Gabriela Pacheco*

16:45 a 18:00

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**TALLERES**Coordinadora: *Lic. Judyth Frydman*Secretaria: *Lic. Mara López*

Panelistas:

- ARM

*Lic. María Alejandra Timoni*

- Humidificación - Aerosolterapia

*Lic. Yamila Nociti*

- Traqueotomía

*Lic. Martha Altina*

- VAFO

*Trc. José Landeros*

16:45 a 18:00

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Ventilación no invasiva: lo nuevo y lo viejo (CPAP bajo agua, alto flujo y BIPAP)**

Coordinadora: *Lic. Jaqueline Sánchez*

Secretario: *Lic. Roberto Ramírez*

Panelistas:

- BIPAP

*Lic. Hilda Gallardo*

- CPAP bajo agua

*Lic. Patricia Meligonis*

- Alto flujo

*Dr. Juan Varón*

16:45 a 18:00

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Sedación y analgesia en la unidad de cuidados críticos**

Coordinadora: *Lic. María Eugenia Romero*

Secretaria: *Lic. Carolina Astoul Bonorino*

Panelistas:

- Protocolos de sedación: valoración, escalas y guía práctica

*Lic. María Sol Ferrentino*

- Medidas no farmacológicas para el dolor

*Lic. Isabel Saldías Roll*

- Miopatía del paciente

*Lic. Susana Agüero*

18:15 a 19:15

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**CONFERENCIA: Infecciones del sistema nervioso central**



Conferencista: *Dr. Robert Tasker*

Presenta: *Dr. Guillermo Fagalde*

18:15 a 19:15

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**TALLER: Fuerza de trabajo en Enfermería Pediátrica a nivel nacional**

Presentadora: *Lic. Carolina Astoul Bonorino*

Disertantes:

*Lic. Carla Prudencio*

*Lic. María Sol Ferrentino*

*Lic. Cristina Pujol Buch*

08:30 a 09:30

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Traumatismo de cráneo. Manejo inicial**



Conferencista: *Dr. Nathan Kupperman*

Presenta: *Dr. Antonio Latella*

08:30 a 09:30

Salón Lola Mora (9° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Análisis del fallo de ventilación no invasiva. VNI -SAFI**

Conferencista: *Dr. Martí Pons Odena*

Presenta: *Lic. Dardo Frachia*

08:30 a 09:30

Salón Don Nicasio (8° piso) - Garden Park

**CONFERENCIA: Monitoreo y prevención de la injuria asociada a la ventilación mecánica**

Conferencista: *Dra. Marta Mosciaro*

Presenta: *Lic. María Sol Ferrentino*

09:30 a 10:45

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MESA REDONDA: Triage**



Coordinador: *Dr. Carlos Davila*

Secretario: *Dr. Ernesto Marcelo Terebiznik*

- Triage en el servicio de Emergencias

*Dra. Viviana Pavlicich*

- Categorización de víctimas múltiples

*Dr. James Holmes*

- Cómo preparar el Hospital para afrontar una catástrofe

*Dra. María Eugenia Gordillo*

09:30 a 10:45

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**MESA REDONDA: El paciente inmunocomprometido grave**

Coordinadora: *Dra. María Eugenia Galván*

Secretaria: *Dra. Priscila Botta*

Panelistas:

- Debut oncológico: complicaciones críticas

*Dr. Silvio Torres*

- Infecciones graves y asistencia ventilatoria mecánica

*Dra. María Cecilia García*

- Criterios de admisión y pronóstico del niño inmunocomprometido en UCIP

*Dr. Alberto Hernández*

09:30 a 10:45

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**MESA REDONDA: Update**Coordinadora: *Lic. Andrea Esquenazzi*Secretario: *Lic. Marcelo Santucho*

Panelistas:

- TEC grave: abordaje kinésico

*Lic. María Alejandra Timoni*

- Neumonía asociada a la ventilación mecánica

*Lic. Mariana Silva*

09:30 a 10:45

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Distress respiratorio agudo. Maniobras de reclutamiento alveolar y VAFO**Coordinadora: *Lic. Mirta Paz*Secretaria: *Lic. Susana Luna*

Panelistas:

- VAFO

*Lic. Isabel Saldías Roll*

- Maniobras de reclutamiento

*Dr. Eduardo Motto*

- Cuidados de enfermería en el paciente con SDRA

*Lic. Sabrina Medina*

09:30 a 10:45

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**TALLER: Actividades de un programa de control de infecciones**Coordinadora: *Lic. Teresita Sisi*Secretaria: *Lic. Susana Luna*

Panelistas:

*Lic. Elena Andion*

11:15 a 11:45

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Modos ventilatorios avanzados**Conferencista: *Dr. Shekhar Venkataraman*Presenta: *Dr. Daniel Buamscha*

11:15 a 11:45

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Los cuidados paliativos en emergencias**Conferencista: *Dra. Estela Di Cola*Presenta: *Dra. Pamela González*

11:15 a 11:45

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**MINICONFERENCIA: Arritmias en la emergencia**Conferencista: *Lic. Carolina Astoul Bonorino*Presenta: *Lic. Ema Mónica Yonar*

11:15 a 12:45

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**MESA REDONDA: Ventilación no invasiva: puesta al día. Experiencias en países hispanoparlantes**Coordinador: *Dr. Carlos Eduardo González Cambaceres*Secretaria: *Dra. Graciela Romero*

Panelistas:

• España

*Dr. Martí Pons Odena*

• Chile

*Tic. José Landeros*

• Argentina

*Lic. María Alejandra Timoni*

11:15 a 11:45

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MINICONFERENCIA: Cetoacidosis diabética: manejo en la emergencia**Conferencista: *Lic. Cinthia Barbosa*Presenta: *Lic. María Sol Ferrentino*

11:45 a 12:45

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Nuevas investigaciones en cetoacidosis diabética**Conferencista: *Dr. Nathan Kupperman*Presenta: *Dra. Sandra Cagnasia*

11:45 a 13:00

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Los padres en las unidades cerradas: una mirada diferente**Coordinadora: *Lic. Elsa Raquel Urzagasti*Secretaria: *Lic. Matilde Peralta*

Panelistas:

- Los padres en la emergencia

*Lic. Sonia Leiva*

- Quién visita a quién en la UCIP

*Lic. Carolina Astoul Bonorino*

- La internación conjunta, mito o realidad

*Lic. Nidia Macarena Suarez*

11:45 a 13:00

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Valoración inicial e intervenciones del politraumatismo en la urgencia**Coordinadora: *Lic. Noemí Aciar*Secretaria: *Lic. Cristina Pujol Buch*

Panelistas:

- Manejo médico en la emergencia

*Dra. Claudia Curi*

- Manejo de enfermería

*Lic. Patricia Meligonis*

14:00 a 15:00

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Evaluación inicial y cuidado del niño con trauma contuso abdominal**Conferencista: *Dr. James Holmes*Presenta: *Dr. Pedro Rino*

14:00 a 15:00

Salón Lola Mora (9° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Movilización precoz en UTIP**Conferencista: *Lic. Gustavo Olguín*Presenta: *Lic. Martín Elías Gran*

14:00 a 16:30

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**TALLER: Aplicación de un programa de simulación para la capacitación de enfermería en áreas críticas**Coordinadora: *Lic. Gloria Soto*Secretaria: *Lic. Sonia Leiva*

Disertantes:

*Trc. Nadir Emilio Ayrad**Lic. Carla Prudencio**Lic. Isabel Saldías Roll*

15:30 a 16:00

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Arte y ciencia del destete de la ventilación mecánica**Conferencista: *Dr. Shekhar Venkataraman*Presenta: *Dra. Silvia Susana Saenz*

15:30 a 16:00

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Organización de un servicio de emergencias**Conferencista: *Dra. María Eugenia Gordillo*Presenta: *Dra. Cristina de Alabarse*

15:30 a 17:00

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**MESA REDONDA: El paciente crónicamente ventilado: experiencias regionales**Coordinadora: *Lic. Yamila Nociti*Secretario: *Klgo. Uriel Acuña*

Panelistas:

*Lic. Alcira Segovia**Lic. Alfredo Sebastián**Lic. Judith Frydman*

16:15 a 17:00

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Nuevas investigaciones en el lactante febril**Conferencista: *Dr. Nathan Kupperman*Presenta: *Dr. Mariano Pablo Vallejo*

16:15 a 17:45

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**Mesa Redonda: Gestión de un área crítica en la Argentina del siglo XXI**Coordinador: *Dr. Pablo Yedlin*Secretario: *Dr. Fernando Avellaneda*

Panelistas:

- Calidad en áreas críticas

*Dr. Eduardo Schnitzler*

- Gestión de la seguridad del paciente en emergencias y UTIP

*Dr. Edgardo Rodríguez*

- Atención centrada en la familia

*Lic. Carolina Astoul Bonorino*

16:15 a 17:00

Salón Simón Bolívar (1° piso) – Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: El Ejercicio Profesional en emergencias y cuidados críticos**Conferencista: *Dr. Gustavo Cardigni*Presenta: *Dra. Graciela Rivello*

16:15 a 17:45

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Control de infecciones asociado al cuidado de la salud**Coordinadora: *Lic. Norma Díaz*Secretaria: *Dra. Graciela Barroso*

Panelistas:

- Medidas específicas para Neonatología

*Lic. Isabel Saldías Roll*

- Medidas aplicadas en un Hospital Pediátrica

*Lic. Elena Andion*

17:00 a 17:45

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Sedación segura en el servicio de emergencias**Conferencista: *Dr. Nathan Kupperman*Presenta: *Dr. Cristian García Roig*



17:15 a 18:45

Salón Lola Mora (9° piso) – Catalinas Park

**SESIÓN INTERACTIVA: Mentiras Verdaderas**Coordinadora: *Lic. Judith Frydman*Secretaria: *Lic. Luciana Valeria Miñaura Soria*

Panelistas:

*Dr. Martí Pons Odena**Tic. José Landeros**Lic. Gustavo Olguín*

17:00 a 17:45

Salón Simón Bolívar (1° piso) – Catalinas Park

**MINICONFERENCIA: Rol de la simulación avanzada en la formación en emergencias y RCP pediátrica**Conferencista: *Dr. Juan Carlos Vassallo*Presenta: *Dra. Roxana Jaen*

17:45 a 18:45

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Traumatismo de craneo grave**Conferencista: *Dr. Robert Tasker*Presenta: *Dra. Mariam Sarli*

17:45 a 19:00

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**Mesa Redonda: Cómo lograr un equipo multidisciplinario y no morir en el intento**Coordinadora: *Lic. Cristina Coronel*Secretaria: *Lic. Patricia Alvarez*

Panelistas:

- El kinesiólogo en el equipo multidisciplinario

*Lic. Dardo Frachia*

- La visión de enfermería en el trabajo multidisciplinario

*Lic. Cristina Pujol Buch*

- La visión médica del trabajo multidisciplinario

*Dra. Lidia Albano*

## SÁBADO 13 DE SEPTIEMBRE

09:30 a 10:30

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**CONFERENCIA: Pensamiento crítico en el niño grave**Conferencista: *Dr. Shekhar Venkataraman*Presenta: *Dra. María Gabriela Rodríguez*

10:30 a 11:30

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**PRO / CON: Ventilación por presión en Asma**Coordinador: *Dr. Gabriel Nievas*Moderador: *Dr. Edgardo Camacho*

Disertantes:

## • PRO

*Dr. Daniel Rufach*

## • CON

*Dr. Thomas Iolster*

10:30 a 11:30

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) - Catalinas Park

**PRO / CON: Utilización de coloides como expansores de volumen**Coordinadora: *Dra. Claudia Rosana Cappellini*Moderadora: *Dra. Gabriela Hualde*

Disertantes:

## • PRO

*Dr. Guillermo Kohn Loncarica*

## • CON

*Dr. Antonio Latella*

10:30 a 11:30

Salón Don Nicasio (8° piso) - Garden Park

**CONFERENCIA: Quién cuida a los que cuidan**Conferencistas: *Lic. Carolina Ramos Luna, Lic. Patricio Alvarez*Presenta: *Lic. Rita Chávez*

10:30 a 11:00

Salón Vía Blanca (1° piso) - Garden Park

**MINICONFERENCIA: Manejo inicial del shock séptico. Campaña mundial de Sepsis**Conferencista: *Lic. Carolina Astoul Bonorino*Presenta: *Lic. Patricia Meligonis*

11:00 a 11:30

Salón Vía Blanca (1° piso) – Garden Park

**MINICONFERENCIA: Hemofiltración en la terapia intensiva**Conferencista: *Lic. María Sol Ferrentino*Presenta: *Lic. María Isabel Jelves Rodríguez*

11:45 a 13:00

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**CASOS CLÍNICOS**Coordinadores: *Dr. Rodolfo Pablo Moreno,**Dr. Pedro Rino*Secretaria: *Dra. Claudia Marcos*Expertos: *Dr. Nathan Kupperman,**Dr. James Holmes*

11:45 a 13:00

Salón Don Nicasio (8° piso) – Garden Park

**MESA REDONDA: Educación al niño y su familia. Desde la emergencia hasta el alta**Coordinadora: *Lic. María Paz Tullis*

Panelistas:

- Cómo educar en la urgencia sin generar culpa

*Lic. Cinthia Barbosa*

- ¿Cuándo es el mejor momento para comenzar a educar?

*Lic. Carla Prudencio*

13:00

Salón Gral. San Martín (1° piso) - Catalinas Park

**ACTO DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS**

**TRABAJOS**

**LIBRES**

## TRABAJOS LIBRES

### CATALINAS PARK HOTEL

JUEVES 11 DE SEPTIEMBRE		
<b>PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS</b> 15:30 A 16:15		
<i>CUIDADOS CRÍTICOS</i>	<i>EMERGENCIAS</i>	
SALÓN GRAL. SAN MARTÍN	SALÓN ING. LUIS MANUEL PAZ	
15 – 43 – 66 – 82 - 92	6 – 9 – 44 – 124 – 120	
<b>PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES JORNADAS KINESIOLOGÍA</b> 18:00 A 19:00		
<i>SALÓN LOLA MORA</i>		
5 – 137 – 138		
<b>RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES</b> 13:00 A 14:15		
<i>SALÓN SIMÓN BOLIVAR</i>		
MONITOR 1	MONITOR 2	MONITOR 3
16 – 21 – 27 – 46 - 47	30 – 68 – 86 – 109 – 121 - 125	1 – 29 – 40 – 85 – 17 - 112
MONITOR 4	MONITOR 5	MONITOR 6
4 – 18 – 41 – 116 – 117 - 126	12 – 31 – 80 – 81 – 94 - 136	75 – 91 – 114 – 118 – 122 – 123 - 131
MONITOR 7	MONITOR 8	
55 – 61 – 83 – 89 – 100 - 101	22 – 49 – 50 - 60	

VIERNES 12 DE SEPTIEMBRE		
<b>PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES</b> 13:00 A 14:00		
SALÓN ING. LUIS MANUEL PAZ		
7 – 63 – 79 – 105 - 132		
<b>RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES</b> 13:00 A 14:15		
<i>SALÓN SIMÓN BOLIVAR</i>		
MONITOR 1	MONITOR 2	MONITOR 3
10 – 20 – 23 – 28 – 99 - 59	8 – 11 - 32 – 48 – 104 - 119	14 – 56 – 57 – 78 – 103 – 115 - 135
MONITOR 4	MONITOR 5	MONITOR 6
13 – 19 – 35 – 58 – 64 - 102	24 – 70 – 77 – 106 – 69 – 71 - 73	26 – 34 – 53 – 107 – 108 - 141
MONITOR 7	MONITOR 8	
36 – 39 – 51 – 52 – 62 - 74	2 – 129 – 54 – 67 – 96 – 112 - 113	

JUEVES 11 DE SEPTIEMBRE

**PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS**

15:30 a 16:15

Salón Gral. San Martín (1º piso) - Catalinas Park

Coordinadora: *Dra Silvia Santos*Secretario: *Dr. Guillermo Fagalde*Discutidores: *Dra. Patricia Capocasa*  
*Dr. Luis Landry*

- 15 BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO (*Opción a Premio*)  
Vanella De Cuetos E. ; Sartori O. ; Fernandez R. ; De Jong L. ; Piovano M. ; Dávila E. ; Mosciaro M. ; Pereyra B. ; Farace M. ; Cuervo P. ; Castillo L.
- 43 CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO (*Opción a Premio*)  
Moreno R. ; Santos S. ; Iolster T. ; Moreno G. ; Ratto M. ; Siaba Serrate A. ; Rufach D. ; Landry L. ; Allende D. ; Fagalde G. ; Saenz S. ; Fernandez A. ; Jabornisky R. ; Debaisi G. ; Blanco A. ; Sarli M. ; Vassallo J. ; Grupo de Investigación Clínica y Epidemiológica en Terapia Intensiva Pediátrica.
- 66 PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. (*Opción a Premio*)  
Lenz A. ; Andion E. ; Ruvinsky S. ; Aguirre C. ; Alvarez Parma J. ; Jorro F. ; Lopez Cruz G. ; Pascutto M. ; Penazzi M. ; Santos S. ; Zuázaga M. ; Aquino N. ; Vassallo J. ; Moreno G. ; Magliola R. ; Haimovich A. ; Landry L. ; Bologna R.
- 82 LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO  
Truszkowski M., Moreno R., Santos S., Moreno G., Iolster T, Saba Serrate A., Landry L., Ratto M, Rufach D., Fernández A., Vassallo J., Buamscha D, Debaisi G y Grupo de Investigación Clínica y Epidemiológica en Terapia Intensiva Pediátrica.
- 92 UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA (*Opción a Premio*)  
Zuazaga M. ; Selandari J. ; Mari E. ; López Cruz G. ; Romero G. ; Adén F. ; Haimovich A. ; Entin E. ; Boada N. ; Hernández A. ; Villasboas M. ; Althabe M. ; Truszkowski M. ; Vasallo J.

**15:30 a 16:15****Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) – Catalinas Park**Coordinadora: *Dr. Guillermo Kohn Loncarica*Secretaria: *Dra. Silvia Díaz*Discutidores: *Dra. Sandra Cagnasia**Dr. Pedro Rino*

- 6 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.
- 9 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY. (*Opción a Premio*)  
Dall P. ; Morosini F. ; Rocha S. ; Cedrés A. ; Ferreira M. ; Más M. ; Schabiague G. ; Prego J.
- 44 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)  
Reynoso N. ; Fattore M. ; Hourbeigt M. ; Gonzalez M. ; Garcia Dominguez M. ; Moreno R.
- 124 REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.  
Quintero N. ; Cagnasia S. ; Destefanis J. ; Drivet C. ; Giorgi S. ; Krivoy A. ; Montani E. ; Mora N. ; Sabena L. ; Roeschlin J.
- 120 LESIONES POR USO INADECUADO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN NIÑOS  
Morra M. ; Stefani L. ; Gordillo M.

**PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES****18:00 a 19:00****Salón Lola Mora (9º piso) – Catalinas Park**Discutidores: *Lic. Martha Altina**Lic. Dardo Frachia**Lic. Judith Frydman*

- 5 ETIOLOGIA VIRAL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS INTERNADOS  
Fuentes Hartl J. ; Codevila R.
- 137 INGRESO A U.C.I.P DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOMIOSITIS". NECESIDAD DE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO  
Lopez M. ; Frydman J.
- 138 TORAX ASFIXIANTE EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO  
Jmelnitsky F. ; Frachia D.

**RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES**

**13:00 a 14:15**

**Salón Simon Bolivar – Monitor 1 (1° piso)- Catalinas Park**

Discutidores: *Dr. Antonio Latella*

*Dra. Claudia Curi*

- 16 FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE 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.*
- 21 MIOCARDITIS EN ESCORPIONISMO GRAVE - A PROPOSITO DE UN CASO  
*Aguero L.* ; *Lopez Cruz M.*
- 27 “EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS- TUCUMÁN”  
*Vilar A.* ; *García Mena De Alabarse M.* ; *Boscarino G.* ; *Alabarse G.* ; *Lozada De Oliveira M.* ; *Medina Ruiz L.*
- 46 HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO  
*De Pinho S.* ; *Zlotogora A.* ; *Della Corte M.* ; *Casais G.* ; *Hualde G.* ; *Fustiñana A.* ; *Boto A.* ; *Kohn Loncarica G.* ; *Nuñez P.* ; *Rino P.*
- 47 PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS  
*Giussani N.* ; *Gatti M.* ; *Araujo W.* ; *Panciroli R.* ; *Aletti A.* ; *Cano C.*
- 95 TRAUMATISMO ANORRECTAL POR EMPALAMIENTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO  
*Acosta D.* ; *Sica N.* ; *Panciroli R.* ; *Cabeza M.*

**13:00 a 14:15**

**Salón Simon Bolivar – Monitor 2 (1° piso)- Catalinas Park**

Discutidoras: *Dra. Silvia Susana Saenz*

*Dra. Alba Medina Iturre*

- 30 SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD  
*Olivieri M.* ; *Rearte A.* ; *Botta P.* ; *Jerez F.* ; *Albarracin M.* ; *Chavez C.* ; *Correa G.* ; *Ramasco L.* ; *Gallardo P.* ; *Marcos L.*
- 68 “IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTARY TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MEDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS”  
*Torres S.* ; *Fajreldines A.* ; *Iolster T.* ; *Siaba Serrate A.* ; *Schnitzler E.* ; *Pellizzari M.*
- 86 REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES “DR. J. P. GARRAHAN”, M. INFANTIL DE SALTA, “DR. BARREYRO” POSADASY HOSP. DE LA MADREY EL NIÑO DE LA RIOJA  
*Pellegrini S.* ; *Carmona R.* ; *Rodriguez E.* ; *Flores D.* ; *Galleguillo L.* ; *Yunis A..*



- 109 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UCI  
Carmona R. ; Betiger D. ; Zuazaga M. ; Pellegrini S. ; Rodriguez E.
- 121 EVALUACIÓN DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA UCIP DEL HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERÓN-CATAMARCA AÑO 2011  
Romero G. ; Palladino C. ; Rojas P.
- 125 VALIDACIÓN DEL USO DEL PIM2Y OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSEVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO.  
Argañaraz B. ; Lopez Cruz M. ; Vildoza C. ; Corgnali M. ; Sauer E. ; Agüero L.

**13:00 a 14:15** **Salón Simón Bolívar – Monitor 3 (1º piso) – Catalinas Park**

Discutidores: *Dr. Facundo Jorro Barón*  
*Dr. Marcelo Itharte*

- 1 FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS  
Motto E. ; Cambaceres C. ; Zuazaga M. ; Gallagher R. ; Kenny E. ; Vega L.
- 29 INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS  
Chavez M. ; Juarez P. ; Castro F. ; Rearte A. ; Correa G. ; Marcos L.
- 40 ``ENFOQUE CLÍNICO DEL PACIENTE DESNUTRIDO CON EDEMAS EN ESTADO CRITICO``  
Marcos C.
- 85 COLESTASIS NEONATAL CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO  
Gonzalez Cambaceres C. ; Zuazaga M. ; Gallagher R. ; Motto E.
- 17 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA: A PROPOSITO DE UN CASO  
Vergara G. ; Paredes N. ; Peynado D. ; Deza F. ; Lopez I. ; Croce L.
- 112 ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS  
Torres S. ; Iolster T. ; Siaba Serrate A. ; Longo P. ; Kusminsky G. ; Schnitzler E.

**13:00 a 14:15** **Salón Simón Bolívar – Monitor 4 (1º piso) – Catalinas Park**

Discutidoras: *Dra. Mariam Sarli*  
*Dra. Graciela Romero*

- 4 A PROPÓSITO DE UN CASO DE FALLA EN LA EXTUBACIÓN POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO  
Herrera M. ; Tomé D.
- 18 INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)  
Alvarez W. ; Rúa W. ; Chuchuy S. ; Sanchez Y. ; Ovando P. ; Barón A. ; Folco L. ; Guzman Y. ; Velasquez G.
- 41 CALIDAD DE DISEÑO DE ALGUNAS MARCAS DE TET PEDIÁTRICOS CON CUFFY SIN CUFF UTILIZADAS EN NUESTRO PAÍS.  
Rufach D. ; Santos S.

- 116 PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.  
Alvarez W. ; Chuchuy S. ; Rua W. ; Ovando P. ; Guzmán Y. ; Folco L. ; Sanchez Y. ; Velazquez G. ; Fernandez M.
- 117 MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)  
Alvarez W. ; Rúa W. ; Chuchuy S. ; Ovando P. ; Guzmán Y. ; Sanchez Y. ; Barón A. ; Folco L. ; Velasquez G.
- 126 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) DE PACIENTES INTERNADOS EN UTIP  
Mendez G. ; Flores D. ; Ávila C.

**13:00 a 14:15**                      **Salón Simón Bolívar – Monitor 5 (1º piso) – Catalinas Park**

Discutidores: *Dr. Gustavo Debaisi*  
*Dra. Priscilla Botta*

- 12 ¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?  
Correa G. ; Ramasco L. ; Chávez M. ; Botta P. ; Abalos S. ; Marcos L.
- 31 EXPERIENCIA DE LA APERTURA DE LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE QUEMADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. PRIMEROS 6 MESES DE ACTIVIDAD  
Cavagna J.
- 80 SISTEMA DE TRASLADO DEL PACIENTE CRITICO (ADO)  
Pujales G. ; Flores A. ; Ponce A.
- 81 CAMILLA DETRASLADO PARA PACIENTES LACTANTES CRÍTICOS DENTROY FUERA DEL HOSPITAL  
Pujales G. ; Flores A. ; Ponce A. ; Carme A.
- 94 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS  
Tramonti N. ; Basilico H. ; Casaliba S. ; Murruni A. ; Guarracino F. ; Hiemadi D. ; Noman A. ; Halabe K. ; Laborde S. ; Navarro M. ; Villasboas M
- 136 ASFIXIA NO INTENCIONAL POR ESTRANGULACIÓN: REPORTE DE UN CASO.  
Flores D. ; Farfan J. ; Mendez G.

**13:00 a 14:15**                      **Salón Simón Bolívar – Monitor 6 (1º piso) – Catalinas Park**

Discutidores: *Dr. Pedro Taffarel*  
*Dra. Germán Bonetto*

- 75 ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA  
Bruera M. ; Moreno R. ; Truszkowski M. ; Hernandez A. ; Topp P. ; Ripeau D. ; Bo R. ; Cook C. ; Cook C. ; Vazquez L. ; Cardigni G.
- 91 ENDARTERITIS AORTICA  
Ponce C. ; Pujales G. ; Audisio C..
- 114 SOSPECHAY DIAGNÓSTICO EN RECIEN NACIDOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA  
Krynski M. ; Montonati M. ; Althabe M.

- 118 INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.  
Truszkowski M. ; Garcia M. ; Filippini S. ; Carmona R. ; Betiger D. ; Pellegrini S. ; Haimovich A.
- 122 NEUMOPERICARDIO, A PROPÓSITO DE UN CASO  
Gambaudo M. ; Pilcic L. ; Dopazo S. ; Castro P.
- 123 TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.  
Miauro J. ; Navarro G. ; Parma G. ; Rivello G. ; García C. ; Mariani A. ; Derenbaum L. ; Selandari J.
- 131 MIOCARDITIS AGUDA: FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DEL CHAGAS CONGÉNITO. REPORTE DE UN CASO  
Mendez G. ; Flores D.

**13:00 a 14:15****Salón Simón Bolívar – Monitor 7 (1º piso) – Catalinas Park**Discutidores: *Dra. Ana Carola Blanco**Dra. Rodolfo Pacce*

- 55 PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA  
Vassallo J. ; Prudencio C. ; Rocatagliata G. ; Rodriguez Perez A. ; Buamscha D. ; Gonzalez C. ; Rios M. ; Gomez S. ; Bravo N. ; Farizano M. ; Rodriguez S. ; Instructores Programas ERA SAP
- 61 PROGRAMA EDUCATIVO BASADO EN SIMULACIÓN PARA OPTIMIZAR LAS COMPETENCIAS EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO EN PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD  
Villois E. ; Vassallo J. ; Rodriguez S. ; Prudencio C. ; Bravo N. ; Martinez Rubio D. ; Instructores Cesim Garrahan.
- 83 EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)  
*(Opción a Premio)*  
Ruvinsky S. ; Lenz M. ; Aquino N. ; Herrera C. ; Althabe M. ; Ruffa P. ; Schaigorodsky L. ; Zylbersztajn B. ; Caceres P. ; Magliola R. ; Andion E. ; Bologna R.
- 89 TRES AÑOS DE CAPACITACION EN RCP, PROGRAMA ERA SAN JUAN  
Ponce J. ; Quintero J.
- 100 DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS  
Selandari J. ; Zuázaga M. ; Haimovich A. ; Entin E. ; Boada N. ; Althabe M. ; Acerenza M. ; Truszkowski M. ; Villasboas M. ; Hernández A. ; Vasallo J. ; Landry L.
- 101 ANÁLISIS DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.  
Rodriguez E. ; Carmona R. ; Pellegrini S.

13:00 a 14:15

Salón Simón Bolívar – Monitor 8 (1º piso) – Catalinas Park

Discutidores: *Lic. Carolina Astoul Bonorino*  
*Lic. Carla Prudencio*

- 22 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN RECEPCION CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (UTIP)  
Lopez G. ; Miranda M. ; Gonzales L.
- 49 CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS  
Cardena L. ; Mendez H. ; Brito P. ; Chavez M.
- 50 ENFERMERÍA Y EL TRABAJO POR TURNOS: PREFERENCIAS, FACTORES PERSONALES Y ALTERACIONES DE LA SALUD  
Durango M.
- 60 INTEGRACIÓN DE PADRES EN EL CUIDADO DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA  
Tolaba V. ; Ayrbar N. ; Orellana G.

## VIERNES 12 DE SEPTIEMBRE

### PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

13:00 a 14:00

Salón Ing. Luis Manuel Paz (planta baja) – Catalinas Park

Discutidores: *Dr. Gustavo Cardigni*  
*Dr. Juan Carlos Vassallo*

- 7 EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA SOBRE LA INCIDENCIA DE ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.  
Taffarel P. ; Jorro Barón F. ; Meregalli C. ; Sabatini C. ; Narbais M. ; Debaisi G.
- 63 SÍNDROME DE ABSTINENCIA ANTES Y DESPUÉS DEL USO DE UN PROTOCOLO DE RETIRADA DE SEDOANALGESIA.  
Botta P. ; Ramasco L. ; Chavez M. ; Olivieri M. ; Jerez F. ; Correa G. ; Marcos S. ; D'Urso M. ; Cuezzo R.
- 79 ANÁLISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.  
Rodriguez E. ; Pellegrini S. ; Carmona R. ; Haimovich A. ; Landry L.
- 105 LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)  
Selandari J. ; Zuázaga M. ; López Cruz G. ; Mari E. ; Adén F. ; Romero G. ; Haimovich A. ; Entin E. ; Boada N. ; Althabe M. ; Villasboas M. ; Hernández A. ; Truszkowski M. ; Vassallo J.
- 132 EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.  
Jimenez H. ; Nuñez D. ; Delgadillo L. ; Alonso S. ; Quiñones S. ; Samaniego R. ; Ozuna M.

## RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES

VIERNES 12 DE SEPTIEMBRE

13:00 a 14:15

Salón Simon Bolivar – Monitor 1 (1º piso)- Catalinas Park

Discutidoras: *Dra. Claudia Palladino*

*Dra. Roxana Capellini*

- 10 10 AÑOS DE HERIDAS GRAVES POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.  
Más M. ; Piñeiro S. ; Parada M. ; Pizzorno E. ; Prego J.
- 20 OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO  
Fustiñana A. ; Kohn Loncarica . G. ; Sprovieri M. ; De Pinho S. ; Zlotogora A. ; Della Corte M. ; Hualde G. ; Casais G. ; Boto A. ; Nuñez P. ; Rino P.
- 23 COMA HIPEROSMOLAR O ESTADO HIPERGLUCÉMICO NO CETÓNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SÍNDROME DE DOWN EN TRATAMIENTO POR LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) CON L-ASPARAGINASA Y CORTICOIDES  
Poet M. ; Acosta D. ; Tomasetti M. ; Pérez F.
- 28 USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE  
Chavez M. ; Botta P. ; Ramasco L. ; Jerez F. ; Gallardo P. ; Rearte A. ; Marcos L. ; Ruiz V. ; Diaz Jimenez M.
- 99 MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA  
Bravo Castaño D. ; Bianco N. ; Kussrow C. ; Ybarra J. ; Fleitas H. ; Garcia G.
- 59 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.

13:00 a 14:15

Salón Simon Bolivar – Monitor 2 (1º piso)- Catalinas Park

Discutidores: *Dr. Guillermo Kohn Loncarica*

*Dra. Silvia Díaz*

- 8 HEMOFILIAS: POBLACIÓN QUE SE ASISTE EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. CONSULTAS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA.  
Morosini F. ; Dalgarrondo A. ; Mezzano R. ; Lemos F. ; Boggia B. ; Dall'Orso P. ; Prego J.
- 11 SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCIÓN CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.  
Más M. ; Rompani E. ; Dallorso P. ; Cedrés A. ; Algorta G. ; Gutiérrez C. ; Puime A. ; Prego J.
- 32 SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO  
Battiston F. ; Solís R. ; Nuñez M. ; González M. ; Giraudo D. ; Razzetti M. ; Cholfo S. ; Ges H. ; Mora M. ; Moreno R.
- 48 TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS.  
Pérez Fernández C. ; Giussani N. ; Poet M. ; Pastaro D. ; Aletti A. ; Pozzi M.

- 104 UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR  
Latella A.; Boto A. ; Cagnasia S. ; Curi C. ; Della Corte M. ; Hualde G. ; Carrafanq J. ; Moreno R. ; Rino P
- 119 COAGULOPATIA EN HEMORRAGIA EXANGUINANTE POR TRAUMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS  
Morra M. ; Stefani L. ; Gordillo M.

13:00 a 14:15

Salón Simon Bolivar – Monitor 3 (1° piso)- Catalinas Park

Discutidores: *Dr. Roberto Jabornisky*  
*Dra. Liliana Galleguillo*

- 14 PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.  
Jerez F. ; Botta P. ; Díaz M. ; D'Urso M. ; Marcos L. ; Gallardo P.
- 56 INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO  
Guerrero C. ; Marcos S. ; Abalos S. ; Botta P. ; Rigo C. ; Olavarría L. ; Chavez M.
- 57 ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA  
Jerez F. ; Botta P. ; Nicastro M. ; Ramasco L. ; Chavez M. ; Albarracín M. ; Castro F. ; Marcos L.
- 78 SINDROME DE SHOCK EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO  
Polo M. ; Zuazaga M. ; Motto E.
- 103 CRISIS SUPRARRENAL AGUDA VS SHOCK SEPTICO: A PROPOSITO DE UN CASO  
Changoluisa Ruiz A. ; Cruz L.
- 115 SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR RATICIDAS  
Bruera M. ; Cabrerizo S. ; Mendez M.
- 135 MENINGOCOCCEMIA FULMINANTE. REPORTE DE UN CASO.  
Mendez G. ; Flores D.

13:00 a 14:15

Salón Simon Bolivar – Monitor 4 (1° piso)- Catalinas Park

Discutidores: *Dr. Juan Varón*  
*Dra. Carmen Terrazas*

- 13 USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO.  
Jerez F. ; Botta P. ; Ramasco L. ; Chávez M. ; Marcos L. ; Correa G.
- 19 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SINDROME PULMONAR RENAL  
Paredes N. ; Barboni F. ; Hernanz P. ; Vergara G. ; Peynado D. ; Roldan O.
- 35 VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIRE Y ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.  
Motto E. ; Selandari J. ; Bravo A. ; Cambaceres C. ; Perez L. ; Landry L.

- 58 COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.  
Jerez F. ; Botta P. ; Rearte A. ; Ramasco L. ; Leguina M. ; Chavez M. ; Ruiz V. ; Marcos L. ; Gallardo P.
- 64 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO EN NIÑOS  
Forenza N. ; Forenza N. ; Botta P. ; Chavez C. ; Marcos L..
- 102 EXTRAÑO CASO DE CONCOMITANCIA ENTRE INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITALY CLOSTRIDIUM BOTULINUM EN UN PACIENTE DE 2 MESES DE EDAD  
García C. ; Marquez R. ; Zapata V.

**12:00 a 13:00****Salón Simon Bolivar – Monitor 5 (1º piso)- Catalinas Park**Discutidores: *Dr. Federico Adén**Dr. Santiago Blassón*

- 24 TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN NIÑOS POR CAÍDA DEL TELEVISOR (TVTEC) (*Opción a Premio*)  
Zuazaga M. ; Gallagher R. ; Motto E. ; Gonzalez Cambaceres C. ; Centeno M.
- 70 INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y NEUROPLASTICIDAD EN LA RECUPERACIÓN DE LA LESIÓN NEUROLÓGICA POR TRAUMATISMO ENCÉFALOCRANEANO  
Arias Paz I.
- 77 ENCEFALITIS POR COINFECCIÓN POR ENTEROVIRUS Y HERPESVIRUS TIPO 2 EN PACIENTE CON HIPOPLASIA CONGÉNITA DE TRONCO Y VERMIS CEREBELOSO.  
Fortini Y. ; Sagarnaga E. ; Caprotta G. ; Puita Montero M. ; Garabito A.
- 106 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TRAUMA GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN UTIP  
Flores D. ; Farfan J. ; Mendez G.
- 69 MUERTE ENCEFÁLICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DONACIÓN DE ÓRGANOS  
Penazzi M. ; Mari E. ; Pacheco P.
- 71 MEDIDAS DEL LET EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA PRIVADA  
Cajal R. ; Ruiz D. ; Fernandez I. ; Olivieri M.
- 73 USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SÍNDROME HEPATOPULMONAR  
Galvan M. ; Brusca S. ; Hernandez A. ; Latini B. ; Penayo A. ; Buamscha D.

13:00 a 14:15

Salón Simon Bolivar – Monitor 6 (1° piso)- Catalinas Park

Discutidoras: *Dra. María José Bruera**Dra. Gabriela López Cruz*

- 26 SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)  
Motto E.; Cambaceres C. ; Centeno M. ; Boada N. ; Landry L. ; Zima R.
- 34 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENALY CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA  
Selandari J. ; Ciruzzi M. ; Roitman A. ; Ledesma F. ; Menéndez C. ; García H.
- 53 SINDROME DE BURNOUT  
Herrera J. ; Durango M..
- 107 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS EGRESADOS DE UN ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)  
Santos S. ; Codermatz M. ; Rufach D. ; Debaisi G.
- 108 VIVENCIA DE LA FAMILIA DE UN NIÑO QUE REGRESA A LA CASA COMO DEPENDIENTE DE TECNOLOGÍA(DT) LUEGO DE UNA INTERNACIÓN PROLONGADA  
Santos S.; Codermatz M. ; Rufach D. ; Debaisi G.
- 141 PROPUESTA DE UN PASE INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO  
García Roig C.; Ayerza I. ; Vargas L.

13:00 a 14:15

Salón Simon Bolivar – Monitor 7 (1° piso)- Catalinas Park

Discutidores: *Dr. Hugo Fleitas**Dr. Tomás Fiori Bimbi*

- 36 ESTIGMAS CUTANEOS. ¿A DÓNDE SE LE OCULTA LA PLATA AL TERAPISTA?  
Gonzalez Cambaceres C.; Gallagher R. ; Zuazaga M.; Linares J. ; Motto E.
- 39 TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRIA. A PROPOSITO DE 2 CASOS.  
Gonzalez Cambaceres C.; Gallagher R. ; Zuazaga M. ; Lipsich J.; Penazzi M.; Motto E.; Centeno M.
- 51 A PROPÓSITO DE UN CASO: GUILLAIN BARRÉ CRONICO VS RECIDIVANTE  
Izaguire C. ; Moussou I..
- 52 SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO.  
Fortini Y. ; Filippini S. ; Gallagher R. ; Lopez Palacios M. ; Herrera C. ; Tome D.
- 62 SIGNO DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA HIPERDENSE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE TAKAYASU  
Botta P. ; Rodríguez V. ; Gallardo P. ; Correa G. ; Jerez F. ; Ramasco L. ; Chavez M. ; Marcos L.
- 74 A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.  
Yang S. ; Cardoso L. ; Haimovich A. ; Filippini S. ; Fortini Y. ; Paolillo A. ; Truskowsky M.



Discutidoras: *Dra. Adriana Patricia Correa*  
*Dra. Sandra Tirado*

- 2 FENÓMENO DE KASABACH-MERRIT.REPORTE DE UN CASO.  
Gonzalez Cambaceres C. ; Motto E.
- 129 SINDROME DE LINFOHISTOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNOSTICO TARDIO O PRESENTACION RAPIDA  
Gil M. ; Aguilar C. ; Fortini Y. ; Mousseu I..
- 54 A. C. V. HEMORRAGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLOGICAS  
Gallagher R. ; Zuazaga M. ; Motto E. ; Cambaceres C. ; Centeno M. ; Landry L.
- 67 SISTEMAS DE INFUSIÓN PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA: ELECCIÓN DE ACUERDO AL RIESGO DEL MEDICAMENTO Y LABILIDAD A VOLUMEN DEL PACIENTE.  
Pascual A. ; Campos V. ; Gómez López P.
- 96 A PROPÓSITO DE RILI  
Bravo Serrano J. ; Moussou I. ; Felizzia G. ; Nova Y. ; Galvan E..
- 113 TEP O NO TEP  
Petrora W. ; Hernandez A. ; Brusca S. ; Galvan E. ; Latini B. ; Buamscha D.

# 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

## FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS

Motto E.<sup>1</sup>; Cambaceres C.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>; Gallagher R.<sup>4</sup>; Kenny E.<sup>5</sup>; Vega L.<sup>6</sup>

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

edumotto@hotmail.com

RPD 1

**Introducción:** La falla hepática aguda es una patología rara en pediatría. A partir de la implementación de la vacuna para la hepatitis A obligatoria, su frecuencia ha disminuido drásticamente. Actualmente la causa más común es la indeterminada, dentro de ella los tóxicos pueden ser sub-diagnosticados, dada la diversidad de sus posibles fuentes.

En diferentes regiones de nuestro país, existe una planta silvestre, que puede generar entre otros compromisos, miopatía y falla hepática. Su nombre científico es *Cassia occidentalis*, más conocida como Cafetillo, Sacha café, Café del Monte, etc. Se describen 2 casos con Falla hepática aguda por ingesta de la semilla de la planta.

**Caso 1:** Paciente de 9 años, que ingresa a la UCIP derivada de la provincia de Corrientes con diagnóstico de falla hepática aguda con encefalopatía. Comenzó con vómitos y dolor abdominal, es derivada para evaluación para trasplante hepático. La madre refiere que previo al cuadro clínico, la niña había ingerido las semillas de la planta. Al ingreso se encontraba crítica, con edema cerebral, requirió 15 días de ARM, 4 días de inotrópicos, se administro empíricamente N-acetil cisteína y penicilamina. Laboratorio de falla hepática aguda y una CPK 10.000. Se realizó terapia

antiamoniacal con diálisis venovenosa continua. Permaneció en UCIP 20 días, al alta hospitalaria presentó un trastorno del lenguaje articulado. El primo de la niña (con un cuadro similar) falleció en Corrientes. En la autopsia se encontró órganos clorados. Se solicitó pesquisa de órganos clorados en nuestro paciente el cual no se realizó.

**Caso 2:** Paciente de 3 años, derivado de la provincia de Tucumán con diagnóstico de falla hepática aguda para eventual trasplante hepático. La niña ingresa a la UTIP con 48 hs de evolución de vómitos con encefalopatía progresiva, requiere ARM e inotrópicos. Al ingreso al Hospital Garrahan se encontraba crítica, con altos requerimientos de inotrópicos. Presentaba anisocoria. Se realiza TAC SNC, donde se observa edema cerebral masivo. Fallece a las 6 horas del ingreso. Los padres traen las semillas que había ingerido la niña y el examen toxicológico informó *Cassia occidentalis*.

**Conclusión:** En nuestros 2 pacientes fue categórica la asociación de la falla hepática aguda con la ingesta de la semilla de *Cassia occidentalis*. Se recomienda la implementación de programas de concientización en la población sobre el efecto potencialmente mortal de esta planta.

## FENÓMENO DE KASABACH-MERRIT.REPORTE DE UN CASO

Gonzalez Cambaceres C.<sup>1</sup>; Motto E.<sup>2</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF DR JUAN P GARRAHAN<sup>1 2</sup>

cgcambaceres@hotmail.com

RPD 2

**Introducción:** El fenómeno Kasabach-Merritt (KMP) es de una coagulopatía por consumo asociado a un tumor vascular subyacente. Se caracteriza por trombocitopenia grave, la anemia microangiopática, hipofibrinogenemia, y dímero D elevado en la presencia de un tumor vascular de crecimiento rápido. La prevalencia en la población pediátrica es alrededor del 1%, el 80% se diagnostica antes del año de vida y según las series la mortalidad puede llegar hasta el 50%.

**Objetivo:** Reportar el caso de un lactante con un tumor vascular que desarrolló un KMP, técnicas diagnósticas y eventualidades terapéuticas.

**Caso:** Paciente de 3 m, masculino, RNTPAEG, que 2 m previos comienza con asimetría de tórax. A la consulta se encontraba febril y pancitopénico. Por ecografía se observa engrosamiento de tejido celular subcutáneo con mayor vascularización (no colección) y se interpreta como celulitis, se solicitan serologías y se medica con atb previo HMCs, presenta deterioro, mayor pancitopenia, coagulopatía por consumo y compromiso del sensorio con aumento del tamaño de la lesión y cambio de coloración. Con diagnóstico de CID y KMP, ingresa a UCI y recibe múltiples

transfusiones, permaneció en ARM, requiere inotrópicos, presentó hemotorax izquierdo. Evaluado por endoscopia respiratoria por sospecha de compresión extrínseca de la vía aérea. La biopsia de piel diagnóstico hemangioma en penacho (tufted) con una superficie de hemangioendotelioma kaposiforme. La RMN visualizó tumoración heterogénea en región anterior del tórax que afecta tejido celular subcutáneo y planos musculares con extensión intratorácica. Recibe tratamiento con buena respuesta y egreso hospitalario con controles ambulatorios.

**Comentario:** La presencia de un tumor vascular benigno como el hemangioma en penacho "tufted" asociado con un tumor localmente agresivo como el hemangioendotelioma kaposiforme es una rareza pero su asociación con el fenómeno de Kasabach-Merritt no, por lo que se debe estar alerta a las posibles manifestaciones sistémicas de estos tumores vasculares. Aunque la potencial morbimortalidad es significativa, la condición remite cuando el tumor vascular comienza a involucionar con el tratamiento agresivo sostenido y específico adecuado. Los objetivos del tratamiento deben estar centrados sobre el control de la coagulopatía e involución del tumor.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE FALLA EN LA EXTUBACIÓN POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO

Herrera M.<sup>1</sup>; Tomé D.<sup>2</sup>

HOSPITAL NAC. JUAN P.GARRAHAN<sup>1,2</sup>

*matugherrera@gmail.com*

RPD 4

### INTRODUCCIÓN

La polineuropatía / miopatía del paciente crítico es una complicación importante y frecuente en la unidad de cuidados intensivos. Causa retraso en el destete de la ventilación mecánica. Aumento de la estadía en UCI y mortalidad.

### OBJETIVO

Presentar una paciente internado en UCI con diagnóstico de IRAB grave y SDRA que presento reiterados fallos en la extubación en la cual se llegó al diagnóstico de polineuropatía del paciente crítico.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 6 meses de edad (3 meses EC) con antecedente PT/PAEG (27 sem) con diagnóstico de Displasia Bronco Pulmonar. Presenta cuadro de 5 días de dificultad respiratoria y fiebre que requiere internación en CIM ingresando a UCI 44 con diagnóstico de IRAB grave. VSNF /PCR Bordetella Pertusis/ PCR Adenovirus

negativos. Requiere al ingreso VNI y posteriormente ARM. Evoluciono con SDRA requiriendo altos parámetros de ARM/pronada 10 días. Presenta 4 episodios de extubación fallida por diversas causas.

Requirió paralizantes musculares de forma intermitente y corticoterapia con dexametasona /hidrocortisona 45 días aproximadamente. Presenta clínica de debilidad generalizada sin compromiso de reflejos osteotendinosos con electromiograma que informa compromiso polineuropático sensitivo-motor, de carácter axonal primario de grado moderado a severo

### CONCLUSIÓN

Patología sub diagnosticada en UCI y con diagnóstico generalmente tardío, por lo que es importante conocer los factores de riesgo, con uso juicioso especialmente de bloqueantes neuromusculares y corticosteroides. Se presenta con pronóstico variable según el grado de lesión, sin tratamiento específico al día de hoy.

## ETIOLOGÍA VIRAL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS INTERNADOS

Fuentes Hartl J.<sup>1</sup>; Codevila R.<sup>2</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1,2</sup>

*ji\_fuentes@hotmail.com*

PO 5

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen uno de los problemas de salud pública más importante para la población infantil de 0 a 5 años y están dentro de las primeras 5 causas de mortalidad. El 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años, padecen un episodio de IRA, en el transcurso de un año. Pueden presentarse clínicamente de forma similar a una gripe, cuadros denominados como Enfermedad Tipo Influenza (ETI), o con manifestaciones clínicas severas como neumonías y bronquiolitis. Estos últimos cuadros son graves y requieren hospitalización denominándose las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG). Si bien numerosos investigadores han centrado su interés sobre la epidemiología de las IRA, la influencia de factores locales (geográficos, climáticos, socio-económicos, culturales) hace necesario que cada región deba tener sus propias evaluaciones. De este modo surge el objetivo de este estudio que fue determinar la etiología viral y analizar las distintas patologías respiratorias en niños internados desde agosto a noviembre de 2013. Se estudiaron muestras de secreciones nasofaríngeas para virus sincicial respiratorio (SRV), influenza A, B, parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus mediante

inmunofluorescencia y PRC. Asimismo se llenó una ficha con datos clínicos. Se registraron en el período de estudio (agosto-noviembre) un total de 610 pacientes con IRAG, derivando un total de 270 muestras para análisis virológico. Se registraron 173 casos positivos, 88 negativos y 9 muestras resultaron escasas para su análisis. El VRS fue el virus más prevalente encontrándose en 130 muestras lo que representa el 47,61% del total de muestras analizadas, seguido por el virus parainfluenza (7,69%), influenza A (4,39%), influenza B (2,56%), adenovirus (0,73%) y metapneumovirus (0,36%). Por otro lado, de acuerdo a los datos clínicos registrados, la patología que se presentó con mayor frecuencia fue el síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR), seguido por bronquiolitis, neumonía, crisis asmática, ETI y coqueluche. De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que el VRS fue el virus implicado en la mayoría de los casos de IRAG seguido por el parainfluenza y las patologías respiratorias encontradas con mayor frecuencia fueron el SBOR, bronquiolitis y neumonía. Estos hallazgos contribuyen a direccionar acciones de promoción, prevención y control y fortalecen la capacidad de respuesta de los servicios de atención.

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

PO 6

Fustiñana A.<sup>1</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>2</sup>; Latella A.<sup>3</sup>; Boto A.<sup>4</sup>; Cano A.<sup>5</sup>; Zlotogora A.<sup>6</sup>; Della Corte M.<sup>7</sup>; De Pinho S.<sup>8</sup>; Hualde G.<sup>9</sup>; Casais G.<sup>10</sup>; Nuñez P.<sup>11</sup>; Rino P.<sup>12</sup>

Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>

*anafusti@hotmail.com*

**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 administrados 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% requirieron 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.

## EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA SOBRE LA INCIDENCIA DE ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

PO 7

Taffarel P.<sup>1</sup>; Jorro Barón F.<sup>2</sup>; Meragalli C.<sup>3</sup>; Sabatini C.<sup>4</sup>; Narbaitis M.<sup>5</sup>; Debaisi G.<sup>6</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

*pedrotaffarel@hotmail.com*

**Resumen:** Los errores en la prescripción médica (EPM) son una de las causas más frecuentes de eventos adversos, las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen un ámbito de alto riesgo para la aparición de los mismos, muchos de ellos prevenibles.

**Objetivos:** Describir la incidencia y los tipos de EPM en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP) del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE). Evaluar si la implementación de una estrategia de mejora sobre los EPM modifica su incidencia.

**Material y Métodos:** Estudio tipo antes y después, no controlado, prospectivo.

**Universo y Muestra:** Todas las prescripciones médicas de los pacientes internados en la UCIP del HGNPE desde el 1 de julio de 2013 al 31 de diciembre de 2013.

**Criterios de exclusión:** Prescripciones de citotóxicos y alimentación en todas sus formas (enteral o parenteral).

**Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron a la UCIP del HGNPE 186 pacientes. Se analizaron 1.270 hojas de indicaciones médicas, con un total de 16.334 prescripciones. En la etapa de pre intervención, fueron analizadas 492 hojas de indicaciones médicas y un total de 6.320 prescripciones. La incidencia de EPM fue 13,9

errores por 100 prescripciones. El EPM más frecuente fue la falta de hora de modificación de un determinado medicamento (53,2%), seguido por la omisión de dosis o medicamento (18,3%) e ilegibilidad (8%).

El 89% de los EPM fue categoría B (Clasificación de Ruiz Jarabo). La medicación implicada con mayor frecuencia en los EPM fue el grupo de sedoanalgesia continua (17,2%), seguido de sedoanalgesia intermitente (14%) y antimicrobianos (13,8%).

Luego de la aplicación de un programa de mejora sobre EPM la incidencia disminuyó de 13,9 a 6,3 errores por 100 prescripciones, lo que implica una reducción del 54,7% (p < 0,001).

El tipo de EPM en el cual se evidenció la mayor reducción fue la falta de hora de modificación de una determinada indicación médica, con un descenso del 73%. A excepción del ítem plan de hidratación parenteral (PHP) y Electrolitos, todos los demás grupos de drogas analizados presentaron una marcada reducción en el periodo posterior a la aplicación del programa de mejora.

**Conclusión:** La gestión de un programa de mejora sobre los EPM, permitió un descenso en la incidencia de los mismos.

**HEMOFILIAS: POBLACIÓN QUE SE ASISTE EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. CONSULTAS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA**

**RPD 8**

Morosini F.<sup>1</sup>; Dalgalarondo A.<sup>2</sup>; Mezzano R.<sup>3</sup>; Lemos F.<sup>4</sup>; Boggia B.<sup>5</sup>; Dall'orso P.<sup>6</sup>; Prego J.<sup>7</sup>  
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
fa@adinet.com.uy

**INTRODUCCIÓN:** La hemofilia es una coagulopatía hereditaria ligada al sexo por déficit de factores de la coagulación; factor VIII (Hemofilia A) o factor IX (B). Se registran 50 niños hemofílicos en Uruguay. Esta población tiene riesgo de sangrados espontáneos o ante mínimos traumatismos; y además pueden consultar por eventos no relacionados con su coagulopatía. Conocer la población que se asiste y las condiciones por la cual consultan contribuye a planificar estrategias destinadas a mejorar la calidad de atención.

**OBJETIVOS:** Describir las características de los pacientes que se asisten en el CHPR y los motivos de consulta al DEP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo en el periodo 01/01/12 - 31/05/13, incluyendo todas las consultas al DEP de pacientes hemofílicos registrados en el DMT del CHPR. Nivel de significación > 0,05.

**RESULTADOS:** De los 31 pacientes registrados en DMT, consultaron 20, total 46 consultas. Rango de edad: 1-16 años. 18/20 portadores de hemofilia A: 12 severos, 4

moderados y 2 leves. 2/20 portadores de hemofilia B: 1 leve y 1 severo. Todos los severos recibían profilaxis con factores. 16 consultas fueron por sangrado, 10 espontáneos y 6 post-traumáticos. Nueve consultas por trauma sin sangrado (6 de miembros). 21 consultas fueron por otras condiciones: 12 patología respiratoria, 9 otros motivos. 18 casos recibieron terapia de sustitución indicada por hemoterapeuta. 19 casos fueron admitidos al hospital, 17 hemofílicos severos. De ellos, 4 requirieron cuidados intensivos por hematomas de diferente topografía. No hubo muertes.

**CONCLUSIONES:** En este período los niños hemofílicos consultaron frecuentemente en DEP-CHPR. Si bien la mayoría fue por enfermedades intercurrentes de la infancia, 35% de las consultas fueron por sangrado. Se debe sospechar siempre el sangrado aún en ausencia de traumatismo. Los niños hemofílicos severos presentaron mayor porcentaje de sangrados, internación y cuidados intensivos (p>0,05). Se requiere una visión integral con la participación del hemoterapeuta desde el inicio.

**OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY**

**POS 9**

*(Opción a Premio)*

Dall P.<sup>1</sup>; Morosini F.<sup>2</sup>; Rocha S.<sup>3</sup>; Cedrés A.<sup>4</sup>; Ferreira M.<sup>5</sup>; Más M.<sup>6</sup>; Sehabiague G.<sup>7</sup>; Prego J.<sup>8</sup>  
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA. CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
patriciadallorso@gmail.com

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) de etiología viral en niños pequeños constituyen un importante problema de salud. Representan la mitad de las admisiones hospitalarias en invierno. La complicación más frecuente es la insuficiencia respiratoria (IR). El 10-20 % de los pacientes hospitalizados requiere ingreso en Cuidados Intensivos y la mayoría de los casos reciben asistencia ventilatoria mecánica (AVM). En Uruguay, la ventilación no invasiva y la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) se implementaron en áreas de cuidados moderados con buenos resultados. A partir del año 2013, se elaboró un protocolo para la aplicación de OAF en el DEP en menores de 2 años.

**OBJETIVOS:** Comunicar la primer experiencia en la implementación de OAF en el Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR); describir las características de los pacientes asistidos, su evolución y respuesta a la técnica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo, descriptivo, en el periodo 01/06/13-20/09/2013, incluyendo todos los niños menores de 2 años con IRAB e IR asistidos con OAF en el DEP CHPR. Se aplicó un protocolo que incluye: criterios de ingreso (score de Tal modificado > 8 inicial, score de Tal modificado ≥7 mantenido, apneas reiteradas,

saturación de oxígeno <90% con máscara de flujo libre), criterios de exclusión (pCO<sub>2</sub> venosa >60 mm Hg, pH <7.2, depresión de conciencia, inestabilidad hemodinámica), parámetros de inicio y controles clínicos y de laboratorio. El sistema utilizado fue Fisher&Paykel®.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 36 niños, rango de edad 9 días a 15 meses, mediana 3 meses. 55% varones. Diagnóstico más frecuente bronquiolitis 83% (58% antígeno positivo VRS en secreciones nasofaríngeas). Motivo de inicio de OAF: 89% Score de Tal modificado ≥7 mantenido. Media de permanencia en DEP con OAF 11 horas. En 23 casos (64%) se evitó el ingreso a cuidado intensivo, 8 niños (22%) requirieron AVM. No se observaron complicaciones, no hubo fallecimientos.

**CONCLUSIONES:** La aplicación de OAF en el DEP en éste grupo de niños con IRAB moderada-grave, resultado sencilla, útil y segura. En un porcentaje elevado fue posible evitar el ingreso a cuidado intensivo y la necesidad de AVM. Esta comunicación de resultados iniciales incluye un número limitado de pacientes. Nuevas investigaciones serán necesarias para definir exactamente qué lugar ocupa la OAF en la asistencia inicial en sala de urgencia de niños con IRAB graves.

## 10 AÑOS DE HERIDAS GRAVES POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Más M.<sup>1</sup>; Piñeiro S.<sup>2</sup>; Parada M.<sup>3</sup>; Pizzorno E.<sup>4</sup>; Prego J.<sup>5</sup>

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA. CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.<sup>1,3,4,5</sup>; CLÍNICA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA. CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.<sup>2</sup>  
*marianamas@gmail.com*

RPD 10

**Introducción** Las heridas por arma de fuego (HAF) en la edad pediátrica son un hecho poco frecuente en nuestro medio. No obstante ocasionan secuelas severas y muerte. Estudios realizados en Uruguay evidencian que los menores sufren HAF predominantemente en el hogar de forma accidental dentro de su domicilio. La prevención es la estrategia más eficaz para disminuir la morbimortalidad por ésta causa.

**Objetivo** Describir las características de las HAF graves en pediatría durante 10 años en un hospital pediátrico.

**Metodología** Estudio descriptivo, retrospectivo. Como base de datos se utilizaron las historias clínicas realizando la revisión de todos los pacientes (menores de 15 años) que presentaron HAF desde el 1° enero 2002 hasta el 31 de diciembre de 2011 asistidos en la unidad de estabilización y reanimación (URE) del departamento de emergencia. Se analizaron variables epidemiológicas, relacionadas al evento, al daño ocasionado, y a la evolución.

**Resultados** En este periodo se registraron 34 HAF (1 cada 3,6 meses), esto representa un paciente grave por HAF cada 18567 consultas en el periodo de 10 años. La tasa de lesionados graves al inicio del periodo fue de 1 cada 19643, y al finalizar el mismo fue de 1 cada 12250 pacientes

asistidos en el DEP. Predominaron en los adolescentes (mediana 13 años, moda 14 años) de sexo masculino (73%), con mayor cantidad de eventos fuera del domicilio (60%) y mayoritariamente debidos a violencia (43%) contra accidental (21%). En cuanto a la evolución final se registraron 12 % de muertes, 33% con secuelas invalidantes, 12 % con secuelas menores, 9 % sin secuelas, y en el 33 % de los casos se desconoce el destino final. Destacamos que en el 20 % de los casos no se registró donde ocurre el evento y en 32 % se desconoce si fue un hecho violento o un accidente. Se registraron 42 regiones afectadas en 34 niños, predominando a nivel cráneo y cuello con 21/42 (50%), seguido por lesiones tórax y abdomen 17/42 (40%), y 4/42 lesiones en miembros (10%)

**Conclusiones** En los diez años analizados se evidencia un incremento mantenido de la tasa de lesiones graves por HAF en Uruguay en la edad pediátrica. Se evidencia un cambio en la modalidad registrándose un aumento de los casos debido a violencia y un mayor número de eventos fuera del domicilio siendo más frecuente en adolescentes varones. Destacamos el importante subregistro y carencia de datos en las historias clínicas lo que impide una adecuada valoración de los hechos.

## SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Más M.<sup>1</sup>; Rompani E.<sup>2</sup>; Dallorso P.<sup>3</sup>; Cedrés A.<sup>4</sup>; Algorta G.<sup>5</sup>; Gutiérrez C.<sup>6</sup>; Puime A.<sup>7</sup>; Prego J.<sup>8</sup>

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA. CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.<sup>1,2,3,4,8</sup>; DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y ESPECIALIDADES. CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.<sup>5</sup>; DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA PEDIÁTRICA. CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.<sup>6</sup>; LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA. MSP. MONTEVIDEO, URUGUAY.<sup>7</sup>;  
*marianamas@gmail.com*

RPD 11

**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: 1,57g/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.

## ¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?

Correa G.<sup>1</sup>; Ramasco L.<sup>2</sup>; Chávez M.<sup>3</sup>; Botta P.<sup>4</sup>; Abalos S.<sup>5</sup>; Marcos L.<sup>6</sup>

UCIP HOSPITAL DE NIÑOS TUCUMÁN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

glaco15@yahoo.com.ar

RPD 12

**Introducción:** El traslado de pacientes críticos puede añadir un riesgo adicional al paciente relacionado con cambios significativos en sus constantes fisiológicas, que pueden llegar a requerir un tratamiento inmediato. Nuestros niños deben ser trasladados hacia y desde la UCIP en busca de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

**Objetivos** Valorar las condiciones en que se realizan los traslados de los pacientes de la UCIP.

**Materiales y Métodos** Estudio prospectivo durante un período de 12 meses. Se completo un cuestionario, mediante el cual se evaluaron los traslados realizados desde y hacia la UCIP del Hospital de Niños de Tucumán.

**Resultados** Se realizaron 99 traslados durante este período, de los cuales 87% (n=86) corresponden a traslados intrahospitalarios y 13%(n=13) a traslados extrahospitalarios. En el 60% de los casos el paciente fue trasladado por 3 personas, siendo el personal entrenado en el 89% de los casos. El tipo más frecuente de traslado intrahospitalario fue realizado entre la UCIP y Tomografía, 59 pacientes (68 %), en segundo lugar hacia el Quirófano, 14 pacientes (17%). Con respecto a los eventos adversos

en 45 pacientes (45%) fueron relacionados con el equipo: problemas con el ascensor, falla en el suministro de oxígeno, falla con las bombas de infusión, dificultad con el sistema aspirativo y dificultad en la circulación con la camilla. En 20 niños (20%) se registraron alteraciones respiratorias, inestabilidad hemodinámica y alteraciones neurológicas. En el 79% de los traslados hubo fallas en la comunicación entre los servicios. La finalidad del traslado en el 79% de los casos fue diagnóstico y en el 21% terapéutica. En la mayoría de los traslados, posteriormente se modificó la conducta diagnóstica o terapéutica del médico responsable del paciente.

**Conclusión** Nuestros resultados sugieren que es necesario mejorar las condiciones de nuestros traslados para minimizar los riesgos del paciente. La estabilización del paciente, la dotación y funcionamiento de los recursos materiales y la calidad de los equipos humanos de transporte, son puntos claves a considerar en el traslado. El desarrollo de un protocolo estandarizado de transporte sería de utilidad y aportaría mayor calidad y seguridad a la atención de nuestros pacientes.

## USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO

Jerez F.<sup>1</sup>; Botta P.<sup>2</sup>; Ramasco L.<sup>3</sup>; Chávez M.<sup>4</sup>; Marcos L.<sup>5</sup>; Correa G.<sup>6</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMÁN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

florjerez@hotmail.com

RPD 13

**Introducción:** La toxina producida por la Bordetella Pertussis altera el AMP y la adenilciclase, produciendo una acumulación de AMP cíclico, cuyo efecto sería el bloqueo de los receptores adrenérgicos, lo que provocaría resistencia a catecolaminas. La terlipresina es un análogo sintético de la vasopresina, cuyo empleo en pacientes en shock séptico refractario a altas dosis de catecolaminas mejoraría los parámetros hemodinámicos.

**Objetivo:** Comunicar el uso de terlipresina en un paciente con coqueluche grave y shock vasopléjico resistente a catecolaminas.

**Material y Método:** Paciente de sexo femenino de 2 meses de edad, previamente sana, RN de término con vacunación completa, que ingresa a la institución con diagnóstico de Coqueluche. Se agregó al tratamiento claritromicina a dosis habituales. A las 24 hs por mala respuesta se traslada a UTI, se constata leucocitosis de 53300/mm<sup>3</sup>, al examen físico presenta taquicardia (FC>160x'), SO<sub>2</sub> 95% con máscara de no reinhalación a 15 lt, mala mecánica, acidosis respiratoria, presenta convulsión tónica-clónica que cede con dosis de Lorazepam. Se impregna con Fenobarbital a dosis habitual. Se coloca en ARM. Se realiza exanguinotransfusión de 1 volemia con descenso de leucocitos a 41200 mm<sup>3</sup>. Ecografía cerebral y Ecocardiograma al ingreso normal,

sin signos de hipertensión pulmonar.

**Evolución Clínica:** Se corrobora infección por Bordetella Pertussis por PCR. Resto de cultivos y virológico de secreciones respiratorias negativos. A las 72hs presenta descompensación hemodinámica con taquicardia >200 x' e hipotensión arterial con TAS 47 y TAM 33 y oliguria, sin respuesta a altas dosis de catecolaminas y diuréticos. Se decide administrar terlipresina 0.02 mg/kg/ dosis con buena respuesta a nivel de TA, diuresis y FC disminuyendo el requerimiento de catecolaminas.

Hora	FC (x')	TAS(mmHg)	TAM (mmHg)	Rit.	Diurético (cc/kg/hora)
09	182	47	33		0.6
11	219	55	37		0.8
13	211	71	49		1.8
15	185	88	64		3.4
18	182	94	72		3

Permaneció 48hs con terlipresina, continuando con noradrenalina a bajas dosis (0.1g/kg/min) suspendiéndose a las 72hs todos los inotrópicos. Permaneció en ARM 20 días y 24 días en UTI.

**Conclusión:** La terlipresina podría ser una alternativa de tratamiento en pacientes con coqueluche, con shock refractario a fluidos y catecolaminas.



## PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Jerez F.1; Botta P.2; Díaz M.3; D'urso M.4; Marcos L.5; Gallardo P.6

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMÁN<sup>1,2,3,5,6</sup>; CÁTEDRA DE ESTADÍSTICA DE LA UNT<sup>4</sup>

florjerez@hotmail.com

**Introducción:** La sepsis severa es responsable del 50% de las muertes registradas en la Institución. Dada la importancia de su diagnóstico precoz, se realizaron numerosos estudios tratando de relacionar este cuadro clínico con marcadores bioquímicos de inflamación; la procalcitonina (PCT) es uno de ellos. Sus niveles se corresponden con la gravedad de la afección y respuesta al tratamiento, lo cual le otorga un valor relevante.

**Objetivos:** Determinar la utilidad del método para el diagnóstico de sepsis y pronóstico de severidad. Determinar si sus valores positivos se correlacionan con otras determinaciones utilizadas para el diagnóstico de infección severa. Determinar si sus resultados contribuyeron a generar cambios en la conducta médica.

**Material y Método:** Estudio descriptivo-prospectivo, realizado en la UTI del Hospital del Niño Jesús de Tucumán desde el 1 de Enero al 30 de Abril de 2014. Se incluyeron todos los niños de 0-16 años con signos clínicos de SIRS. Se excluyeron pacientes con cirugías y quemaduras 7 días previos; inmunizaciones 48hs previas y shock cardiogénico. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, PIM, niveles de PCT (rango de corte para PCT(+)>0,5 ng/dl), PCR, Eritrosedimentación, leucocitos, resultados de cultivos, días de ARM, de estadia y muerte.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las asociaciones se realizaron mediante el test exacto de Fisher, con nivel de significancia del 5%.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 60 pacientes, el 62% varones. El promedio de edad fue de 2,8 años y de PIM 14,56%. El 70% presentó PCT(+) al ingreso, asociándose significativamente a la presencia de sepsis, shock séptico o FOM (p=0,016). El 51% de los pacientes con PCT (+) presentó cultivos (+), no siendo esto significativo (p=0,095). Se observó correlación entre PCR >2DS (p=0,024) y valores <60% tiempo de quick (p=0,042) con PCT (+) en el grupo de pacientes. La presencia de PCT(+) generó cambios en la conducta terapéutica en un 48% de los casos (p=0,0001), no así los valores de PCT (-) (<0,5ng/dl) en los que no se modificó conducta (p=0,018). La mortalidad fue de un 23%.

**Conclusión:** El dosaje cuantitativo de PCT sirvió como herramienta diagnóstica y parámetro evolutivo de infección. El método fue útil para apoyar a la toma de decisiones clínicas en pacientes con sospecha de infección y PCT(+). Sin embargo, en cuanto a la discontinuación de terapéutica antibiótica, los profesionales siguen basando su conducta en criterios clínicos.

RPD 14

## BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO

Vanella De Cuetos E.1; Sartori O.2; Fernandez R.3; De Jong L.4; Piovano M.5; Dávila E.6; Mosciaro M.7; Pereyra B.8; Farace M.9; Cuervo P.10; Castillo L.11

HOSPITAL NOTTI MENDOZA; H PENNA BAHIA BLANCA; H DEL NIÑO JESÚS

TUCUMÁN; H MOLAS LA PAMPA; H CASTRO RENDÓN NEUQUÉN; H REGIONAL SAN LUIS<sup>1</sup>;

HOSPITAL NOTTI MENDOZA<sup>2 11</sup>; MICROBIOLOGIA U N CUYO MENDOZA<sup>3 4</sup>; HOSPITAL NOTTI

MENDOZA<sup>5 6 7 8</sup>; INSTITUTO MALBRÁN BUENOS AIRES<sup>9</sup>; MICROBIOLOGIA U N CUYO MENDOZA<sup>10</sup>

elicuetos@yahoo.com.ar

**Introducción:** El botulismo del lactante (BL), forma más frecuente del botulismo en la actualidad, es una enfermedad "rara" o "huérfana" ya que afecta a menos del 0,05 % de la población.

**Objetivos:** Determinar Incidencia del BL en la Argentina. Diagnóstico, tratamiento, evolución y secuelas al alta en pacientes con y sin tratamiento específico. Evaluar implicancia del clima y prevalencia de esporas en suelos.

**Material y métodos:** Historias clínicas de BL, ingresados a Terapia Intensiva Pediátrica (UCIP) con asistencia respiratoria mecánica (ARM), de 1/01/2010 a 31/12/2013. Se consideró: edad, sexo, días previos al ingreso, hasta diagnóstico de laboratorio, en UCIP, de ARM, total internación, alimentación nasogástrica (SNG), tratamiento y secuelas. Análisis estadístico Statistix 7.0; Analytical Software, Tallahassee, FL. Test Mann-Whitney, con significación de 0,05.

**Resultados:** En el país se registraron 216 casos de BL. Se analizan 79 ingresados a UCIP de 11 provincias. Edad promedio 4 meses. Alimentación materna 90%. Recibieron antitoxina botulínica equina (a-TBEq) 18 pacientes (6 provincias). Promedio días de enfermedad previos al ingreso:

2 en tratados con a-TBEq, 4 en no tratados. Diagnóstico laboratorio (Toxina A Clostridium botulinum) a los 5 días en tratados con a-TBEq, a los 11,5 en no tratados. Pacientes con a-TBEq promedio días internación 30 vs 70 en no tratados (p= 0,0001). Promedio días UCIP 25 vs 54 (P=0,0001) de ARM 16 vs 43 (p=0,0001) y SNG 29 vs 70 (p=0,0001). Los tratados presentaron neumonía asociada a respirador 40% vs 56% en no tratados (P=0,0038), sepsis 11% vs 34% (P=0,005), secuelas al alta 6% vs 64% (P=0,0001). En zonas con mayor número de casos: alta frecuencia de esporas en suelos, clima seco y ventoso

**Conclusiones:** El tratamiento precoz con a-TBEq es una alternativa hasta disponer de inmunoglobulina botulínica humana. Los climas secos y ventosos favorecen la enfermedad.

Equipo multicéntrico: Fabris J, Palacio K, Bustos N, Giaroli G, Poidomani A, Kaltenbach G, Laffaye F, Landry L, Zuazaga M, Gallagher R, Ponce J, Moyano M, Tomassone R, Allende D, Polischuk M, Botta P, Marcos L, Pujales G, Pérez S, Vallejo M, Aden F, Meregalli C, Méndez G, Caprotta G, Fortini Y, Vega C, Regliner S, Nievias G.

POS 15

(Opción a Premio)

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

RPD 16

Fustiñana A.<sup>1</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>2</sup>; Latella A.<sup>3</sup>; Boto A.<sup>4</sup>; Cano A.<sup>5</sup>; Zlotogora A.<sup>6</sup>; Della Corte M.<sup>7</sup>; De Pinho S.<sup>8</sup>; Hualde G.<sup>9</sup>; Casais G.<sup>10</sup>; Nuñez P.<sup>11</sup>; Rino P.<sup>12</sup>

UNIDAD EMERGENCIAS, HOSPITAL DE PEDIATRÍA "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>  
anafusti@hotmail.com

**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 cardiaca.

**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 crónica, 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.

## TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA: A PROPOSITO DE UN CASO

Vergara G.<sup>1</sup>; Paredes N.<sup>2</sup>; Peynado D.<sup>3</sup>; Deza F.<sup>4</sup>; Lopez I.<sup>5</sup>; Croce L.<sup>6</sup>

SANATORIO PRIVADO<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

glenda\_vergara@hotmail.com.ar

RPD 17

**Introducción:** El tromboembolismo pulmonar agudo en niños es muy infrecuente, presentando una incidencia de 8,6-57/100000 niños hospitalizados. Muchos casos sólo son diagnosticados al realizar la necropsia. En pediatría, principales factores de riesgo son: catéter venoso central, inmovilización, cardiopatía cirugía mayor y las alteraciones de la coagulación.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de tromboembolismo pulmonar agudo en pediatría

**Caso Clínico:** Masculino, 2 meses APP: trisomía 21, Atresia duodenal corregida al nacer. Consulta por enterorragia. Diagnóstico presuntivo: abdomen agudo. Intervenido quirúrgicamente. Colocación vía central y nutrición parenteral. Cultivo de líquido peritoneal: S. coagulasa negativa, Klebsiella pneumoniae Blee, recibiendo antibioterapia prolongada por bacteriemia persistente. 70 DDI edema en región pectoral, diagnosticando trombosis de vena yugular izquierda por ecografía de vasos del cuello, comienza con enoxaparina y tras 48 hs dosaje de factor Anti Xa, requiriendo aumentos progresivos de dosis por no lograr niveles terapéuticos. A los 3 meses de internación, cierre de colostomía. 2 días postquirúrgico presenta SDR, fallo hemodinámico: intubación endotraqueal y ARM durante 8 días con parámetros altos. Alta sospecha de TEPA.

### Estudios realizados:

- Ecocardiogramas normales
- Rx de tórax.
- Ecografía doppler de cuello: Trombosis de vena yugular interna.
- TAC cuello: trombosis evolucionada a cordón de aspecto fibrótico, de la vena yugular interna
- TAC de tórax con contraste: signos indirectos des tromboembolismo en evolución.
- Factor Anti Xa.
- Dimero D

### Tratamiento realizado:

Vía central: 116 días. NPT: 104 días. Antibióticos: 98 días. Enoxaparina: 51 días.

**Discusión:** TEPA es una entidad muy rara en pediatría, los factores de riesgo y la alta sospecha clínica nos permiten realizar un diagnóstico presuntivo y tratamiento oportuno ya que el 10% de los pacientes con embolia pulmonar aguda fallecen durante la primera hora con diagnóstico certero en la necropsia. En el caso descrito los múltiples factores de riesgo asociados a la presentación de insuficiencia respiratoria aguda en el postquirúrgico inmediato, permitió la sospecha diagnóstica de tromboembolismo pulmonar posteriormente confirmado con estudios complementarios: TAC y Dimero D.

## INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)

Alvarez W.<sup>1</sup>; Rúa W.<sup>2</sup>; Chuchuy S.<sup>3</sup>; Sanchez Y.<sup>4</sup>; Ovando P.<sup>5</sup>; Barón A.<sup>6</sup>; Folco L.<sup>7</sup>; Guzman Y.<sup>8</sup>; Velasquez G.<sup>9</sup>

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
wmalvarez16@gmail.com

RPD 18

**INTRODUCCIÓN:** La ventilación Mecánica sigue siendo un importante soporte terapéutico pero el momento de la retirada sigue determinando decisiones difíciles cuando se prolonga causando co-morbilidades en el paciente por lo que es necesario la realización de TQT en muchas ocasiones para lograr el destete.-

Determinar el momento de realizar TQT en Paciente (P) en ARM prolongado(ARMp) es tan difícil como definir ARMp; algunos se basan en días transcurridos, otros en patologías de ingresos, y para otros es una decisión clínica.-

**OBJETIVOS:** Determinar la incidencia de realización de TQT en paciente con ARM p.-

Determinar tiempo de realización de la TQT.-

Determinar patologías de los pacientes TQT.-

**MÉTODOS:** Estudios retrospectivo, transversal, sobre una Población de Paciente ingresados a UTIP, desde 01/01/2011 al 28/02/2014, identificando a todos aquellos

en ARM p(>7 días); incidencia de pacientes TQT en ese grupo; identificación en el mismo con patología respiratoria vs no respiratoria.-

**RESULTADOS:** Se registraron 1054 ingresos a UTIP en ese periodo; 542 (48%) pacientes ingresaron a ARM; de los cuales 210(38%) con más > de 7 días de ARM; se realizaron 11(5.2%) TQT; la media de días en ARM al momento de TQT fue 44 días, con desvíos de 15 y 107 días; de esos pacientes 8 poseían patología neuromusculares (pulmón sano), 2 cardiológicas y 1 respiratoria.-

**CONCLUSIONES:**

Sigue existiendo falta de consenso al definir ARM prolongado como el momento de realizar TQT en pediatría; sería importante realizar scores predictivos de ARM prolongados para definir momentos para la realización de TQT; decisiones clínica basada en la evidencia; TQT precoz en patología con pulmón sano.-

## HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SINDROME PULMONAR RENAL

Paredes N.<sup>1</sup>; Barboni F.<sup>2</sup>; Hernanz P.<sup>3</sup>; Vergara G.<sup>4</sup>; Peynado D.<sup>5</sup>; Roldan O.<sup>6</sup>

SANATORIO DEL SALVADOR<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

nati\_n1@hotmail.com

RPD 19

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) asociado a capilaritis son causas muy raras de hemorragia pulmonar en el niño, destacando las asociadas a enfermedades sistémicas autoinmunes que involucran al riñón, llamado Síndrome pulmón-riñón (SPR). Las vasculitis sistémicas primarias y el síndrome de Goodpasture son las etiologías más frecuentes. La HAD es un síndrome clínico que se manifiesta generalmente con hemoptisis, anemia, hipoxemia, nuevos infiltrados alveolares en la radiografía y fallo respiratorio hipoxémico. La mortalidad oscila entre 25% y 70%.

**OBJETIVO:** Presentar un caso pediátrico de hemorragia alveolar difusa en el contexto de síndrome pulmonar-renal en una niña con diagnóstico de poliangeítis microscópica.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 4 años, con astenia, anorexia, palidez, 1 episodio de hematemesis.

**LABORATORIO INGRESO:** GR:2.83x106/ Hto:23/ Hb:7.5/ Plaquetas:600000/ Cr:1.76 / Urea: 96.

Presentó IRA no oligúrica, recibió pulsos de metilprednisolona para Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva previa realización de biopsia y solicitud de autoanticuerpos: ANCA c/ ANCA P/ Ac AntiMB / Ac Anti DNA / AC Anti nucleo / Ac Anti Ro/ Ac Antifosfolípido

Tras 17 DDI presenta tos seguido de hemoptisis franca, deterioro grave del estado general, fallo respiratorio. Se

coloca en ARM 4 días

**LABORATORIO:** GR: 1.600.000/ Hto 14%/ HB: 4.5mg/dl/ Plaquetas 460.000.

Gases 7,17/25/153/9/-11,8/97%. Se comienza con ceftriaxona, claritromicina, anfotericina y TMP-SMX, dopamina, fentanilo, midazolam y vecuronio. Inician ciclofosfamida y nuevo pulso de corticoide, ya que presentaba diagnóstico altamente sospechoso de PAM ANCAp(+). Paciente evoluciona favorablemente, se decide alta sanatorial.

**Diagnóstico de egreso:**

**SINDROMICO:** Síndrome pulmonar-renal /Hemorragia alveolar difusa aguda

**ANATOMOPATOLOGICO:** Poliangeítis microscópica (PAM)

**CONCLUSIÓN:** La paciente del caso presentó HAD asociada a PAM, una vasculitis necrotizante sistémica de pequeños vasos en quienes la hemoptisis, aparece en 12 a 29% de casos. El dato clínico más frecuente es la afectación renal por una GNRp, con fallo renal agudo oligúrico. El síndrome de HAD es clínico y radiológico, mientras que el diagnóstico de capilaritis es estrictamente patológico y sugiere un proceso vasculítico. El diagnóstico temprano basado en criterios clínicos, radiológicos, de laboratorio e histológicos, permite iniciar el tratamiento disminuyendo su elevada morbi-mortalidad.

## OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO

RPD 20

Fustiñana A.<sup>1</sup>; Kohn Loncarica . G.<sup>2</sup>; Sprovieri M.<sup>3</sup>; De Pinho S.<sup>4</sup>; Zlotogora A.<sup>5</sup>;  
Della Corte M.<sup>6</sup>; Hualde G.<sup>7</sup>; Casais G.<sup>8</sup>; Boto A.<sup>9</sup>; Nuñez P.<sup>10</sup>; Rino P.<sup>11</sup>  
Unidad Emergencias, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>  
anafusti@hotmail.com

**Introducción:** No es infrecuente que los Departamentos de Emergencias Pediátricos (DEP) reciban consultas de niños que presentan alguna patología de base aún no diagnosticada concurriendo por razones diferentes como infecciones o traumatismos.

**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:** 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 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".

## MIOCARDITIS EN ESCORPIONISMO GRAVE - A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 21

Agüero L.<sup>1</sup>; Lopez Cruz M.<sup>2</sup>  
CEPSI EVA PERON<sup>1 2</sup>  
lauriaguri@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** El escorpionismo es un cuadro clínico potencialmente grave y letal que se produce por la picadura e inoculación de veneno de diferentes especies de escorpiones Tityus. Los casos graves y muertes se asocian a las especies de Tityus trivittatus y T. confluens, variedades predominantes del NOA.

**OBJETIVO:** Presentar evolución poco frecuente de una patología prevalente en nuestro medio.

**MATERIALES Y METODOS:** Revisión de historia clínica  
**DESARROLLO:** Niña de 4 años derivada de hospital zonal tras sufrir picadura de escorpión. Cuadro de 4 horas de evolución con vómitos incoercibles, consulta, recibe 1 suero anti escorpión, metoclopramida y se deriva. A su ingreso a urgencias recibe 5 dosis de antiveneno. Pasa a UTIP. Hemodinamicamente descompensada con taquicardia sinusal (180 lat./min), hipertensa (132/96 mmHg), edema agudo de pulmón (por clínica y radiología), sensorio alternante. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia. Hb 12.6 gr/dl, Iono 143/3.5/106, Ca 9.1, CPK 63, LDH 852, Amilasa 247, hiperglucemia. Gasometría

con acidosis mixta e hipoxemia. Corrección bicarbonato. Intubación, ARM modalidad PCV 21/5/18/0.8/0.6 Vte 10 ml/kg, monitoreo hemodinámico (PVC, TAI). Hipotensión a predominio sistólico, SVO2 73%, título adrenalina. Mejoría de TA con corrección empírica de calcio, dejándolo en infusión continua. Ecocardiograma informa FA 16% mala función ventricular. Agrego levosimendan, sin mejoría. Paro cardíaco, luego FV que revierte con cardioversión eléctrica. Aumento de CPK (391) y LDH (1321). Ecocardiograma control FA 22%, dilatación cavidades izquierdas. Presenta taquicardia supraventricular, recibe adenosina y amiodarona. Paro cardíaco sin respuesta a RCP avanzada. Óbito a las 36 horas de ingreso al hospital.

**CONCLUSION:** La picadura del T. trivittatus o confluens puede ser especialmente peligrosa en niños debido al tamaño corporal en relación al veneno inoculado. La aplicación del antiveneno específico (antes de las dos horas) se relaciona con mejor pronóstico.

## DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN RECEPCION CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (UTIP)

Lopez G.<sup>1</sup>; Miranda M.<sup>2</sup>; Gonzales L.<sup>3</sup>  
HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL-SALTA<sup>1 2 3</sup>  
vivilop196@hotmail.com.ar

RPD 22

**Introducción:** La mayoría de las cardiopatías congénitas se corrigen quirúrgicamente en los primeros años de vida, para esto necesitamos cuidados enfermeros unificados en la recepción que asegure una sobrevida prolongada y de calidad.

**OBJETIVO:** Describir a partir de diagnósticos enfermeros los cuidados en recepción de cirugías cardiovasculares.(RCC)

**MATERIAL Y METODO:** Estudio retrospectivo, Descriptivo de niños (1 mes- 14 años) admitidos en la UTIP de HPMI desde Abril 2010 a Abril 2014, recepción cirugías cardiovasculares, datos extraídos de historias clínicas.

### Diagnósticos enfermeros: Etiquetas NANDA

Diagnostico	NOC(Nursing Outcomes Classification)	NIC(Nursing Interventions Classification)
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con (R/C) presencia de secreciones manifestado por (M/P) desaturación, taquipnea, cianosis, neumonías asociadas al ventilador ( NAV)	0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.	3160 Aspiración de las vías aéreas 6680 Monitorización de signos vitales
00160 Disposición para mejorar el equilibrio de los líquidos R/C la función cardiaca.	0601 Equilibrio de los líquidos.	4130 Monitorización de los líquidos. 2020 Monitorización de electrolitos
911 Dolor R/C cirugía M/P ansiedad, taquicardia, irritabilidad, llanto.	1605 control del dolor	2210 Administración de analgésicos 1400 Manejo del dolor

**RESULTADOS:** El periodo descripto arrojó 167 RCC (DAP 29%(48), CIV 22%(37), CIA 15%(25), otras 25%(57); Sexo femenino 55%; Fallecidos 7%; En ARM el 30%(49) cuidados para mantener vías aéreas permeables y prevenir NAV (circuito cerrado de aspiración, higiene bucal, 45° cabecera de la cama, T° optima en humidificador y evitar agua en guías de ARM). Control estricto del balance hidroelectrolítico: Normohidratación compensar déficits por ayuno, hemorrágicas, cambios en la volemia y corrección del medio interno. Uso de esquema contra el dolor (disminuir dolor y ansiedad, evitar efectos negativos en la cirugía).

**CONCLUSIONES:** Trabajar con diagnósticos enfermeros reta a evolucionar como profesionales siendo muy satisfactorio por lograr unificar los cuidados enfermeros y asistir a niños de distintas complejidades mejorando en calidad y precisión la recepción y logramos así tener al niño en óptimas condiciones el menor tiempo posible en UTIP.

## COMA HIPEROSMOLAR O ESTADO HIPERGLUCÉMICO NO CETÓNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SÍNDROME DE DOWN EN TRATAMIENTO POR LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) CON L-ASPARAGINASA Y CORTICOIDES

Poet M.<sup>1</sup>; Acosta D.<sup>2</sup>; Tomasetti M.<sup>3</sup>; Pérez F.<sup>4</sup>

HOSPITAL VJ VILELA<sup>1</sup> ; CARRERA DE POSTGRADO EN PEDIATRÍA (UNR) HOSPITAL DE NIÑOS V.J. VILELA<sup>2 4</sup> ; SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA HOSPITAL DE NIÑOS V.J. VILELA<sup>3</sup>  
martipoet1@hotmail.com

RPD 23

**Introducción:** L-asparaginasa (L-asp) es un agente antineoplásico, entre cuyos efectos adversos se describe hiperglicemia, dado que cada molécula de insulina tiene tres residuos de asparagina que son hidrolizados por L-asp, produciendo disminución de la síntesis de insulina con la consecuente hiperglicemia.

**Objetivo:** Lograr un diagnóstico precoz de una manifestación infrecuente.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de un caso, que consistió en la revisión de historia clínica de una niña de 16 años con síndrome de Down en tratamiento por Leucemia Linfoblástica Aguda Pre B con L-asp y corticoides, que ingresa al Hospital de Niños V. J. Vilela, presentando un cuadro confusional y deshidratación grave. Se evalúa ante la sospecha de reacción adversa a medicamentos. Presentando

hiperglicemia >1300mg%, asumiéndose como coma hiperosmolar o estado hiperglucémico no cetónico (EHNC), se hace énfasis en los 3 pilares fundamentales de su tratamiento, la administración de líquidos, insulina y el aporte de potasio.

**Conclusión:** La administración simultánea de corticoides y L-asp dificulta la determinación de causalidad de L-asp, ante la presentación infrecuente en el paciente pediátrico de dicho estado. Siendo importante que se continúe en el futuro con esta línea de investigación, nos proponemos que este trabajo pueda servir como guía para el abordaje de esta grave afección y sospecha precoz de la misma. (Palabras clave: Reacción adversa, L-asparaginasa, Leucemia Linfoblástica Aguda, síndrome de Down, Coma hiperosmolar o estado hiperglucémico no cetónico).

## TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN NIÑOS POR CAÍDA DEL TELEVISOR (TVTEC)

Zuazaga M.<sup>1</sup>; Gallagher R.<sup>2</sup>; Motto E.<sup>3</sup>; Gonzalez Cambaceres C.<sup>4</sup>; Centeno M.<sup>5</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5</sup>  
marcelazuazaga@hotmail.com

RPD 24

(Opción a Premio)

**Objetivo:** Evaluar las características y el pronóstico de los pacientes ingresados a las Unidades de Cuidados Intensivos con traumatismo encefalocraneano, secundario a la caída del televisor.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, no intervencional, analítico, de medición del impacto sobre la morbimortalidad de éstos pacientes, mediante la revisión de las historias clínicas de los casos atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos polivalente entre Enero de 2007 y Marzo 2014. Los datos analizados se refieren al paciente, el accidente y la situación clínica, valorando

la evolución final en cada caso.

**Resultados:** Se reportan 10 pacientes, todos menores de 4 años de edad, 5 de los cuales presentaron una evolución muy grave (1 fallecimiento y 4 pacientes con secuelas permanentes).

**Conclusiones:** Daños neurológicos severos de distinta magnitud o inclusive la muerte pueden ser provocados por este trauma doméstico. La prevención de los traumas hogareños por parte del personal de salud y las familias, debe formar parte del pilar fundamental en la consulta pediátrica.

## SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)

Motto E.<sup>1</sup>; Cambaceres C.<sup>2</sup>; Centeno M.<sup>3</sup>; Boada N.<sup>4</sup>; Landry L.<sup>5</sup>; Zima R.<sup>6</sup>  
HTAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
edumotto@hotmail.com

RPD 26

**Introducción:** La satisfacción de los padres en la atención de sus hijos es un indicador de calidad de atención. En Terapia Intensiva no deja de ser un elemento que puede ayudar a mejorar la atención que reciben los niños. El objetivo es analizar los resultados de una encuesta de satisfacción realizada a los padres de los niños internados en UCIP.

**Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, prospectivo. Se realizó un encuesta de 10 preguntas, usando como modelo la del Picker's Pediatric Acute Care que fue validado en Argentina. Se agruparon las preguntas en 4 aspectos: Impresión general, consideración y respeto, información y comunicación y relación entre padres y equipo de salud. Se analizaron las preguntas de cada aspecto en relación con, la edad, días de internación y el número de internaciones en UCIP. Los resultados se expresaron como porcentaje y los datos fueron analizados con análisis bivariado de Chi-cuadrado. Se dejó un espacio para comentarios libres.

**Resultados:** Se evaluaron 102 cuestionarios, con una mediana de 36 meses de edad, media de internación 8.3 días. Tomados todos los aspectos en conjunto, la

satisfacción estuvo por arriba del 80 %. Ante la pregunta, ¿Cómo calificaría, en general, los cuidados recibidos en la Terapia? El 86.27% respondió excelente o muy buena. Al agrupar por edades se observaron diferencias. Los padres de los lactantes y niños de 1 a 4 años se encontraban menos satisfechos que el resto de los grupos. El tiempo de permanencia y visitas junto con la amabilidad y cortesía, presentaron bajo grado de satisfacción en ambos grupos ( $p < 0.01$ ). En el grupo de 1 a 4 años, el 26% había estado más de 1 vez internado, no siendo significativa esta asociación para estar insatisfecho ( $p < 0.22$ ). El mayor porcentaje de satisfacción se observó en los grupos con mayor edad. Los días de internación y el número de internaciones, no tuvieron relación con la alta satisfacción. Hubo 60 comentarios libres, se los clasificó como favorables (79%) o desfavorables (21%).

**Conclusiones:** Un elevado porcentaje de los encuestados manifestó alto grado de satisfacción. Los pacientes menores de 4 años presentaron un nivel significativamente más bajo de satisfacción. El número de internaciones y/o los días en UCI no se relacionaron a bajo grado de satisfacción en ninguno de los grupos.

## “EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS- TUCUMÁN”

RPD 27

Vilar A.<sup>1</sup>; García Mena De Alabarse M.<sup>2</sup>; Boscarino G.<sup>3</sup>; Alabarse G.<sup>4</sup>;

Lozada De Oliveira M.<sup>5</sup>; Medina Ruiz L.<sup>6</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3</sup>; DIRECCIÓN GENERAL DE RRHH-SIPROSA-TUCUMÁN<sup>4</sup>; HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>5</sup>; HOSPITAL DE CLÍNICAS NICOLÁS AVELLANEDA-TUCUMÁN<sup>6</sup>

*julietavilar@gmail.com*

**INTRODUCCIÓN:** En un servicio de emergencias el tiempo de asistencia del paciente es un factor esencial siendo un Criterio Estándar para medir eficiencia del servicio e Indicador de Calidad del mismo. La espera prolongada se asocia con retrasos en tratar enfermedades que exigen respuesta inmediata y necesitan hospitalización. El tiempo de espera dependerá, entre otros factores, de la valoración del estado de salud del usuario, por ello se debe establecer un sistema de clasificación lo que se conoce como triaje.

**OBJETIVOS:** En el desarrollo de este trabajo se considera la valoración del tiempo hasta la asistencia de los pacientes que consultan al Servicio de Emergencias con la finalidad de detectar puntos críticos y lograr optimizar el proceso de asistencia. Para lo cual se consideró: - Identificar rápidamente a los niños que se encuentran en riesgo vida; - Determinar el área de asistencia; - Disminuir el hacinamiento de pacientes en la sala de espera.

**MATERIAL Y METODO:** Mediante encuestas a padres, se

realizó un relevamiento del tiempo que permanecieron en el hospital hasta ser visto por un profesional competente. Con un Flujograma del acceso del paciente y el Diagrama de Ishikawa se determinaron los puntos críticos.

**RESULTADOS:** En el análisis se detectó que de 21 a 08 hs es el periodo de mayor espera para la asistencia. Los puntos críticos determinantes de la espera fueron la falta de orientación del paciente, admisión con personal que realiza triaje sin estar capacitado y exceso de consultas de baja complejidad.

**CONCLUSIONES:** En la investigación que se llevó a cabo se tuvieron en cuenta algunos de los puntos críticos que determinan tiempos de espera prolongados para la asistencia, los cuales afectan negativamente al equipo y haciendo a esta menos efectiva, causando la saturación del Servicio de Emergencias. En la encuesta realizada se observó que el mayor tiempo de espera se da en horarios donde se realizan cambios de guardia tanto en la red periférica como en el servicio.

## USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE

RPD 28

Chavez M.<sup>1</sup>; Botta P.<sup>2</sup>; Ramasco L.<sup>3</sup>; Jerez F.<sup>4</sup>; Gallardo P.<sup>5</sup>; Rearte A.<sup>6</sup>;

Marcos L.<sup>7</sup>; Ruiz V.<sup>8</sup>; Diaz Jimenez M.<sup>9</sup>

TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>

*conty22@hotmail.com*

**Introducción:** La toxina del *Tityus trivittatus* puede actuar sobre las terminales nerviosas periféricas posganglionares del sistema nervioso simpático y parasimpático, con liberación masiva de acetilcolina y catecolaminas, las cuales aumentan la poscarga a nivel cardiaco. Se ha descrito además, cardiotoxicidad por parte del propio veneno provocando un cuadro de insuficiencia cardiaca, que puede llevar al colapso cardiocirculatorio. El NT-proBNP es el fragmento N-terminal de péptido pro-BNP, liberado por los ventrículos como respuesta a una situación de incremento de la tensión de la pared y sobrecarga de volumen ventricular. Se presenta como una importante herramienta para el diagnóstico, pronóstico y monitoreo de la insuficiencia cardíaca y podría resultar de utilidad en esta patología.

**Objetivo:** Determinar los niveles séricos de NT-proBNP como método de pronóstico de insuficiencia cardiaca en un paciente con escorpionismo grave.

**Descripción del caso:** Paciente de 4 años con antecedente de picadura de escorpión y enfermedad de 12 horas de evolución. Consulta a la hora en hospital del interior de Tucumán con cuadro de sudoración profusa, taquicardia, taquipnea, vómitos, se expande y se coloca

suero antiescorpión y se deriva a Hospital de Niños de Tucumán. Ingresar por guardia en mal estado general, pálido, sudoroso, se expande nuevamente y pasa a UCI. Por inestabilidad hemodinámica se coloca en ARM y se inicia goteo de milrinona y diuréticos. En eco cardiograma de ingreso se observa severa disfunción miocárdica, hipoquinesia global y fracción de acortamiento de 18%. El dosaje de NT-ProBNP fue de 25000 pg/ml. Se indica goteo de levosimendan (el cual se repite a los 6 días). Se observó respuesta favorable en cuanto a mejoría clínica (se extuba a las 72 horas), así como los controles de NT-ProBNP fueron disminuyendo en forma sucesiva (8.628 pg/ml, 3.121 pg/ml y 2043 pg/ml). El eco cardiograma de control realizado a la semana presentaba FA de 27%. Egresar a los 7 días de terapia intensiva.

**Conclusión:** El NT-pronBP fue de utilidad como factor pronóstico de insuficiencia cardiaca en paciente con escorpionismo y miocarditis toxica. Se pudo demostrar en este caso su relación entre las concentraciones sanguíneas de NT-proBNP y la respuesta terapéutica. Se requieren estudios prospectivos que sirvan para validar estos hallazgos.

## INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS

Chavez M.<sup>1</sup>; Juarez P.<sup>2</sup>; Castro F.<sup>3</sup>; Rearte A.<sup>4</sup>; Correa G.<sup>5</sup>; Marcos L.<sup>6</sup>  
TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
conty22@hotmail.com

RPD 29

**Introducción:** La ingestión accidental de Cassia Occidentalis, en particular las semillas, produce en niños una enfermedad aguda, con compromiso neurológico cortical y alta letalidad. El nombre vulgar es cafetillo o café del monte y es causante de la muerte de ganado cuando contamina las pasturas, al provocar necrosis de musculo esquelético, hígado y corazón.

**Objetivo:** Alertar a médicos de zonas rurales con cultivos de leguminosa y cereales a tener presente esta intoxicación en todo niño con diagnóstico de encefalitis, con incremento de enzimas musculares y hepáticas.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino de tres años de edad, sin antecedentes relevantes, esquema de vacunas completo, que ingresa el día 17/04/14, con una enfermedad de 48 hs de evolución: vómitos en dos oportunidades, decaimiento e inapetencia, consulta en hospital de la zona, permanece internada 6 hs con diagnóstico deshidratación aguda. A las horas, presenta depresión del sensorio, coma, arreflexia, pupilas midriáticas reactivas, sangrado activo a predominio digestivo y genital, con petequias y sin visceromegalias. Se constata hipogluceemia severa

Ingres a UCIP se conecta en ARM. Se realizan cultivos. Laboratorio que informa GB 3500, plaquetas 43000,

GPT 6036, TP 17,6% de actividad,  $\delta$ gt 73, bilirrubina total 1,5 (directa 1,35), láctico 10,3, CPK 2364 U/L, MB: 6 %. Serología para Hepatitis A, B, C, Ac. IGM Anti-CMV, Ac. IGM Anti- Herpes Simple, Chagas (HAI), VDRL, Huddleson, Ac IGM Anti-8 Elisa), Toxoplasmosis: Negativo. Rx de Tórax: normal. TAC cerebral: Informa leve edema.

Se reinterga a los padres y se rescata como dato relevante que la niña había ingerido unos frutos parecidos a las arvejas que crecen cerca de los cañaverales 48 horas antes del inicio de los síntomas.

Con diagnóstico de Encefalopatía Hepática Aguda, se trasladó a centro de mayor complejidad, (Hospital Garrahan) donde fallece a las 8 horas de ser derivada y a las 72 hs de ingerir estas semillas.

Se investiga la procedencia de estas semillas y se concluye que los frutos corresponden a la Cassia Occidentalis o Cafetillo del Monte.

**Conclusión:** Es importante tener un alto índice de sospecha y difundir la intoxicación por cafetillo, a todas las personas que habitan en zonas rurales ya que sus efectos son mortales y el reconocimiento de la planta de particular fisonomía podría preservar la vida de niños y animales.

## SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD

Olivieri M.<sup>1</sup>; Rearte A.<sup>2</sup>; Botta P.<sup>3</sup>; Jerez F.<sup>4</sup>; Albarracin M.<sup>5</sup>; Chavez C.<sup>6</sup>; Correa G.<sup>7</sup>; Ramasco L.<sup>8</sup>; Gallardo P.<sup>9</sup>; Marcos L.<sup>10</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS JESUS<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
masiolivieri@hotmail.com

RPD 30

**Introducción:** La creación de una cultura de seguridad del paciente se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora en la calidad de la atención médica. Poder aprender de los errores de forma proactiva conducirá a rediseñar los procesos de manera que los errores no vuelvan a producirse.

**Objetivo:** 1) Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente. 2) Determinar fortalezas y debilidades.

**Material y método:** Se realizó una adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, que puede ser utilizada para medir la cultura de seguridad de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. Dicha encuesta se aplicó sobre personal médico y enfermeros de terapia intensiva e intermedia del Hospital del Niño Jesús de Tucumán. En todos los casos se indagó la percepción que tenían sobre cada ítem los profesionales que respondieron. Con los resultados, se describió el clima de seguridad y se identificaron sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

**Resultados:** De 66 personas encuestadas, 42 fueron enfermeras y 24 médicos. El promedio de edad fue de 39

años, con una media de tiempo laboral de 12 años. El 60% de los encuestados calificó, subjetivamente en una escala del 1 al 10, con 7 puntos el clima de seguridad del paciente. Del análisis de la encuesta podemos concluir que la fortaleza de la seguridad asienta en tres aspectos: trabajo en equipo, ayuda mutua y reporte de errores que generan medidas preventivas (80% de los encuestados).

La falta de control en los cambios realizados para mejorar la seguridad del paciente constituye una de las oportunidades de mejora, o debilidad que poseen los servicios encuestados. Como ítem secundarios negativos se encuentran las dificultades de interrelación laboral y el escaso refuerzo positivo respecto de las conductas y actividades laborales adecuadas.

Como en otros servicios de estas características en nuestro país, los encuestados consideran que influyen negativamente en la seguridad, la falta de recursos humanos.

**Conclusiones:** Identificar las fortalezas y debilidades en el clima de seguridad, nos sirvió para realizar un diagnóstico de la situación en estas áreas de atención del paciente crítico. Esto nos ayudará a promover la cultura por la seguridad del paciente y diseñar nuevas estrategias para su optimización.



## EXPERIENCIA DE LA APERTURA DE LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE QUEMADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. PRIMEROS 6 MESES DE ACTIVIDAD

Cavagna J.<sup>1</sup>

UTIP DEL HTAL DE QUEMADOS DE LA CABA<sup>1</sup>

*jcavagna@buenosaires.gob.ar*

RPD 31

**INTRODUCCIÓN:** Hospital de Quemados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Pedro Goyena 369. (1424) CABA. Argentina. *jcavagna@buenosaires.gob.ar*

### RESUMEN:

**Introducción:** La Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) se inauguró el 26-11-13 para atender a niños quemados graves, una población que el Hospital de Quemados (HQ) hasta ese momento debía derivar a otros centros de la red.

**Objetivo:** Mostrar algunos indicadores de atención realizada a los primeros 32 niños quemados internados en la nueva UTIP del HQ de la CABA.

**Material y Métodos:** Pacientes pediátricos quemados internados en la UTIP del HQ de la CABA desde el 26-11-13 hasta el 14-5-14. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y epidemiológico.

**Resultados:** En los primeros 6 meses se habilitaron 5 de las 10 camas que tiene la Unidad. Se atendieron 32 pacientes que estuvieron internados en promedio 18,5 días (1 - 85 días). La media de superficie quemada fue del 21% (5 - 40% SCQ). La distribución según el grupo de gravedad (Índice de Garcés-Artigas) fue: Grupo I: 6,2%, Grupo II: 37,5%; Grupo III: 28,1% y Grupo IV: 28,1%. El

50% de los pacientes tuvo menos de dos años de edad, el 12,5% entre dos y tres años y el 37,5% más de tres años. El agente etiológico más frecuente fue el líquido caliente (83%) seguido por el fuego (17%). Trece pacientes (40%) requirieron ARM por un tiempo promedio de 8 días (1 - 21 días): dos de ellos por síndrome inhalatorio y 11 por sepsis. La cantidad total de "días de ARM" en el período fue de 101 días. Se utilizaron antibióticos en el 81% de los pacientes por presentar sepsis, los cuales se administraron en promedio, a razón de 21 días por paciente. La cantidad total de "días de antibiótico" fue de 681 días. Se tomaron 121 hemocultivos, 30 puntas de catéter y 6 biopsias de tejido con una tasa de rescate de gérmenes del 11, 13 y 66% respectivamente.

**Conclusiones:** 1)- Las infecciones asociadas a las quemaduras fueron la principal causa de internación; 2)- en el período estudiado, la gravedad de los pacientes internados fue determinada por razones clínicas más que quirúrgicas y 3)- el índice de Garcés-Artigas no reflejó adecuadamente la gravedad de los pacientes internados por lo que se surge la necesidad de crear un score que asocie la gravedad clínica con la quirúrgica.

## SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO

Battiston F.<sup>1</sup>; Solís R.<sup>2</sup>; Nuñez M.<sup>3</sup>; González M.<sup>4</sup>; Giraudo D.<sup>5</sup>; Razzetti M.<sup>6</sup>; Cholfo S.<sup>7</sup>; Ges H.<sup>8</sup>; Mora M.<sup>9</sup>; Moreno R.<sup>10</sup>

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO ``DR. CARLOS GIANANTONIO``<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
*ferbattiston@gmail.com*

RPD 32

**INTRODUCCIÓN:** La ingestión de cuerpos extraños es una situación evitable, que se observa principalmente en niños menores de 3 años y que puede ocasionar situaciones clínicas que comprometen la vida.

**DISEÑO:** Reporte de un caso pediátrico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niña de 2 años y 6 meses de edad, que consulta en Emergencias por hematemesis, de cantidad escasa, que ocurrió una hora antes de la consulta y que había resuelto mientras era trasladada al hospital. Refiere cuadro de vías aéreas superiores de 2 semanas de evolución, tratado con amoxicilina, con fiebre intermitente medicada con AAS e ibuprofeno Al ingresar presentó, en forma brusca, varios episodios de vómitos de sangre cataclísmicos que producen descompensación hemodinámica severa. Con signos clínicos de shock hipovolémico (mal estado general, taquicardia, palidez generalizada, pulsos periféricos débiles, relleno capilar > 5 segundo y extremidades frías), se administró oxígeno por máscara, se colocaron 4 accesos venosos, y se expandió con solución fisiológica a 100 ml/kg. Se indicó omeprazol por vía endovenosa, lavado gástrico con solución fisiológica, vitamina K por vía endovenosa y transfusión con glóbulos rojos sedimentados. La

hemorragia cesó y se internó en la UCIP, No tenía antecedentes clínicos ni examen físico, ni ecografía compatible con hipertensión portal Con diagnóstico de shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta y sospecha de úlcera péptica perforada o várices, se decidió realizar video endoscopia digestiva alta (VEDA) de urgencia. Allí se observó en esófago escasa sangre roja en la luz y en tercio superior la presencia de un cuerpo extraño (pila batería), con ulceración necrótica con fibrina, adyacente al cuerpo y sangrado espontáneo de escasa cantidad rodeando el cuerpo extraño, el cual se extrae. La paciente tuvo buena evolución clínica y pasó a Pediatría. Se descartó mediastinitis por radiología y clínica. Se indicó sucralfato y omeprazol por vía oral, y comenzó con dieta líquida con buena tolerancia a las 24 horas. Se otorgó egreso hospitalario luego de 8 días de internación con controles ambulatorios. Dos meses después, se realizó esofagograma donde se observó esófago de buen calibre y configuración conservada, sin fístulas. Debemos destacar que el shock hipovolémico requiere tratamiento precoz y agresivo para evitar la alta mortalidad, y que los cuerpos extraños en esófago necesitan alta sospecha clínica para llegar al diagnóstico.

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENAL Y CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA

RPD 34

Selandari J.<sup>1</sup>; Ciruzzi M.<sup>2</sup>; Roitman A.<sup>3</sup>; Ledesma F.<sup>4</sup>; Menéndez C.<sup>5</sup>; García H.<sup>6</sup>

Hospital de Pediatría J.P Garrahan<sup>1 2 4 5 6</sup> ; Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho UBA<sup>3</sup>  
jselandari@intramed.net

**INTRODUCCIÓN:** La posibilidad técnica actual de sostener de manera artificial las funciones vitales, hace más difícil diferenciar al paciente en agonía terminal del paciente con posibilidades de supervivencia. Esta duda pone al grupo humano que rodea al paciente frente a un dilema. Por un lado, la continuación del soporte vital en un niño agonizante solo prolonga un proceso irreversible, causando daños físicos, psíquicos y a su dignidad. Por otro lado, la abstención o retiro de soporte vital sin el esfuerzo diagnóstico-terapéutico apropiado y sin una reflexión adecuada, puede dejar sin esperanza y llevar a la muerte a un niño potencialmente recuperable. Además la toma de decisiones en estas situaciones enfrenta diversos tipos de barreras que atentan contra el fin de lograr el mejor interés del paciente. Entre ellas, los temores legales son un factor muy importante. ¿En qué medida esos temores están justificados?

**Objetivo:** explorar la opinión del Poder Judicial de la Nación (PUN) respecto al enfoque que desde el Derecho se da a situaciones de limitación de soporte vital.

**Población y métodos:** Profesionales activos del ámbito penal, civil y médico forense. Encuesta semiestructurada.

**Resultados:** Se repartieron 185 encuestas, contestándose 68 (36,76%) 51 (30,3%) respondidas en forma completa. No tipificaron ningún delito en ninguno de los tres casos 28 encuestados (55%). Trece (25%) interpretaron como delitos las decisiones de los tres casos, 6 (12%) alguno de los casos y 4 (8%) 2 de los 3 casos. Los delitos seleccionados por los encuestados incluyen homicidio doloso, homicidio culposo y abandono de persona.

**Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio tienden a validar los temores legales al momento de realizar esta encuesta.

## VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIRE Y ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

RPD 35

Motto E.<sup>1</sup>; Selandari J.<sup>2</sup>; Bravo A.<sup>3</sup>; Cambaceres C.<sup>4</sup>; Perez L.<sup>5</sup>; Landry L.<sup>6</sup>

HTAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
edumotto@hotmail.com

El síndrome de escape de aire es una complicación frecuente en la ventilación mecánica. La Ventilación de Alta Frecuencia (VAF) cumple teóricamente las condiciones de protección pulmonar, utilizando volúmenes corrientes extremadamente bajos (cercanos al espacio muerto), presiones medias en la vía aérea más altas con menor presión pico y menor oscilación en el volumen alveolar. La estrategia de volumen pulmonar bajo se propone para el tratamiento del escape de aire ya que magnifica estos beneficios, pero existe poca experiencia publicada.

Se comunica 3 pacientes que tuvieron síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA) con hipoxemia refractaria que requiriere VAF y subsecuente escape de aire, a los cuales se aplicó estrategia de bajo volumen pulmonar.

**Caso 1:** Paciente de 11 meses con diagnóstico de neumonía por VSR e influenza A. Ingresó a VAF con parámetros para volumen pulmonar óptimo. A las 36 horas se observa, pulmón derecho sobredistendido y neumoperitoneo. Se cambia la estrategia ventilatoria a bajo volumen pulmonar. Permanece 48 hs. resolviendo el neumoperitoneo. Se desteta de la VAF a los 8 días. Paciente es dado de alta sin secuelas.

**Caso 2:** Paciente de 5 meses con diagnóstico de Atresia

de Vía Biliares y hemorragia pulmonar. A los 3 días de VAF se observa gran enfisema subcutáneo a nivel de la cara, cuello y tórax. Se realiza estrategia de bajo volumen pulmonar mejorando el cuadro a las 72 hs. Se inició retiro de VAF que fracasa por intercurriencia respiratoria y hemorragia pulmonar. Fallece a los 25 días de VAF.

**Caso 3:** Paciente de 11 meses con atresia de vías biliares, hemorragia digestiva por várices esofágicas y neumonía. A los 5 días de VAF, se observa neumotórax derecho sin signos de colapso, repercutiendo moderadamente en la ventilación y la oxigenación. Coagulopatía y plaquetopenia persistente, refractaria a hemoderivados. Se realiza estrategia de bajo volumen pulmonar, no se colocó tubo de drenaje pleural, con desaparición del neumotórax a las 72hs. Se volvió a volumen pulmonar óptimo con buena respuesta. Paciente fallece a 31 días de VAF por shock séptico y hemorragias múltiples y masivas.

**Conclusiones:** La ventilación mecánica ya sea convencional como de alta frecuencia pueden ser parte del problema y no de la solución. La estrategia de bajo volumen pulmonar en VAF puede ser beneficiosa ante un paciente con síndrome de escape de aire.

## ESTIGMAS CUTANEOS. ¿A DÓNDE SE LE OCULTA LA PLATA AL TERAPISTA?

Gonzalez Cambaceres C.<sup>1</sup>; Gallagher R.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>; Linares J.<sup>4</sup>;

Motto E.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF DR JUAN P GARRAHAN<sup>1,5</sup>; SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF.DR.JUAN P.GARRAHAN<sup>4</sup>

*cgcambaceres@hotmail.com*

RPD 36

**Introducción:** Una incompleta separación entre el ectodermo neural y el ectodermo epitelial en las primeras etapas de la gestación genera disrafismos, entre los cuales se encuentra la espina bífida oculta y dentro de este grupo de malformaciones se encuentra el seno dérmico espinal que resulta en una potencial comunicación entre la piel y el SNC., de localización y extensión variable. Su incidencia es baja e infrecuente pero debe diferenciarse de la fosa pilonidal.

**Objetivo:** Reporte de un caso en un paciente con un estigma cutáneo tipo angiomaso en dorso sobre línea media con una depresión central compatible con seno dérmico espinal cervical inferior que se presentó con hipotonía aguda.

**Caso:** Paciente de 1 año, femenino, RNPAEG, que ingresa para estudio hipotonía generalizada. Comienza con impotencia funcional en MMII, pérdida de pautas madurativas para la edad de 1 mes de evolución que posteriormente afecta la deglución y sostén cefálico. Luego ingresa a UCI por neumonía aspirativa y se medica con atb. TAC de SNC con hidrocefalia supratentorial severa con edema periependimario, se coloca DVP con mejoría y se deriva al Htal Garrahan. En TAC de SNC y Columna cervical se observan imágenes compatibles de SIRINGOHIDROMELIA. A su ingreso presentaba hidrocefalia, pérdida de pautas

madurativas, cuadriparesia a predominio en MMII, sialorrea y se observa lesión a nivel cervical posterior compatible con seno dérmico flogótico. En RMN en fosa posterior y en medula cervical imágenes redondeadas ocupantes de espacio que realzan con contraste y comprimen la medula espinal compatibles abscesos secundarios a seno dérmico sobreinfectado. Se interviene neuroquirúrgicamente en dos oportunidades, permanece en UTIP 40 días, con 20 días de arm y 10 de VNI. A posteriori recupera sostén cefálico, habla, tono y taxia. Pendiente mejoría de la deglución x lo que se mantiene SNG.

**Comentario:** La localización más frecuente es en la región lumbar, luego cervical y por último dorsal. No existen diferencias en la presentación según los sexos. La edad promedio de intervención quirúrgica es alrededor de los 3 años. La mayoría se presenta con un orificio sobre la línea media espinal con o sin supuración y se acompaña de sintomatología neurológica. La falta de diagnóstico temprano es factible y no necesariamente un error médico, aunque su diagnóstico tardío puede tener secuelas gravísimas. Su tratamiento en todos los casos es quirúrgico sea en forma programada o de urgencia.

## TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES EN PEDIATRÍA. A PROPOSITO DE 2 CASOS

Gonzalez Cambaceres C.<sup>1</sup>; Gallagher R.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>; Lipsich J.<sup>4</sup>; Penazzi M.<sup>5</sup>;

Motto E.<sup>6</sup>; Centeno M.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF DR JUAN P GARRAHAN<sup>1,2,3,4,6,7</sup>; HOSPITAL MUNICIPAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO<sup>5</sup>

*cgcambaceres@hotmail.com*

RPD 39

**Introducción:** En 1856 Virchow propuso una tríada causal de la trombosis venosa: el hipoflujo venoso, la alteración en la pared vascular y un estado de hiperviscosidad sanguínea serían factores predisponentes. La trombosis seno venoso cerebral es una causa cada vez más reconocida en la infancia de accidente cerebrovascular. Es una afección poco común entre los pacientes pediátricos de etiología multifactorial.

**Objetivos:** Comunicar 2 casos de trombosis senovena transversa izquierda en lactantes, su etiología, estudios diagnósticos y eventualidad terapéutica.

**Caso N° 1:** Paciente de 1 mes, RNPAEG, que presenta shock hipovolemico 2 ría a GE que progresa a PCR por lo fue reanimado y permaneció en UCI en ARM con inotrópicos por 5 días, al despertar para weaning de arm presenta convulsión TCG, se impregna con fenobarbital. Se realiza TAC de SNC con una imagen compatible de trombosis de seno transversa izquierdo que se confirma por AngioRMN y se medica con heparina de bajo peso molecular con favorable respuesta.

**Caso N° 2:** Paciente de 2 meses, RNPAEG, que presenta irritabilidad y somnolencia de 24 hs de evolución. Afebril, desarrolla convulsión focal en hemisferio derecho y apneas por lo que ingresa a UTIP y se interpreta al cuadro

como probable meningitis., se realiza punción lumbar (hemorrágica), HMC y se medica con ceftriaxona. A posteriori se realiza TAC con hemorragia intraparenquimatosa en fosa posterior con hidrocefalia obstructiva supratentorial con edema periventricular y colapso del 4 ventrículo. Se coloca DVE y se deriva al Htal Garrahan para completar estudios y tratamiento. Se realizaron estudios generales, hemostasia normal, se evaluó por protocolo de maltrato infantil. Angiografía digital se describe distorsión del seno transversa izquierdo 2 ría a trombosis vs MAV con hemorragia. Con AngioRMN con ACV hemorrágico 2 ría a MAV del seno venoso transversa izquierdo.

**Comentario:** El espectro de lesiones por trombosis de seno venoso es amplio, congestión venosa hasta infartos isquémicos y hemorrágicos con volcado ventricular donde subyace una trombosis de seno venoso. Los estudios diagnósticos no solo deben ser imagenológicos sino humorales en pesquisa de discrasias sanguíneas propias o heredadas. El tratamiento es controvertido y multidisciplinario. El pronóstico generalmente es favorable. El seno venoso transversa izquierdo puede ser hipoplásico y no necesariamente estar trombosado.

## “ENFOQUE CLÍNICO DEL PACIENTE DESNUTRIDO CON EDEMAS EN ESTADO CRÍTICO”

Marcos C.<sup>1</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1</sup>

claudia7725@hotmail.com

RPD 40

**Introducción:** La inestabilidad económica y social que ha venido instalándose gradualmente en Argentina, en especial en las provincias del Norte, obliga a los médicos que asisten en los servicios de emergencias pediátricas a actualizar conocimientos para atender adecuadamente al niño desnutrido con edemas que ingresa en shock como consecuencia de elevadas pérdidas digestivas o procesos infecciosos generalizados.

### Objetivos:

- 1) Analizar el manejo clínico de un paciente desnutrido con edemas internado en el Hospital del Niño Jesús de Tucumán.
- 2) Proponer la actualización del tratamiento del desnutrido en estado crítico en el Servicio de Emergencias.

**Descripción del caso clínico:** Paciente de un año y diez meses que ingresa deshidratado agudo grave con edemas (Peso: 8.600gr) por diarrea aguda no disintérica. Presenta antecedentes de SBOR y piodermitis. Es el segundo hijo de madre adolescente analfabeta y padre desempleado con pobre aporte proteico en la dieta y poliparasitado (Strongiloides y Ascaris). Permaneció internado en cuidados intermedios durante 12 días

donde se transfundió con glóbulos rojos (Hb 7,2), se corrigió su acidosis metabólica, y las alteraciones hidroelectrolíticas, recibiendo en dos ocasiones goteo de albúmina y cumpliendo tratamiento antibiótico con cultivos negativos. Posteriormente pasó a Sala con peso 8.050 gr, sin edemas, iniciando su recuperación nutricional, con fórmula elemental y SNG. Se progresó paulatinamente en la alimentación, cubriendo su metacalórica y posteriormente fue dado de alta luego de 23 días en sala con un peso de 10.600 gr e incremento de 5 cm en talla. Discusión y/o conclusión: Luego de la crisis del año 2002, la recuperación económica de la población hizo cada vez más espaciado este motivo de consulta; pero con tristeza reaparecieron nuevamente los niños con marasma y kwashiorkor en los servicios de emergencias. El desafío en la atención de estos pacientes será actualizar las guías de manejo del paciente desnutrido proteico calórico en estado crítico, recordando que las variables clínicas y analíticas se deben corregir gradualmente ya que las variaciones bruscas en busca de la “normalidad” pueden resultar fatales.

## CALIDAD DE DISEÑO DE ALGUNAS MARCAS DE TET PEDIÁTRICOS CON CUFF Y SIN CUFF UTILIZADAS EN NUESTRO PAÍS

Rufach D.1; Santos S.2

HIGA EVA PERON1 2

*jrufach@intramed.net*

RPD 41

**Introducción:** Los tubos endotraqueales (TET) son dispositivos de control definitivo de la vía aérea. La American Heart Association desde el 2005 acepta como una alternativa segura el uso de TET con cuff (TETcC) para lactantes y niños. En nuestro país en los últimos años se ha incrementado su uso en niños en emergencia y terapia intensiva, pero se ha descrito en la literatura europea deficiencias de diseño en los TETcC que podrían asociarse a lesiones en la vía aérea.

**Objetivos:** Evaluar la calidad del diseño de los TETcC N° 4 y sus equivalentes los TET sin cuff (TETsC) 4,5 de las principales marcas disponibles en nuestro país.

**Material y método:** Estudio descriptivo de características y dimensiones de manufactura de los TET considerando marcas de profundidad, diámetro externo (DE), diseño y diámetro del cuff. La evaluación de las dimensiones se realizó con un calibre pie de rey en 5 TETcC N° 4 de diferentes marcas y su comparación con su equivalente en 5 marcas de TETsC 4,5.

**Resultados:** Al evaluar los 5 TETcC N° 4, todos tienen agujero de Murphy pero solo 2 tienen marcas de profundidad. Las distancias de las marcas se encontraron a 4,3 cm del extremo del TET en un caso y a 6,6cm en

el otro. Los DE variaron en un rango de 5,3 a 7mm. Se objetivó diferencias en la distancia del extremo distal del cuff al extremo distal del TET que variaron de 1,3 a 1,9cm. Para facilitar las mediciones con el calibre se inflaron los cuff hasta una presión de insuflado de 27 cm de agua encontrándose que el ancho del cuff varía desde 1 a 2,1cm y el largo de 1,5 a 2,2cm.

Se evaluaron 5 marcas de TETsC 4,5, equivalente al TETcC N° 4. Ninguno de los TET tiene marcas de profundidad y 2 de ellos no tienen agujero de Murphy. Los DE variaron de 6,2 a 6,7mm.

**Conclusiones:** en relación al diseño de los TET evaluados se objetivó una gran disparidad tanto en los TETcC como en los TETsC. Los TETcC tienen grandes diferencias en las características del cuff. Los cuff varían en altura desde 1,5 hasta 2,1 cm, considerando su ubicación desde el extremo distal del TET, lo cual significa que en algún caso el cuerpo del manguito puede apoyarse sobre el espacio subglótico con el riesgo de lesión que ello significa. En relación a los TETsC es resaltante las diferencias apreciadas en los DE, la presencia de marcas de profundidad en solo uno y de orificio de Murphy en algunos de ellos.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO

RPD 43

(Opción a Premio)

Moreno R.<sup>1</sup>; Santos S.<sup>2</sup>; Iolster T.<sup>3</sup>; Moreno G.<sup>4</sup>; Ratto M.<sup>5</sup>; Siaba Serrate A.<sup>6</sup>; Rufach D.<sup>7</sup>; Landry L.<sup>8</sup>; Allende D.<sup>9</sup>; Fagalde G.<sup>10</sup>; Saenz S.<sup>11</sup>; Fernandez A.<sup>12</sup>; Jabornisky R.<sup>13</sup>; Debaisi G.<sup>14</sup>; Blanco A.<sup>15</sup>; Sarli M.<sup>16</sup>; Vassallo J.<sup>17</sup>; Grupo De Investigación Clínica Y E.<sup>18</sup> COMITE NACIONAL DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS, SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA Y CAPÍTULO TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18</sup>

morenopablrod@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** 1) Conocer las características de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) existentes en la República Argentina y su distribución geográfica. 2) Conocer el número de camas de terapia intensiva pediátrica (TIP) y el nivel de equipamiento técnico.

**MATERIALES Y METODOS:** Diseño: descriptivo, observacional, analítico y transversal. Criterios de inclusión: UCIP de la República Argentina, entre el 01 y 30/04/2014. Incluye unidades mixtas: pediátricas – neonatales o pediátricas – adultos. Criterios de exclusión: Terapia Intensiva Neonatal (UCIN) y Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos. Métodos estadísticos: las variables continuas se presentan como mediana y rango y se compararon con Test de Student o Test de Wilcoxon; las variables categóricas como porcentajes y se compararon con Test de Chi2 o Test exacto de Fisher. Se usó programa Stata 10.0.

**RESULTADOS:** Se invitaron a participar a 130 TIP, 124 enviaron sus informes. Pertenecen al sector público 65 (52.42%) y al privado 59 (47.58%). Situadas en hospitales generales 52 (41.94%), pediátricos 30 (24.19%), materno infantil 11 (8.87%) y sanatorio generales 31 (25.00%). Dos son unidades mixtas TIP-UCIN, las restantes pediátricas

exclusivas. N° de camas de las TIP: 2 a 21, mediana 7 (DE 4,4 - BC 95% 5,65-10,34), en el sector público mediana 8 (3- 21) y en el sector privado 6 (2- 16). Terapéuticas: ARM 100%; monitoreo PA invasiva y PVC 98.39%; diálisis peritoneal 91,6%; monitoreo PIC 81,45%; capnografía 58.06%; ventilación alta frecuencia 54,84%; hemofiltración 31,71%; trasplantes (hepático y médula ósea) 6,25%. Pueden realizar monitoreo en todas su camas de ECG 84.68% y de TA invasiva el 61.29% de las TIP. 37,1% realiza puntajes pronósticos. Número de camas de TIP del país es 981=9,62 camas cada 10000 habitantes menores de 14 años. Se analizó la distribución de camas por provincias y por sectores (público y privado) y se comparo con las camas necesarias según población.

**CONCLUSIONES:** 1) El número total de camas de TIP es el necesario para la población existente en el país, pero es inadecuada la distribución en algunas provincias y en los sectores (con y sin cobertura). 2) El nivel de equipamiento y funcionalidad de las TIP es muy variable. 3) La hemofiltración y la ventilación alta frecuencia se realiza en pocas TIP, la mayoría situadas en el Gran Buenos Aires. 4) La mayoría de las UCIP no realiza registro de puntajes pronósticos.

## ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)

POS 44

Reynoso N.<sup>1</sup>; Fattore M.<sup>2</sup>; Hourbeigt M.<sup>3</sup>; Gonzalez M.<sup>4</sup>; Garcia Dominguez M.<sup>5</sup>; Moreno R.<sup>6</sup> SERVICIO DE EMERGENCIAS, HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO "DR CARLOS GIANANTONIO"<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
nr1607@yahoo.com.ar

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar las RAD de pacientes que han sido atendidos 72 hs previas en el SEP de un HMI

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:** 1) Conocer el porcentaje de RAD y analizar los factores que la determinan. 2) Comparar las reconsultas entre ambos periodos, luego de implementar mejoras en los procesos de contra referencia.

**MATERIALES Y METODOS:** Diseño: retrospectivo, observacional y transversal. Criterios de inclusión: pacientes entre 30 días de vida hasta 15 años de edad que se readmitieron en el SEP, en el período 1 de Enero al 31 de Marzo de los años 2010 y 2014. Métodos estadísticos utilizados: Las variables continuas se resumieron como media y DS o mediana y rango según distribución; las variables categóricas se resumirán como porcentajes. Se usó el programa STATA 8.

**RESULTADOS:** Hubo un total de consultas en el SEP de 14003 en 2010 y 13011 en 2014. Ambas poblaciones son similares. Hubo 7.11% (n= 966) en 2010 y 12.21% (n=1580) en 2014 de RAD. En cada año, se readmitieron una sola vez el 88.47% (n=688) y el 90% (n=758). El promedio de edad del total de pacientes fue 40.01 meses en 2014 (DS 13.77) y 39.75 meses en 2014 (DS 14.07) y la de las RAD 45.16 meses (DS

14.9) y 39.37 (DS 12.9) respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron: IRAB (19.2%), fiebre (13 %) y gastroenteritis (13.3%). Los motivos de RAD más frecuente fueron: persistencia de los síntomas (41% y 53.6%); progresión de la enfermedad (25% y 11.43%); otros diagnósticos nuevos (14.07% y 36.32%) y control (14% y 8.3%). Hubo una disminución no significativa de la RAD en los domiciliados en San Isidro (73% y 69.34% del total de RAD), y un aumento en los domiciliados en otros partidos (27% y 30.65% del total de RAD). No hubo asociación estadísticamente significativa entre RAD y los diferentes grupos de edades, el sexo y el diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** 1) Las RAD constituyeron el 7% y el 12.3% de las consultas del SEP del hospital en los años 2014 y 2014. 2) Los diagnósticos más frecuentes fueron: IRAB, fiebre y gastroenteritis. 3) La mayoría de las RAD se deben a la persistencia de síntomas de procesos que revisten poca gravedad. 4) El 29.8% de los pacientes con RAD no se domiciliaba en el partido de San Isidro. 5) Hubo una leve disminución de las RAD de los pacientes domiciliados en San Isidro luego de implementar mejoras en la contra referencia de los **pacientes**.

## HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO

De Pinho S.<sup>1</sup>; Zlotogora A.<sup>2</sup>; Della Corte M.<sup>3</sup>; Casais G.<sup>4</sup>; Hualde G.<sup>5</sup>; Fustiñana A.<sup>6</sup>; Boto A.<sup>7</sup>; Kohn Loncarica G.<sup>8</sup>; Nuñez P.<sup>9</sup>; Rino P.<sup>10</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
sde\_pinho@yahoo.com.ar

RPD 46

**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 antiepiléptico, 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.

## PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS

Giussani N.<sup>1</sup>; Gatti M.<sup>2</sup>; Araujo W.<sup>3</sup>; Pancioli R.<sup>4</sup>; Aletti A.<sup>5</sup>; Cano C.<sup>6</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J VILELA<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
natygiu@hotmail.com

RPD 47

**INTRODUCCIÓN:** un paciente neutropénico febril constituye una urgencia infectológica, requiere la administración precoz de antimicrobianos por el riesgo de infección sistémica grave con elevada morbimortalidad. Una de sus causas es el síndrome hemofagocítico caracterizado por fiebre, hepato-esplenomegalia y pancitopenia por proliferación exagerada de macrófagos. La brucelosis es una enfermedad infectocontagiosa subdiagnosticada que puede iniciar en forma aguda o insidiosa, con dos patrones epidemiológicos: urbano-alimentario y rural-laboral. La presencia de macrófagos que contienen en el citoplasma elementos hematopoyéticos asociado a pruebas de laboratorio positivas para Brucelosis determina la causa del mismo.

**OBJETIVO:** describir una presentación poco habitual de infección por Brucelosis.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** descripción de un caso a través de la revisión de una historia clínica.

**CASO CLÍNICO:** niña de 8 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, derivada de efector de salud del interior provincial con diagnóstico de neutropenia febril de bajo riesgo con sospecha de enfermedad oncohematológica, en tratamiento con ceftriaxona y amikacina, con cultivos negativos. A su ingreso se encontraba febril, de regular

estado general, con astenia, anorexia, poliadenopatía generalizada y hepato-esplenomegalia. Desmejora curva térmica, agregándose vancomicina. Se realiza punción aspiración de médula ósea con inmunomarcación, que descarta proceso oncohematológico y evidencia cambios hemofagocíticos. Requiere transfusión de glóbulos rojos. Se solicitan serologías para estudio de síndrome mononucleosiforme, cultivos bacterianos y micológicos en médula ósea. Se recibe resultado positivo de aglutinación con Rosa de Bengala y prueba de Huddleson para Brucelosis. Se reasume como Síndrome hemofagocítico secundario a Brucelosis, suspendiéndose antibióticoterapia previa e indicándose TMS, rifampicina y gentamicina, por considerarse presentación grave. Realiza 11 días de antibióticos, completando 6 semanas con doxiciclina-rifampicina por ambulatorio.

**CONCLUSIÓN:** conocer la etiología de una pancitopenia febril determina un tratamiento antibiótico adecuado disminuyendo la morbimortalidad. La brucelosis debe tenerse en cuenta en un contexto epidemiológico adecuado. Reportamos un caso de Síndrome hemofagocítico secundario a brucelosis, en el cual el diagnóstico y tratamiento oportuno determinaron buena evolución.

## TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS

Pérez Fernández C.<sup>1</sup>; Giussani N.<sup>2</sup>; Poet M.<sup>3</sup>; Pastaro D.<sup>4</sup>; Aletti A.<sup>5</sup>; Pozzi M.<sup>6</sup>

HTAL. DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

bluecarla@yahoo.com.ar

RPD 48

**INTRODUCCIÓN:** la otitis media es frecuente en la infancia. Su complicación es la extensión más allá de los espacios neumatizados del hueso temporal (intratemporales o intracraneales). La trombosis venosa es poco frecuente, pero grave. Se produce por extensión de la infección del oído medio a cualquiera de los senos venosos del cráneo. La oclusión vascular puede obstruir el drenaje de líquido cefalorraquídeo y dar hidrocefalia.

**OBJETIVO:** describir una complicación grave y poco frecuente de otomastoiditis.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** descripción de un caso a través de la revisión de la historia clínica de un paciente internado en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela.

**CASO CLÍNICO:** paciente de 11 años de edad, con antecedentes de otitis media recurrente, consulta por cuadro de 12 días de evolución caracterizado por hipoacusia, dolor retroauricular y fiebre. Laboratorio: GB 32400 (89%N) VES 60. A su ingreso se asume como otitis media supurada recurrente izquierda, indicándose ceftazidima, previa toma de hemocultivos con rescate de *Streptococo constellatus*, reasumiéndose como bacteriemia a dicho germen. Se indica vancomicina. Persiste febril y agrega cefalea frontal, vómitos, fotofobia y signos neurológicos con ataxia estática. Se solicita TAC

de cráneo que evidencia imágenes de trombosis de seno venoso lateral izquierdo, otomastoiditis y colesteatoma. Se indica anticoagulación. Se solicita AngioRMI con imágenes de trombosis de seno venoso transverso, sigmoideo izquierdo y de vena yugular interna homolateral con signos de cerebelitis. Por evolución tórpida se rota plan antibiótico a vancomicina, meropenem y gentamicina evolucionando favorablemente completando 51 días de antibióticoterapia. Queda en profilaxis con TMS y tratamiento anticoagulante, posponiendo cirugía de colesteatoma luego de la resolución del proceso infeccioso.

**CONCLUSIÓN:** este caso nos enfrenta al compromiso de poder diagnosticar tempranamente una otitis media y realizar un tratamiento adecuado con control evolutivo. Debemos estar atentos a la evolución tórpida de dicho cuadro para sospechar complicaciones precozmente, realizar estudios correspondientes para arribar al diagnóstico e iniciar un tratamiento adecuado. La combinación de antibióticos en base al resultado de los cultivos y la anticoagulación pueden permitir la resolución de los síntomas neurológicos y el restablecimiento de la audición, mejorando la morbimortalidad asociada.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Cardena L.<sup>1</sup>; Mendez H.<sup>2</sup>; Brito P.<sup>3</sup>; Chavez M.<sup>4</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1 2 3 4</sup>

lorett779@hotmail.com

RPD 49

**INTRODUCCIÓN:** Un "error en la medicación" es un error que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de medicamentos. Es un incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a la utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios.

**OBJETIVO:** Identificar las causas evitables de errores relacionados con el acto de administrar medicamentos.

**MATERIAL Y METODO:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal en el mes de marzo del año 2014 en los servicios de terapia intensiva e intermedia del Hospital del Niño Jesús de Tucumán, que consistió en un cuestionario autoadministrado al personal de enfermería, diseñado con el fin de evaluar la seguridad en el proceso de administración de medicamentos.

**RESULTADOS:** Se encuestaron 40 personas. El 85% fueron mujeres. El 52% pertenece al grupo etáreo de 36 a 50 años. El 92% refirió "no realizar medicación si la

indicación es poco clara o poco precisa". El 70% verifica el estado hemodinámico del paciente antes de administrar un fármaco, así como la mayoría piensa que se debería dejar constancia del estado clínico antes y después de la administración de los medicamentos. En el 80% de los casos se controla la dosis y el ritmo de infusión. El 90% consulta la compatibilidad de los medicamentos. En su mayoría se solicita al médico, que registre en forma escrita la medicación solicitada en forma verbal, así como consulta si la letra no es legible. El 92% consideró importante reportar un evento adverso.

**CONCLUSION:** La seguridad de los pacientes es un aspecto central en la calidad de la atención tanto de enfermería como médica. Desarrollar estrategias como la implementación de listas de chequeo y favorecer al desarrollo de una cultura no punitiva, alentaría al personal de salud a incrementar su preocupación por los errores y riesgos en los procesos de atención.

## ENFERMERÍA Y EL TRABAJO POR TURNOS: PREFERENCIAS, FACTORES PERSONALES Y ALTERACIONES DE LA SALUD

Durango M.<sup>1</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS DE TUCUMAN<sup>1</sup>

marianadurango@yahoo.com.ar

RPD 50

**Introducción:** El personal de enfermería constituye la columna vertebral de los servicios asistenciales en salud y presenta condiciones particulares de trabajo representadas por: la continuidad de sus servicios durante las 24 horas, los 365 días del año; las diferentes categorías de riesgo presentes en los servicios de trabajo; y la característica de género femenino predominante en quienes ejercen la profesión. La jornada laboral de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital del Niño Jesús (HNJ) era de 8 horas y a pedido de parte del personal se modificó por jornadas de 12 horas, cada una con sus respectivos descansos, cumpliendo un total de 120 horas mensuales.

**Objetivo:** Conocer la jornada laboral preferida por el personal de enfermería de la UCIP del HNJ, determinar los factores personales que motivan dicha preferencia e identificar los trastornos de salud presentes en la población bajo estudio. Material y método Estudio descriptivo, de corte transversal en el personal de enfermería de la UCIP del HNJ durante Agosto de 2011 (n=39), mediante un

cuestionario autoadministrado.

**Resultados:** Predomina el personal de sexo femenino (69%), con formación universitaria (49%), con antigüedad menor a 4 años (49%) y con multiempleo (72%). El 74% IC95% (58%-90%) está conforme con la jornada de 12 hs, pero al indagar sobre su preferencia sólo un 38% optó por la misma. Se observó la presencia de alteraciones del sueño (36%), gastrointestinales (56%), nerviosas (56%) y cardiovasculares (44%). La preferencia de jornada laboral se relacionó significativamente con el costo de traslado al trabajo (Test Exacto, p=0,04) y no se encontró relación significativa con el multiempleo, con la capacitación, con la presencia de hijos en edad escolar, ni con el tiempo de traslado.

**Conclusión:** La organización del trabajo por turnos está pautada por diversas variables personales e institucionales que deben ser tenidas en cuenta al momento de tomar decisiones, analizando las opciones posibles para optimizar los resultados y disminuir los efectos nocivos.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: GUILLAIN BARRÉ CRÓNICO VS RECIDIVANTE

Izaguirre C.<sup>1</sup>; Moussou I.<sup>2</sup>

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

ceizagui@hotmail.com

RPD 51

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es un trastorno adquirido de los nervios periféricos, denominado polineuropatía aguda ascendente dolorosa. Es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda y subaguda en lactantes y niños. Se caracteriza por debilidad muscular progresiva simétrica, ascendente, e hiporreflexia o arreflexia. La patogenia se atribuye a una respuesta inmune anormal secundaria a una noxa previa, por lo general, una infección; contra los componentes de los nervios periféricos incluidos la vaina de mielina y el axón. El pronóstico en niños con SGB suele ser favorable.

**OBJETIVO:** Presentar un caso de un lactante el cual padeció en forma repetida, y con un espacio temporal significativo de ausencia de enfermedad, signo-sintomatología y estudios complementarios compatibles con SGB. Además actualizar conceptos.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo masculino 24 meses de edad, con antecedente de SGB a los 11 meses,

con recuperación completa, traqueostomizado por fracasos en la extubación, con cierre posterior de la misma. Consulta por marcada debilidad muscular, que comienza en miembros inferiores afecta luego sostén cefálico, cambios en la voz y tos inefectiva. Progresa con compromiso respiratorio, internándose en UCI con ARM. Presenta LCR con disociación albumino-citológica. EMG: polineuropatía sensitivo-motora, compromiso severo, sin signos de actividad denervatoria actual. RMI columna: engrosamiento de las raíces de la cola de caballo. Recibió en ambos episodios gammaglobulina.

**CONCLUSIÓN:** El caso presentado de SGB recurrente se desarrolló 1 año después del primer episodio, lo que es bastante raro. La clínica, el LCR, el electromiograma y la favorable respuesta a la terapia, sugieren fuertemente el diagnóstico. Los factores que contribuyen a la recurrencia o cronicidad del SGB no se han dilucidado.



## SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO

Fortini Y.<sup>1</sup>; Filippini S.<sup>2</sup>; Gallagher R.<sup>3</sup>; Lopez Palacios M.<sup>4</sup>; Herrera C.<sup>5</sup>; Tome D.<sup>6</sup>

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

yaninafortini@yahoo.com.ar

RPD 52

**Introducción:** Las zoonosis son cualquier enfermedad que puede transmitirse de animales a seres humanos. En Argentina la hidatidosis es un problema de salud pública. Es producido por el estadio larvario del cesto de *Echinococcus Granulosus* donde el perro es el hospedero definitivo y el hombre hospedero intermediario. Su contagio está en relación con las actividades de cada zona (fauna domiciliaria o contacto con perros). En la edad pediátrica es muy frecuente su infección debido a los hábitos de pica y contacto con los perros, variando su clínica según el órgano afectado pudiendo ser asintomático por años o tener una evolución más agresiva

**Objetivo:** Presentar un caso de hidatidosis, de localización primaria en sistema nervioso central hasta la fecha no comunicada hace más de 10 años en la provincia del Chaco, su diagnóstico y tratamiento.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 12 años, previamente sano, comienza con cefalea y convulsiones, ingresa a unidad de cuidados intensivos pediátricos sin requerimiento de asistencia respiratoria mecánica

ni inotrópicos, con recuperación ad integrum luego del episodio. Es derivado a nuestro hospital donde se realizan exámenes complementarios (ecografía abdominal, resonancia magnética nuclear y tomografía cerebral, serologías) se diagnostica por anatomía patológica posterior a la extracción de tumor frontal, quiste hidatídico cerebral primario. No se encontraron quistes en ninguna otra localización y las serologías fueron negativas. Cumplió tratamiento completo con albendazol.

**Conclusión:** El compromiso encefálico representa el 1-2 %, afecta fundamentalmente a niños. Son lesiones quísticas únicas, uniloculares. La localización cerebral es frecuente en el territorio vascular de la arteria cerebral media, debido a la llegada por vía hematógena del parásito. Los reportes indican que entre 6% y 63% de estos pacientes presentan enfermedad hidatídica en otras localizaciones. En una proporción importante, la afección cerebral representa una localización primaria de la enfermedad, sin encontrarse quistes en otras localizaciones; tal cual sucedió con nuestro paciente.

## SINDROME DE BURNOUT

Herrera J.<sup>1</sup>; Durango M.<sup>2</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1 2</sup>

betyherrera36@hotmail.com

## SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario siendo hoy en día, cada vez más conocido y diagnosticado. La OMS lo ha catalogado como riesgo laboral que, no solo afecta al personal que lo padece, sino también a los usuarios que son atendidos por él. El Síndrome de Burnout aparece como una respuesta al estrés laboral crónico y se caracteriza por la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE), fuertes sentimientos de despersonalización (DP) o deshumanización, y una reducida realización personal (RP).

**OBJETIVO:** Identificar la presencia del síndrome de Burnout en el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño Jesús de Tucumán.

**MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo de corte transversal en una población de médicos y enfermeros del servicio de UCIP en el período Marzo-Abril 2014, mediante un cuestionario autoadministrado basado en el modelo de Maslach Burnout Inventory (MBI).

**RESULTADOS:** La población estudiada fueron 35 personas, de los cuales un 69% fueron enfermeros y

31% médicos. Predominó el sexo femenino (86%), con un promedio de edad entre 38 y 45 años; el 54% fueron casados o en unión estable, el 58% tuvo 2 o más hijos y el 77% eran sostén de familia. El 69% era personal permanente y el 57% tenía un solo trabajo. El promedio mensual de horas trabajadas fue de 208 y el promedio de años de profesión fue de 10,6 años. Según la escala de Maslach: en la subescala de agotamiento emocional la media de puntaje fue de 19,6 y el puntaje fue bajo (<19) en el 48%; en la subescala de despersonalización la media fue de 8,34 y sólo un 32% tuvo puntaje alto (>10); en la subescala de realización personal el promedio fue de 32,82 y el 46% tuvo sentimientos de baja realización personal. De acuerdo a esto el 20% de la población en estudio tuvieron elevado riesgo de padecer el Síndrome de Burnout.

**CONCLUSION:** El Síndrome de Burnout tuvo una alta prevalencia en los profesionales estudiados, principalmente en los mayores de 35 años, casados y con más de 10 años de profesión, por ello se necesitan intervenciones a corto plazo para disminuir y prevenir el Síndrome.

RPD 53

## A.C.V. HEMORRAGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLOGICAS

Gallagher R.<sup>1</sup>; Zuazaga M.<sup>2</sup>; Motto E.<sup>3</sup>; Cambaceres C.<sup>4</sup>; Centeno M.<sup>5</sup>; Landry L.<sup>6</sup>

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

rosario\_gallagher@hotmail.com

RPD 54

**Introducción:** El ACV en pediatría es una causa importante de mortalidad, morbilidad y déficit neurológico a largo plazo. Para el ACV hemorrágico la mortalidad es del 33%, con secuelas neurológicas entre el 50% y 80%. Las enfermedades hematooncologicas están presentes en el 26%, sin embargo es muy poco frecuente que esta sea la forma de debut.

**Objetivo:** Reportar 3 casos de ACV hemorrágico en pediatría como forma de debut poco frecuente de distintas enfermedades hematooncologicas, para que sean consideradas en la sospecha clínica inicial, promoviendo además de las medidas de sostén, el tratamiento específico temprano.

**Caso 1:** Lactante con meningitis + St pneumoniae, deterioro neurológico con ptosis palpebral y anisocoria. TAC: imagen hiperdensa izquierda (absceso vs hematoma). Complicaciones: hemo neumotorax, sangrado intraparenquimatoso y extenso hematoma extradural, requiriendo intervenciones quirúrgicas y medidas para HTE ( 1ra y 2da línea ). Lab: TP normales y aPTT entre 41" y 150". Se dosan factores confirmando Hemofilia B severa.

**Caso 2:** Adolescente con 20 días de evolución de fiebre, astenia, pérdida de peso, sangrado de mucosa yugal, asumido como faringitis, gingivostomatitis herpética, y mononucleosis. Ingresa a nuestro hospital sin reflejos ni

movimientos espontáneos, midriasis paralítica bilateral, HTA y bradicardia. TAC: hemorragia intraparenquimatoso, borramiento de cisternas peritroncales. Frotis de sangre periférica: blastos > 90%, anemia y plaquetopenia severa. PAMO: leucemia promielocítica FAB M3. Caso 3: Lactante con 24 hs de evolución de rechazo al alimento, irritabilidad y petequias generalizadas. Se realizan HMC, comienza ATB (sospecha de meningococemia ) e ingresa en ARM. Lab: Hb 5 PlaQ 33.000. Eco fontanelar: sangrado intraventricular. TAC y Neurocirugía de urgencia. Lab: anemia, plaquetopenia, factores K dependientes descendidos: recibe Vit K y hemoderivados. Por persistir plaquetopenia ( 8.000 plaq ), PAMO: hiperplasia megacariocítica, se asume destrucción periférica de las plaquetas ( PTI ), recibiendo gammaglobulina con buena respuesta.

**Comentario:** Estas son 3 enfermedades de la sangre que debutaron como ACV hemorrágico, siendo poco frecuente este tipo de presentación. Si bien es fundamental el tratamiento de sostén (monitoreo de PIC, tratamiento médico y quirúrgico de HTE, transfusiones, etc ), también lo es el tratamiento específico que solo puede instaurarse con el diagnostico oportuno, modificando así su morbimortalidad.

## PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA

Vassallo J.<sup>1</sup>; Prudencio C.<sup>2</sup>; Rocatagliata G.<sup>3</sup>; Rodriguez Perez A.<sup>4</sup>; Buamscha D.<sup>5</sup>;

Gonzalez C.<sup>6</sup>; Rios M.<sup>7</sup>; Gomez S.<sup>8</sup>; Bravo N.<sup>9</sup>; Farizano M.<sup>10</sup>; Rodriguez S.<sup>11</sup>; Instructores Programa ERA SAP.<sup>12</sup>

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

jcvassallo@intramed.net

RPD 55

**Introducción:** ELa RCP se considera imprescindible en las competencias del Internado Anual Rotatorio ( IAR ) . El Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UBA, el Programa ERA de la SAP y el Hospital Garrahan implementaron una propuesta de capacitación.

**Objetivos:** Evaluar la factibilidad, desempeño y satisfacción de un programa de capacitación en RCP básica, desobstrucción de la vía aérea con cuerpo extraño (OVACE) y uso de Desfibrilador Automático Externo (DEA), para la totalidad de los alumnos del IAR de manera obligatoria, certificable y gratuita.

**Material y métodos.** Ámbito: CeSIM - Centro de Simulación Garrahan. Se generó un curso de 2 horas de duración , con material bibliográfico específico disponible en la web, de alto contenido práctico, presencial, supervisado y con evaluación teórica – práctica final; el mismo está basado en recomendaciones con demostrada efectividad en proveer competencias adecuadas en RCP de alta calidad, Ventilación con Bolsa y Mascara, Resolución de OVACE y Uso de DEA.

**Resultados:** Se realizaron dieciocho cursos desde el inicio en marzo del 2011, hasta mayo 2014, con un total de **3.435 alumnos**. El 97% de los alumnos completo y aprobó el curso; En opinión de los alumnos, el 98% lo consideró excelente o muy bueno; con relación al material bibliográfico , el 99% lo consideró excelente o muy bueno. El 88 % consideró suficiente la duración del curso. Con respecto a la participación en las diferentes actividades prácticas, el 99% lo consideró excelente o buena. Con respecto a las estaciones de OVACE y el uso de DEA el 92% las consideró excelentes o buenas.

**Conclusiones:** Es factible de implementar un programa de capacitación en RCP básica, con entrenamiento en desobstrucción de la vía aérea con cuerpo extraño (OVACE) y uso de Desfibrilador Automático Externo (DEA) en un Hospital Público, de manera obligatoria y gratuita, para la totalidad de los alumnos de medicina del IAR de la UBA. El mismo se realizó con éxito en relación a la incorporación de estas competencias, de manera evaluable y certificable, y con amplia aceptación por parte de los usuarios.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO

Guerrero C.<sup>1</sup>; Marcos S.<sup>2</sup>; Abalos S.<sup>3</sup>; Botta P.<sup>4</sup>; Rigo C.<sup>5</sup>; Olavarría L.<sup>6</sup>; Chavez M.<sup>7</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS JESUS<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
carola.guerrero84@hotmail.com

RPD 56

**Introducción:** El Hipertiroidismo se describe como un estado de hipermetabolismo causado por elevada circulación de hormonas tiroideas. Su prevalencia es 0.1/100.000 en niños y 1/100.000 en adolescentes, siendo en todas las edades más frecuente en mujeres. Aunque existe una amplia evidencia de hipertiroidismo asociado con la insuficiencia cardíaca en los adultos existen pocos informes en la literatura médica respecto a los niños que sufren de cardiomiopatía tirotóxica. Aún no está dilucidado si la miocardiopatía es secundaria al efecto tóxico directo de la hormona, por el stress causado por la hiperdinamia o por la combinación de ambos.

**Objetivo:** Analizar en forma retrospectiva el caso de una niña con insuficiencia cardíaca secundaria a hipertiroidismo.

**Descripción del caso:** Paciente de 12 años de edad con cuadro de horas de evolución que inicia con vómitos y epigastralgia, al que se agrega cefalea intensa con dolor precordial irradiado a miembro superior izquierdo. Consulta por guardia del Hospital de Niños de Tucumán. Al ingreso presentaba taquicardia (FC 140 x'), taquipnea y signos de insuficiencia cardíaca aguda por lo que pasa a UCI. Se encontraba ansiosa, presentaba edema

pretibial y leve exoftalmos. En la Rx se observaba agrandamiento de silueta cardíaca. En ECG se observaba signos de sobrecarga izquierda. Se indica furosemida como tratamiento. Por reinterrogatorio la madre refiere como antecedente, episodio de disnea relacionada con actividad física, y registros de HTA sin control posterior, ni tratamiento. Se realizó ecocardiograma que informaba mala función ventricular (FA de 5%). Por sospecha de hipertiroidismo (basada en la clínica y antecedentes), se realizó dosaje hormonal. En laboratorio se constatan los siguientes hallazgos: TSH < 0.004 uU/ml, T4 12.8 ug/dl, T3 116 ng/dl, TPO 394 UI/ml. La ecografía de tiroides evidenciaba ambos lóbulos tiroideos eutópicos con glándula aumentada de tamaño y ecoestructura heterogénea. Se inició tratamiento antitiroideo (Danantizol) con buena evolución clínica y mejoría en su función ventricular.

**Conclusión:** Si bien es raro que el hipertiroidismo se presente como insuficiencia cardíaca, debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial, sobre todo por la reversibilidad del cuadro con tratamiento específico de la patología hipertiroidica.

## ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA

Jerez F.<sup>1</sup>; Botta P.<sup>2</sup>; Nicastro M.<sup>3</sup>; Ramasco L.<sup>4</sup>; Chavez M.<sup>5</sup>; Albarracín M.<sup>6</sup>; Castro F.<sup>7</sup>; Marcos L.<sup>8</sup>  
HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMÁN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
florjerez@hotmail.com

RPD 57

**Introducción:** Tityus Trivittatus es la única especie responsable de accidentes humanos en nuestro país, siendo de considerable importancia por sus hábitos domiciliarios y su carácter agresivo pudiendo ocasionar la muerte. La afección grave puede cursar con bradicardia, hipotensión, edema agudo de pulmón y falla miocárdica severa. En estos pacientes no debe administrarse catecolaminas, ya que puede inducir la aparición de manifestaciones de tipo adrenérgico. Se propone el levosimendan como terapéutica para mejorar la función miocárdica ya que mejora la contractibilidad sin incrementar el consumo de O<sub>2</sub> y sin alterar la función diastólica.

**Objetivo:** Analizar casos de escorpionismo grave con compromiso miocárdico severo al ingreso a UTI, y su evolución posterior al uso de levosimendan.

**Material y Método:** Análisis retrospectivo y descriptivo de historias clínicas en 5 pacientes con diagnóstico de escorpionismo grave y miocardiopatía severa.

**Resultados:** El promedio de edad fue de 4.8 años, el 80% fueron varones. El promedio de Score de PIM fue de 16 %.

En el 100% de los casos se observó disfunción miocárdica con un promedio de fracción de acortamiento (FA) de 18.36%. Todos los pacientes recibieron tratamiento con levosimendan, seguido de infusión continua de milrinona. La FA promedio posterior a la infusión fue de 35%. Los promedios de CPK, CPK (MB) Y LDH fueron:

Marcadores	Pre-levosimendan	Post-levosimendan
CPK(U/L)	439,4	170,6
CPK(MB)	61,8	27,8
LDH(U/L)	850,6	651,8

El 60% recibió dos dosis de levosimendan. El promedio de ARM fue de 4.2 días y de estadía en UTI fue de 8.2 días. No se registraron muertes en el grupo analizado.

**Conclusión:** El uso de levosimendan representó una estrategia terapéutica útil para el manejo de la falla miocárdica aguda secundaria a escorpionismo, ya que generó una mejoría clínica significativa, como así también una mejora sustancial en la contractilidad.

## COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.

RPD 58

Jerez F.<sup>1</sup>; Botta P.<sup>2</sup>; Rearte A.<sup>3</sup>; Ramasco L.<sup>4</sup>; Leguina M.<sup>5</sup>; Chavez M.<sup>6</sup>; Ruiz V.<sup>7</sup>; Marcos L.<sup>8</sup>; Gallardo P.<sup>9</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMÁN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
florjerez@hotmail.com

**Introducción:** La coqueluche grave (CG) es una enfermedad altamente letal. La mayoría de los casos fatales se presentan en menores de 1 año y el 90% de ellos en menores de 6 meses. La presentación de CG incluye insuficiencia respiratoria con hipoxemia persistente, taquicardia sinusal y/o leucocitosis que evoluciona a hipertensión pulmonar (HTP) y a colapso cardiocirculatorio. La hiperleucocitosis ha sido descripta como un factor de riesgo de muerte en CG por formar trombos leucocitarios en los vasos pulmonares y por ello generar hipertensión pulmonar.

**Objetivo:** Reportar nueve casos de lactantes con coqueluche grave, en quienes se realizó exanguineotransfusión como tratamiento de hiperleucocitosis.

**Material y Método:** Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 9 pacientes con coqueluche grave que ingresaron a UTI en el período 2011-2013. El promedio de edad fue de 2 meses y PIM de 6.39%. El 67% (n=6) fueron mujeres. El 78% tenía esquema de vacunación incompleto para la edad. Presentaron en su totalidad hiperleucocitosis con un promedio de

66.788/mm<sup>3</sup>, taquicardia sinusal (promedio= 181x'), HTP y disfunción miocárdica por ecocardiografía en un 45% (n=4). En la totalidad de los pacientes se usó milrinona a dosis habituales. De ellos solo un paciente presentó co-infección viral y 2 co-infección bacteriana. El 78% (n=7) se asoció a trombocitosis. Se realizó en todos los casos exanguineotransfusión de una volemia, obteniendo posterior a la misma disminución del recuento leucocitario (promedio= 45.700/mm<sup>3</sup>) y descenso de frecuencia cardíaca (promedio de FC post-exanguineotransfusión=139x'). El promedio de días de ARM fue de 12.44 y el de estadía de 17.77 días. Mortalidad en un paciente por falla multiorgánica.

**Conclusión:** El curso clínico y pronóstico de estos pacientes fue distinto al habitualmente observado en los lactantes con coqueluche grave. La presencia de taquicardia inexplicada, hiperleucocitosis, y dificultad respiratoria progresiva, debe plantear el posible desarrollo de HTP. La exanguineotransfusión fue una efectiva terapia en los niños con coqueluche grave e hiperleucocitosis.

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

RPD 59

Rino P.<sup>1</sup>; Della Corte M.<sup>2</sup>; Kohn Loncarica . G.<sup>3</sup>; Boto A.<sup>4</sup>; Fustiñana A.<sup>5</sup>; Casais G.<sup>6</sup>; Hualde G.<sup>7</sup>; De Pinho S.<sup>8</sup>; Núñez P.<sup>9</sup>; Zlotogora A.<sup>10</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
pedrorino@hotmail.com

**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 pueden 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.

## INTEGRACIÓN DE PADRES EN EL CUIDADO DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Tolaba V.<sup>1</sup>; Ayrbar N.<sup>2</sup>; Orellana G.<sup>3</sup>  
HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1 2 3</sup>  
victor\_unsa32@hotmail.com

RPD 60

**INTRODUCCIÓN:** El presente proyecto surge de la necesidad de integrar a los padres al desarrollo de un proceso de afrontamiento y adaptación ante la hospitalización de su hijo. Esta es una situación que origina un periodo de crisis, lo que demanda al equipo de salud desde el principio atención hacia ellos. Siendo necesario comprender e identificar sus necesidades así poder facilitar que sus experiencias sean lo más llevaderas posible.

**OBJETIVO:** Favorecer la participación de los padres e identificar las fortalezas y debilidades mediante la modalidad de integración en el cuidado del niño.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo, transversal de un total de 102 encuestas a los padres de niños internados, con el propósito de conocer las respuestas a una nueva metodología de trabajo desde Julio a Diciembre de 2013.

**RESULTADOS:** Durante los meses de julio-diciembre se recolectaron 102 encuestas, donde el 70% corresponde a madres y 30% a padres, la edad media fue de 25 años. El 78% pertenecen al interior de la provincia, el resto se distribuyen entre capital y provincias limítrofes. Del total de las encuestas aplicadas el 80% responde que el personal se ha

identificado, el 20% no lo hizo. De los comentarios recibidos refieren que los profesionales deberían tener credencial que los identifique. Un 70% opina que es informado de las actividades y el 30% opina que no. De los comentarios surge la falta unificación en la información y sobre la existencia del servicio social. En cuanto a la participación en los cuidados generales brindados al niño el 60% se encuentra conforme, el 30% manifiesta tener temor al manejo de su niño y el 10% restante no refiere interés. Durante su internación el 70% se sintió atendido correctamente, inadecuado un 20% y podría mejorar un 10%.

**CONCLUSIONES:** La experiencia demuestra que las reacciones perturbadoras y de incertidumbre fueron disminuidas considerablemente con la participación de los padres en los cuidados, fortaleció la comunicación, la confianza con el equipo de salud, fomento la interacción madre-hijo, mantención del rol afectivo y mejoría de la reacción de duelo. Así también se presentaron dificultades relacionadas con alteraciones de convivencia y comunicación y a la adherencia parcial del equipo de salud a esta metodología de trabajo.

## PROGRAMA EDUCATIVO BASADO EN SIMULACIÓN PARA OPTIMIZAR LAS COMPETENCIAS EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA Y ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO EN PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD

Villois F.<sup>1</sup>; Vassallo J.<sup>2</sup>; Rodriguez S.<sup>3</sup>; Prudencio C.<sup>4</sup>; Bravo N.<sup>5</sup>; Martinez Rubio D.<sup>6</sup>;  
Instructores Cesim Garrahan.<sup>7</sup>  
HOSPITAL JUAN P GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
florvillois@hotmail.com

RPD 61

**Introducción:** La capacitación mediante simulación permite incorporar estrategias de entrenamiento nuevas. El CeSIM Garrahan ha desarrollado programas para optimizar el manejo de habilidades y competencias que son prioritarias para la Institución. Nuestra hipótesis es que la implementación de estos programas resulta factible y efectiva en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

**Objetivos:** Diseñar y medir el impacto de un programa educativo multinivel basado en simulación destinado a médicos en formación y enfermeras para optimizar la atención de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

**Material y Metodos:** Diseño: estudio experimental educativo con evaluación pre/post intervención, Lugar: Cesim Garrahan. Población: médicos y enfermeras. Intervención: 1.- recursos instruccionales mediante bibliografía y videos en sitio web (Campus Virtual) de lectura obligatoria con encuesta de autoevaluación previos a la práctica (todo el material didáctico fue elaborado ad hoc mediante consenso con expertos) . 2.- prácticas de habilidades específicas (Modulo 1: dispositivos de O2, bolsa y máscara, OVACE, Modulo 2: traqueostomía, y Modulo 3: intubación) en el Cesim mediante estaciones con instructores y evaluación mediante lista de cotejo. Mediciones:

encuesta de confianza en la realización del procedimiento antes y después de la práctica de la habilidad, encuesta de satisfacción y lista de cotejo de cada estación.

**Resultados:** Modulo I: 51 sesiones practicas (19 días) en 204/22 médicos/enfermeros. Modulo II: 24 sesiones practicas, (10 días) en 102/22 médicos/enfermeros. Modulo 3: en curso. El 48% de los médicos y el 43% de enfermeros contestaron sentirse poco confiados con la practica antes del entrenamiento; en todos los participantes la confianza post entrenamiento mejoró significativamente (bastante y muy confiado en el 100%). El 47% de los participantes refirió que el modulo cumplió completamente sus expectativas, el 83% y 63% que el material virtual y la práctica fué completa y adecuada, el 63% consideró que este entrenamiento modifica su práctica diaria.

**Conclusiones:** La incorporación de la simulación como método de enseñanza, y evaluación formativa, a través de programas específicos, multiprofesional y multinivel es factible, mejora la confianza de los participantes y genera satisfacción en la práctica. Como todo programa de capacitación profesional este impacto inicial favorable debe corroborarse con la mejoría en la práctica asistencial directa.

## SIGNO DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA HIPERDENSE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE TAKAYASU

Botta P.<sup>1</sup>; Rodríguez V.<sup>2</sup>; Gallardo P.<sup>3</sup>; Correa G.<sup>4</sup>; Jerez F.<sup>5</sup>; Ramasco L.<sup>6</sup>; Chavez M.<sup>7</sup>; Marcos L.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS JESUS<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
*priscila480@hotmail.com*

RPD 62

**Introducción:** La incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACV) en la infancia es baja comparada a la de adultos, aunque ha aumentado recientemente. El retraso en el diagnóstico hace difícil la aplicación de un tratamiento temprano y eficaz. En ocasiones, en pacientes que cursan la etapa aguda de su ACV, puede observarse en tomografías computada sin contraste, la arteria cerebral media espontáneamente hiperdensa. Este signo ha sido interpretado como marcador de mal pronóstico.

**Objetivo:** Reconocer el signo de la arteria cerebral media hiperdensa (SACMH) como predictor de isquemia en dicho territorio.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 12 años con diagnóstico previo de enfermedad de Takayasu y ACV isquémico temporoparietal derecho presentado un año antes, en tratamiento con metotrexato, deltisona y aspirina. Ingresa al Hospital del Niño Jesús con convulsión tónico-clónica en hemisferio izquierdo. Se impregna con difenilhidantoína y se realiza pulsos de metilprednisolona al asumirse reagudización de enfermedad de base. Por mala

evolución, al presentar a las 12 horas HTA y depresión del sensorio ingresa a UCI y se coloca en ARM. En TAC cerebral sin contraste se observa como hallazgo positivo, signo de hiperdensidad en arteria cerebral media, por lo cual se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular. En AngioTAC se demuestra una falta de definición de la arteria cerebral media izquierda. A las 72 horas se visualiza imagen de infarto temporoparietal izquierda de bordes imprecisos con tenue hipodensidad de la arteria cerebral media. En Eco doppler de cuello se reconoce significativa reducción del flujo de ambas carótidas. Se suspende heparina y continúa con ciclofosfamida y deltisona. A los 20 días se extuba a la paciente con severa discapacidad. **Conclusión:** La presencia del SACMH tiene una alta especificidad (91%), y una sensibilidad entre 27 y 54%. Su valor predictivo negativo es de 33 a 36% de acuerdo con algunos reportes. Es muy útil en el diagnóstico temprano de infarto cerebral, así como para iniciar oportunamente el régimen terapéutico.

## SINDROME DE ABSTINENCIA ANTES Y DESPUES DEL USO DE UN PROTOCOLO DE RETIRADA DE SEDOANALGESIA

Botta P.<sup>1</sup>; Ramasco L.<sup>2</sup>; Chavez M.<sup>3</sup>; Olivieri M.<sup>4</sup>; Jerez F.<sup>5</sup>; Correa G.<sup>6</sup>; Marcos S.<sup>7</sup>; D'urso M.<sup>8</sup>; Cuezco R.<sup>9</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS JESUS<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>; CATEDRA BIOESTADISTICA FACULTAD MEDICINA UNT<sup>8</sup>; DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA MINISTERIO SALUD TUCUMAN<sup>9</sup>  
*priscila480@hotmail.com*

PO 63

El síndrome de abstinencia a opiáceos y benzodiacepinas es un fenómeno común en terapia intensiva pediátrica. Dicha situación prolonga indebidamente la estadía y los costos hospitalarios. Una intervención oportuna mediante el uso de un protocolo de destete podría revertir dicha situación.

**OBJETIVOS:** 1) Conocer la incidencia de abstinencia en los pacientes internados en UCIP. 2) Evaluar el impacto de la utilización de un protocolo de destete de sedoanalgesia.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio comparativo en dos fases: la primera observacional y de diagnóstico de situación, en la cual se obtuvo la incidencia de abstinencia, que sirvió como grupo control. La segunda, fue una fase de intervención en la que se usó protocolo de destete de sedoanalgesia basado en uso de metadona y lorazepam. Se incluyeron pacientes en ARM, internados en la UCI del Hospital de Niño Jesús de Tucumán, que requirieron sedoanalgesia continua durante período mayor a 5 días, excluyendo patología neurológica. La primera fase fue desde diciembre 2010 a julio 2011 y la segunda desde agosto 2013 hasta marzo 2014. Se valoró abstinencia utilizando escala WAT-1 (Withdrawal Assessment Tool-1). Análisis estadístico: Se estimaron medidas de resumen adecuadas a características de distribuciones numéricas. Se compararon proporciones mediante test Exacto de Fisher. Se calcularon medias geométricas y las distribuciones se cotejaron

mediante test de Mann-Whitney. Se consideró significativo valor de p menor a 0,05.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 61 pacientes: la primera fase incluyó 39 y en la fase de intervención se estudió a 22 pacientes. Resultados estadísticamente significativos:

	Año 2010 N=39	Año 2013 N=22	Valor de p
Incidencia pacientes con abstinencia	71,79%	22,72%	P=0,000
Media geométrica de días abstinencia	2,55	1,64	P=0,000
Media geométrica pico dosis de midazolam	0,47	0,28	P=0,0019
Media geométrica dosis acumulativa de midazolam	86,5	40,7	P=0,0036

No se encontró asociación entre uso de protocolo de destete con promedio días de estadía, mediana de horas de ARM, media geométrica de pico dosis de morfina y de dosis acumulativa de morfina.

**CONCLUSIÓN:** El protocolo de destete de sedoanalgesia muestra resultados alentadores en el objetivo de disminuir la incidencia de abstinencia, en base a ello se propone la utilización en forma permanente de protocolos de indicación diaria y retirada de sedoanalgesia.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO EN NIÑOS

Forenza N.<sup>1</sup>; Forenza N.<sup>2</sup>; Botta P.<sup>3</sup>; Chavez C.<sup>4</sup>; Marcos L.<sup>5</sup>

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1 2 3 4 5</sup>

nforenza@hotmail.com

RPD 64

**Introducción:** En 1939 Macklin reportó que la insuflación de aire a presión en el bronquio fuente produce neumomediastino en tres fases: 1- rotura alveolar, 2-formación de burbujas que migran por vainas arteriales y bronquiales 3- aire que deseca el mediastino. En niños con enfermedades pulmonares subyacentes o en asistencia respiratoria mecánica (ARM), que evolucionan con neumomediastino (NMD) y neumotórax (NMT) a tensión, es necesario su resolución inmediata.

**Objetivo:** Reportar el resultado del tratamiento quirúrgico endoscópico de cuatro niños con neumomediastino hipertensivo e insuficiencia respiratoria grave secundario a bronquiolitis.

**Casos clínicos:** Niña de 9 m ingresado por NMT hipertensivo y NMD en el curso de bronquiolitis (BQL) por virus sincitial respiratorio (VSR), luego del drenaje pleural presenta shock obstructivo por NMD a tensión que se resuelve por toracoscopia incidiendo la pleura mediastínica parietal (PMP) comunicando así el mediastino con el espacio pleural que se drena bajo agua. Permaneció 17 días en ARM, 17 días con drenaje. Egresó de UCI a los 24 días.

Niño de 15 m que ingresa derivado de hospital regional en insuficiencia respiratoria con antecedentes de BQL por virus VSR, con ventilación presión positiva con ambu. En el examen se constata enfisema subcutáneo y la Rx muestra

NMD y NMT a tensión, se drena el espacio pleural pero persiste hipoxémico e hipotenso sin cambios radiológicos del NMD que se soluciona por toracoscopia a las seis horas de ingreso. Permanece 33 días en ARM, egresando a los 38 días de UCI.

Niño de 8 m con diagnóstico de meningitis por HIB y coinfección por VSR. Evolucionó a SDRA, ingresa a ventilación de alta frecuencia (VAFO), presentando a las 72 horas NMT y NMD que se drenan por incisión PMP por toracoscopia. con drenajes pleurales bilaterales. Permanece 31 días en ARM y 70 días en UCI.

Niño de 3 m con BQL por VSR y SDRA. Presenta a los 7 días de encontrarse en VAFO NMD, desaturación e hipotensión, realizándose toracoscopia. Permanece 35 días en ARM y 46 días en UCI.

**Conclusión:** La rotura alveolar producida por la enfermedad de base y favorecida probablemente por el barotrauma ocasionado por presiones elevadas, es causa de un efecto Macklin intenso con despegamiento de la PMP con compresión del pulmón homolateral y el pedículo vascular poniendo en serio riesgo la vida de los pacientes.

La intervención quirúrgica por toracoscopia constituye una terapéutica promisoriosa en el manejo de este tipo de paciente.

## PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

Lenz A.<sup>1</sup>; Andion E.<sup>2</sup>; Ruvinsky S.<sup>3</sup>; Aguirre C.<sup>4</sup>; Alvarez Parma J.<sup>5</sup>; Jorro F.<sup>6</sup>; Lopez Cruz G.<sup>7</sup>; Pascutto M.<sup>8</sup>; Penazzi M.<sup>9</sup>; Santos S.<sup>10</sup>; Zuázaga M.<sup>11</sup>; Aquino N.<sup>12</sup>; Vassallo J.<sup>13</sup>; Moreno G.<sup>14</sup>; Magliola R.<sup>15</sup>; Haimovich A.<sup>16</sup>; Landry L.<sup>17</sup>; Bologna R.<sup>18</sup>

HOSPITAL GARRAHAN; HOSPITAL P ELIZALDE; HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO; HOSPITAL "EVITA" EX CASTEX DE SAN MARTIN; HOSPITAL DE NIÑOS DE CATAMARCA; HOSPITAL CEPESI DE SANTIAGO DEL ESTERO; HOSPITAL JUAN PABLO II DE CORRIENTES.<sup>1</sup>; HOSPITAL GARRAHAN;<sup>2 3</sup>; HOSPITAL JUAN PABLO II DE CORRIENTES.<sup>4</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DE CATAMARCA; HOSPITAL CEPESI DE SANTIAGO DEL ESTERO; HOSPITAL JUAN PABLO II DE CORRIENTES.<sup>5</sup>; HOSPITAL P ELIZALDE;<sup>6</sup>; HOSPITAL CEPESI DE SANTIAGO DEL ESTERO<sup>7</sup>; HOSPITAL GARRAHAN<sup>8 11 12 13 14 15 16 17 18</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO<sup>9</sup>; HOSPITAL "EVITA" EX CASTEX DE SAN MARTIN<sup>10</sup>

lenzanamiriam@gmail.com

POS 66

(Opción a Premio)

Las infecciones asociadas a catéteres (IAC) conllevan elevada morbimortalidad, con el consiguiente aumento del uso de recursos hospitalarios.

**Objetivos:** implementar un paquete de medidas para disminuir la tasa de IAC en las UTIP de nuestro país.

**Diseño:** estudio colaborativo multicéntrico, clínico epidemiológico, cuasi experimental, de intervención antes-después.

**Población:** Niños con catéter venoso central (CVC) internados en 7 Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos de CABA (Hospital JP Garrahan y Hospital de Niños P. Elizalde), conurbano (Hospital de Niños de San Justo y Hospital Regional de Agudos "Eva Perón" (ex Castex) de San Martín) e interior del país (Hospital CEPESI de Santiago del Estero, Hospital Interzonal de Niños "Eva Perón" de Catamarca y Hospital "Juan Pablo II" de Corrientes).

Método e intervención: Se implementó un paquete de

medidas basado en la educación del personal de salud para la inserción de catéteres y lavado de manos, con monitoreo de las medidas implementadas. Se comparó la tasa anual de IAC previo y posterior a la implementación del programa.

**Análisis de Datos:** Stata 8.0

**Resultados:** El total de bacteriemias en el periodo pre vs post intervención fue de 117 vs 74 y la tasa total de bacteriemias relacionadas CVC fue 8.6 cada 1000 días de uso de CVC y de 5.78 cada 1000 días de CVC en el periodo pre vs post intervención respectivamente RR 0.82 (IC 95% 0.68-0.98) p =0.015. La tasa de uso de CVC se redujo de 54% a 49 %

**Conclusiones:** El programa fue efectivo; se logró un descenso significativo y relevante de las tasas de IAC. A partir del mismo se implementó la vigilancia de las IACs en todas las UCIP participantes. La educación y la vigilancia continua son necesarias para mantener y mejorar los resultados alcanzados.

## SISTEMAS DE INFUSIÓN PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA: ELECCIÓN DE ACUERDO AL RIESGO DEL MEDICAMENTO Y LABILIDAD A VOLUMEN DEL PACIENTE.

RPD 67

Pascual A.<sup>1</sup>; Campos V.<sup>2</sup>; Gómez López P.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DEL NIÑO JESUS<sup>1,2,3</sup>  
pasalepas@gmail.com

**Introducción:** La selección del sistema de infusión (SI) es un paso importante del proceso de administración de medicamentos. Se recomienda utilizar bomba de infusión (BI) en pacientes lábiles a volumen (PLV) o cuando el medicamento a infundir es de alto riesgo, en otras ocasiones, por ejemplo en reposición de fluidos en pacientes de bajo riesgo no hará falta tanta precisión. Nuestro hospital no cuenta con un protocolo sobre SI, por ello se desea conocer como se están empleando y comparar con guías clínicas de otros hospitales.

**Objetivos:** Identificar el SI empleado para administración intravenosa (IV) de medicamentos seleccionados, teniendo en cuenta riesgo del mismo y PLV. Para el caso particular de BI cassette (BIC), determinar con qué frecuencia se usó el segundo canal.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La población estudiada fue un grupo de medicamentos seleccionados (amikacina, vancomicina, adrenalina, noradrenalina, milrinona, plan de hidratación) administrados a pacientes internados en unidades de cuidados intensivos e intermedios en el Hospital del Niño Jesús desde el 20 de enero hasta el 14 de febrero del 2014. Las variables estudiadas fueron; SI (por gravedad, BI peristáltica, BIC, BI jeringa), labilidad a

volumen del paciente, uso del segundo canal de BIC. Los datos se recogieron en planillas por paciente haciendo una observación por día y se determinó el número de observaciones (O) para cada medicamento.

**Resultados:** Para amikacina y vancomicina se usó BI en 15%O y por gravedad en 85% de las cuales el 42% correspondió a PLV. Para drogas inotrópicas se usó BI en 100%O. Para hidratación se usó BI en 94%O de las cuales 63% correspondió a PLV. En los casos donde se usó BIC para hidratación, se empleó el segundo canal para infundir ATB en el 17%O.

**Conclusión:** En muchas O no se trabajó de acuerdo a guías clínicas consultadas en cuanto a recomendaciones de usar BI en PLV y las mismas se usaron en muchos casos para hidratación en pacientes de bajo riesgo. El segundo canal de BIC fue poco empleado. Destacamos la importancia de protocolizar el uso de SI y la necesidad de capacitar al equipo de salud sobre el uso adecuado de los mismos. Consideramos que la estandarización facilitara el quehacer profesional, permitiendo una mejor organización laboral, unificando criterios y aumentando la calidad de atención, siendo de gran impacto y beneficio para el paciente.

## “IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTAR Y TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS”

RPD 68

Torres S.<sup>1</sup>; Fajreldines A.<sup>2</sup>; Iolster T.<sup>3</sup>; Siaba Serrate A.<sup>4</sup>; Schnitzler E.<sup>5</sup>; Pellizzari M.<sup>6</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
storres@cas.austral.edu.ar

**Objetivo:** Validar el uso de la herramienta en una población de pacientes pediátricos en UCIP. Diseño: Estudio de incidencia longitudinal de una cohorte prospectiva

**Materiales y métodos:** Se analizaron 50 pacientes del mes de abril y mayo 2014 ingresados en UCIP con una estancia de al menos dos días de hospitalización. Se usaron las plantillas de carga propias de la herramienta disponible en la web traducida al español por los autores del estudio. Se utilizó la escala de daño de la OMS (rango de categorías E-I) siendo E evento adverso que necesita intervención para revertirla, e I muerte asociada a la atención médica. Se analizaron estadísticamente con el software SPSS. Se utilizaron los indicadores de la metodología: Numero de EA/1000 DIAS PACIENTE, NUMERO DE EA/100 ADMISIONES Y NUMERO DE

PACIENTES CON AL MENOS 1EA. Se construyó la curva ROC para sensibilidad y especificidad.

**Resultados:** Se analizaron 50 pacientes con 231 días de hospitalización. 29 fueron mujeres. La mediana de edad fue 51 meses (Rango 1-132). Numero de EA por cada 100 admisiones fue 12. En nuestra población dio 6ea, cuatro infecciones, una insuficiencia renal y un sangrado. Se construyó una Curva roc y tablas de especificidad/sensibilidad, resultando en una sensibilidad del 50% con 75% de especificidad. Área bajo la curva de 6,8 (IC 5,59 - 7,18).

**Conclusión:** Se validó la herramienta Trigger Tools con una sensibilidad y especificidad óptimas, aunque la performance fue menor en comparación a la literatura de referencia. Los eventos adversos en nuestra UCIP fueron 4 de categoría e y 2 de categoría f.



## MUERTE ENCEFÁLICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

TPenazzi M.<sup>1</sup>; Mari E.<sup>2</sup>; Pacheco P.<sup>3</sup>

HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO. SAN JUSTO<sup>1,2,3</sup>

matupenazzi@yahoo.com.ar

RPD 69

**Introducción:** las Unidades de Cuidados intensivos Pediátricos (UCIP) son los principales lugares donde se asiste al fallecimiento de pacientes en edad pediátrica, un alto porcentaje de los cuales ocurre debido a muerte encefálica (ME). Los avances en la medicina del trasplante dan importancia a la categorización de esta modalidad especialmente respecto a la asistencia y mantenimiento del donante cadavérico.

**Objetivos:** describir características epidemiológicas de la población fallecida por ME en una UCIP, valorar causas de fallecimiento y eventual donación de órganos.

**Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal por recopilación desde la base de datos de mortalidad de pacientes entre 1 mes y 18 años fallecidos en una UCIP del conurbano bonaerense entre noviembre del 2006 y diciembre del 2013 (7 años).

**Resultados:** en el período estudiado egresaron de la UCIP 1859 pacientes y fallecieron 166. Tasa de mortalidad: 8.9%. De ellos, 39 fueron por ME (23,5%). Sexo masculino: 50%. Mediana de edad: 36 meses (1-180). El 38% (15) falleció por infección extrahospitalaria (86% del sistema nervioso central –SNC-), seguido de un 21% (8) por trauma (incluye politraumatismos y maltrato) y 21% por accidente cerebrovascular. El 10% falleció secundariamente a disfunción valvular. Solo 3 fallecidos fueron donantes de órganos (7,7%).

**Conclusiones:** la mayoría de los fallecidos por ME eran menores de 3 años y posiblemente esté relacionado con la principal causa, infecciones del SNC, la cual no se refleja en otras series (predominio de traumatismo de cráneo). Muy bajo porcentaje de donantes de órganos.

## INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y NEUROPLASTICIDAD EN LA RECUPERACIÓN DE LA LESIÓN NEUROLÓGICA POR TRAUMATISMO ENCÉFALOCRANEANO

Arias Paz I.<sup>1</sup>

CIAREC<sup>1</sup>

inesariaspaz@hotmail.com

RPD 70

**Introducción:** Los traumatismos de cráneos (TEC) en pediatría son muy frecuentes. Se considera que alrededor del 10% de los niños entre 1 y 14 años sufrirá un TEC que generalmente se acompaña con trauma en otras partes del cuerpo constituyendo politraumatismo (Costa J., Claramunt E. En Neurología pediátrica Bs As Argentina) En los países desarrollados las lesiones por estas entidades, ocasionan la principal causa de muerte en la niñez.

Argentina se encuentra en los primeros lugares de morbi-mortalidad pediátrica ocasionada por accidentes de tránsito, de hogar, de recreación, violencia familiar o social entre las principales causas.

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es presentar y analizar la importancia de la intervención neuropsicológica en niños con traumatismo craneoencefálico en la etapa subaguda. Primero, profundizando el conocimiento de las alteraciones cognitivas, del comportamiento y las secuelas emocionales tras el daño cerebral traumático. Luego, en un marco clínico, considerar la evaluación neuropsicológica e intervención precoz. Justifica esto el conocimiento sobre los mecanismos plásticos que

ocurren como consecuencia de una lesión cerebral en edades tempranas de la vida y cómo las funciones cerebrales pueden ser influenciadas por los programas de la rehabilitación.

**Material y método:** Se trabajó con 20 pacientes, que habían padecido TEC moderado y grave. Con un rango de edad 3 a 16 años. Se realizó evaluación y rehabilitación neuropsicológica.

**Resultados:** Los resultados muestran que los 20 pacientes que sufrieron traumatismo encéfalo craneano, y que realizaron la rehabilitación neuropsicológica, recibiendo una intervención temprana de sus déficits, tuvieron una recuperación favorable. Nuestros resultados coinciden con los estudios previos en los que se estudiaban los efectos el TEC en niños.

**Conclusiones:** A-Los cambios plásticos que permiten la reorganización de los sistemas funcionales del sistema nervioso, se ven favorecidos por programas de rehabilitación neuropsicológica.

B-Estos programas aplicados en forma temprana, en niños con daño cerebral, mejoran el funcionamiento adaptativo y la calidad de vida del paciente.

## MEDIDAS DEL LET EN UN CENTRO DE ATENCION PEDIATRICA PRIVADA

Cajal R.<sup>1</sup>; Ruiz D.<sup>2</sup>; Fernandez I.<sup>3</sup>; Olivieri M.<sup>4</sup>

SANATORIO INFANTIL SAN LUCAS<sup>1 2 3 4</sup>

ruben.cajal@hotmail.com.ar

RPD 71

**Introducción:** La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es la decisión clínica de no iniciar o retirar las medidas de soporte vital cuando existe desproporción entre éstas y el objetivo del tratamiento, evitando el ensañamiento del equipo de salud, que prolongan inútilmente el sufrimiento, tanto del paciente como de su familia. Es un proceso de difícil aceptación, que requiere información e instrucción de todo el equipo tratante.

**Objetivo:** Determinar si el personal de la institución posee información sobre la aplicación de LET y conocer las dificultades y temores con los que se enfrentan estos profesionales para ponerlas en práctica. **Material y Método:** Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal aplicándose una encuesta prediseñada que consta de 7 preguntas. La misma se realizó en una institución privada: "Sanatorio Infantil San Lucas". La población muestra sumo un total de 39 personas entre médicos (n=15) y enfermeros(n=24) de la institución

**Resultados:** Los resultados obtenidos fueron: el 74 % mujeres, siendo el promedio de edad de 44.5 años. El 54% de los casos registro una antigüedad laboral de 6-15 años. El 79% refirió conocer en que consiste la LET,

estando a favor de su aplicación el 56%. El 87% conoce la diferencia existente entre retirar y no iniciar una medida terapéutica. El 41% indicó a las medidas de LET como "eutanasia". El 98% de los encuestados concuerda en que para implementarlas se debe tener en cuenta la opinión de los padres del niño y el 54% opinó que la decisión debe ser tomada en forma multidisciplinaria. El 69% del personal de salud manifestó no estar preparado para llevar adelante las medidas de LET.

**Conclusión:** La toma de medidas de LET siempre es una decisión difícil. Llama la atención que un alto porcentaje del personal encuestado se encuentra informado en qué consiste la LET, estando a favor de su aplicación la mitad de los mismos; siendo pocos los que se sienten preparados para ponerla en práctica. Además en todos los casos se debe tener en cuenta la opinión de los padres

**Recomendaciones:** El presente trabajo se debe considerar como el inicio para promover estudios posteriores que permitan determinar la participación real de enfermería en LET e implementar estrategias tendientes a preparar a los padres para aceptar de la mejor forma la decisión tomada por el equipo de salud.

## USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SINDROME HEPATOPULMONAR

Galvan M.<sup>1</sup>; Brusca S.<sup>2</sup>; Hernandez A.<sup>3</sup>; Latini B.<sup>4</sup>; Penayo A.<sup>5</sup>; Buamscha D.<sup>6</sup>

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

EUEGALVAN31@GMAIL.COM

RPD 73

**Objetivo:** Describir el uso del Doppler Transcraneano con contraste(DTC-c) en dos pacientes con diagnostico de síndrome hepatopulmonar(SHP)severo internados en una unidad de cuidados intensivos(UCI).

**Introducción:** El SHP es un síndrome caracterizado por disnea e hipoxemia causado vasodilatación de vasos pulmonares en pacientes con hepatopatía crónica(HC). La hipoxemia de este síndrome, fue, inicialmente una contraindicación para realizar un trasplante hepático(TH,) debido a la menor viabilidad del injerto, y la mayor mortalidad postrasplante(PT).El avance de cuidados en UCI, logro mejores resultados en el PT. En el tratamiento de la hipoxemia severa en el periodo intra y PT utilizamos ON, para mejorar V/Q, optimizando la oxigenación durante el tiempo requerido hasta el cierre de los cortocircuitos de derecha izquierda (CDI).El diagnostico de SHP se realiza mediante ecocardiograma transtoracico con contraste (ETc) evaluando CDI y descartando cardiopatía estructural. Postulamos que el DTC-c es un método no invasivo que permite diagnosticar CDI en pacientes hipoxémicos con alta sospecha de SHP. En los pacientes con una HC, la presencia de pequeños CDI intrapulmonares, pueden ser responsables de la hipoxemia. Realizamos en nuestros pacientes con SHP,

DTC-c mostrando correlación entre lo evaluado por ETc y DTC-c . Describimos dos pacientes con SHP severo a quienes realizamos DTC-c en el periodo PT. Paciente 1 mujer ,12 años, fibrosis hepática e hipertensión portal .Diagnostico de SHP grave, por hipoxemia PaO2 43 mmHg con O2 ambiente platipnea y ortodeoxia,ET-c, requirió de O2suplementario.Recibió TH, ingresa a UCI en asistencia respiratoria mecánica(ARM),requiriendo ON,Iloprost, ventilación de alta frecuencia, por el riesgo de perdida de vitalidad del injerto. Durante su estancia en UCI,se realiza DTC-c,mostrando patrón cortina, compatible con severa severa CDI, hallazgo correlacionado con los descriptos en el ET-c **Paciente2:** mujer,12 años, hepatitis autoinmune tipo I, cirrosis hepática, con SHP severo,Po2 arterial 54 mmHg con aire ambiente. Se realiza TH. Ingresa en el PT a UCI, con ARM, presenta hipoxemia marcada, que requiere decúbito prono, ON, Iloprost y peep elevadas. Se realiza DTC-c,con patrón ducha, compatible con severa CDI siendo este hallazgo correlacionado con los descriptos en el ET.

**Conclusiones** El DTC-c es un examen no invasivo, puede contribuir al diagnóstico de CDI, y podría ser de utilidad para la valoración PT de las diferentes formas de SHP.

## TÍTULO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.

Yang S.<sup>1</sup>; Cardoso L.<sup>2</sup>; Haimovich A.<sup>3</sup>; Filippini S.<sup>4</sup>; Fortini Y.<sup>5</sup>; Paolillo A.<sup>6</sup>; Truskowsky M.<sup>7</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
sominy13@hotmail.com

RPD 74

**INTRODUCCION:** Las infecciones por amebas de vida libre constituyen una de las infecciones oportunistas emergentes, de frecuencia baja, alta patogenicidad y mortalidad mayor al 95%. La Balamuthia Mandrillaris es una de ellas y puede provocar infecciones en los pulmones, senos paranasales, piel y SNC (meningoencefalitis de curso crónico, con formación de granuloma) tanto en sujetos inmunodeprimidos como en inmunocompetentes. Los pilares diagnósticos se basan en sospecha clínica, pesquisa anatomopatológica y de laboratorio.

**DISEÑO:** Revisión de dos historias clínicas de pacientes de terapia intensiva Pediátrica del Hospital Garrahan.

**OBJETIVO** Reportar casos de encefalitis subaguda con masa ocupante en SNC en niños inmunocompetentes por Balamuthiamandrillaris.

**CASOS CLÍNICOS** Se presentan dos pacientes, uno de 3 años de sexo masculino y otra de 10 años de sexo

femenino, con hemiparesia braquiocrural y convulsiones focalizadas homolateral. Ambos presentan al ingreso imagen de SNC con masa ocupante contralateral a la sintomatología. Estudios complementarios diagnósticos: laboratorio, serologías y cultivos negativos. Ambos evolucionan con deterioro del sensorio y muerte encefálica. El diagnóstico de amebiasis cerebral por Balamuthiamandrillaris se efectúa en uno por biopsia cerebral y en el otro por necropsia.

**CONCLUSIÓN** La amebiasis cerebral es una enfermedad rara pero que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de encefalitis o de meningoencefalitis. El diagnóstico con frecuencia se realiza post-mortem. La elevada mortalidad de las meningo-encefalitis amebianas se debe al retraso diagnóstico por falta de sospecha clínica y la pobre respuesta terapéutica, siendo inexistente un tratamiento eficaz.

## ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA.

Bruera M.<sup>1</sup>; Moreno R.<sup>2</sup>; Truskowski M.<sup>3</sup>; Hernandez A.<sup>4</sup>; Topp P.<sup>5</sup>; Ripeau D.<sup>6</sup>; Bo R.<sup>7</sup>; Cook C.<sup>8</sup>; Cook C.<sup>9</sup>; Vazquez L.<sup>10</sup>; Cardigni G.<sup>11</sup>  
SANATORIO DE LA TRINIDAD PALERMO<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>  
MAJOBRUERA@GMAIL.COM

RPD 75

**INTRODUCCION:** Si bien los streptococcus tienen alta afinidad por el endocardio, la ocurrencia de una endocarditis aórtica posterior a celulitis preseptal ocasionada por mordedura humana es un hecho poco frecuente.

**DISEÑO:** Reporte de un caso pediátrico.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niño de 9 años de edad, diabético insulino dependiente, con glucemias controladas, sin valvulopatía previa, se internó por fiebre y celulitis preseptal izquierda secundaria a mordedura humana.

El cuadro comenzó 72 horas previas a la consulta, con celulitis en el sitio de la mordedura. La herida había sido suturada en otro centro y medicada con amoxicilina clavulánico. A pesar de esto, desarrolló celulitis en dicha zona, y se rotaron los antibióticos a cefalexina.

Evolucionó con una colección purulenta en la herida y fiebre, consultó en emergencias y se decidió su internación. Se tomaron hemocultivos antes del inicio del tratamiento antibiótico con ceftriaxona y clindamicina.

La TAC de órbita confirmó la celulitis y la TAC de cerebro mostró una sinusopatía etmoidomaxilar.

A las 24 horas del comienzo del tratamiento antibiótico, se realizó drenaje de la colección purulenta en la herida,

previa toma de cultivo por punción a través de piel sana. El paciente tuvo buena evolución clínica, afebril desde las 48 horas de tratamiento antibiótico. Se aisló Streptococcus parasanguis (CIM a la penicilina 0.125g/l) en los hemocultivos, y en el material de punción Streptococcus mitis (CIM a la penicilina 0.125g/l).

Ante la presencia de hemocultivos positivos para streptococcus, se realizó ecocardiograma doppler color que mostró **engrosamiento y refringencia de la válvula aórtica con insuficiencia leve.**

Los hemocultivos realizados a las 48 horas de instituido el tratamiento antibiótico fueron negativos. El paciente completó 4 semanas con ceftriaxona con buena evolución. El dosaje de inmunoglobulinas, el estudio funcional de la vía clásica (dosaje de C3 y de C4) y alterna del complemento y las subpoblaciones linfocitarias fueron normales; la pesquisa de VIH (ELISA) fue negativa.

La endocarditis aórtica es una entidad clínica infrecuente, y su asociación con celulitis es poco probable. Ante la presencia de hemocultivos positivos para Streptococcus se debe sospechar, adoptando los medios diagnósticos y el tratamiento empírico inicial adecuado, para evitar la alta morbimortalidad.

## ENCEFALITIS POR COINFECCIÓN POR ENTEROVIRUS Y HERPES VIRUS TIPO 2 EN PACIENTE CON HIPOPLASIA CONGÉNITA DE TRONCO Y VERMIS CEREBELOSO.

RPD 77

Fortini Y.<sup>1</sup>; Sagarnaga E.<sup>2</sup>; Caprotta G.<sup>3</sup>; Puita Montero M.<sup>4</sup>; Garabito A.<sup>5</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN1; HOSPITAL ABETE<sup>2,3,4,5</sup>  
yaninafortini@yahoo.com.ar

**Introducción:** La encefalitis herpética es habitualmente expresión de primoinfección. Incidencia de 1:3.000 a 1:20.000 nacimientos vivos. La diseminación del enterovirus (EV) ocurre a través de la vía fecal oral. En ciertas circunstancias se contagian por vía sanguínea; esta es la manera principal de adquisición de las formas graves de infección neonatal. No hay datos sobre su incidencia.

**Objetivo:** Presentar un paciente con encefalitis por coinfección de enterovirus y herpes virus 2 asociado a hipoplasia congénita de tronco y vermis cerebeloso. Su evolución y pronóstico.

**Caso Clínico:** Paciente de 32 días de vida, RNT PAEG, sin antecedentes patológicos. Serologías negativas.

Consulta por episodios de apneas con cianosis peribucal. Se realiza intubación endotraqueal. Por sospecha de sepsis se policultiva. Inicia tratamiento antibiótico y antiviral. Viroológico de LCR positivo para EV. Se suspende aciclovir. A los 15 días, por persistir con deterioro neurológico se realiza nueva punción lumbar. Resultado positivo de LCR para HSV 2. Cumple 28 días de aciclovir. En varias oportunidades se intenta el destete de la ventilación mecánica fracasando por hipoventilación central. Se traqueostomiza a los 54 días de internación. Se descarta enfermedad neurometabólica. Dosaje de

inmunoglobulinas, hormonas tiroideas, ecocardiograma y screening neonatal normales.

El paciente presenta graves secuelas neurológicas.

RMN cerebro: imágenes compatibles con encefalomalacia multiquistica. Moderada dilatación ventricular. Atrofia del cuerpo calloso. Tronco encefálico francamente adelgazado. Cerebelo disminuido de tamaño.

Presenta episodios convulsivos tónico clónicos generalizados y crisis oculógiras tratados con difenilhidantoína y levetiracetam. Dosajes plasmáticos en rango.

Electroencefalograma: patrón de sueño desorganizado, que muestra ondas agudas y espigas hemisférica derechas a predominio temporales, de moderada frecuencia de descarga.

Fondo de ojo: ambos ojos exudado en dedo de guante con presencia de hemorragia. Turbidez vítrea.

**Conclusión:** Los niños que sobreviven a la enfermedad herpética congénita expresan secuelas neurológicas graves.

No se encontraron reportes bibliográficos de encefalitis por coinfección de enterovirus y HSV 2.

Resaltamos el valor de la neuroimagen como factor de pronóstico de la evolución de la enfermedad y hallazgo de la malformación congénita asociada.

## SINDROME DE SHOCK EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO.

RPD 78

FPolo M.<sup>1</sup>; Zuazaga M.<sup>2</sup>; Motto E.<sup>3</sup>  
GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>  
mariapolo8@hotmail.com

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda generalizada, común en la infancia y es la primera causa de cardiopatía adquirida. Las manifestaciones clínicas son bien conocidas y las anomalías aneurismáticas coronarias son frecuentes. El shock es una presentación poco usual que demanda internación en Terapia Intensiva, monitoreo invasivo requerimiento de inotrópicos. Recientemente se lo describe como Síndrome de Shock en la Enfermedad de Kawasaki. Se comunica el caso de un lactante de 1 mes de vida, con shock y afectación múltiples vasos arteriales.

**Caso clínico:** Lactante de sexo femenino que comienza al mes de vida con lesiones maculopapulares eritematosas generalizadas y fiebre, se interpreta el cuadro como sepsis a foco dérmico, antibióticos de amplio espectro, cultivos negativos. A los 20 días por evolución de las lesiones cutáneas es derivado. Las lesiones eran maculopapulas eritematosas puntiformes sobre cuello y tórax, lesiones purpúricas violáceas sobre el lecho ungueal de manos y pies. Se piensa en histiocitosis, se realiza PAMO con resultado normal. En el ecocardiograma se observa dilatación de ambas coronarias con buena función miocárdica, comienza con aspirina. Se sospecha Enfermedad de Kawasaki, no se

administra Gammaglobulina. A los 25 días de evolución de la enfermedad, el paciente es remitido a la Terapia Intensiva con diagnóstico de Shock séptico a foco dérmico y Púrpura fulminas. Requiere ARM, inotrópicos a altas dosis, antibióticos, siendo siempre los cultivos negativos. Se descarta Púrpura Fulminas. Recibe heparina de bajo peso molecular y Abcixmab. Se indica pulsos de Metilprednisolona.

En el nuevo ecocardiograma informa las dilataciones coronarias y disfunción ventricular izquierda. Electrocardiograma normal. Se realiza angiografía observándose, aneurismas en carótida, arterias subclavas, axilares, humerales y femorales. Múltiples aneurismas en aorta abdominal.

El paciente egresa de la terapia intensiva después de 120 días, sin observarse cambios en la cantidad de aneurismas.

**Conclusiones:** El Shock en la Enfermedad de Kawasaki es una forma de presentación poco frecuente y en general de diagnóstico tardío. La sospecha clínica de la enfermedad de Kawasaki sigue siendo la clave en el tratamiento y pronóstico de los pacientes. El retraso en la implementación de un adecuado tratamiento provoca diferentes grados de morbilidad o inclusive la muerte.

## ANÁLISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Rodríguez E.<sup>1</sup>; Pellegrini S.<sup>2</sup>; Carmona R.<sup>3</sup>; Haimovich A.<sup>4</sup>; Landry L.<sup>5</sup>

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

edgaroalerodriguez@gmail.com

PO 79

**Introducción:** Se acepta que la Cultura positiva de la Seguridad del Paciente (SP) en los Servicios de Salud es un rasgo crítico para la mejora de resultados.

**Objetivo:** Describir la percepción de SP y acciones relacionadas del personal de UCIP

**Metodología:** Aplicación y análisis de la encuesta sobre la Cultura de la SP de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de EEUU, distribuidas a todo el personal de las UCIP (69 camas). Se utilizaron los criterios propuestos por la AHRQ para identificar Fortalezas ( $\geq 75\%$  respuestas positivas) y Oportunidades de Mejora ( $\geq 50\%$  respuestas negativas). Se analizaron datos globales y discriminados entre médicos y no médicos

**Resultados**

Encuestados: Total del personal: 323. Tasa de respuesta: 54% (176/323), Médicos 89,28% (75/84) Enfermeras 38% (79/207) Otros 68% (22/32)

Función: asistencial 95,29%

Eventos Adversos (EA) reportados en el último año: ninguno el 92,36%

Calificación de la SP en UCIP (0-10): mediana 6,8; el 65% marcó entre 6 y 8

Análisis Global por Dimensiones: Fortalezas: ninguna logra los criterios de la AHRQ, pero se destaca como positivo el trabajo en equipo, 68,71%

Oportunidad de mejoras: Dotación de personal, 58,18%

Médicos: Fortalezas: Trabajo en Equipo (75,15%) y Apoyo

de la conducción de UCIP (81,15%)

Oportunidad de mejoras: Problemas en cambio de turno y transiciones entre Servicios, 57,12% y Dotación de Personal, 49,38%

No Médico (Enfermera/Kinesiólogo) Fortalezas: no; se destaca como positivo el trabajo en equipo, 61,9%

Oportunidad de mejoras: Temor a sanciones frente a EA, 53,85%, Apoyo de las autoridades, 51,52% y Dotación de Personal, 66,23%

Ítems a destacar: pérdida de información en traspaso de pacientes (médicos 68,49%, No médicos 55,68%) y en los cambios de turno (médicos 57,33%, no médicos 37,17%), temor a que el EA conste en el expediente (no médicos 64,44%, médicos 47,29%). El 52,22% del personal no médico cree que hay problemas de SP, solo el 37,33% de los médicos coincide

**Conclusiones:** Se destaca como aspecto positivo el trabajo en equipo. Surgen como oportunidad de mejora una mayor dotación de personal y reforzar la cultura de no punibilidad, pues prevalece el temor a sanciones frente al EA. Hay temor a perder información del paciente en los cambios de turno y transferencia entre servicios; es preciso asegurar una adecuada comunicación. Existen diferencias en la percepción de la SP del personal médico y no médico que deben ser consideradas a la hora de establecer un programa de mejoras de la SP.

## SISTEMA DE TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO (ADO)

Pujales G.<sup>1</sup>; Flores A.<sup>2</sup>; Ponce A.<sup>3</sup>

HOSPITAL SAN LUIS<sup>1 2 3</sup>

gpujales@hotmail.com

RPD 80

**Introducción:** Para el consenso sobre «Traslado de Niños Críticamente Enfermos» (Arch.argent.pediatría-2000;98-6) el traslado adecuado es aquel en el que se cumplen cuatro criterios: A) La institución que deriva, B) La que recibe, C) Los registros médicos y D) El traslado por personal y equipo calificado. El objetivo es la comunicación de un sistema de traslado que cubre estos puntos.

**Material y Métodos:** Se describe el Sistema ADO de la prov. de San Luis. Criterio A: Se realiza cursos de capacitación, entrega de material didáctico y entrenamiento práctico. Elementos para el tratamiento (cajas ADO) incluye agujas interóseas, máscara laríngea y bolsa autoinflable. Criterio B: Tele presencia: Permanente comunicación con los hospitales tipo ADO 2 con conocimiento del paciente desde el momento que arriba por parte de la UTIP. Asesoramiento en el tratamiento del niño crítico, en tiempo real, para el médico del hospital

ADO 2. Criterio C: Historia clínica protocolizada y la tele presencia nos permite recolectar mayores datos del paciente desde su ingreso Criterio D: Moderna ambulancia equipada con Respirador, bombas, monitor, aspiración central, etc. Personal médico y de enfermería del servicio de UTIP.

**Conclusiones:** Sistemática: Ingreso al hospital del interior (ADO1)-se trata según entrenamiento y con elementos caja ADO-comunicación con hospital zonal (ADO2) y Utip- Se deriva hospital zonal ADO2- sale ambulancia sistema ADO - tele presencia con hospital ADO 2 con asesoramiento desde la UTIP- arribo de la ambulancia- traslado a UTIP con tele presencia entre ambulancia y la central. En 6 meses de instalado el sistema ADO se realizaron 41 traslados, con un 100% de sobrevida durante el traslado y con el mismo porcentaje de sobrevida a las 72 hs de ingreso a la UTIP, de los niños trasladados.

## CAMILLA DE TRASLADO PARA PACIENTES LACTANTES CRÍTICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL

Pujales G.<sup>1</sup>; Flores A.<sup>2</sup>; Ponce A.<sup>3</sup>; Carne A.<sup>4</sup>  
HOSPITAL SAN LUIS<sup>1,2,3,4</sup>  
gpujales@hotmail.com

RPD 81

El Ministerio de Salud y Acción Social a través de la resolución ministerial 850/2008 normatiza los móviles de traslados sanitarios y servicios terrestres; con respecto a las camillas de traslado especifica las camillas para adultos (190 cm de longitud y 55 cm de ancho) y la incubadora neonatal. Ninguna de las dos son adecuadas para el traslado de lactantes entre 1 mes y 18 meses de vida (hasta un máximo de 16 Kg). El objetivo es la descripción de una camilla más adecuada para este grupo etario usando elementos reutilizables hospitalarios.

Se utilizó la base de una incubadora de transporte en desuso por mal función, se retiró el sistema de calefacción, batería y carcasa, se adicionó una base metálica plana de 72 cm. de ancho por 52 cm de largo, se confeccionó un colchón a medida con material lavable y cabezales removibles para fijación craneal, luz de emergencia con baterías, cinturones de seguridad unidos a la estructura

principal mas fijaciones cruzadas, se instaló una base metálica para el monitor multiparametrico y un brazo metálico para bombas de infusión, dos tubos de oxígeno de bajo peso. Se utilizó el espacio físico de las baterías que tenía la incubadora para la inclusión de una caja de elementos farmacológicos habituales para el manejo de la emergencia.

Las manijas o asideros para facilitar su traslado así como los mecanismos de seguridad para ajustar la camilla al piso de una ambulancia formaban parte de la estructura original de la incubadora.

La camilla cumple, a nuestro criterio, con las especificaciones técnicas para el traslado adecuado del lactante, su confección fue de bajo costo, y es más eficiente para la atención del niño crítico dentro y fuera del hospital.

## LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO

Truskowski M.<sup>1</sup>; Moreno R.<sup>2</sup>; Santos S.<sup>3</sup>; Moreno G.<sup>4</sup>; Iolster T.<sup>5</sup>; Siaba Serrate A.<sup>6</sup>; Landry L.<sup>7</sup>; Ratto M.<sup>8</sup>; Rufach D.<sup>9</sup>; Fernández A.<sup>10</sup>; Vassallo J.<sup>11</sup>; Buamscha D.<sup>12</sup>; Debaisi G.<sup>13</sup>; Yulitta H.<sup>14</sup>; Grupo De Investigación Clínica Y E.<sup>15</sup>

COMITÉ NACIONAL DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS, SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA Y CAPÍTULO TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA, SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 15</sup>; CONSEJO DE ACREDITACION DE ESPACIOS DE FORMACION, SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA<sup>14</sup>

martintruskowski@hotmail.com

POS 82

**OBJETIVOS:** 1) Describir las características de las residencias de TIP en el país. 2) Explorar la inserción laboral en el hospital formador de los residentes. 3) Identificar la proporción de residencias acreditadas por el MSAL de Nación.

**MATERIALES Y METODOS:** Diseño descriptivo, observacional y transversal. Criterios de inclusión todas las residencias de TIP, entre 01 al 30/04/2014. Definiciones: UCIP de gran volumen aquellas con >400 ingresos al año y ocupación de vacantes aquellas con >60% de ocupación. Se usó Stata 10.0.

**RESULTADOS:** Excepto 1, las restantes residencias respondieron (n=31). Dependencia: Nación 7 (22.58%), Prov 15 (48.39%), municipales 4 (12.90%), Univer 2 (6.45%), otras 3 (9.68%). 61% son sede de carrera universitaria. No tiene programa 1 residencia y 2 no tienen reglamento de residencia. Fueron acreditadas por el MSAL 5 residencias. Hay 59 vacantes anuales. Las vacantes se duplicaron en los últimos 4 años pero la ocupación disminuyó de 59% en 2009 a 30% en 2013. Entre 2009–2013 se formaron 94 residentes y 60% tuvo inserción laboral en la TIP que lo formó. Tienen Jefe Residentes 23 (74.19%) e Instructor 16 (51.61%); 4 no tienen ninguno de los dos. N° guardias: 1° año=6 (5- 8),

2° año=5 (4-7) y 3° año=4 (4- 6). 10 residencias dan descanso postguardia. Carga horaria semanal: 1° año 60 hs (40-86), 2° año 58 (36-76), 3° año 51 (40- 70). Se destina a asistencia 70% del programa (45-90), docencia 20% (5-37), investigación: 5% (0-25), carga administrativa 5% (0-25). Realizan trabajos de investigación 56.57% (n=17). Realizan rotación externa 25 (80.65%). En el análisis bivariado se encontró asociación estadística entre la variable ocupación de cargos >60% con las variables UCIP mayor volumen (Pr=0.001), realización trabajos de investigación (Pr=0.012), cobertura seguro mala praxis (Pr=0.010), cobertura social (Pr=0.032). En el análisis multivariado, se probaron las variables con p hasta 0,2 (>400 ingresos anuales, seguro mala praxis, realización trabajos investigación, cobertura social, cobertura ART, presencia Instructor, presencia médicos de guardia con hs de planta), pero solo ingreso >400 dio Pr=0.001.

**CONCLUSIONES:** 1) Existe un importante déficit en la ocupación de cargos de residencia. 2) Mas de la mitad de los residentes trabajan en la TIP que los formó. 3) El número de residencias acreditadas por el MSAL es escaso. 4) En un modelo de análisis multivariado, solo ser UCIP de gran volumen se asocio a elevada cobertura de vacantes de residencia.

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)**

**RPD 83**

(Opción a Premio)

Ruvinsky S.<sup>1</sup>; Lenz M.<sup>2</sup>; Aquino N.<sup>3</sup>; Herrera C.<sup>4</sup>; Althabe M.<sup>5</sup>; Ruffa P.<sup>6</sup>; Schaigorodsky L.<sup>7</sup>; Zylbersztajn B.<sup>8</sup>; Caceres P.<sup>9</sup>; Magliola R.<sup>10</sup>; Andion E.<sup>11</sup>; Bologna R.<sup>12</sup>  
 HOSPITAL DR J.P.GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>  
 sruvinsky@hotmail.com

**Introducción:** Las bacteriemias asociadas al uso de catéteres venosos centrales (CVC), las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) y el uso inadecuado de antibióticos son causas frecuentes de morbimortalidad en UCI-CV pediátricas. Objetivo: Analizar la efectividad de un programa interdisciplinario para la prevención de infección y uso racional de antibiótico en una UCI-CV pediátrica.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo, intervención (I), (Período de estudio 2008-2013), Período pre- I (2008) vigilancia epidemiológica. Población todo el equipo de salud que asiste a UCI). Intervenciones: Primera etapa (2009): educación, lavado de manos, adecuación del uso ATB. Segunda etapa (2010) incorporación enfermera link, bundles (colocación de catéteres, cambios de cobertura), control diario de necesidad de CVC. Observaciones higiene de manos según estrategias multimodales de OMS. Tercera etapa (2011-2013) prevalencias higiene de manos, se continuo entrenamiento del personal, control del uso de antibióticos y cuarta etapa (2013) Se adicionó dosis extra de cefalotina en niños en bomba (cirugía) y reuniones mensuales del equipo. Se registraron tasas de BAC-CVC / 1000 días uso, tasa de ISQ, DDD/100 camas/día. Análisis estadístico: Se realizó chi

cuadrado para diferencias en las tasas y regresión lineal para diferencias en consumo de ATB. Programa estadístico STATA 8-0.

**Resultados:** Adherencias a los combos implementados (2010-2011): colocación de CVC 72.67% (218/300), cambios de cobertura 87.2% (272/312), 5 momentos de higiene de manos 90.3% (1947/1759/1947) oportunidades observadas. Se observó 2008 vs. 2013: reducción significativa tasa BAC-CVC RR 1.31 (IC 95% 1.13-1.51), p<0.01 y tasa ISQ RR 1.26 (IC 95% 1.03-1.54), p=0.05 y reducción del consumo de vancomicina 64% (DDD/100 camas día 11 vs 3.8, p= 0.02), meropenem 48.46% (DDD/100 camas día 8 vs.4, p= 0.03) y piperacilina-tazobactam en un 45.3% ( DDD/100 camas/día 2.8 vs 1.53, p=0.05).

**Conclusiones:** El programa interdisciplinario fue efectivo en la reducción de las tasas de bacteriemias relacionadas a CVC, ISQ y en la reducción del consumo de ATB en la UCI-CV.

Año	Pacientes día	Tasa bacteriemia ‰	Tasa utilización cvc (%)	Nº cirugías	Score Rachs>3(%)	Tasa de ISQ	%ISQ Profunda+ Mediastinitis	Tasa de mortalidad%
2008	6084	11.95	63	554	43.6	6.5	38.8	5.5
2009	6212	9.3	62	590	49	5.93	42.8	5.1
2010	6328	8.83	52	521	41.2	4.22	50	5.6
2011	6017	7.23	48	472	43.5	6.78	46.87	4.8
2012	6908	6.04	38	494	46.3	4.47	61	7
2013	6514	5.36	43	498	49	3.81	15.78	5.3

## COLESTASIS NEONATAL CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 85

Gonzalez Cambaceres C.<sup>1</sup>; Zuazaga M.<sup>2</sup>; Gallagher R.<sup>3</sup>; Motto E.<sup>4</sup>  
HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF DR JUAN P GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>  
cgcambaceres@hotmail.com

**Introducción:** La Colestasis Neonatal con insuficiencia hepática es una entidad rara en sí misma pero descartadas la causas probables de tratamiento y la persistencia de la falla hepática aguda, la posibilidad de un trasplante hepático en lactantes pequeños es una opción terapéutica que debe ser contemplada como cierta.

**Objetivos:** Comunicar un caso de colestasis neonatal con falla hepática aguda, sus eventualidades diagnósticas y terapéuticas.

**Caso:** Paciente de 20 ddv, RNTPAEG, embarazo controlado, P2G2, que comienza con ictericia, ascitis y coagulopatía. Tiene como antecedentes familiares una hermana fallecida a los 20 ddv por coagulopatía, hipogluceemia y encefalopatía sin diagnóstico. Se realizan estudios habituales de pesquisa neonatal que resultaron negativos, se descartó sepsis neonatal tardía, recibió tratamiento empírico para hemocromatosis con Perls negativo en mucosa yugal y RMN T2 negativa. Se descartó metabolopatía y mitocondriopatía como así Síndrome hemofagocítico. Ante la persistencia

y profundización de la falla hepática aguda se inscribió en lista de espera para trasplante hepático con status de urgencia. Fallece y se realiza Autopsia con diagnóstico final de Hemocromatosis.

**Comentario:** La falla hepática aguda es una entidad rara y en edad neonatal aún mas descartada las causas probables tratables y que cuando son descartadas la hemocromatosis debe ser fuertemente sospechada y diferenciada del Síndrome Hemofagocítico. Las opciones diagnosticas son la presencia de hemosiderina en la mucosa yugal pero hasta en una 30% puede resultar normal y la RMN en T2. De no responder al tratamiento convencional tiene indicación el trasplante hepático como opción terapéutica pero con limitantes técnicas por el pequeño tamaño del receptor y del volumen hepático a recibir lo que constituye un gran desafío. El asesoramiento genético es de capital importancia en la planificación familiar dado que la incidencia en próximos embarazos es casi del 90% y el tratamiento de las madres durante los mismos constituye una terapéutica prometedora.

## REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES "DR. J. P. GARRAHAN", M. INFANTIL DE SALTA, "DR. BARREYRO" POSADAS Y HOSP. DE LA MADRE Y EL NIÑO DE LA RIOJA

RPD 86

Pellegrini S.<sup>1</sup>; Carmona R.<sup>2</sup>; Rodriguez E.<sup>3</sup>; Flores D.<sup>4</sup>; Galleguillo L.<sup>5</sup>; Yunis A.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. JUAN GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SALTA<sup>4</sup>; HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO DE LA RIOJA<sup>5</sup>; HOSPITAL "DR. FERNANDO BARREYRO" POSADAS<sup>6</sup>  
solanapellegrini@hotmail.com

**Introducción:** La complejidad de los pacientes y procesos en UCIP multiplica el riesgo de daño involuntario. La identificación y el análisis de los EA tienen un impacto positivo en la calidad de atención. Es probable que en los próximos años la mayor oportunidad de mejora se centre en una mayor eficiencia de los recursos actuales

**Objetivo:** Describir los EA obtenidos en un estudio Multicéntrico mediante un Sistema de Registro aplicado en 4 UCIP de la República Argentina

**Diseño:** estudio observacional, prospectivo multicéntrico

**Población:** EA registrados en pacientes internados en UCIP desde 1/12/13 al 15/03/14

**Metodología:** Se desarrolló un Registro de EA, generando un instrumento con definición operativa de las variables a fin de describirlos, identificarlos, conocer su incidencia y evaluar su riesgo

**Plan de análisis:** recolección de datos disociado de la identidad de los sujetos de análisis Se identificaron las UCIP de donde provienen para analizar diferencias o similitudes. En el análisis cuantitativo, las variables continuas y categóricas fueron resumidas mediante medidas centrales y de dispersión y tablas de frecuencia

**Métodos estadísticos:** variables continuas: media y DS o mediana y rango según distribución; variables categóricas: porcentajes.

**Resultados:** EA registrados 292, 80% ocurrieron de lunes a viernes; 70% de 8 a 20 hs

**Distribución:** Por medicación 57% (3 UCIP) y 30% (1 UCIP). En la indicación (30%), dosificación (22,5%), administración (19%) y preparación (13%), Pérdida de accesos vasculares A/V (30%); Escara (18%); Extubación no programada (13%); Pérdidas de drenajes (7%); Oclusiones o desconexiones TET (4%)

**Generalidades:** Fallas humanas vs equipamiento: 93% / 7%; entre 6-38% de los EA Prolongaron la estadía; 3 EA estimados graves. EL 80% en la Estadía, 20% en Procedimientos; Detección ≤ 24hs: 70%; Por visión directa 75%, Por hoja de indicación 19%, Por monitor 6%

**Detección:** Enfermería 72% en 3 UCIP y 32% en 1 UCIP; Médicos en 3 UCIP y en 1 UCIP; Familiares 5%

**Notificación:** Médicos 77% en 3 UCIP y Enfermería 78% en 1 UCIP

**Conclusión:** Similitud en los EA registrados en los 4 centros respecto al tipo, frecuencia y distribución. Predominio de los EA relacionados con medicación. El 93% se relaciona con fallas humanas. El temor a las sanciones podría explicar la relación entre EA detectados vs reportados entre enfermeros y médicos. Presumimos subregistro de los EA. Consideramos importante el reporte y análisis de los EA para mejorar los procesos de atención en UCIP.



## TRES AÑOS DE CAPACITACION EN RCP, PROGRAMA ERA SAN JUAN

Ponce J.<sup>1</sup>; Quintero J.<sup>2</sup>

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

*rjavierponce1976@gmail.com*

RPD 89

**Introducción:** Es sabida la utilidad en capacitación en reanimación cardiopulmonar (RCP) tanto para médicos y no médicos. Desde diciembre del año 2010 se crea en la provincia de San Juan el sitio de entrenamiento del Programa ERA, con convenio con SAP matriz y la AHA a través de esta última. El cuerpo fundacional está a cargo de cuatro pediatras, tres de ellos intensivistas.

**Objetivos:**

- Mostrar el desarrollo profesional en lo que respecta a facilitadores del sitio de entrenamiento.

- Describir las actividades realizadas desde 2011 a diciembre 2013.

**Resultados:** Se han dictado 12.6 cursos por año entre los de RCP avanzada, para la comunidad y talleres, con un total de 888 personas entrenadas en RCP. Este total se reparte en 40% Familiares y amigos RCP y primeros

auxilios pediátricos, 30% PALS y 30% otros cursos (RCP en escuelas, RCP en domicilios, etc).

En lo que respecta a PALS has sido 4 cursos por año. El porcentaje de aprobados fue de 92%. La profesión de los participantes 77% médicos, 18% enfermeros y 5% kinesiólogos; género masculino 20% y femenino 80%.

La progresión de facilitadores ha sido 7 nuevos por año, teniendo a fines de 2013 25 instructores (dos de ellos de la provincia de San Luis).

**Conclusiones:** Es la finalidad de este trabajo mostrar la tarea desarrollada en San Juan. Es una propuesta generalizar el registro de todas los cursos y talleres de los sitios de entrenamiento del país para evaluar progresión de actividades y usarlo como una herramienta más para control de calidad y auditoría del trabajo.

## ENDARTERITIS AORTICA

Ponce C.<sup>1</sup>; Pujales G.<sup>2</sup>; Audisio C.<sup>3</sup>

HOSPITAL SAN LUIS<sup>1,2,3</sup>

*ponce.carlosalfredo@gmail.com*

RPD 91

**Introducción:** endarteritis aortica, patología de baja frecuencia. Representa 8 a 10% de la patología endocardica infecciosa.

**Caso Clínico:** Masc 11 meses, sibilante recurrente, ingresa, con Dx de dificultad respiratoria (NMN)/sepsis.AEA: diarrea 1 semana previa, fiebre de 72 hs de evolución .Parálisis ipsilateral derecha. Examen Físico: Parálisis de MSD, DSH leve, taquipneico con subcrepitos en ACP, sibilancias, tiraje y cianosis peribucal.TAC de cerebro normal.Rx de tórax: infiltrado intersticial difuso bilateral (imagen N°1) Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, medio interno normal. Dx al ingreso: Sepsis grave 2<sup>a</sup> a neumopatía.Tto al ingreso,Ceftriaxona/Oseltamivir/ Claritromicina. Ingresa a ARM. Acceso venoso y arterial invasivo. Transfusión de GRS.febril. Ecocardiograma: Masa en endotelio aórtico supravalvular de base ancha y móvil, en contacto con válvula sigmoides de 18mm, ecodensa. Válvula Aortica conservada .Endocardio libre. Válvula mitral y tricúspide normal. Insuficiencia tricúspide y aortica ligera. Sin lesiones congénitas. (Imagen N°2)Diagnóstico: Endarteritis Aortica, criterio Duke (2 mayores).Se agrega Vancomicina+Gentamina .Neurocirugía: RMN de cerebro c/contraste y AngioRMN+corte cervical resultado: Normal.

Presenta hipertensión arterial se medica con Nitroprusiato .Ecocardiograma, muestra Insuficiencia Valvular Aortica Severa (30mmhg). Afectación de Válvula Sigmoides por masa supravalvular. Se realiza ECG (normal). Hemocultivo + staphylococo Aureus MR Vancomicina sensible. Ecografía abdominal normal. Rx de tórax: 72hs mejoría radiológica. Ecocardiograma: Insuficiencia Aortica Severa, se asume como ACV isquémico 2<sup>o</sup> a trombo séptico, comienza con enoxaparina + Enalapril. Cumple 4 semanas de ATB, 15días desaparece vegetación en control ecocardiográfico. Al alta: trastornos deglutorios, parálisis miembro superior derecho.

**Conclusión:** 90% de los procesos infecciosos endocardicos se asocian con patología estructural endocardica, el resto, a la presencia de catéteres venosos permanentes. Solo el 8 a 10% de los casos, la EA, se relacionan con infección de la válvula aortica y mitral 2<sup>a</sup> a bacteriemia por staphylococo aureus. Complicaciones más frecuentes, la insuficiencia cardiaca congestiva la de mayor incidencia, seguido por eventos embolicos cerebrales entre otros. La ubicacion de la vegetación primaria, el germen (staphylococo) así como el tamaño (> de 10mm) son factores predictivos de eventos embolicos, pudiendo requerir abordaje quirúrgico.

## UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA

Zuazaga M.<sup>1</sup>; Selandari J.<sup>2</sup>; Mari E.<sup>3</sup>; López Cruz G.<sup>4</sup>; Romero G.<sup>5</sup>; Adén F.<sup>6</sup>; Haimovich A.<sup>7</sup>; Entin E.<sup>8</sup>; Boada N.<sup>9</sup>; Hernández A.<sup>10</sup>; Villasboas M.<sup>11</sup>; Althabe M.<sup>12</sup>; Truszkowski M.<sup>13</sup>; Vasallo J.<sup>14</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 7 8 9 10 11 12 13 14</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO, PROV. BUENOS AIRES<sup>3</sup>; HOSPITAL CEPESI EVA PERÓN, PROV. SANTIAGO DEL ESTERO<sup>4</sup>; HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS "EVA PERÓN", PROV. CATAMARCA<sup>5</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS DR. HÉCTOR QUINTANA, PROV. DE JUJUY<sup>6</sup>  
*marcelazuazaga@hotmail.com*

**Introducción:** Como parte de un Programa de Mejora en la Calidad de Atención en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs) tuvimos el objetivo de crear un sistema de registro de resultados clínicos de Unidades del país que contribuya al incremento y mejora continua en la calidad de la atención.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo, abierto, no intervencional entre cuatro hospitales del país que cuentan con Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Se analizarán los datos de todos los pacientes ingresados consecutivamente a las UCIPs sin importar la razón que motivó su ingreso, ni tiempo de internación, ni motivo de egreso. Para la selección, definición, estandarización de la recolección y análisis de los datos se realizaron: a) actividades colaborativas, b) desarrollo de sistema informático (UCIPARS) y c) un sitio web en Campus virtual del Hospital.

**Resultados:** En los resultados preliminares se analizaron 3835 registros de internación (57% varones, en total 35830 días-paciente), correspondientes a 3409 pacientes únicos.

Abarca información sobre los ingresos en un período de 21 meses (5 de julio de 2012 hasta 28 de abril de 2014) con el último egreso registrado el 29 de abril de 2014, comprendiendo 2108 casos de ventilación mecánica y 20684 días-paciente en ventilación mecánica. El tiempo de internación tuvo una mediana de 4 días (RIQ 2-10 días) y la mortalidad global de 10,7% (411 pacientes de 3835 ingresos), con una tasa de mortalidad estandarizada de 1,24 (IC99% 1.09-1,41; p< 0,001). En el análisis multivariado no se hallaron diferencias significativas en la probabilidad de supervivencia entre las distintas unidades del estudio. Se destaca que el shock y la hipoxemia refractaria son el mecanismo principal de óbito en casi la mitad de los fallecimientos.

**Conclusión:** Los resultados encontrados proporcionan indicadores basales útiles para generar estrategias de mejora en la calidad, replantear procesos de atención y evaluar el impacto de diferentes intervenciones. La comparación confidencial entre unidades ayuda a la selección de objetivos locales de mejora.

POS 92

(Opción a Premio)

## NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS

Tramonti N.<sup>1</sup>; Basilio H.<sup>2</sup>; Casaliba S.<sup>3</sup>; Murruti A.<sup>4</sup>; Guarracino F.<sup>5</sup>; Hiemadi D.<sup>6</sup>; Noman A.<sup>7</sup>; Halabe K.<sup>8</sup>; Laborde S.<sup>9</sup>; Navarro M.<sup>10</sup>; Villasboas M.<sup>11</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>  
*nidiamurti@yahoo.com.ar*

**Introducción:** Necrólisis epidérmica tóxica (NET) y síndrome Stevens-Johnson (SSJ) son un solo proceso inflamatorio muco-cutáneo inducido por drogas y/o enfermedades infecciosas y no infecciosas, que tiene severa exfoliación cutáneo-mucosa y elevada mortalidad (30-50%). Fueron descriptos como entidades separadas, pero actualmente se consideran variantes de la misma patología difiriendo por la severidad. En niños, su frecuencia es similar en ambos sexos. Para su tratamiento, suspendido el desencadenante, se sugiere internar al paciente en UCI de quemados para mejor tratamiento clínico-quirúrgico.

**Objetivo:** Describir y analizar la evolución de un grupo de pacientes con SSJ/NET admitidos en la Unidad de Quemados, entre 2003-2013.

**Población y método:** Cohorte longitudinal retrospectiva con registro de características del niño, causa desencadenante, afectación cutáneo-mucosa, tratamientos, complicaciones y mortalidad. Se analizaron factores asociados a mortalidad por análisis bivariado con STATA 9.2.

**Resultados:** Se admitieron 30 pacientes (55% masculinos), edad promedio de 8.6 años (DS4.8) y diagnósticos de SSJ (3.3%), superposición SSJ/NET (16.6%) y NET (80%), siendo el promedio de superficie cutánea afectada (SCA) de 60% (DS29.4). Las mucosas más afectadas fueron: ocular

(100%) y oral (93%). Se realizó anatomopatología en 50% de los casos. El desencadenante principal fueron las drogas anticonvulsivantes (36.6%) pero en el 16.6% no se identificó causa.

Junto al tratamiento sostén (100%), algunos niños recibieron: corticoides (43.33%), gammaglobulina (36.67% con dosis media: 2 mg/kg), ciclosporinas (3.33%), cobertura transitoria (73.3%) y escarectomía y autoinjerto (10%). Los corticoides fueron más frecuentes en quienes tenían enfermedad de base (p0.03).

Las complicaciones se dieron en pacientes con >SCA (p0.05) siendo más frecuentes: disfunción multiorgánica (20%), shock séptico refractario (10%) y afección ocular grave (10%).

La mortalidad global del 33% se asoció a > edad (p0.03), > SCA (p0.05), enfermedad de base (p0.03), complicaciones (p0.03), ARM (p.003) y sepsis (p0.01). La sepsis refractaria a P. aeruginosa y Acinetobacter sp fue la causa de muerte más frecuente.

**Conclusiones:** NET y SSJ son enfermedades con alta morbimortalidad que requieren manejo interdisciplinario. La mala evolución en esta cohorte se relacionó con la extensión del compromiso cutáneo y la presencia de enfermedad de base, junto a las complicaciones infecciosas.

RPD 94

## TRAUMATISMO ANORRECTAL POR EMPALAMIENTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Acosta D.<sup>1</sup>; Sica N.<sup>2</sup>; Panciroli R.<sup>3</sup>; Cabeza M.<sup>4</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA<sup>1 2 3 4</sup>  
diana110184@gmail.com

RPD 95

### Traumatismo anorrectal por empalamiento en paciente pediátrico

**Autores:** Sica, Nadia; Acosta, Diana N., Panciroli, Rocio, Cabeza, Marisa

#### Resumen

**Introducción:** Las lesiones traumáticas del conducto anorrectal en los niños son poco frecuentes y se caracterizan por su elevada potencialidad para condicionar infecciones si no son identificadas y tratadas oportunamente. Las heridas rectales, en general, producidas por traumatismos penetrantes se asocian a lesiones anales.

**Objetivo:** Remarcar la importancia de una sospecha temprana para el diagnóstico precoz de lesiones traumáticas infrecuentes

**Material y método:** Descripción de un caso clínico

Paciente de 5 años, con antecedente de herida cortante por objeto contuso (palo de escoba) en raíz de muslo, ya suturada y en tratamiento antibiótico. Consulta a la guardia por deposiciones líquidas no disintéricas, vómitos, hiporexia y dolor abdominal intenso. Al examen físico, decaído, deshidratado, con dificultad respiratoria leve, taquicárdico, taquinoico y con abdomen en tabla. Es evaluado por servicio de cirugía general y con diagnóstico de peritonitis fecal con perforación intestinal

por empalamiento, se realiza cirugía de Hartman seguida de internación en unidad de cuidados intensivos. Se medica con clindamicina y cefotaxime, previa toma de hemocultivos, sin rescate de germen. Pasa a sala general, desmejorando la curva febril por lo que se solicitan exámenes complementarios, donde se constata consolidación pulmonar izquierda y una colección subhepática. Se realiza punción percutánea bajo tomografía axial computada, rotándose antibióticoterapia a Vancomicina, Imipenem y Amicacina, que realiza por 21 días. Presenta múltiples complicaciones: colecciones intraabdominales de resolución médica, bronquitis obstructiva recurrente, farmacodermia y neutropenia febril. Evolucionan favorablemente, otorgándose el alta a los 42 días de internación.

**Conclusiones:** Las lesiones traumáticas del conducto ano-rectal en los niños son pocas frecuentes y difíciles de identificar cuando no se acompañan simultáneamente de lesiones evidentes en región anal. Pasan muchas veces desapercibidas, si no se instala una sospecha precoz, que es fundamental para un tratamiento oportuno, disminuyéndose así, la posibilidad de complicaciones graves e internación prolongada, con el consiguiente aumento de la morbilidad.

## A PROPÓSITO DE RILI

Bravo Serrano J.<sup>1</sup>; Moussou I.<sup>2</sup>; Felizzia G.<sup>3</sup>; Nova Y.<sup>4</sup>; Galvan E.<sup>5</sup>  
HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN BSAS<sup>1 2 3 4 5</sup>  
bravoserr@yahoo.es

RPD 96

**INTRODUCCIÓN:** La radioterapia disciplina que utiliza terapia radiante como un medio físico para producir un efecto biológico, herramienta para el tratamiento oncológico. Respuesta patológica es Lesión Pulmonar Inducida Por Radiación (RILI), con elevada morbimortalidad. La neumonitis y la fibrosis por radiación son complicaciones del tratamiento radiante afectan al 40% que reciben este tratamiento.

**OBJETIVO.** Conocer el impacto negativo de RILI. Describir un caso clínico de RILI.

**CASO CLINICO.** Paciente de 10 años, masculino, oriundo de Catamarca. Diagnóstico de Sarcoma Ewing cervicotorácico y metástasis pulmonares. Recibió quimioterapia 3er ciclo Gemcitabine Docetaxel. Febrero 2014 RADIOTERAPIA. Dos semanas al ingreso a UCIP cuadro respiratorio tratado ambulatoriamente, cultivos negativos. Empeoramiento progresivo mayor esfuerzo respiratorio e hipoxemia, ingresa UCI72, VNI mala respuesta progresando a ARM convencional, hipoxemia se proná y se coloca VAFO, a ARM convencional y logra extubación. Se rescató de BAL PCP +, resto de exámenes negativos. Descompensación hemodinámica súbita, inotrópicos y reintubación. Cardiología refiere normal. Persiste inestabilidad hemodinámica, sin rescate de germen, se realizó TAC de tórax evidenciando

neumomediastino y neumoperitoneo, drenado por cirugía cardiovascular obteniendo 120 cc de air. Mejoría parcial, 48 hs posteriores nueva descompensación hemodinámica, neumomediastino en Rx de tórax, sin respuesta a punción. Se coloca en VAFO. Ante la falta de evidencia de patología infecciosa y antecedentes de tratamiento de irradiación, se sospechó en RILI e inició pulsos con metilprednisolona. A pesar del tratamiento instaurado, el paciente presenta mala evolución y fallece luego de 36 días de internación.

**DESARROLLO.** La RILI incidencia 5 – 20% que reciben radioterapia. Consta de 2 fases, neumonitis aguda y fibrosis pulmonar. Con 3 etapas, efectos citotóxicos y cambios morfológicos y funcionales sobre neumocitos tipo I – II. Tos seca, fiebre, disnea síntomas más frecuentes hasta insuficiencia respiratoria, hipertensión pulmonar y cor pulmonar. Factores de riesgo, el más importante es la dosis de radiación. Para su diagnóstico pruebas como la TAC, función pulmonar y antecedente de tratamiento. El tratamiento la prednisona, sin existir ensayos clínicos aleatorizados.

**CONCLUSIONES.** RILI entidad con elevada morbimortalidad. Factores de riesgo para desarrollo de RILI. Pacientes de riesgo y su asociación con infecciones.

## MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA

Bravo Castaño D.<sup>1</sup>; Bianco N.<sup>2</sup>; Kussrow C.<sup>3</sup>; Ybarra J.<sup>4</sup>; Fleitas H.<sup>5</sup>; García G.<sup>6</sup>  
CLÍNICA IMEC, HOSPITAL LINCOLN<sup>1</sup>; CLÍNICA IMEC<sup>2,3,4,5</sup>; HOSPITAL LINCOLN<sup>6</sup>  
karina\_bravoc@hotmail.com

RPD 99

**INTRODUCCIÓN:** El trauma craneano (TC) muy frecuente en los niños, en muchas ocasiones no se asocia a injuria intracraneal ni a secuelas a largo plazo. Un pequeño número de niños presentan riesgo de lesiones intracraneales (LIC), discapacidades motoras, dificultades del aprendizaje y de conducta; generando numerosas consultas en la emergencia, siendo la causa más frecuente de muerte traumática. Habitualmente el 80% de los que son llevados a la consulta no requieren internación. Se utiliza la escala de Glasgow, para evaluar la severidad del trauma. El objetivo de la evaluación es identificar las LIC y prevenir la injuria secundaria. Como método diagnóstico de complicaciones se utiliza la tomografía computada cerebral (TAC), por su sensibilidad y accesibilidad en el servicio de emergencias. Sin embargo, no es inocua y conlleva a desventajas en costos y riesgos.

**OBJETIVOS:** Evaluar el manejo de TEC en niños en el área de emergencia.-Realizar un análisis epidemiológico de los mismos.

**POBLACION, MATERIAL Y METODOS:** Estudio observacional, descriptivo transversal. Niños desde 0 a 14 años con TEC, atendidos en el servicio de pediatría del hospital de la ciudad de Lincoln y Clínica IMEC de la ciudad

de Junin, desde enero hasta junio de 2014. Se registraron datos generales como: sexo, edad, causa y mecanismo del traumatismo, calificación obtenida en la escala de Glasgow y conducta aplicada.

**RESULTADOS:** Se evaluaron 62 pacientes, media de edad: 3.1 años. (Rango 1 mes-14 años). 40 fueron varones (64,5%). 27 pacientes se atendieron en el hospital de Lincoln y 35 en Clínica IMEC. 60 niños tenían Glasgow de 15/15 en la evaluación inicial, 2 pacientes presentaron Glasgow de 14/15. Los signos y síntomas más frecuentes fueron: cefalohematoma 28(45%), vómitos 4, cefalea 3. Se realizó Rx de cráneo a 13 pacientes, 10 menores de 2 años. Se solicitó TAC a 2 pacientes. 5 pacientes se internaron. Los traumas ocurrieron en su mayoría en circunstancias domésticas. 2 accidentes de tránsito. Los internados evolucionaron favorablemente. A los ambulatorios se indicó pautas de alarma y cita a control

**CONCLUSION:** De los TEC evaluados, la mayoría son leves, predominio en varones y de manejo ambulatorio. De las Rx de cráneo tomadas una gran parte fue a menores de 2 años. Se solicitó TAC de cráneo solo a 2 pacientes. La mayoría recibió analgésicos comunes y pautas de alarma. Evolución favorable en la totalidad de esta cohorte.

## DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS

Selandari J.<sup>1</sup>; Zuázaga M.<sup>2</sup>; Haimovich A.<sup>3</sup>; Entin E.<sup>4</sup>; Boada N.<sup>5</sup>; Althabe M.<sup>6</sup>;  
Acerenza M.<sup>7</sup>; Truszkowski M.<sup>8</sup>; Villasboas M.<sup>9</sup>; Hernández A.<sup>10</sup>; Vasallo J.<sup>11</sup>; Landry L.<sup>12</sup>  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>  
jselandari@intramed.net

RPD 100

**Introducción:** El incremento efectivo de la calidad requiere de la medición sistemática de resultados

### Material y métodos:

Objetivo: crear y distribuir una aplicación de base de datos que facilite y sistematice la entrada, búsqueda y recopilación de datos de resultados clínicos de UCIPs útiles para el esfuerzo de incremento continuo de la calidad

Se evaluaron diversos motores de bases de datos seleccionándose Access® (Microsoft, USA) en base a accesibilidad y desempeño. Se diseñó así una herramienta informática, gratuita, que permite al usuario final administrar los registros de la UCIP, obtener resúmenes de datos de manera instantánea e independiente. En forma centralizada y confidencial se envían a cada unidad informes comparativos con el conjunto

### Resultados

Hasta hoy la aplicación incluye, entre otros:

- Datos demográficos y de case-mix (estadía, PIM 2. tiempo de ARM, etc.)
- Mortalidad estandarizada y segmentada según grupos de riesgo predicho por PIM 2
- 450 diagnósticos
- 12 tratamientos típicos y relevantes al desempeño de la UCIP
- 9 indicadores seleccionados de calidad de atención en UCIP
- Cirugía cardiovascular que incluye complejidad estandarizada mediante categorización RACHS

- Trauma, que incluye score de Glasgow inicial en el trauma de cráneo, clasificación tomográfica del trauma de cráneo del Traumatic Coma Data Bank e índice de trauma pediátrico
- Quemados que incluye registro del mecanismo de quemadura, número de ingresos a quirófano, porcentajes de superficie quemada (A, AB y B) y el score de Garcés – Artigas de gravedad de quemaduras
- Control de calidad automático de los datos ingresados
- Reportes con listados y/o síntesis de: a) óbitos, b) diagnósticos c) tratamientos d) indicadores de calidad y e) cirugía cardiovascular
- Capacidad de búsqueda de pacientes o grupos de pacientes por número de historia clínica, apellido (completo o parcial) o entre fechas de ingreso
- Informe de "Síntesis global", completo o entre fechas de ingreso, para pantalla o impresión. Incluye más de 50 variables y datos estadísticos
- Salidas compatibles con Excel® y paquetes estadísticos
- Etc.

**Conclusión:** Todo desarrollo de software y/o incremento de la calidad es siempre un "trabajo en proceso", especialmente en sus primeras etapas. Tras 20 meses de proceso y uso continuado, UCIPARS, un emprendimiento colaborativo entre personas a la vez desarrolladores y usuarios, parece útil para la gestión, incremento de la calidad, investigación y docencia en la UCIP.

## ANÁLISIS DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Rodríguez E.<sup>1</sup>; Carmona R.<sup>2</sup>; Pellegrini S.<sup>3</sup>

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

*edgardoalerodriguez@gmail.com*

RPD 101

**Objetivo.** Evaluar 8 indicadores de Nivel de Comunicación entre el Personal de UCIP

**Metodología.** Cuestionario cerrado de 8 indicadores de Comunicación, con 5 Opciones de Respuesta: Nunca-Casi Nunca-A veces-Casi Siempre-Siempre

**Re codificación de respuestas:** Nunca/Casi Nunca=Negativo; A veces=Neutro; Siempre/Casi Siempre=Positivo

**Población Encuestada:** todo el personal de UCIP

**Resultados. Encuestados 323 /Tasa de Respuesta: 54% (176/323) / Distribución: Enfermería: 45,40%; Médicos: 42,61%; Kinesiólogos: 6,25%; otros: 5,74%**

**Respuestas positivas:**

Reiteración de las órdenes verbales del personal que las recibe a quien la emite para confirmar que ha sido bien comprendida (41,71%)

Elaboración de informes o resúmenes con toda la documentación y no de memoria (53,1%)

Cuando se reciben indicaciones verbales quien las recibe las anota en el documento clínico correspondiente (53,84%)

Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que el paciente recibe (69,65%)

Todos los cambios de medicación (57,32%) o cualquier información que afecte el diagnóstico del paciente (60,62%) son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente

Antes de que firme el consentimiento informado, se pide a los padres que repitan lo que han entendido de las explicaciones (43,38%)

La información transmitida en el pase de guardia es clara, precisa y se realiza sin interrupciones (45,45%)

**Conclusiones.** Es necesario fortalecer la comunicación entre los miembros del equipo de salud en todas las etapas de la atención de la UCIP

Se debe prestar especial atención en la transmisión de órdenes verbales, interrupciones durante los pases y la información brindada a los familiares

No se observaron diferencias significativas en el análisis discriminado de las respuestas del personal médico y de enfermería

## EXTRAÑO CASO DE CONCOMITANCIA ENTRE INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL Y CLOSTRIDIUM BOTULINUM EN UN PACIENTE DE 2 MESES DE EDAD

García C.<sup>1</sup>; Marquez R.<sup>2</sup>; Zapata V.<sup>3</sup>

SANATORIO ARGENTINO<sup>1,2,3</sup>

*drgarciasanchezcristian@hotmail.com*

RPD 102

**Introducción:** Bronquiolitis es una bronconeumonía viral provocada por el Virus Respiratorio Sincicial (VSR) en un 75% de los casos, afecta a menores de 1 año de edad, comienza con síntomas de infección de vía respiratoria superior progresando a taquipnea, retracciones torácicas y sibilancias, la radiografía de tórax muestra hiperinsuflación pulmonar, evoluciona en 3 a 10 días aunque hay casos descritos de de insuficiencia respiratoria prolongada durante meses. La bibliografía reporta que tan solo un 3 a 5% de la infección por VSR puede dar como complicación una Rombo encefalitis.

El Botulismo es producido por la llegada y proliferación del esporo de Clostridium Botulinum en la luz intestinal con liberación gradual de toxina botulínica, se presenta en menores de 6 meses de edad y el síntoma precoz y constante es constipación, luego se instala hipotonía progresiva con disminución o abolición de reflejos profundos y signos de insuficiencia respiratoria realizándose el diagnóstico con la detección de Clostridium Botulinum en materia fecal y de exotoxina en plasma.

**Objetivo:** Documentar la presentación de un caso de coinfección entre Virus Sincicial Respiratorio y Clostridium Botulinum

**Resultado:** Paciente de 2 meses de edad previamente

sano que comienza con síntomas de infección respiratoria superior progresando con dificultad respiratoria valorado en guardia donde se decide internar, ingresando con Insuficiencia Respiratoria por lo que comienza con Ventilación Mecánica (VM) bajo sedoanalgesia. Se recibe informe de Viroológico de Secreciones Nasofaríngeas (+) para VSR presentando buena evolución a las 48hs por lo que se decide discontinuar VM por lo que se suspende sedoanalgesia sin obtener a las 24hs de esto respuesta neurológica por lo que se plantean diagnósticos diferenciales. Se realiza Electroencefalograma (EEG) que se informa hipovoltado, se realiza Resonancia Magnética Nuclear (RMN) que se informa como normal y se toman muestras de materia fecal y plasma para detección de toxina botulínica las que se informan como positivas ambas muestras. Se realiza traqueotomía, nueva RMN a los 20 días que se informa con signos de Rombo encefalitis; actualmente 2 meses de internación, con escasa respuesta neurológica y en vía de internación domiciliaria

**Conclusión:** La tendencia actual es la de realizar un diagnóstico unicista, pero en este paciente se da la rara concomitancia no reportada en la bibliografía de coinfección entre VSR y Clostridium Botulinum.

## CRISIS SUPRARRENAL AGUDA VS SHOCK SEPTICO: PROPOSITO DE UN CASO

Changoluisa Ruiz A.<sup>1</sup>; Cruz L.<sup>2</sup>

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

drayadichang@hotmail.com

RPD 103

**Introducción:** La corteza suprarrenal produce dos hormonas los glucocorticoides y mineralcorticoides. En la insuficiencia suprarrenal hay una incapacidad de producir suficientes cantidades de esteroides suprarrenales requeridos para satisfacer las demandas fisiológicas. La causa más común de la insuficiencia suprarrenal primaria adquirida en países desarrollados es por la producción de autoanticuerpos (más comúnmente 21 hidroxilasa) causan la destrucción de la corteza suprarrenal.

La enfermedad de Addison es una insuficiencia suprarrenal primaria esta podría estar presente por meses o años sin diagnóstico y ante un stress desencadenarse la crisis suprarrenal aguda. Los pacientes presentan dolor abdominal, fatiga, e hipotensión refractaria, hiperpigmentación, hiperkalemia, e hiponatremia y cuadros severos de alteración hemodinámica símil cuadros de shock séptico.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de un paciente debut de una crisis aguda de insuficiencia suprarrenal.

**Caso:** Niño de 12 años con shock hipovolemico por deshidratación secundaria a gastroenteritis de una semana de evolución, con hipotensión arterial, taquicardia taquípnea y fiebre mas hipoxemia además de hiperpigmentación de encías, manos, nodillos y pies. Recibe tratamiento estándar de shock hipovolemico por sospecha de sepsis con requerimiento de inotrópicos y ATB de amplio espectro. En la UCI se realizaron otros estudios como hormona ACTH alta y cortisol bajo sodio en orina y potasio en orina que confirmaron el diagnóstico de crisis aguda de insuficiencia suprarrenal primaria, las concentraciones de T4 y TSH fueron normales.

**Conclusión:** Actualmente la Insuficiencia Suprarrenal sigue siendo causa importante de mortalidad. Ante la clínica de shock junto a la hiperpigmentación de la piel y mucosas es necesario pensar en el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal. El tratamiento es la administración de de hidrocortisona en dosis variables según la edad.

## UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR

Latella A.<sup>1</sup>; Boto A.<sup>2</sup>; Cagnasia S.<sup>3</sup>; Curi C.<sup>4</sup>; Della Corte M.<sup>5</sup>; Hualde G.<sup>6</sup>; Carrafanq J.<sup>7</sup>; Moreno R.<sup>8</sup>; Rino P.<sup>9</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,9</sup>; HOSPITAL VILELA ROSARIO<sup>3</sup>; HOSPITAL DE LA SANTISIMA TRINIDAD CORDOBA<sup>4</sup>; HOSPITAL GARRAHAN<sup>5,6,7</sup>; SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA<sup>8</sup>  
anto5873@yahoo.com.ar

RPD 104

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

**Objetivos:** Describir resultados preliminares (1ra parte) de un curso a distancia de MEP dirigido a médicos y enfermeros, a nivel nacional, con certificación del H. Garrahan y la S.A.P. El requisito de certificación fue cumplir con 70 % de aprobación en los exámenes.

**Material y métodos** Se describe la 1ra parte de un curso que se desarrolló durante 2012 y 2013. La duración de la 1ra parte (2012) fue 8 meses. Contó con sedes en C.A.B.A., Córdoba y Rosario.

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

presentación de las clases en PowerPoint y se adjuntó material bibliográfico.

**Resultados** En la 1ra parte se inscribieron 243 alumnos. 44% del interior del país, 5,3% fueron varones, 4,9% fueron enfermeros. Se brindaron 26 clases teóricas de 90 minutos cada una. Intervinieron como docentes 32 especialistas clínicos, 1 especialista quirúrgico y 4 licenciados en enfermería. Se realizaron 2 evaluaciones al promediar y finalizar el programa, tuvieron 40 preguntas multiple choice cada una. Rindieron los exámenes 150 alumnos (61,72%) y todos (100%) aprobaron.

**Conclusiones** Este programa, como otros que se realizan, intenta favorecer el crecimiento y desarrollo de la MEP. Está pendiente analizar la 2da parte del programa y la encuesta de opinión. Los resultados y la incorporación de nuevas sedes en otras provincias alientan la continuidad del programa. Consideramos que como parte de la educación continua de la MEP se debe proseguir con este tipo de cursos.

**LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)**

**PO 105**

Selandari J.<sup>1</sup>; Zuázaga M.<sup>2</sup>; López Cruz G.<sup>3</sup>; Mari E.<sup>4</sup>; Adén F.<sup>5</sup>; Romero G.<sup>6</sup>; Haimovich A.<sup>7</sup>; Entin E.<sup>8</sup>; Boada N.<sup>9</sup>; Althabe M.<sup>10</sup>; Villasboas M.<sup>11</sup>; Hernández A.<sup>12</sup>; Truszkowski M.<sup>13</sup>; Vasallo J.<sup>14</sup>  
 HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P GARRAHAN<sup>1 2 7 8 9 10 11 12 13 14</sup> ; HOSPITAL CEPSE EVA PERÓN, SANTIAGO DEL ESTERO<sup>3</sup>; HOSPITAL MUNICIPAL DE NIÑOS DE SAN JUSTO PROV. BUENOS AIRES<sup>4</sup> ; HOSPITAL DE NIÑOS DR. HÉCTOR QUINTANA, JUJUY<sup>5</sup> ; HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS "EVA PERÓN", CATAMARCA<sup>6</sup> ;  
 jselandari@intramed.net

**Introducción:** La desnutrición es un factor causal significativo de mortalidad de niños en el mundo y se reconoce como un factor independiente de mortalidad en adultos en estado crítico. Sin embargo prácticamente no se ha estudiado el peso de la desnutrición como factor de riesgo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

**Material y métodos:** Investigación retrospectiva de UCIPARS: Registro multicéntrico de resultados clínicos de UCIPs Argentinas que incluye los ingresos de 9 UCIPs de nivel terciario de hospitales del país. Se analizarán los datos de todos los pacientes ingresados consecutivamente a las UCIPs sin importar la razón que motivó su ingreso ni tiempo de internación ni motivo de egreso. Se seleccionaron todos los pacientes menores de 1856 días de vida (5 años y 29 días de edad) y se excluyeron los pacientes ingresados a la UCIP especializada en postoperatorio cardiovascular y los registros sin edad y/o < 29 días de vida y/o sin peso y/o sin fecha de egreso y los con score de Z para peso/edad >2 (sobrepeso y/u obesidad). Se calculó el score de Z de cada registro a través de los datos de la OMS para peso/edad, con el modelo LMS de Cole y Green. Se construyó un modelo multivariado de regresión logística con mortalidad como variable de resultado y PIM-2, score de Z, sexo, días de ARM y días de estadía en UCIP como variables predictivas mediante el procedimiento de las significaciones sucesivas.

**Resultados:** Se hallaron 3835 registros correspondientes a un periodo de 21 meses (5 de julio

de 2012 hasta 28 de abril de 2014). Se excluyeron 568 registros de la UCIP especializada en postoperatorio cardiovascular, 17 registros sin edad, 21 con < 29 días de vida, 1389 con más de 1856 días de vida, 23 sin peso, 41 sin fecha de egreso y 154 con score de Z para peso/edad >2 (sobrepeso y/u obesidad) quedando para análisis 1622 registros. En el análisis multivariado la regresión logística todas las variables incluidas excepto el sexo tuvieron una asociación significativa e independiente con la mortalidad. LR chi2(6) = 264,33 Prob > chi2 = 0,000 Log likelihood = -438,9 Pseudo R2 = 0,23.

	Odds Ratio	p	IC95%
PIM_2	68,9	0,0000	31,3 - 151,7
Z	0,92	0,0311	0,86 - 0,99
Sexo	0,82	0,2873	0,58 - 1,2
ARM	4,82	0,0001	2,24 - 10,35
DiasdeARM	1,16	0,0000	1,09 - 1,24
DiasInt	0,85	0,0000	0,81 - 0,91
_cons	0,02	0,0000	0,01 - 0,06

**Conclusión** Se halló que por cada punto que desciende el score de Z aumenta cerca de un 9% el riesgo de morir, en forma independiente del PIM-2, sexo, días de ARM y días de estadía en UCIP

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TRAUMA GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN UTIP

Flores D.<sup>1</sup>; Farfan J.<sup>2</sup>; Mendez G.<sup>3</sup>

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA<sup>1,2,3</sup>

*docdorisflores@gmail.com*

RPD 106

**INTRODUCCIÓN:** Los traumas pediátricos constituyen un desafío para la salud debido a la gran morbimortalidad que ocasionan, repercutiendo en la familia, la sociedad y la economía de un país. Según la OMS y UNICEF mueren por día más de 2000 niños debido a lesiones no intencionales, y por año se internan millones con lesiones que a menudo generan discapacidad permanente

**OBJETIVO:** Analizar variables epidemiológicas de las lesiones por trauma grave en ptes internados en UTIP del HPMIS del 01/01/2011 a 30/04/2014

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo. Se revisaron historias clínicas de ptes entre 1 mes-14 años (agrupados < 1a, 1 -4a, 5 -10 y >10 años), admitidos en UTIP con lesiones traumáticas graves. Se definió TRAUMA GRAVE a aquel cuya cinética puede generar al menos una lesión capaz de poner en riesgo la vida

**RESULTADOS.** Se estudiaron 124 ptes, 60% eran varones. La edad X 6,8 años. Los más afectados fueron los <4 años (36%), seguido por >10 años (33%). El 43% ocurrió en verano. 53% fueron derivados del interior de Salta. El lugar de ocurrencia más frecuente fue el Hogar 54%, seguido por Vía pública 37%, rural 6,5% y escolar 2,4%. Los traumas en el hogar predominaron en menores

de 4 años, mientras que los restantes en >5 años. Las quemaduras fueron más frecuentes en el grupo de 1-4 a, el fuego directo fue la causa principal, seguido por líquidos calientes y eléctricos

Las caídas fueron el principal mecanismo de trauma 34% (caídas de altura la más frecuente 14%), seguidos por accidente tránsito 32% (autos y motos 12% c/u), quemaduras 14%, patada de caballo 4%, casi ahogamiento y aplastamiento 2,4% c/u, mordedura can y arma de fuegos 1,6% c/u y otros 7%. Los acc. de tránsito predominaron en ptes del interior.

El tiempo X de internación fue 7,3 días (r 0-45 d), mediana 5 d. Las lesiones predominantes fueron: TEC 42% (40% de los < 4 a), POLITRAUMA 33% (46% de > 5 años).

Se uso ITP en 24/124 ptes (13 eran acc. tránsito). Score Glasgow en 60 %, (más usado en acc de tránsito y caídas) La mortalidad fue 10% (13/124), 50% en ptes del interior. Las causas: TEC 8, Poli trauma 4 y ahogamiento 1pte

**CONCLUSIONES:** Se vio predominio de varones. El Hogar fue el sitio de mayor riesgo para < 4 a y la Vía pública para >5 a. Las caídas constituyeron el mecanismo de mayor incidencia, seguido por accidentes tránsito.

## GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS EGRESADOS DE UN ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)

Santos S.<sup>1</sup>; Codermat M.<sup>2</sup>; Rufach D.<sup>3</sup>; Debaisi G.<sup>4</sup>

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

*snsantos@arnet.com.ar*

RPD 107

**Introducción:** La atención en la Terapia Intensiva (TI) ha cambiado de la concepción de cuidados basados en el paciente al de cuidados centrados en la familia (CCF). Las filias. tienen un rol activo en el cuidado del niño, su percepción sobre la atención brindada por el equipo de salud (ES) es considerada al momento de evaluar la calidad de atención.

**Objetivo:** estimar el grado de satisfacción de filias. con niños con internación prolongada en relación a calidad de atención recibida en UCIM del Htal Elizalde. Material y métodos: se incluyeron filias. de niños internados en UCIM desde 1/01/11 que permanecieron >30 días y egresaron antes del 1/01/14. Estudio observacional, de corte transversal mediante encuesta de opinión estructurada a filias. el cuestionario Picker's Pediatric Acute Care. Se seleccionó la población mediante la búsqueda en registros de internación, la entrevista fue realizada por un entrevistador independiente. La encuesta contiene 37 preguntas en 8dominios: impresión general (IG); accesibilidad y disponibilidad de médicos y enfermeras (AyD); consideración y respeto (CyR); coordinación e integración de los cuidados (Cel); información y comunicación (IyC); relación entre padres y ES (R); confort físico (CF) y continuidad de los cuidados (CC).

A cada respuesta se le otorgó un puntaje, cuya suma permitió calcular la satisfacción total y por dominios.

**Resultados:** 28 ptes egresaron luego de permanecer internados >30 días, 8 fallecieron y fue posible localizar a 13, asistiendo a la entrevista 11. El puntaje de satisfacción general fue 84 (IC95% 75.2-92.9). Los puntajes por dominios fueron IG: 77 (IC95% 70.4-84.1), AyD 85 (IC 95% 46.4-100), CyR 79 (IC95% 68.4-89.7), Cel 82 (IC95% 67.4-97.4), IyC 76 (IC95% 61.8-90), R 90 (IC95% 85.3-96.5), CF 82 (IC95% 63.4-100), CC 97(IC95% 93.6-100). Los dominios IyC e IG muestran aspectos por mejorar. El 100% recomendaría la UCIM a familiares y amigos y consideró que los médicos escuchaban sus comentarios y sugerencias.

**Conclusiones:** Valoramos mediante una encuesta piloto la satisfacción en una población que egresa luego de una internación prolongada en UCIM. La construcción de la confianza en el ES involucrado con los cuidados y seguimiento del pte en internaciones prolongadas y la organización e informantes vinculados al egreso se destacan como importantes. Los CCF durante la internación pueden contribuir a una mayor satisfacción, en especial la política de permanencia de visitas que surge como un aspecto a mejorar.



## VIVENCIA DE LA FAMILIA DE UN NIÑO QUE REGRESA A LA CASA COMO DEPENDIENTE DE TECNOLOGÍA(DT) LUEGO DE UNA INTERNACIÓN PROLONGADA

RPD 108

Santos S.<sup>1</sup>; Codermat M.<sup>2</sup>; Rufach D.<sup>3</sup>; Debaisi G.<sup>4</sup>

HTAL ELIZALDE<sup>1 2 3 4</sup>

snsantos@arnet.com.ar

**Introducción:** El desarrollo de la terapia intensiva permite la sobrevivencia de niños con enfermedades graves y un número cada vez mayor egresan DT. Es deseable egresar los niños DT del Htal para permitir su desarrollo en el ámbito familiar en condiciones seguras y evaluar desde la perspectiva familiar cómo viven los padres la continuidad de los cuidados al regresar a sus hogares, la integración en el medio familiar luego de una internación prolongada y el egreso con una condición clínica de mayor complejidad a la previa a la enfermedad que motivó su ingreso.

**Objetivo:** evaluar dificultades al alta de las familias de pacientes provenientes de niños DT luego de una internación prolongada en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM). Evaluar percepción familiar de logros y limitaciones del niño durante su estadía en la casa luego de una internación prolongada en UCIM.

**Material y métodos:** diseño observacional, analítico, corte transversal mediante una encuesta de opinión semi-estructurada con respuestas abiertas. Se incluyeron niños internados desde 01/01/2011 que permanecieron >30 días en UCIM del Htal. Elizalde y egresaron como DT antes de 1/1/14. La entrevista fue realizada por un entrevistador independiente. La encuesta evalúa: ámbito

del cuidado del niño, profesional y no profesional en su domicilio; percepción actual de los padres de la salud de los niños; vivencia familiar frente al cuidado de un niño DT. Se realizó un análisis cuali-cuantitativo del contenido de las encuestas.

**Resultados:** 28 pacientes egresaron luego de permanecer internados >30 días, 8 fallecieron y fue posible localizar a 13, asistiendo a la entrevista 10. Entre las dificultades detectadas al alta se observa la falta de un adecuado número de profesionales para el cuidado domiciliario. El 40% de los niños DT carece de profesionales para su cuidado, pero solo 33% cuenta con enfermería 24hs. Del 60% un 66% tiene kinesiólogos y 33% tiene médico, kinesiólogo y enfermero. Si bien algunos padres describen mayor autonomía que al egreso, la mayoría persiste con la misma DT. Todos coinciden en la percepción del progreso social y madurativo del niño en su reinserción en el hogar.

**Conclusión:** Los niños que permanecieron largo tiempo en UCIM y que devienen en DT reciben al regresar a sus hogares un menor nivel de atención de salud en relación al esperado y solicitado por el equipo tratante de UCIM. No obstante los padres sienten que los niños están mejor.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UCI

RPD 109

Carmona R.<sup>1</sup>; Betiger D.<sup>2</sup>; Zuazaga M.<sup>3</sup>; Pellegrini S.<sup>4</sup>; Rodríguez E.<sup>5</sup>

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

RODRIGOCARMONA78@GMAIL.COM

**Introducción:** Uno de los principales eventos adversos (EA) en la atención del paciente de UCI son las extubaciones no programadas (ENP). Éstas son de potencial gravedad por las posibles complicaciones inmediatas que comprometen la vida del paciente (desaturación grave, intubación dificultosa, neumotórax, PCR). Las mejoras en la calidad de atención representan uno de los pilares del tratamiento del paciente crítico, por lo que analizar el contexto de extubaciones no programadas para prevenirlas es una conducta que podría mejorar los resultados.

**Diseño:** descriptivo, observacional, transversal, prospectivo-retrospectivo.

**Descripción:** Primero se consultó la base de datos de la UCI desde 01/12/12 al 31/11/13: se encontraron 39 ENP, se revisaron sus historias clínicas (HC) y se observó que sólo en 15% de ellas había una reseña de la extubación en la evolución diaria del paciente. A su vez, en su mayor parte la referencia se encontró en el reporte de enfermería y en sólo 2 casos en el informe médico. Luego, se inició una fase prospectiva, desde el 01/12/13 hasta el 30/05/14

**Resultados:**

- Se registraron 21 ENP en 18 pacientes. 1 paciente sufrió 3 eventos.
- El 68 % fueron varones
- El 75 % se produjo en pacientes menores de 2 años

- La mediana de peso fue de 5.4 kg (rango de 3.2 a 70 kg.) y el 75% de los pacientes pesaban menos de 10 kg.
- El promedio de eventos durante los días hábiles y feriados fue igual: 1 evento cada 10 días
- El 66% de los casos se produjeron durante los primeros 5 días de internación y la misma proporción durante la 1ª semana de asistencia respiratoria mecánica (ARM), que, en todos los casos fue ARM convencional.
- 63 % recibía 2 o más drogas de sedoanalgesia y el 37 % tenía dosis en descenso o intermitente.
- 60 % ocurrió durante la estadía, 20 % estaban en fase de destete de ARM
- El 80% (19/21) requirió re-intubación inmediata y sólo 1 caso pudo ser rescatado con VNI.
- Solo el 30% de los casos tenía alguna reseña en la evolución diaria de su HC

**Conclusiones: en nuestra experiencia los menores de 2 años y/o menores de 10 kg. están más predispuestos a la ENP. No hay diferencias de ocurrencia entre días de semana y feriados. La mayoría de los pacientes tiene 2 o más drogas de sedoanalgesia. En la etapa de estadía se producen la mayor parte de los eventos, sobre todo en la primera semana de ARM. La gran mayoría de los pacientes requirió reintubación, con el riesgo de neumonía asociada a ARM y aumento de la mortalidad que ello implica.**

## ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA ÓSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Torres S.<sup>1</sup>; Iolster T.<sup>2</sup>; Siaba Serrate A.<sup>3</sup>; Longo P.<sup>4</sup>; Kusminsky G.<sup>5</sup>; Schnitzler E.<sup>6</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
storres@cas.austral.edu.ar

RPD 112

**Introducción:** El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un tratamiento potencialmente curativo para una variedad de desordenes congénitos y adquiridos de niños y adultos, que incluyen a patologías oncológicas y no oncológicas. El ingreso a UCIP de esta población centrado en los factores predictores de morbilidad y supervivencia continua siendo controversial.

**Objetivos:** Analizar los factores predictivos de morbilidad y supervivencia de pacientes trasplantados de medula ósea pediátricos admitidos en UCIP.

**Diseño:** Observacional, analítico de una cohorte retrospectiva.

**Material y Métodos:** Revisión y análisis retrospectivos de historias clínicas computarizadas de pacientes pediátricos (1 mes a 18 años) de niños trasplantados de células hematopoyéticas desde 01/01/2003 al 31/12/2013 admitidos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en el Hospital Universitario Austral.

**Resultados:** Sobre 127 trasplantes de medula ósea (119 pacientes) 53 pacientes fueron admitidos a UCIP (22 niñas y 31 niños) .31 alogénicos no relacionados,

17 alogénicos relacionados y 5 auto logos. La mediana de edad fue de 11 años (Rango 14 meses- 18 años). La causa más frecuente de admisión fue sepsis 70% (n=37) con rescate de germen en 29 oportunidades. 21(40%) pacientes tuvieron falla respiratoria aguda y 18 de ellos requirieron asistencia con presión positiva, siendo 12 con Ventilación no invasiva (VNI) y 9 con invasiva (3 previos en VNI) .6 pacientes sufrieron ictus neurológicos.

Tras el análisis multivariado solo EICH (OR 1,92, IC 95%: 1.46 a 2,53) Tipo de trasplante no relacionado (OR 1.23, IC95% 1.18 a 1.69) y desnutrición previa (OR: 1.34, IC 95% 1.078-2.74) se asociaron de manera estadísticamente significativa a mortalidad.

El análisis global de sobrevida al año del trasplante de la población que ingreso a UCIP (n = 53) fue del 56.66%.

**Conclusiones:** El TPH en niños implica complicaciones potencialmente mortales que requieren cuidados críticos. La enfermedad injerto vs huésped, trasplante no relacionado y desnutrición previa son predictores de mortalidad. Es recomendable que el equipo de salud tratante tenga entrenamiento en cuidados intensivos o fácil acceso a los mismos

## TEP O NO TEP

Petrora W.<sup>1</sup>; Hernandez A.<sup>2</sup>; Brusca S.<sup>3</sup>; Galvan E.<sup>4</sup>; Latini B.<sup>5</sup>; Buamscha D.<sup>6</sup>  
GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
walterpetrora@hotmail.com

RPD 113

**Introducción:** El tromboembolismo pulmonar es definido como la obstrucción parcial o total del lecho vascular de la arteria pulmonar. Es un trastorno poco común en pediatría y en muchas ocasiones es subdiagnosticado. Se desarrolla luego de la formación de un trombo que circula a través de la aurícula y el ventrículo derecho a la circulación pulmonar. El trombo provoca la oclusión de algún vaso e impide la perfusión de los alvéolos distales generándose un aumento del espacio muerto e hipoxia. Entre los factores predisponentes se encuentran los catéteres endovenosos, tumores, enfermedades cardíacas congénitas, trombofilia, infecciones, inmovilización prolongada, traumatismos y cirugías.

La clínica varía dependiendo de la extensión de parénquima comprometido, generalmente cursa con síntomas inespecíficos y muchas veces es asintomática.

**Objetivo:** Presentar un caso de tromboembolismo pulmonar como complicación postquirúrgica de un abdomen agudo quirúrgico y actualizar procedimientos

diagnósticos y terapéuticos.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 15 años que cursando el periodo inmediato postquirúrgico de resección intestinal secundaria a vólvulo intestinal presentó mala evolución con signos de insuficiencia respiratoria, con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica convencional y de alta frecuencia con altos parámetros. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar por la mala evolución del cuadro respiratorio se realizó Angiotomografía. Recibió como tratamiento Heparina de bajo peso molecular y Activador tisular del Plasminógeno Antecedentes personales: cirugía correctiva de coartación de aorta e insuficiencia mitral severa a los 5 meses de vida, y Linfoma T Subcutáneo a los 11 años en remisión completa.

El tromboembolismo pulmonar es una patología poco frecuente en pediatría con alta morbilidad por lo que ante la sospecha clínica mas factores de riesgo y un diagnóstico precoz son fundamentales.

## SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO EN RECIEN NACIDOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Krynski M.<sup>1</sup>; Montonati M.<sup>2</sup>; Althabe M.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA J P GARRAHAN<sup>1 2 3</sup>  
marikrynski@hotmail.com

RPD 114

**Objetivo:** describir las características clínicas y demográficas de los recién nacidos con cardiopatías congénitas, modo de presentación, momento diagnóstico y predictores de evolución.

**Lugar:** unidad de cuidados intensivos cardiovasculares del hospital de Pediatría "J P Garrahan"

**Diseño:** retrospectivo

**Pacientes y métodos:** se incluyeron todos los pacientes menores de 45 días que ingresaron en UCI35 entre 2007 y 2011. Se registraron datos demográficos, momento del diagnóstico (prenatal, durante la internación neonatal, posterior al alta), síntoma principal (cianosis, shock, soplo, ICC), condición clínica (estable, crítico) y concordancia diagnóstica. También se recabaron datos sobre el tipo de reparación quirúrgica y evolución postoperatoria. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y se exploraron como factores de riesgo de mortalidad el momento diagnóstico y la condición clínica al ingreso (Stata 10.0).

**Resultados:** Se incluyeron 299 pacientes con edad gestacional de  $38 \pm 1.5$  s y peso de nacimiento  $3,22 \pm 0,6$  kg. El 40% provenía de BsAs, 7% de CABA y 53% de otras provincias, 19% tenían obra social. En 7% de los

pacientes se realizó diagnóstico prenatal, en 67% durante la internación y en 26% luego del alta conjunta. La forma de presentación más frecuente fue cianosis (68%), seguido de soplo (15%), shock (9%) e ICC (8%). La cardiopatía más frecuente fue TGV (30%) seguido de ATRV (16%) e Hipoplasia de VI (15%). El 53% ingresó con ARM e inotrópicos y/o PG. En 266 (88%) se realizó algún tipo de reparación quirúrgica, 26 pacientes (8%) fallecieron antes de cirugía y 7 (2,3%) fueron desestimados para reparación. La distribución por RACHS fue 1% (R1), 15% (R2), 40% (R3), 31% (R4) y 13% (R5/6). La mortalidad postoperatoria fue 12.9% (la mitad eran ventrículos únicos). Ni el diagnóstico tardío, ni la presencia de ARM y/o Inotrópicos al ingreso se asociaron significativamente con mayor mortalidad postoperatoria.

**Conclusiones:** El nº de recién nacidos con diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita es muy bajo en nuestra serie y el 25% se diagnosticó con posterioridad al alta conjunta. Si bien el diagnóstico tardío no se asoció con mayor mortalidad postoperatoria, un 8% de los pacientes con posibilidad de reparación falleció antes de realizarse la cirugía.

## SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR RATICIDAS

Bruera M.<sup>1</sup>; Cabrerizo S.<sup>2</sup>; Mendez M.<sup>3</sup>  
HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS; Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica<sup>1</sup> ;  
Servicio de Toxicología<sup>2 3</sup>  
MAJOBRUERA@GMAIL.COM

RPD 115

**Objetivo:** Dar a conocer un caso de Shock Hipovolémico de presentación poco frecuente

**Descripción del caso:** Niño de 14 años de edad, que consulta por vómitos y dolor abdominal de 6 días de evolución. Se le aplica metoclopramida IM en glúteo izquierdo y con laboratorio normal se indica control ambulatorio.

Consulta a las 48hs con igual sintomatología, agregando dolor glúteo, palidez generalizada, petequias y hematuria; se lo interna con sospecha de enfermedad hematológica.

Durante el primer día de internación, presenta shock hipovolémico con aumento de tamaño del glúteo y muslo izquierdo. Con caída del hematocrito y coagulación alterada, requiere reposición con cristaloides, transfusión con GRD, plasma y traslado a UTIP.

Ante el déficit de la coagulación, con el resto del laboratorio normal, y un interrogatorio dudoso, se

sospecha intoxicación con raticida. Se solicita factores de coagulación II, V, VII y X, y dosaje de superwarfarinas, con alteración de los mismos y presencia de brodifacoum en suero. Se indica tratamiento con vitamina K 40mg/día. A los 11 días de internación se normalizan los valores de factores de coagulación. Surge el antecedente de ingesta voluntaria y reiterada de pequeñas cantidades de cebos raticidas durante un tiempo aproximado de 4 meses.

Es evaluado por el servicio de psiquiatría y se medica con risperidona y carbamazepina. Continúa tratamiento con vitamina K en forma ambulatoria con controles por los servicios de toxicología, hematología y psiquiatría.

**Conclusión:** Considerar como diagnóstico probable la intoxicación con raticidas anticoagulantes, ante un paciente con sangrado o alteraciones de la coagulación. Tener en cuenta la ingesta intencional de tóxicos en la población pediátrica y adolescente.

## PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP

Alvarez W.<sup>1</sup>; Chuchuy S.<sup>2</sup>; Rua W.<sup>3</sup>; Ovando P.<sup>4</sup>; Guzmán Y.<sup>5</sup>; Folco L.<sup>6</sup>; Sanchez Y.<sup>7</sup>; Velazquez G.<sup>8</sup>; Fernandez M.<sup>9</sup>

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
wmalvarez16@gmail.com

RPD 116

**Introducción.** La Vmp es una de las estrategias terapéuticas de UTIP que llevan al paciente a situación de alta morbi-mortalidad; los terapistas intensivos debemos estar alerta ante tal circunstancia y para ello es necesario contar con armas preventivas para lograr el destete rápido, disminuir Infecciones y obtener mejor resultados de mortalidad.

**Objetivos.** Determinar las características de una población pediátrica con VMp; determinar variables cualitativas y cuantitativas asociadas a la misma; mortalidad.-

**Material y método.** Se realizó una revisión retrospectiva, de corte transversal, de HC de pacientes pediátricos admitidos en una UTIP de la provincia de Salta desde diciembre 2012 a diciembre 2013 con VM mayor a más de 10 días.-

Se registró las variables edad, sexo; VNI previa, así como transfusiones y uso de inotrópicos en las primeras 48hs de ingreso a VM; mortalidad del grupo y patología de ingreso

diferenciando origen respiratoria y no respiratoria.-

**Resultados.** Se identificó una cantidad de 56 pacientes con VMp; la media de edad fue de 40 meses, con desvíos de 1 mes y 180 meses; predominó el sexo masculino con un 64,2%; se registró que el 73,2% ingreso directamente a VM; y solo el 26,7% tuvo ingreso previo a VNI; el 69,4%(39) presentó uso de inotrópicos y el 58,3%(32) transfusión con hemoderivados en las primeras 48hs; la patología de ingreso fue de un 41% de respiratoria vs. un 59% no respiratoria; la mortalidad fue del 16%(9).-

**Conclusiones.** En nuestra población se observó una tendencia similar a de trabajos realizados sobre todo en relación al uso de transfusiones e inotrópicos como factores predictivos de VMp.-

La VMp va asociada a aumento de las infecciones IH y la mortalidad así como aumentos en los gastos hospitalarios; identificar los pacientes con factores de riesgos para VMp es importante para lograr estrategias y/o protocolos que ayuden a disminuir la estadía en UTIP.-

## MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)

Alvarez W.<sup>1</sup>; Rúa W.<sup>2</sup>; Chuchuy S.<sup>3</sup>; Ovando P.<sup>4</sup>; Guzmán Y.<sup>5</sup>; Sanchez Y.<sup>6</sup>; Barón A.<sup>7</sup>; Folco L.<sup>8</sup>; Velasquez G.<sup>9</sup>

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
wmalvarez16@gmail.com

RPD 117

**INTRODUCCIÓN:** La ventilación Mecánica sigue siendo un importante soporte terapéutico pero el momento de la retirada sigue determinando decisiones difíciles cuando se prolonga causando morbi-mortalidades en el paciente por lo que es necesario la realización de TQT en muchas ocasiones para ayudar a lograr el destete.-

Determinar el momento de realizar TQT en Paciente (P) en ARM prolongado(ARMp) es tan difícil como definir ARMp; algunos se basan en días transcurridos, otros en patologías de ingresos, y para otros es una decisión clínica.-

### OBJETIVOS

- Determinar el momento de realización de la TQT.-
- Determinar la población con realización de TQT en paciente con ARM p.-
- Determinar patologías de los pacientes TQT.-

**MÉTODOS:** Estudios retrospectivo, transversal, sobre una Población de Paciente ingresados a UTIP, desde 01/01/2011 al 28/02/2014, identificando a todos aquellos pacientes traqueotomizados q estuvieron en ARM p(>7 días); identificar el momento de la TQT en ese grupo;

determinación en el mismo grupo de patología respiratoria vs no respiratoria.-

**RESULTADOS:** Se registraron 1054 ingresos a UTIP en ese periodo; 542 (48%) paciente ingresaron a ARM; de los cuales 210(38%) entraron en la definición de ARMp; se realizaron 11(5.2%) TQT en ese grupo; la media al momento de TQT fue 44 días, con desvíos de 15 y 107 días; de esos pacientes 10 poseían patología no respiratoria( 8 neurológica, 2 cardiológica);y solo 1 con patología respiratoria.-

**CONCLUSIONES:** Sigue existiendo falta de consenso al decidir el momento de realizar TQT en pacientes con ARMp; nuestra población está muy por debajo de distintos trabajos en cuanto a la cantidad de pacientes TQT por ARMp, así como también por arriba relacionado al momento de realización de TQT.- Sería importante realizar scores predictivos de ARM prolongados para definir momentos para la realización de TQT; decisiones clínica basada en la evidencia; TQT precoz en patología con pulmón sano con el fin de evitar mayor morbi-mortalidad.-

## INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA

Truszkowski M.<sup>1</sup>; Garcia M.<sup>2</sup>; Filippini S.<sup>3</sup>; Carmona R.<sup>4</sup>; Betiger D.<sup>5</sup>; Pellegrini S.<sup>6</sup>; Haimovich A.<sup>7</sup>

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

*martintruszkowski@hotmail.com*

RPD 118

**INTRODUCCIÓN:** El Estafilooco Aurues Meticilino resistente (SAMR) compromete habitualmente piel y osteoarticular, pero se reportan casos de endocarditis secundaria a bacteriemia. El compromiso endocárdico es severo requiriendo antibióticoterapia prolongada para su resolución pero en algunas situaciones la resolución quirúrgica es necesaria en el periodo inicial del cuadro.

**DISEÑO:** Reporte de caso.

**CASO CLÍNICO:** Niño de 5 años, sin antecedentes patológicos presentando internación en Hospital del conurbano bonaerense durante 10 días por celulitis en muslo izquierdo. Presenta rescate de SAMR en 2 hemocultivos (HMC) y cumple tratamiento con clindamicina. A las 72 horas de egreso comienza con registros febriles por lo que consulta en Hospital Garrahan presentando al examen físico soplo sistólico 2/6 y máculas de Janeway. Se decide internación, hemocultivos y antibióticoterapia (ceftriaxona, Vancomicina). Se realiza ecocardiograma presentando en válvula mitral vegetación de 21x 16 mm (anillo de 1,9 cm) y dilatación de cavidades izquierdas. A las 24 hs del ingreso presenta episodio de deterioro de sensorio con hemiparesia izquierda. Se realiza TAC de cerebro informando lesión isquémica ténporo-parietal derecha. Se decide pase a

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se recibe informe de HMC siendo positivos para SAMR. Se realiza además fondo de ojo presentando manchas de ROTH e imágenes en riñón y bazo. Se indica continuar antibióticoterapia con DAPTOMICINA y VANCOMICINA. A las 48 hs de ingreso a UCI, presenta sintomatología de edema agudo de pulmón requiriendo ventilación no invasiva e inotrópicos. Se repite nuevo ecocardiograma presentando además de la vegetación, dehiscencia e insuficiencia mitral severa y derrame pericárdico grado III. A los seis días de ingreso se decide intervención quirúrgica de urgencia realizándose plástica de mitral y resección de vegetación. Permanece en ARM por 24 hs luego de la cirugía. Actualmente continúa cumpliendo antibióticoterapia sin compromiso neurológico y sin repercusión hemodinámica.

**Comentario Final:** La endocarditis bacteriana es una complicación de la infección por SAMR. Se debe considerar la antibióticoterapia con Vancomicina y evaluar Daptomicina. La indicación quirúrgica queda limitada a vegetaciones extensas (>10 mm de diámetro), evento embólico durante las dos primeras semanas de tratamiento, insuficiencia valvular, perforación o dehiscencia, insuficiencia cardiaca o persistencia de bacteriemia.

## COAGULOPATIA EN HEMORRAGIA EXANGUINANTE POR TRAUMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Morra M.<sup>1</sup>; Stefani L.<sup>2</sup>; Gordillo M.<sup>3</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD CORDOBA<sup>1 2 3</sup>

*laura\_morra@hotmail.com*

RPD 119

**INTRODUCCIÓN:** La coagulopatía asociada a injuria traumática con hemorragia exanguinante (HE), influenciada por características del trauma y medidas terapéuticas, aumenta significativamente la incidencia de Fallo Multiorgánico (FMO) y muerte

**Objetivos:** Evaluar en niños traumatizados con HE y coagulopatía, características del trauma, medidas terapéuticas y factores asociados con evolución

**Material y Método:** estudio retrospectivo descriptivo de pacientes traumatizados con HE y coagulopatía hospitalizados enero 2008 a octubre 2012 Hospital Santísima Trinidad. Estadística descriptiva, medidas tendencia central, dispersión, frecuencias, Test t

**Resultados:** de 3566 pacientes traumatizados, 6 (0,17 %) desarrollaron HE y coagulopatía, sexo femenino, edad 9,8 años (+ 16 meses) rango 5 a 13 años. Cinco accidentes en vía pública y una lesión por arma de fuego. Todos presentaron trauma traumatismo abdominal y 5 lesión hepática grave. Coagulación alterada a 45 m' del trauma en 3 pacientes y entre 4 a 12 horas en el resto. Ingresaron a quirófano entre 30 min y 15 horas postarribo al hospital. 4 niños fallecieron en FMO por coagulopatía irreversible.

Factores relacionados con mortalidad en HE con coagulopatía

	Vivos (Media)	Muertos (Media)	Valor p
Volemias trasfundidas primeras 24 hs	1,6	4,3	<0.001
Temperatura corporal mínima	36.9°C	32.7°C	< 0.0005
Tiempo aparición coagulopatía	247m'	262m'	NS
Tiempo administración Productos Coagulación	762m'	289m'	< 0.1
Tiempo ingreso a Quirófano	135m'	397m'	< 0.2

**Conclusiones:** todos los pacientes presentaron trauma abdominal siendo la lesión hepática la más frecuente. Se relacionaron significativamente con mortalidad mayor volemias transfundidas y desarrollo de Hipotermia, no encontrando asociación con el resto de factores relacionados.

## LESIONES POR USO INADECUADO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN NIÑOS

Morra M.<sup>1</sup>; Stefani L.<sup>2</sup>; Gordillo M.<sup>3</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD CORDOBA<sup>1,2,3</sup>

*laura\_morra@hotmail.com*

POS 120

**Introducción:** aunque los dispositivos de seguridad vehicular disminuyeron claramente la mortalidad en accidentes de tránsito, su uso inadecuado ha generado nuevas lesiones cuya cinemática evidencia graves falencias en políticas de salud y normas de protección

**Objetivo:** evaluar lesiones asociadas al uso inapropiado de cinturón de seguridad en niños y su relación con la cinemática descripta

**Material y Método:** Estudio prospectivo descriptivo de pasajeros en accidentes de tránsito, con cinturón de seguridad y lesiones asociadas ingresados Hospital Niños Santísima Trinidad octubre 2012 a enero 2014

**Resultados:** 8 pacientes evaluados, 4 mujeres y 4 varones, edad media 9ª 2 m (+ 5ª 8m) involucrados en 6 accidentes en ruta, 4 colisión con otro vehículo y 2 vuelcos. Todos ubicados en asiento trasero con uso inapropiado de cinturón, 75% con impronta cutánea del

mismo. Se registraron 26 lesiones: Osteomusculares, Craneales (fractura, hemorragia, injuria axonal) Torácicas (contusión pulmonar, hemotórax) Abdominales (desgarro mesentérico, ruptura intestinal y ureteral, hematoma duodenal, laceración renal) Espinales (fractura vertebral, lesión medular) Diagnóstico tardío en 80% de lesiones espinales y 40% de abdominales. Quirúrgicas 90% de lesiones abdominales y 50 % de fracturas vertebrales. Requirieron cuidados críticos 7 pacientes. Al alta hospitalaria un paciente parapléjico y ninguno fallecido  
**Conclusiones:** el uso inadecuado del cinturón de seguridad en nuestra serie se asocio a lesiones serias e invalidantes, sin sospecha diagnóstica ni tratamiento oportuno en un porcentaje significativo. Es necesario difundir que "no basta con prenderse el cinturón" y revisar los sistemas de restricción vehicular para proteger adecuadamente a los niños.

## EVALUACIÓN DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA UCIP DEL HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERÓN-CATAMARCA AÑO 2011

Romero G.<sup>1</sup>; Palladino C.<sup>2</sup>; Rojas P.<sup>3</sup>

HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERÓN<sup>1</sup> ; MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DE CATAMARCA<sup>2</sup> ; HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERÓN<sup>3</sup>

*romerogra@gmail.com*

RPD 121

**Introducción:** Evaluar el riesgo de mortalidad en los pacientes críticos en pediatría permite predecir el pronóstico de estos niños en las diferentes edades. Es también una herramienta útil para mejorar los resultados de las intervenciones en la UCIP y poder comparar con los valores de referencia de la media sanitaria local. Es por ello que se decide realizar este trabajo **cuyo objetivo es:** determinar la mortalidad global de la ucip del hospital de niños Eva Perón de Catamarca, describir la distribución de frecuencia de los diferentes niveles de riesgo de muerte según PIM2, describir la distribución de frecuencia de Riesgo nutricional al ingreso a la unidad según IPN y su relación con la mortalidad.

**Material y método:** estudio prospectivo descriptivo de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la UCIP durante el año 2011. Se evaluaron al ingreso las variables que contempla cada índice, edad, sexo, diagnóstico al ingreso, días de estadía. Se clasificaron en alto y bajo riesgo .Se

utilizó estadística descriptiva básica en planilla Excel. Resultados: Ingresaron al estudio 132 niños, el 51.5% fueron varones,32% menores de 1 año,23% 1- 5 a, 22% escolares, 23% adolescentes. La tasa global de mortalidad fue del 10%, la ajustada por riesgo (SMR) fue de 1.44 .La distribución de frecuencias de PIM2 fue: 9% <1;64% entre 1-5;15 % entre 5-15;4% 15-30 y 5% >30. Según IPN 92% tuvo alto riesgo nutricional de los cuales 10 % murieron. El grupo que tuvo mayor mortalidad fue el de PIM2 1-5 donde murieron 7/82 niños de los cuales 6/7 tenía alto riesgo nutricional. En el 45% del total la causa de muerte fue shock séptico.

**Conclusiones:** Clasificar los pacientes permite autoevaluarse y elaborar estrategias para mejora de calidad de atención. Esta línea de base nos permite elaborar nuevo protocolo buscando relacionar riesgo nutricional con riesgo de mortalidad y valor predictivo de ambos.

## NEUMOPERICARDIO, A PROPOSITO DE UN CASO

Gambaudo M.<sup>1</sup>; Pilcic L.<sup>2</sup>; Dopazo S.<sup>3</sup>; Castro P.<sup>4</sup>  
HOSPITAL PEDIATRICO DEL NIÑO JESUS<sup>1 2 3 4</sup>  
*letigambaudo@hotmail.com*

RPD 122

**INTRODUCCIÓN:** Neumopericardio (NP) es la presencia de aire en cavidad pericárdica; trastorno infrecuente y potencialmente grave que puede evolucionar a taponamiento cardíaco. Se asocia a procedimientos diagnóstico-terapéutico; traumatismos y fistulas desde estructuras vecinas. El diagnóstico es a través de Rx y TAC de tórax. El tratamiento cuando presenta compromiso hemodinámico es mediante drenaje

**OBJETIVO:** Presentar caso de NP, debido a su infrecuencia en pediatría

**CASO CLINICO:** Niño de 15 años, derivado por neumonía y neumomediastino bajo tratamiento con Amipicilina-sulbactam  
APP: ECNE y desnutrición crónica  
Examen físico: TA 119/74 (80); FC 96 l/m; FR 36 r/m; SO2 88%. Edematizado, hipoventilación pulmonar derecha, subcrépitos bibasales. Ruidos cardíacos hipofonéticos. Pulsos periféricos débiles. Abdomen distendido y doloroso  
Rx torax: NP, infiltrado alveolar bilateral con imágenes radiolúcidas en base derecha, derrame pleural bilateral  
Lbt: Hto 27; Hb 8,5; GB 15.400 (79/15/6); PCR 2,4; PCT 0,48; Albumina 2,1; Na+130; K+2,9; gasometría: 7.53/35/64/28.8/6.2/95%  
Se realiza corrección de K+ y transfusión de GRS  
Ecocardiograma: interposición aérea  
ECG: QRS bajo voltaje con alternancia eléctrica  
Ecografía abdominal: escaso líquido libre, asas distendidas, aumento de peristaltismo

Se realiza hemocultivos, cultivo de secreciones, BAL, hisopados cutáneos, serología para HIV, TORCH y PPD con resultados negativos

TAC tórax: NP

Se indica O2 máscara con reservorio, venoclisis, SNG, sedoanalgesia y se rota esquema antibiótico a Ceftriaxona, Metronidazol y Vancomicina, cumpliendo 21 días.

A las 24 horas, Cardiocirugía coloca catéter vascular 7 Fr. con drenaje aspirativo cerrado a trampa de agua. Citoquímico líquido pericárdico: exudado; anatomía patológica y cultivo: negativos.

Tercer día presenta desmejoría, ingresa a ARM, se realiza recolocación de drenaje pericárdico 14 french por oclusiones previas. Se agrega Dopamina, manteniéndose por diez días. Se inicia NPT

TAC tórax alta resolución: condensación alveolar con componente atelectásico y neumatoceles en pulmón derecho. NP

Broncoscopia: normal

Décimo día, se suspende aspiración continua con buena respuesta, se clampea tres días y se retira de manera efectiva  
**CONCLUSION:** NP es una patología poco reportada en pediatría

Concluimos fue debido a una fistula broncopericárdica de alto debito secundaria a neumonía con neumatocele; generando una complicación infrecuente en la evolución de la misma.

## TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Miauro J.<sup>1</sup>; Navarro G.<sup>2</sup>; Parma G.<sup>3</sup>; Rivello G.<sup>4</sup>; García C.<sup>5</sup>; Mariani A.<sup>6</sup>; Derenbaum L.<sup>7</sup>; Selandari J.<sup>8</sup>  
SANATORIO GÜEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
*jorge.miauro@gmail.com*

RPD 123

**OBJETIVOS:** Comunicar derrame pleural bilateral más taponamiento cardíaco como complicación asociada a catéter percutáneo central como complicación infrecuente en catéteres finos (2F) en pacientes pos neonatales.

Destacar la importancia de evitar la ubicación intracardiaca también en estos catéteres diseñados para permanencia prolongada

**Caso Clínico:** Niño de 4 meses, con diagnóstico de síndrome de intestino ultracorto secundario a enterocolitis necrotizante, recibiendo nutrición parenteral (NP) ciclada vía yugular externa izquierda percutánea de poliuretano 2 F doble lumen y nutrición enteral trófica. En el día de 18 de permanencia de la vía IV percutánea comienza con irritabilidad, tos en accesos y vómito alimenticio, tiraje generalizado, mala entrada de aire bilateral, broncofonía derecha y rales crepitantes izquierdos. Ingresa en asistencia respiratoria mecánica (ARM), hipoxemia refractaria con altos parámetros de respirador. Frecuencia cardiaca (FC) de 210/min. Ruidos alejados. Hipotensión arterial. Radiografía de tórax (Rx Tx): condensación de vértice derecho sin compromiso pleural, punta de catéter

percutáneo intracardiaco. El soporte hemodinámico incluyó expansiones de la volemia a 80 ml/kg, corrección de acidosis metabólica persistente, adrenalina y noradrenalina hasta 2 microgramos/kg/min. Se colocó acceso venoso femoral izquierdo doble lumen 4F, suspendiéndose el uso de vía percutánea. Diez horas después: Rx Tx con despegamiento pleural bilateral, silueta cardíaca difícil de evaluar. Se drenan ambas pleuras. Rx Tx con disparo de contraste endovenoso por catéter percutáneo, evidencia pasaje a pericardio. Ecocardiograma: derrame pericárdico grado IV. Drenaje quirúrgico de urgencia. Se obtiene muestra de líquido pleural y pericárdico de aspecto lechoso, se envía para fisicoquímico y cultivo. Dosaje de triglicéridos en líquido de 112 mg/dl. Se repite ecocardiograma, con ausencia de derrame pericárdico. El paciente evoluciona favorablemente permitiendo descenso de inotrópicos/vasopresores y parámetros de ARM.

**Conclusión:** Aunque los accesos percutáneos centrales son vías seguras para permanecer por tiempos prolongados, es importante vigilar periódicamente su correcta ubicación extracardiaca.

## REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

POS 124

Quintero N.<sup>1</sup>; Cagnasia S.<sup>2</sup>; Destefanis J.<sup>3</sup>; Drivet C.<sup>4</sup>; Giorgi S.<sup>5</sup>; Krivoy A.<sup>6</sup>; Montani E.<sup>7</sup>; Mora N.<sup>8</sup>; Sabena L.<sup>9</sup>; Roeschlin J.<sup>10</sup>

HOSPITAL V.J.VILELA; HOSPITAL ZONA NORTE; HOSPITAL R.S.PEÑA; SANATORIO ESPAÑOL; SANATORIO DE NIÑOS,<sup>1</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS V.J.VILELA<sup>2</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS V.J.VILELA; SIES<sup>3</sup>; HOSPITAL V.J.VILELA<sup>4,5</sup>; SANATORIO DE NIÑOS DE ROSARIO; HOSPITAL V.J.VILELA<sup>6</sup>; POLICLÍNICO SAN MARTÍN<sup>7</sup>; HOSPITAL V.J.VILELA; SIES<sup>8</sup>; HOSPITAL V.J.VILELA<sup>9</sup>; HOSPITAL V.J.VILELA; HOSPITAL R.S.PEÑA;<sup>10</sup>  
*nerinaquintero@hotmail.com*

**Introducción:** En nuestro país, las tasas de mortalidad por infecciones intestinales en niños menores de 5 años, se redujo más de 90% desde la introducción de las sales OMS (1980). A pesar del masivo reconocimiento, esta estrategia no es uniformemente utilizada. No existen evidencias que justifiquen el uso de antieméticos rutinariamente, sin embargo se utilizan. Esta desigualdad en el modo de abordaje motiva la revisión del tema.

**Objetivos:** Conocer el modo de rehidratación utilizado por los pediatras del servicio de urgencias para niños con gastroenteritis. Comparar conocimientos teóricos con prácticas de rehidratación oral de los mismos. Describir los distintos inconvenientes que éstos mencionan para la utilización de las SRO en urgencias. Conocer si se utiliza medicación sintomática.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta anónima y semiestructurada, basada en trabajos similares, a pediatras de servicios de guardia de efectores públicos y privados de la ciudad de Rosario, donde se analizan aspectos prácticos y teóricos de rehidratación.

**Resultados:** Un 43% utiliza frecuentemente la vía oral

y el 42% solo a veces; 56% refieren contar con buenos conocimientos y 42% con mucha experiencia. El líquido preferido fueron las Sales OMS (62%). El 22% considera a los vómitos una contraindicación; 98% conocen la utilidad de la sonda nasogástrica y el 82% cree que los antieméticos permiten la hidratación oral. El 100% utiliza antieméticos, el 65% lo hace frecuentemente y el más mencionado es la metoclopramida con 67%, además el 45% utiliza ranitidina. Los principales inconvenientes son el tiempo requerido, la necesidad de colaboración de los padres y enfermería, el mal sabor y la intolerancia a las sales. Los ítems de deshidratación moderada y vómitos moderados utilizan la vía endovenosa en 80%, y el 63% dice que debería utilizar la vía oral.

**Conclusiones:** aunque se conoce la utilidad de la estrategia de rehidratación oral, su utilización no es uniforme en nuestro medio. Se debería contar con normativas para un abordaje más homogéneo de la deshidratación. El aspecto más llamativo es el amplio uso de antieméticos, lo que motiva próximos estudios.

## VALIDACIÓN DEL USO DEL PIM2 Y OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSEVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO.

RPD 125

Argañaraz B.<sup>1</sup>; Lopez Cruz M.<sup>2</sup>; Vildoza C.<sup>3</sup>; Corgnali M.<sup>4</sup>; Sauer E.<sup>5</sup>; Agüero L.<sup>6</sup>  
CEPSI EVA PERÓN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
*drablancaarganaraz@hotmail.com*

**Introducción:** La Terapia intensiva de CePSI Eva Perón, es una unidad polivalente, que se puede categorizar como UTIP Nivel I de alto riesgo, integrada en un Hospital Nivel III, cumpliendo con las normativas de "organización y funcionamiento de Cuidados Intensivos Pediátricos", del Ministerio de Salud de la Nación ya que cuenta con los estándares de calidad requeridos, en cuanto a infraestructura y organización, para permitir un cuidado efectivo de los pacientes pediátricos críticamente enfermos, a fin de disminuir la morbimortalidad de los mismos. Cuenta con 12 unidades y recibe pacientes post quirúrgicos neonatales hasta 16 años.

**Objetivo:** Validar la importancia del uso del PIM 2, junto a otros indicadores de calidad de atención y el análisis de la mortalidad, en la UTIP del CePSI "Eva Perón".

**Material y método:** Historias clínicas. Registros de PIM 2 junto con otros indicadores de calidad de atención.

**Resultados:** Se analizaron 341 pacientes en un periodo comprendido entre 10/1/2012 al 21/5/2014. De los mismos un 82.99% ingresaron en ARM. La mortalidad fue de 22.5% para una mortalidad esperada de 16%. La edad media fue de 103

meses, 61.6% varones. Entre los diagnósticos de alto riesgo el más frecuente fue el PC 6.45% y entre los de bajo riesgo la BQL 2.63%. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: neumonía 15.2%, fallo respiratorio 9.6%, shock séptico 9.3%, convulsiones 8.2%, TEC grave 7%, sepsis 5.8%, las causas más frecuentes de muerte fueron: Fallo múltiple de órganos 32%, muerte encefálica 25%, shock 22%, hipoxemia refractaria 12%. En indicadores de déficit de calidad de atención la más frecuente fue la neumonía asociada a ARM 6.4%, Escaras 4.9%, infección asociada a catéter 4.3% y úlceras de córnea 2.9%. Notándose una disminución en las infecciones asociadas a catéter debido a la implementación de paquetes de medidas luego de un programa Multicéntrico.

**Conclusión:** Consideramos que el uso de datos basados en scores de gravedad como el PIM 2 sumado a otros indicadores de calidad de atención junto con el análisis de la mortalidad, nos permiten evaluar adecuadamente el funcionamiento general de nuestra UTIP, a fin de orientar los recursos tanto humanos como tecnológicos en la mejora de la morbimortalidad.



## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) DE PACIENTES INTERNADOS EN UTIP.

RPD 126

Mendez G.<sup>1</sup>; Flores D.<sup>2</sup>; Ávila C.<sup>3</sup>  
HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1,2,3</sup>  
gloriamendez01@Yahoo.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades del sistema respiratorio representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación. Constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes para la población infantil de 0 a 5 años y están entre de las 5 primeras causas de mortalidad. El 60% de los menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años presentarán un episodio de IRA en el transcurso de un año.

**OBJETIVO:** Describir las características epidemiológicas como evolución de las IRAG internadas en la UTIP durante el 2013.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de tipo descriptivo. Se incluyó a todos los pacientes que ingresaron a la UTIP con diagnóstico de IRAG durante el 2013. Se definió como IRAG: cuadro de Neumonía, Enfermedad Tipo Influenza y Bronquiolitis en menores de 2 años que requieran internación. Se dividió a la población en < 1 año; 1 a 5 años; > 5 años. Se recolectaron datos de las historias clínicas: edad, sexo, mes de ingreso, enfermedad de base, resultados de Aspirado Nasofaríngeo (ANF), Minibal y Hemocultivo, oxigenoterapia y evolución de la

enfermedad.

**RESULTADOS:** Desde el 01/01/2013 al 31/12/2013 ingresaron 392 pacientes; 100 con diagnóstico de IRAG (25%); masculino 58 (58%); femenino 42 (42%); < 1 año: 71 (71%); de 1 a 5 años: 14 (14%); > 5 años: 15 (15%); rango de edad: 1 mes y 1 día - 13 años. Recibieron Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) 69% y Ventilación no Invasiva (VNI): 29%. Presentaron enfermedad de base: 27%. El 47% se internó en los meses de junio y julio. Presentaron 35 pacientes (35%) ANF positivo: 31 virus sincicial respiratorio, 1 adenovirus, 2 influenza B y 1 parainfluenza. Minibal positivo: 12%. Hemocultivo positivo: 6%. PCR para Bordetella Pertussis 11% (Coqueluche Grave 1 paciente). Internación rango: 1 día - 77 días. Egresaron de la UTIP: 78 (78%) y fallecieron 22 (22%) causas: SDR, Neumotóxic, infección Intrahospitalaria.

**CONCLUSIONES:** Las IRAG son la principal causa de consulta e internación sobre todo en menores de 1 año y en épocas invernales; siendo la etiología viral la más frecuente, los pacientes con factores de riesgo pueden tener una evolución desfavorable.

## SINDROME DE LINFOHISTOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNOSTICO TARDIO O PRESENTACION RAPIDA.

RPD 129

Gil M.<sup>1</sup>; Aguilar C.<sup>2</sup>; Fortini Y.<sup>3</sup>; Mousseu I.<sup>4</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>  
mgil\_39@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** La linfocitosis hemofagocítica es un síndrome clínico e inmunológico secundario a respuesta inflamatoria excesiva por activación de macrófagos y linfocitos T citotóxicos que puede llevar al fallo multiorgánico y muerte. Constituye la manifestación clínica de varias entidades patológicas que incluyen la LHH primaria o familiar y las secundarias a enfermedades infecciosas, autoinmune o malignas.

**OBJETIVO:** Presentar dos pacientes previamente sanos con síndrome hemofagocítico por primoinfección por Virus Epstein Barr (VEB) en ambas autopsias, con una evolución diferente aunque el mismo desenlace.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 2 años con cuadro de faringoamigdalitis, consulta 7 días después por fallo hepático fulminante. Se deriva para evaluación pretrasplante, durante la internación presenta un deterioro clínico progresivo con falla múltiple de órganos. Laboratorio rescata IgM anticapsida VEB positivo, PAMO presencia de abundantes imágenes de hemofagocitos, hiperferritinemia (2630), hipertrigliceridemia. Se interpreta como linfocitosis hemofagocítica secundaria a VEB con

sospecha de síndrome de Duncan. Comienza tratamiento con metilprednisolona, rituximab y gammaglobulina. Fallece a los 7 días de internación. Cariotipo normal. Paciente de 8 meses con IRAB por VSR, síndrome febril prolongado, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. Se realiza PAMO donde se evidencian imágenes de hemofagocitos. Serología CMV positiva con PCR negativa. Carga viral para VEB >100000 copias, ferritina 2500. Comienza tratamiento con dexametaxona, timoglobulina, ciclosporina y rituximab. Fallece a los 12 días del ingreso.

**CONCLUSIÓN:** La infección primaria por VEB no tiene manifestaciones clínicas. Baja incidencia en pacientes inmunosuficientes, aunque es común en niños con algún grado de deficiencia inmunológica. La enfermedad por VEB es la causa más común de LHH asociada a infección, puede responder exclusivamente con corticoides, pero habitualmente requiere tratamiento más agresivo. El uso de rituximab puede ser útil si se asocia a un cuadro linfoproliferativo.

## MIOCARDITIS AGUDA: FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DEL CHAGAS CONGÉNITO. REPORTE DE UN CASO.

Mendez G.<sup>1</sup>; Flores D.<sup>2</sup>

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1,2</sup>

gloriamendez01@yahoo.com.ar

RPD 131

**INTRODUCCIÓN:** El Chagas es una enfermedad producida por un protozoo flagelado: Trypanosoma cruzi, presenta una amplia distribución en el norte de la Argentina y países limítrofes. Tasa de prevalencia en la población general 5 a 6% y en mujeres gestantes 3 a 17%.  
**OBJETIVO:** Describir una forma poco habitual de presentación del Chagas Congénito.

**CASO CLÍNICO:** Lactante de 1 mes y 8 días procedente de Tartagal, resultado de 7° embarazo controlado, parto normal, peso al nacer 3.400gr. Inmunitarios completos. Lactancia materna exclusiva. Padres y tíos chagásicos no controlados. Hermano de 2 meses fallecido sin diagnóstico. Comienza 24 hs previas a la internación con vómitos y rechazo alimentario; ingresa al hospital de la zona con insuficiencia respiratoria, taquicardia, hepatomegalia y palidez. Diagnóstico: Shock Séptico, se realiza expansión, intubación y ATB. Se deriva en vuelo sanitario

En la UTIP paciente con asistencia respiratoria, taquicárdico, hipotenso, mal perfundido con hepatomegalia. Se coloca inotrópicos, monitoreo invasivo y se policultiva. Rx de Tórax: cardiomegalia. Ecocardiografía: sin anomalías estructurales, cavidades dilatadas. Mala

función ventricular FA 8% y FE 22%. Diagnóstico: Shock Cardiogénico: Miocardiopatía Dilatada. Laboratorio: leucocitosis, PCR 10; ERS 3; GOT 1500; GPT 600; Láctico 4; Serología: Hepatitis A, B, C, HIV, VDRL, Toxoplasmosis, CMV, Rubeola, Epstein Barr, Parvovirus; C3; C4; FAN; Ac. Anti Mitocondriales; Ac. Anticardiolipinas: NEGATIVO; Inmunoglobulinas; Acil carnitina: NORMAL. MICROSTROUT: POSITIVO. Ecoabdominal y Ecocerebral: NORMAL. Cultivos y Aspirado Nasofaríngeo: Negativos. Diagnóstico: MIOCARDITIS CHAGÁSICA. Paciente que evoluciona a un Síndrome de Bajo Gasto Cardíaco; recibió 3 dosis de Levosimendan; Diálisis peritoneal por 3 días. Comienza con Beznidazol al 5° día de internación. Extubación al 15 día. Egreso de UTIP a los 26 días y del hospital a los 35. Cumplió 2 meses con Beznidazol, buena evolución con seguimiento cardiológico e infectológico.

**CONCLUSIÓN:** La posibilidad de curación y buena evolución de los niños con chagas congénito es alta. La Miocarditis Aguda es una forma infrecuente de presentación, tenerla presente como diagnóstico diferencial sobre todo en las regiones de alta endemicidad.

## EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

Jimenez H.<sup>1</sup>; Nuñez D.<sup>2</sup>; Delgadillo L.<sup>3</sup>; Alonso S.<sup>4</sup>; Quiñones S.<sup>5</sup>; Samaniego R.<sup>6</sup>; Ozuna M.<sup>7</sup>

DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA HOSPITAL DE CLÍNICAS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN PARAGUAY<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

hasseljimenez@gmail.com

PO 132

**Introducción:** Los pacientes con dengue grave y Síndrome de Choque por Dengue pueden desarrollar Insuficiencia Respiratoria Aguda luego de la reanimación con líquidos inicial. Se ha mencionado a la Ventilación Mecánica No Invasiva (VNI) como alternativa al tratamiento de la Insuficiencia respiratoria hipoxémica, ello pudiera disminuir las complicaciones asociadas a Ventilación Invasiva así como obtener mejores resultados a la oxigenoterapia con máscara.

**Objetivos.** El presente trabajo tiene como objetivo describir los casos de dengue tratados con Ventilación No Invasiva en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

**Método:** Descriptivo de una serie de casos

**Resultados:** De enero del 2012 a diciembre de 2013 fueron tratados en la Unidad 51 pacientes con diagnóstico de dengue grave. Luego de la reanimación con fluidos inicial cinco pacientes fueron ventilados con VNI, la

edad de los mismos variaban de 7 a 13 años, todos ingresaron con insuficiencia respiratoria. La duración de la VNI varió de 8 hs a 3 días y la modalidad inicial fue CPAP en todos los casos; en dos de ellos posteriormente se utilizó la modalidad BiPAP por intensificación del trabajo respiratorio. Dos pacientes por incremento de la insuficiencia respiratoria y la aparición de falla multisistémica requirieron Intubación Endotraqueal y Ventilación Mecánica Invasiva, uno de ellos falleció. Tres pacientes presentaron patología asociada; Leucemia Linfoblástica Aguda, Diabetes tipo I y Neumonía de la Comunidad.

**Conclusiones:** En el tratamiento de la falla respiratoria aguda por Dengue severo puede utilizarse la VNI como estrategia para evitar las complicaciones relacionadas a la Ventilación Invasiva. Constituye un método barato y eficaz en Terapias Intensivas de países en desarrollo donde el dengue es endémico.

## **MENINGOCOCCEMIA FULMINANTE. REPORTE DE UN CASO.**

Mendez G.<sup>1</sup>; Flores D.<sup>2</sup>

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL<sup>1,2</sup>  
*gloriamedez01@yahoo.com.ar*

**RPD 135**

**INTRODUCCIÓN:** La Enfermedad Meningocócica (EM) causada por la Neisseria Meningitidis es una de las condiciones de mayor gravedad que se presenta en la niñez con elevada mortalidad. La tasa de ataque en < de 1 año es de 13 casos cada 100000 habitantes por año. Es una enfermedad de alto impacto en salud pública y una de las infecciones que con baja incidencia causa tanta alarma comunitaria.

**OBJETIVO:** Describir un caso clínico de Meningococcemia Fulminante.

**CASO CLÍNICO:** Lactante de sexo masculino de 4 meses y 22 días, de Salta capital, resultado de 1° embarazo controlado, parto normal, PN 3310 gr, internado en el período neonatal por Taquipnea Transitoria con buena evolución. Lactancia mixta. Faltan dosis de vacunas del 4° mes. Comienza 24 hs previas con Vómitos y Fibre, se medica con antitérmicos; persiste el cuadro por lo que ingresa a la Sala de Emergencias del Hospital, al examen físico: palidez, taquicardia, taquipnea, irritabilidad, hepatomegalia, retículo generalizado, petequias en miembros inferiores; se expande con solución fisiológica, se coloca oxígeno por máscara con reservorio, se piden laboratorio y hemocultivos; comienza con Ceftriaxona 100 mg/kg/día. Persiste hemodinámicamente inestable.

Ingresa a UTIP, se coloca en Asistencia Respiratoria Mecánica, monitoreo invasivo, continua con fluidoterapia, se escala con los inotrópicos sin respuesta. Shock Séptico refractario a las catecolaminas, comienza con goteo de corticoides. Progresan en horas las petequias a lesiones maculopapulares y equimóticas violáceas en miembros inferiores, superiores y abdomen. Laboratorio: anemia, leucopenia, plaquetopenia, acidosis metabólica, ácido láctico: 10, coagulograma alterado, Fibrinógeno < 100, PDF: 60 ug/ml, Dímero D: 0,8 ug/ml. Se mantiene igual ATB, se transfunde con glóbulos rojos, plaquetas y hemoderivados. Hemocultivo: NEISSERIAMENINGITIDIS W 135. Diagnóstico: SEPTICEMIA MENINGOCÓCCICA CON PÚRPURA FULMINANTE. Escala de Glasgow para Sepsis Meningocócica: 12; Escala de Castellanos: 8. Evoluciona a una Falla Multiorgánica. Fallece a las 36 hs de su ingreso. Punción lumbar postmortem: cultivo Negativo.

**CONCLUSIONES:** La presentación clínica de la meningococcemia puede ir desde un cuadro febril leve hasta una enfermedad fulminante con evolución fatal en cuestión de horas. Es importante la presunción diagnóstica.

## **ASFIXIA NO INTENCIONAL POR ESTRANGULACIÓN: REPORTE DE UN CASO.**

Flores D.<sup>1</sup>; Farfan J.<sup>2</sup>; Mendez G.<sup>3</sup>

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL SALTA<sup>1,2,3</sup>  
*docdoriflores@gmail.com*

**RPD 136**

**INTRODUCCIÓN:** La asfixia no intencional por estrangulación o Ahorcamiento incompleto es la aplicación de una fuerza en el cuello seguida de compresión por el peso de la víctima. La compresión sobre las estructuras del cuello (vasos sanguíneos vía aérea y columna cervical) cuando alcanzan un determinado nivel de presión causan consecuencias importantes que pueden ocasionar la muerte y/o dejar secuelas neurológicas

**OBJETIVO:** Reporte de caso clínico

**CASO CLÍNICO:** Paciente 3 años sexo masculino, 2° gesta sin CPN. Parto domiciliario. Padres Bolivianos, trabajadores rurales golondrinas Niño previamente sano, derivado del interior tras sufrir Asfixia no intencional (juego) al quedar atrapado por el cuello en remolque de un tractor. Es encontrado tras 10' del evento, cianótico con máscara equimótica, relajación de esfínter, sin movimientos. El padre realiza RCP (tiempo?) luego asistido en hospital local y derivado a este Hospital. Ingresa por guardia con Glasgow 5, se asiste vía aérea, pasa a UTIP donde se inician medidas de neuroprotección. Facie abotagada, máscara equimótica violácea que afecta cara, región supraclavicular y latero cervical izquierda, edema bipalpebral con hemorragias conjuntival y protrusión de

globos oculares. Presenta convulsión tónica generalizada de algunos minutos de duración por lo cual se impregna con difenilhidantoina. LABORATORIO: ácido láctico 4,1 mmol/L, acidosis metabólica, anemia, leucocitosis con neutrofilia, coagulograma normal, glucemia 151 mg% TAC CEREBRO ORBITA Y COLUMNA CERVICAL: parcial obliteración de surcos de la convexidad Resto s/p. ECO DOPPLER VASOS DE CUELLO: sin compromiso del flujo venoso ni lesión de la pared arterial. Escaso hematoma latero cervical derecho 2° a mecanismo del trauma. A las 24 hs descompensado hemodinámicamente, febril, evoluciona a shock refractario catecolaminas, con inotrópicos por 4 días y corticoides. MINIBAL: + estreptococo pneumoniae ARM 6 días. Extubación programada favorable. Se constata paresia braquio crural derecho 2° lesión plexo braquial. RMN CEREBRO y COLUMNA CERVICAL: normal. Evolución clínica neurológica favorable.

**CONCLUSIONES:** Las asfixias no intencionales representan un problema de Salud pública. Son susceptibles de prevención. Se las considera dentro de las lesiones contusas del cuello. Describimos un caso con evolución favorable.

## INGRESO A U.C.I.P DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOMIOSITIS”. NECESIDAD DE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO.

PO 137

Lopez M.<sup>1</sup>; Frydman J.<sup>2</sup>

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DE MALVINAS ARGENTINAS.<sup>1,2</sup>

ionmara1@hotmail.com

**Título:** “INGRESO A U.C.I.P DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOMIOSITIS”. NECESIDAD DE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

**Autores:** Mara López, Judith Frydman. Equipo de Kinesiología del Hospital Central de Pediatría de Malvinas Argentinas, Prov. de Buenos Aires.

**Introducción:** La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria y degenerativa difusa del músculo estriado. Produce fundamentalmente debilidad muscular proximal y simétrica (miositis) y si se agrega una erupción de la piel característica, se denomina dermatomiositis. La mayor severidad en su presentación sumada a la alteración de más de un sistema corporal y procesos infecciosos sobreagregados suele asociarse con mayor morbilidad y mortalidad.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 14 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida que luego de accidente en vía pública que obligó al decúbito prolongado durante 2 meses, comenzó un cuadro de debilidad muscular generalizada que imposibilitó la marcha. Por EMG y biopsia muscular se diagnosticó miositis. Ingresó a la UCIP por presentar disnea grado IV, mal manejo de secreciones y sensorio alternante. Requiere ventilación mecánica (VM) y evolucionó con un cuadro de shock

séptico y falla múltiple de órganos. Permaneció en VM durante 135 días. El protocolo de liberación de VM debió ser suspendido en 2 oportunidades por deterioro clínico. Se realizó traqueostomía al mes de su ingreso. El trabajo kinésico no se limitó al cuidado de la vía aérea y rehabilitación respiratoria ya que el paciente sufrió deterioro en diferentes sistemas corporales: el tegumentario por la producción de una escara sacra grado IV, el sistema neuromuscular por un cuadro motor de cuádruplejía, el sistema sensorio-perceptivo por alteración de la sensibilidad y dolor neuropático en sus extremidades, el sistema digestivo por disfagia y cirugía de colostomía, el sistema cardiovascular por alteraciones hemodinámicas, así como el sistema biopsicosocial por la evolución compleja del paciente. A los 5 meses de su ingreso a UCIP, es dado de alta a su domicilio, permitiendo los cuidados a través de su familia y seguimiento por consultorio externo de las diferentes especialidades.

**Comentario:** La evolución del paciente representó un desafío para el servicio, ya que requirió “la necesidad de un abordaje integral”, en el cual cada uno de los sistemas alterados influyó de forma directa o indirecta en la prolongación de la necesidad de los cuidados críticos propios de una UCIP.

## TORAX ASFIXIANTE EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO.

Jmelnitsky F.<sup>1</sup>; Frachia D.<sup>2</sup>

SANATORIO MATER DEI<sup>1,2</sup>

florenciajmelnitsky@gmail.com

RPD 138

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Tórax asfixiante es una displasia esquelética de muy baja frecuencia. Se caracteriza por un tórax estrecho, hipoplasia pulmonar secundaria, extremidades cortas, displasia pélvica, y anomalías renales. El tórax es estrecho en su diámetro transversal y anteroposterior y adopta la forma de campana, con un abdomen prominente. Las costillas son cortas, anchas y horizontalizadas. Esto determina una disminución de los movimientos respiratorios torácicos, con una respiración casi exclusivamente diafragmática y abdominal.

**OBJETIVO:** Describir la evolución de un paciente con diagnóstico de Tórax asfixiante desde el aspecto respiratorio y motor, que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. RNT-PAEG. Diagnosticado en el período neonatal. A los 4 meses de edad ingresa al **Sanatorio Mater Dei en Cuidados Críticos** por episodio de dificultad respiratoria grave. Se coloca Ventilación No Invasiva (VNI). A los 4 días de internación presenta un Paro Cardiorrespiratorio requiriendo Intubación Orotraqueal (IOT). Requiriendo altos parámetros del ventilador durante varios días. Extubado a los 10 días de vida con VNI de forma **preventiva por sus antecedentes**. A las 3 horas presenta marcada dificultad respiratoria, mala mecánica

ya taquipnea. Se decide IOT y ARM. En esta situación y frente a un paciente con incapacidad ventilatoria restrictiva irreversible se plantea la dificultad de progresar el weaning del ventilador. Se recomienda a la familia una cirugía de tórax para mejorar la función pulmonar seguida a una traqueostomía (Tqt) con el objetivo de optimizar el manejo de la vía aérea. Se realiza la cirugía al mes de internación. Durante los primeros días del post operatorio requirió nuevamente altos parámetros de ARM, con acidosis respiratoria e hipoxemia. Al mes y medio de internación se realiza una Tqt. Tras varios intentos de desvinculación de la presión positiva y con más de 3 Pruebas de Respiración Espontánea negativas, se programa y se realiza una segunda Cirugía de Tórax. Requirió durante un mes altos parámetros de ARM. Posteriormente, se comienza con el weaning disminuyendo progresivamente el setting del ventilador y utilizando modalidades presométicas. A 6 meses de internación y con un peso mayor a 6 kg. se logró el pasaje desde un ventilador microprocesado a un ventilador de tipo intermedio, teniendo en cuenta principalmente los parámetros clínicos basales, sin llegar a la fatiga.

## PROPUESTA DE UN PASE INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO.

García Roig C.<sup>1</sup>; Ayerza I.<sup>2</sup>; Vargas L.<sup>3</sup>

SANATORIO MATER DEI<sup>1 2 3</sup>

*garciaroig@gmail.com*

RPD 141

**INTRODUCCIÓN:** la comunicación entre los agentes de salud y con los padres en Cuidado Intensivo Pediátrico suele ser incompleta.

**OBJETIVO:** valorar la realización de un Pase Integral para mejorar la comunicación entre los agentes de salud y con los padres.

**MATERIAL Y METODOS:** Se instrumentó desde 1 de Septiembre de 2013 hasta 1 de Junio de 2014 un Pase de sala con la participación de la enfermera a cargo del paciente, el médico de guardia, el Jefe y/o Coordinador, el kinesiólogo y los padres. Se evaluó con una Encuesta el nivel de satisfacción de los enfermeros, los padres y los médicos.

**RESULTADOS:** Se observó una progresiva participación y entusiasmo de enfermería y de los médicos de la Unidad. La enfermera estuvo a cargo de presentar a su paciente lo que la obligó a un mayor conocimiento de la historia clínica y a seguir un orden. Los padres fueron informados del diagnóstico, estudios complementarios, tratamiento y pronóstico de sus hijos. Se les dio espacio para el diálogo con todos los profesionales al cuidado de sus hijos. Se modificaron planes de estudio y tratamiento durante el Pase en un escenario que incluía a todos los actores.

**CONCLUSION:** El Pase Integral podría ser un instrumento que mejore la comunicación entre los agentes de salud y para con los padres en Cuidado Intensivo Pediátrico.

## ÍNDICE DE PARTICIPACIONES CIENTÍFICAS

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
A						
Abreo Almiron	Gladys	Coordinadora	11	16:45 a 18:00	Gral. San Martín	Problemas en el paciente con ventilación mecánica prolongada
Aciar	Noemí	Coordinadora	12	11:45 a 13:00	Vía Blanca	Valoración inicial e intervenciones del politraumatismo en la urgencia
Acuña	Uriel	Secretario	12	15:30 a 17:00	Lola Mora	El paciente crónicamente ventilado: experiencias regionales
Adén	José Federico	Coordinador	10	14:00 a 17:00	Aula SAP 1	La donación de órganos en un proceso mas de la terapia intensiva pediátrica
Adén	José Federico	Discutidor	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Agüero	Susana	Panelista	11	10:30 a 11:45	Vía Blanca	RCP pediátrico y neonatal: lo nuevo y lo viejo
Agüero	Susana	Panelista	11	16:45 a 18:00	Vía Blanca	Sedación y analgesia en la unidad de cuidados criticos
Albano	Lidia	Panelista	12	17:45 a 19:00	Don Nicasio	Como lograr un equipo multidisciplinario y no morir en el intento
Altina	Martha	Disertante	11	15:30 a 16:30	Don Nicasio	¿Qué sabemos de humidificación y aspiración?
Altina	Martha	Disertante	11	16:45 a 18:00	Lola Mora	Talleres
Altina	Martha	Discutidora	11	18:00 a 19:00	Lola Mora	Presentación Oral de Trabajos Libres
Álvarez	Patricia	Secretaria	12	09:30 a 10:45	Vía Blanca	Actividades de un programa de control de infecciones
Álvarez	Patricia	Secretaria	12	17:45 a 19:00	Don Nicasio	Cómo lograr un equipo multidisciplinario y no morir en el intento
Álvarez	Patricia	Conferencista	13	10:30 a 11:30	Don Nicasio	Quién cuida a los que cuidan
Andion	Elena	Panelista	11	10:30 a 11:45	Don Nicasio	Seguridad de paciente. Mito realidad
Andion	Elena	Disertante	12	09:30 a 10:45	Vía Blanca	Actividades de un programa de control de infecciones
Andion	Elena	Panelista	12	16:15 a 17:45	Don Nicasio	Control de infecciones asociado al cuidado de la salud
Andrade	Gustavo	Presentador	11	12:30 a 13:00	Lola Mora	Encuesta: relevamiento de kinesiólogos en las UTIP
Astoul Bonorino	Carolina	Coordinadora	11	10:30 a 11:45	Don Nicasio	Seguridad de paciente. Mito realidad
Astoul Bonorino	Carolina	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Astoul Bonorino	Carolina	Secretaria	11	16:45 a 18:00	Vía Blanca	Sedación y analgesia en la unidad de cuidados criticos
Astoul Bonorino	Carolina	Presentadora	11	18:15 a 19:15	Don Nicasio	Fuerza de trabajo en Enfermería Pediátrica a nivel nacional
Astoul Bonorino	Carolina	Panelista	12	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Los padres en las unidades cerradas: una mirada diferente

APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Astoul Bonorino	Carolina	Conferencista	12	11:15 a 11:45	Vía Blanca	Arritmias en la emergencia
Astoul Bonorino	Carolina	Panelista	12	16.15 a 17:45	Ing. Luis Manuel Paz	Gestión de un área crítica en la Argentina del siglo XXI
Astoul Bonorino	Carolina	Conferencista	13	10:30 a 11:00	Vía Blanca	Manejo inicial del shock séptico. Campaña mundial de Sepsis.
Avellaneda	Fernando	Secretario	12	16.15 a 17:45	Ing. Luis Manuel Paz	Gestión de un área crítica en la Argentina del siglo XXI
Ávila	Liliana Beatriz	Secretaria	11	15:30 a 16:30	Vía Blanca	Shock: evaluar, categorizar y actuar
Ayrad	Nadir Emilio	Disertante	12	14:15 a 16:30	Don Nicasio	Aplicación de un programa de simulación para la capacitación de enfermería en áreas crítica
Azar	Irma	Disertante	10	14:00 a 17:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
<b>B</b>						
Barbosa	Cinthia	Conferencista	12	11:15 a 11:45	Don Nicasio	Diabética: manejo en la emergencia
Barbosa	Cinthia	Panelista	13	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Educación al niño y su familia. Desde la emergencia hasta el alta
Benitez	Alejandro	Disertante	10	12:15 a 14:30	Aula SAP 2	Intervenciones de Enfermería en accesos vasculares basados en simulación
Benitez	Alejandro	Coordinador	11	15:30 a 16:30	Vía Blanca	Shock: evaluar, categorizar y actuar
Blanco	Ana Carola	Coordinadora	11	10:30 a 11:45	Gral. San Martín	Shock 2015
Blanco	Ana Carola	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Blanco	Ana Carola	Panelista	11	15:30 a 16:30	Vía Blanca	Shock: evaluar, categorizar y actuar
Blason	Santiago	Discutidor	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Bonetto	Germán	Discutidor	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Botta	Priscila	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Botta	Priscila	Secretaria	12	09:30 a 10:45	Ing. Luis Manuel Paz	El paciente inmunocomprometido grave
Bruera	María José	Panelista	11	10:30 a 11:45	Ing. Luis Manuel Paz	Urgencias hidroeléctricas en la emergencia
Bruera	María José	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Brusca	Silvana	Disertante	10	15:00 a 18:00	Aula SAP 2	Hemofiltración
Buamscha	Daniel	Coordinador	10	15:00 a 18:00	Aula SAP 2	Hemofiltración
Buamscha	Daniel	Presentador	12	11:15 a 11:45	Gral. San Martín	Modos ventilatorios avanzados
Burguener	Erika	Panelista	11	10:30 a 11:45	Lola Mora	Abordaje Kinésico del neonato crítico
<b>C</b>						
Cagnasia	Sandra	Discutidora	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz	Presentación Oral de Trabajos Libres Seleccionados
Cagnasia	Sandra	Presentador	12	11:45 a 12:45	Gral. San Martín	Nuevas investigaciones en cetoacidosis diabética
Camacho	Edgardo	Moderador	13	10:30 a 11:30	Gral. San Martín	Ventilación por presión en Asma
Capocasa	Patricia	Discutidora	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín	Presentación Oral de Trabajos Libres Seleccionados
Cappellini	Roxana	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Cappellini	Claudia Rosana	Coordinadora	13	10:30 a 11:30	Ing. Luis Manuel Paz	Utilización de coloides como expansores de volumen
Cardigni	Gustavo	Discutidor	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz	Presentación Oral de Trabajos Libres
Cardigni	Gustavo	Conferencista	12	16:15 a 17:00	Simón Bolívar	El Ejercicio Profesional en emergencias y cuidados críticos
Castagnaro	Eugenio	Coordinador	11	16:45 a 18:00	Ing. Luis Manuel Paz	El niño con alteración del sensorio
Castro	Pablo	Secretario	11	16:45 a 18:00	Gral. San Martín	Problemas en el paciente con ventilación mecánica prolongada
Centeno	Mónica	Panelista	11	16:45 a 18:00	Ing. Luis Manuel Paz	El niño con alteración del sensorio
Chávez	Rita	Presentador	13	10:30 a 11:30	Don Nicasio	Quién cuida a los que cuidan
Codevilla	Rodrigo	Secretario	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Corimayo	Liliana	Coordinadora	11	10:30 a 11:45	Vía Blanca	RCP pediátrico y neonatal: lo nuevo y lo viejo
Coronel	Cristina	Coordinadora	12	17:45 a 19:00	Don Nicasio	Como lograr un equipo multidisciplinario y no morir en el intento
Correa	Gladys	Secretaria	10	14:00 a 17:00	Aula SAP 1	La donación de órganos en un proceso mas de la terapia intensiva pediátrica
Correa	Patricia	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Curi	Claudia	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Curi	Claudia	Panelista	11	16:45 a 18:00	Ing. Luis Manuel Paz	El niño con alteración del sensorio
Curi	Claudia	Panelista	12	11:45 a 13:00	Vía Blanca	Valoración inicial e intervenciones del politraumatismo en la urgencia
<b>D</b>						
Davila	Carlos	Coordinador	12	09:30 a 10:45	Gral. San Martín	Triage
De Alabarse	Cristina	Presentadora	12	15:30 a 16:00	Ing. Luis Manuel Paz	Organización de un servicio de emergencias
De Pinho	Silvina	Secretaria	11	10:30 a 11:45	Ing. Luis Manuel Paz	Urgencias hidroeléctricas en la emergencia
Debaisi	Gustavo	Presentador	11	12:00 a 13:00	Ing. Luis Manuel Paz	Dengue. Atención desde Emergencia a la UTIP
Debaisi	Gustavo	Discutidor	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Di Cola	Estela	Conferencista	12	11:15 a 11:45	Ing. Luis Manuel Paz	Los cuidados paliativos en emergencias
Díaz	Norma	Coordinadora	11	15:30 a 16:30	Don Nicasio	¿Qué sabemos de humidificación y aspiración?
Díaz	Silvia	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Díaz	Norma	Coordinadora	12	16:15 a 17:45	Don Nicasio	Control de infecciones asociado al cuidado de la salud
Domínguez	Ana María del Pilar	Conferencista	11	12:00 a 12:30	Don Nicasio	La investigación y la práctica de enfermería
<b>E</b>						
Esquenazzi	Andrea	Coordinadora	12	09:30 a 10:45	Lola Mora	Update



APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
F						
Fabris	Juan Pablo	Secretario	10	14:00 a 17:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
Fagalde	Guillermo	Disertante	10	14:00 a 17:00	Aula SAP 1	La donación de órganos en un proceso más de la terapia intensiva pediátrica
Fagalde	Guillermo	Secretario	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín	Presentación Oral de Trabajos Libres
Fagalde	Guillermo	Presentador	11	18:15 a 19:15	Gral. San Martín	Infecciones del sistema nervioso central
Ferrentino	María Sol	Coordinadora	10	09:00 a 12:00	Aula SAP 2	Cuidados del niño con osotmías y botón gástrico
Ferrentino	María Sol	Panelista	11	15:30 a 16:30	Vía Blanca	Shock: evaluar, categorizar y actuar
Ferrentino	María Sol	Panelista	11	16:45 a 18:00	Vía Blanca	Sedación y analgesia en la unidad de cuidados críticos
Ferrentino	María Sol	Disertante	11	18:15 a 19:15	Don Nicasio	Fuerza de trabajo en Enfermería Pediátrica a nivel nacional
Ferrentino	María Sol	Presentadora	12	08:30 a 09:30	Don Nicasio	Monitoreo y prevención de la injuria asociada a la ventilación mecánica
Ferrentino	María Sol	Presentadora	12	11:15 a 11:45	Don Nicasio	Diabética: manejo en la emergencia
Ferrentino	María Sol	Conferencista	13	11:00 a 11:30	Vía Blanca	Hemofiltración en la terapia intensiva
Ferrero	Hilario	Disertante	10	09:00 a 13:00	Aula SAP 1	Transporte
Ferrero	Mateo	Disertante	10	09:00 a 13:00	Aula SAP 1	Transporte
Finetti	Enrique	Disertante	10	09:00 a 13:00	Aula SAP 1	Transporte
Fiñana	Patricia	Panelista	11	10:30 a 11:45	Ing. Luis Manuel Paz	Urgencias hidroeléctricas en la emergencia
Fiori Bimbi	Tomás	Discutidor	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Fleitas	Hugo	Discutidor	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Flores	Doris	Secretaria	10	15:00 a 18:00	Aula SAP 2	Hemofiltración
Frachia	Dardo	Coordinador	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Frachia	Dardo	Conferencista	11	12:30 a 13:00	Lola Mora	Encuesta: relevamiento de kinesiólogos en las UTIP
Frachia	Dardo	Discutidor	11	18:00 a 19:00	Lola Mora	Presentación Oral de Trabajos Libres
Frachia	Dardo	Presentador	12	08:30 a 09:30	Lola Mora	Análisis del fallo de ventilación no invasiva. VNI -SAFI
Frachia	Dardo	Panelista	12	17:45 a 19:00	Don Nicasio	Como lograr un equipo multidisciplinario y no morir en el intento
Frydman	Judith	Coordinadora	11	16:45 a 18:00	Lola Mora	Talleres
Frydman	Judyth	Discutidora	11	18:00 a 19:00	Lola Mora	Presentación Oral de Trabajos Libres
Frydman	Judith	Panelista	12	15:30 a 17:00	Lola Mora	El paciente crónicamente ventilado: experiencias regionales
Frydman	Judith	Coordinadora	12	17:15 a 18:45	Lola Mora	Mentiras verdaderas

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Fustiñana	Ana	Panelista	11	10:30 a 11:45	Ing. Luis Manuel Paz	Urgencias hidroeléctricas en la emergencia
<b>G</b>						
Gallardo	Hilda	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Gallardo	Hilda	Panelista	11	16:45 a 18:00	Don Nicasio	Ventilación no invasiva: lo nuevo y lo viejo (CPAP bajo agua, alto flujo y BIPAP)
Galleguillo	Liliana	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Galván	Eugenia	Coordinadora	12	09:30 a 10:45	Ing. Luis Manuel Paz	El paciente inmunocomprometido grave
García	Mauro Juan Daniel	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
García	María Cecilia	Panelista	12	09:30 a 10:45	Ing. Luis Manuel Paz	El paciente inmunocomprometido grave
García Roig	Cristian	Presentador	12	17:00 a 17:45	Ing. Luis Manuel Paz	Sedación segura en el servicio de emergencias
González	Jorge	Secretario	10	14:00 a 17:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Atención integral del paciente quemado
González	Jorge	Disertante	10	14:00 a 17:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Atención integral del paciente quemado
González	Pamela	Presentadora	12	11:15 a 11:45	Ing. Luis Manuel Paz	Los cuidados paliativos en emergencias
González Cambaceres	Carlos Eduardo	Coordinador	12	11:15 a 12:45	Lola Mora	Ventilación no invasiva: puesta al día. Experiencias en países hispanoparlantes
Gordillo	María Eugenia	Panelista	12	09:30 a 10:45	Gral. San Martín	Triage
Gordillo	María Eugenia	Conferencista	12	15:30 a 16:00	Ing. Luis Manuel Paz	Organización de un servicio de emergencias
Grane	Martín Elías	Presentador	12	14:00 a 15:00	Lola Mora	Movilización precoz en UTIP
<b>H</b>						
Hassel Jimenez	Jimmy	Conferencista	11	12:00 a 13:00	Ing. Luis Manuel Paz	Dengue. Atención desde Emergencia a la UTIP
Hernández	Alberto	Panelista	12	09:30 a 10:45	Ing. Luis Manuel Paz	El paciente inmunocomprometido grave
Hirsch	Natalia	Disertante	10	12:15 a 14:30	Aula SAP 2	Intervenciones de Enfermería en accesos vasculares basados en simulación
Holmes	James	Panelista	12	09:30 a 10:45	Gral. San Martín	Triage
Holmes	James	Conferencista	12	14:00 a 15:00	Gral. San Martín	Evaluación inicial y cuidado del niño con trauma contuso abdominal
Holmes	James	Expertos	13	11:45 a 13:00	Gral. San Martín	Casos Clínicos
Hualde	Gabriela	Moderadora	13	10:30 a 11:30	Ing. Luis Manuel Paz	Utilización de coloides como expansores de volumen

APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
<b>I</b>						
Ibar	Ricardo	Disertante	10	14:00 a 17:00	Aula SAP 1	La donación de órganos en un proceso mas de la terapia intensiva pediátrica
Iolster	Thomas	Disertante	13	10:30 a 11:30	Gral. San Martín	Ventilación por presión en Asma
Itharte	Marcelo	Discutidor	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
<b>J</b>						
Jabornisky	Roberto	Panelista	11	10:30 a 11:45	Gral. San Martín	Shock 2015
Jabornisky	Roberto	Discutidor	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Jaen	Roxana	Presentadora	12	17:00 a 17:45	Simón Bolívar	Rol de la simulación avanzada en la formación en emergencias y RCP pediátrica
Jelves Rodríguez	María Isabel	Presentadora	13	11:00 a 11:30	Vía Blanca	Hemofiltración en la terapia intensiva
Jerez	Florencia	Secretaria	10	09:00 a 13:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
Jmentlisky	Florencia	Presentadora	11	15:30 a 16:15	Lola Mora	Manejo crónico de la disfagia en UTIP
Jorro Barón	Facundo	Coordinador	10	09:00 a 13:00	Aula SAP 1	Transporte
Jorro Barón	Facundo	Presentador	11	12:30 a 13:00	Gral. San Martín	Hipotermia como neuroprotección
Jorro Barón	Facundo	Discutidor	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
<b>K</b>						
Kohn Loncarica	Guillermo	Discutidor	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Kohn Loncarica	Guillermo	Disertante	13	10:30 a 11:30	Ing. Luis Manuel Paz	Utilización de coloides como expansores de volumen
Kovacevic	Claudia	Disertante	10	09:00 a 12:00	Aula SAP 2	Cuidados del niño con osotmías y botón gástrico
Kovacevic	Claudia	Secretaria	11	15:30 a 16:30	Don Nicasio	¿Qué sabemos de humidificación y aspiración?
Kryniski	Mariela	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
Kupperman	Nathan	Conferencista	12	08:30 a 09:30	Gral. San Martín	Traumatismo de cráneo. Manejo inicial
Kupperman	Nathan	Conferencista	12	11:45 a 12:45	Gral. San Martín	Nuevas investigaciones en cetoacidosis diabética
Kupperman	Nathan	Conferencista	12	16:15 a 17:00	Gral. San Martín	Nuevas investigaciones en el lactante febril
Kupperman	Nathan	Conferencista	12	17:00 a 17:45	Ing. Luis Manuel Paz	Sedación segura en el servicio de emergencias
Kupperman	Nathan	Expertos	13	11:45 a 13:00	Gral. San Martín	Casos Clínicos
<b>L</b>						
Landeros	José	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Landeros	José	Conferencista	11	12:00 a 12:30	Lola Mora	Categorización del paciente crítico en UTIP
Landeros	José	Disertante	11	16:45 a 18:00	Lola Mora	Talleres

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Landeros	José	Panelista	12	11:15 a 12:45	Lola Mora	Ventilación no invasiva: puesta al día. Experiencias en países hispanoparlantes
Landeros	José	Panelista	12	17:15 a 18:45	Lola Mora	Mentiras verdaderas
Landry	Luis	Discutidor	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín	Presentación Oral de Trabajos Libres
Landry	Luis	Panelista	11	16:45 a 18:00	Gral. San Martín	Problemas en el paciente con ventilación mecánica prolongada
Latella	Antonio	Discutidor	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Latella	Antonio	Presentador	12	08:30 a 09:30	Gral. San Martín	Traumatismo de cráneo. Manejo inicial
Latella	Antonio	Disertante	13	10:30 a 11:30	Ing. Luis Manuel Paz	Utilización de coloides como expansores de volumen
Leiva	Sonia	Panelista	12	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Los padres en las unidades cerradas: una mirada diferente
Leiva	Sonia	Secretaria	12	14:15 a 16:30	Don Nicasio	Aplicación de un programa de simulación para la capacitación de enfermería en áreas crítica
Lenz	Ana Miriam	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
López	Mara	Secretaria	11	16:45 a 18:00	Lola Mora	Talleres
López Cruz	Gabriela	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Lujan	Liliana	Panelista	11	10:30 a 11:45	Gral. San Martín	Shock 2015
Luna	Susana	Secretaria	12	09:30 a 10:45	Don Nicasio	Distress respiratorio agudo. Maniobras de reclutamiento alveolar y VAFO
<b>M</b>						
Mancilla	César Rafael	Conferencista	11	14:30 a 15:30	Don Nicasio	Procuración de órganos y cuidados del posible donante
Mangupli	Marta	Presentadora	11	12:30 a 13:00	Don Nicasio	Triage en la emergencia
Marcos	Lorenzo	Panelista	11	16:45 a 18:00	Gral. San Martín	Problemas en el paciente con ventilación mecánica prolongada
Marcos	Claudia	Secretaria	13	11:45 a 13:00	Gral. San Martín	Casos Clínicos
Medina	Sabrina	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Medina	Sabrina	Disertante	10	12:15 a 14:30	Aula SAP 2	Intervenciones de Enfermería en accesos vasculares basados en simulación
Medina	Sabrina	Panelista	12	09:30 a 10:45	Don Nicasio	Distress respiratorio agudo. Maniobras de reclutamiento alveolar y VAFO
Medina Iturre	Alba Judyth	Discutidora	11	12:00 a 13:00	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Meligonis	Patricia	Panelista	11	16:45 a 18:00	Don Nicasio	Ventilación no invasiva: lo nuevo y lo viejo (CPAP bajo agua, alto flujo y BIPAP)
Meligonis	Patricia	Panelista	12	11:45 a 13:00	Vía Blanca	Valoración inicial e intervenciones del politraumatismo en la urgencia

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Meligonis	Patricia	Presentadora	13	10:30 a 11:00	Vía Blanca	Manejo inicial del shock séptico. Campaña mundial de Sepsis.
Miñaura Soria	Luciana Valeria	Secretaria	12	17:15 a 18:45	Lola Mora	Mentiras verdaderas
Miretti	Marisa	Secretaria	11	16:45 a 18:00	Ing. Luis Manuel Paz	El niño con alteración del sensorio
Montonati	Mercedes	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
Moreno	Guillermo	Coordinador	10	09:00 a 13:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
Moreno	Guillermo	Coordinador	10	14:00 a 17:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
Moreno	Rodolfo Pablo	Presentador	11	08:30 a 09:30	Gral. San Martín	Estrategias ventilatorias en la falla respiratoria pediátrica
Moreno	Rodolfo Pablo	Coordinador	13	11:45 a 13:00	Gral. San Martín	Casos Clínicos
Mosciaro	Marta	Conferencista	12	08:30 a 09:30	Don Nicasio	Monitoreo y prevención de la injuria asociada a la ventilación mecánica
Motto	Eduardo	Panelista	12	09:30 a 10:45	Don Nicasio	Distress respiratorio agudo. Maniobras de reclutamiento alveolar y VAFO
<b>N</b>						
Nievas	Gabriel	Coordinador	13	10:30 a 11:30	Gral. San Martín	Ventilación por presión en Asma
Nociti	Yamila	Disertante	11	15:30 a 16:30	Don Nicasio	¿Qué sabemos de humidificación y aspiración?
Nociti	Yamila	Disertante	11	16:45 a 18:00	Lola Mora	Talleres
Nociti	Yamila	Coordinadora	12	15:30 a 17:00	Lola Mora	El paciente crónicamente ventilado: experiencias regionales
Nogera	Sara Beatriz	Secretaria	11	10:30 a 11:45	Vía Blanca	RCP pediátrico y neonatal: lo nuevo y lo viejo
<b>O</b>						
Ojeda	Mariela	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Ojeda	Mariela	Disertante	10	12:15 a 14:30	Aula SAP 2	Intervenciones de Enfermería en accesos vasculares basados en simulación
Olguín	Gustavo	Conferencista	12	14:00 a 15:00	Lola Mora	Mobilización precoz en UTIP
Olguín	Gustavo	Panelista	12	17:15 a 18:45	Lola Mora	Mentiras verdaderas
Ortiz	Carolina	Disertante	10	14:00 a 17:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Atención integral del paciente quemado
<b>P</b>						
Pacce	Rodolfo	Discutidor	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Pacheco	Gabriela	Panelista	11	16:45 a 18:00	Ing. Luis Manuel Paz	El niño con alteración del sensorio
Palladino	Claudia	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Panigazzi	Laura Alicia	Disertante	10	14:00 a 17:00	Aula SAP 1	La donación de órganos en un proceso mas de la terapia intensiva pediátrica

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Pavlicich	Viviana	Conferencista	11	12:30 a 13:00	Don Nicasio	Triage en la emergencia
Pavlicich	Viviana	Panelista	12	09:30 a 10:45	Gral. San Martín	Triage
Paz	Mirta	Secretaria	10	09:00 a 12:00	Aula SAP 2	Cuidados del niño con osotmías y botón gástrico
Paz	Mirta	Presentadora	11	12:00 a 13:00	Vía Blanca	Qué debemos saber las enfermeras sobre los accesos vasculares centrales
Paz	Mirta	Coordinadora	12	09:30 a 10:45	Don Nicasio	Distress respiratorio agudo. Maniobras de reclutamiento alveolar y VAFO
Penayo Zarate	Analia	Disertante	10	15:00 a 18:00	Aula SAP 2	Hemofiltración
Penazzi	Matias	Panelista	12	17:45 a 19:00	Don Nicasio	Como lograr un equipo multidisciplinario y no morir en el intento
Peralta	Matilde	Secretaria	12	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Los padres en las unidades cerradas: una mirada diferente
Perret	Liliana	Panelista	11	10:30 a 11:45	Lola Mora	Abordaje Kinésico del neonato crítico
Pilan	María Luisa	Disertante	10	14:00 a 17:00	Auditorio Dirección	Manejo de cardiopatías congénitas
Piovano	María Laura	Panelista	11	10:30 a 11:45	Gral. San Martín	Shock 2015
Politsanski	Liliana	Coordinadora	11	10:30 a 11:45	Ing. Luis Manuel Paz	Urgencias hidroeléctricas en la emergencia
Ponce	Javier	Secretario	11	10:30 a 11:45	Gral. San Martín	Shock 2015
Poncetta	Mónica	Conferencista	11	12:00 a 13:00	Vía Blanca	Qué debemos saber las enfermeras sobre los accesos vasculares centrales
Poncetta	Mónica	Presentadora	11	14:30 a 15:30	Don Nicasio	Procuración de órganos y cuidados del posible donante
Pons Odena	Martí	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Pons Odena	Martí	Conferencista	11	14:30 a 15:30	Gral. San Martín	Soporte ventilatorio no invasivo en la falla respiratoria aguda. Nuevas interfases
Pons Odena	Martí	Conferencista	12	08:30 a 09:30	Lola Mora	Análisis del fallo de ventilación no invasiva. VNI -SAFI
Pons Odena	Martí	Panelista	12	11:15 a 12:45	Lola Mora	Ventilación no invasiva: puesta al día. Experiencias en países hispanoparlantes
Pons Odena	Martí	Panelista	12	17:15 a 18:45	Lola Mora	Mentiras verdaderas
Prudencio	Carla	Panelista	11	10:30 a 11:45	Vía Blanca	RCP pediátrico y neonatal: lo nuevo y lo viejo
Prudencio	Carla	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Prudencio	Carla	Disertante	11	18:15 a 19:15	Don Nicasio	Fuerza de trabajo en Enfermería Pediátrica a nivel nacional
Prudencio	Carla	Disertante	12	14:15 a 16:30	Don Nicasio	Aplicación de un programa de simulación para la capacitación de enfermería en áreas crítica

APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Prudencio	Carla	Panelista	13	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Educación al niño y su familia. Desde la emergencia hasta el alta
Pujales	Gabriel	Secretario	10	09:00 a 13:00	Aula SAP 1	Transporte
Pujol Buch	Cristina	Secretaria	10	12:15 a 14:30	Aula SAP 2	Intervenciones de Enfermería en accesos vasculares basados en simulación
Pujol Buch	Cristina	Panelista	11	15:30 a 16:30	Vía Blanca	Shock: evaluar, categorizar y actuar
Pujol Buch	Cristina	Disertante	11	18:15 a 19:15	Don Nicasio	Fuerza de trabajo en Enfermería Pediátrica a nivel nacional
Pujol Buch	Cristina	Secretaria	12	11:45 a 13.00	Vía Blanca	Valoración inicial e intervenciones del politraumatismo en la urgencia
Pujol Buch	Cristina	Panelista	12	17:45 a 19:00	Don Nicasio	Como lograr un equipo multidisciplinario y no morir en el intento
<b>R</b>						
Ramos Luna	Carolina	Conferencista	13	10:30 a 11:30	Don Nicasio	Quién cuida a los que cuidan
Rino	Pedro	Discutidor	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz	Presentación Oral de Trabajos Libres Seleccionados
Rino	Pedro	Presentador	12	14:00 a 15:00	Gral. San Martín	Evaluación inicial y cuidado del niño con trauma contuso abdominal
Rino	Pedro	Coordinador	13	11:45 a 13:00	Gral. San Martín	Casos Clínicos
Rivello	Graciela	Presentadora	12	16:15 a 17:00	Simón Bolívar	El Ejercicio Profesional en emergencias y cuidados críticos
Rodríguez	Edgardo	Panelista	12	16.15 a 17:45	Ing. Luis Manuel Paz	Gestión de un área crítica en la Argentina del siglo XXI
Rodríguez	María Gabriela	Presentadora	13	09:30 a 10:30	Gral. San Martín	Pensamiento crítico en el niño grave
Romero	Graciela	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Romero	María Eugenia	Coordinadora	11	16:45 a 18:00	Vía Blanca	Sedación y analgesia en la unidad de cuidados críticos
Romero	Graciela	Secretaria	12	11:15 a 12:45	Lola Mora	Ventilación no invasiva: puesta al día. Experiencias en países hispanoparlantes
Rosendo	Néstor	Coordinador	11	10:30 a 11:45	Lola Mora	Abordaje Kinésico del neonato crítico
Rosendo	Néstor	Conferencista	11	15:30 a 16:15	Lola Mora	Manejo crónico de la disfagia en UTIP
Rufach	Daniel	Disertante	13	10:30 a 11:30	Gral. San Martín	Ventilación por presión en Asma
<b>S</b>						
Saenz	Silvia Susana	Presentadora	12	15:30 a 16:00	Gral. San Martín	Arte y ciencia del destete de la ventilación mecánica
Saenz	Silvia Susana	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Saldías Roll	Isabel	Panelista	11	16:45 a 18:00	Vía Blanca	Sedación y analgesia en la unidad de cuidados críticos
Saldías Roll	Isabel	Panelista	12	09:30 a 10:45	Don Nicasio	Distress respiratorio agudo. Maniobras de reclutamiento alveolar y VAFO

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Saldías Roll	Isabel	Disertante	12	14:15 a 16:30	Don Nicasio	Aplicación de un programa de simulación para la capacitación de enfermería en áreas crítica
Saldías Roll	Isabel	Panelista	12	16:15 a 17:45	Don Nicasio	Control de infecciones asociado al cuidado de la salud
Salvatierra	Dario	Disertante	10	14:00 a 17:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Atención integral del paciente quemado
Sánchez	Jaqueline	Coordinadora	11	16:45 a 18:00	Don Nicasio	Ventilación no invasiva: lo nuevo y lo viejo (CPAP bajo agua, alto flujo y BIPAP)
Santos	Silvia	Presentadora	11	14:30 a 15:30	Gral. San Martín	Soporte ventilatorio no invasivo en la falla respiratoria aguda. Nuevas interfases
Santos	Silvia	Discutidora	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín	Presentación Oral de Trabajos Libres Seleccionados
Santucho	Marcelo	Secretario	12	09:30 a 10:45	Lola Mora	Update
Sarli	Mariam	Discutidora	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Sarli	Mariam	Presentadora	12	17:45 a 18:45	Gral. San Martín	Traumatismo de cráneo grave
Schnitzler	Eduardo	Panelista	12	16.15 a 17:45	Ing. Luis Manuel Paz	Gestión de un área crítica en la Argentina del siglo XXI
Sebastián	Alfredo	Panelista	12	15:30 a 17:00	Lola Mora	El paciente crónicamente ventilado: experiencias regionales
Segovia	Alcira	Panelista	12	15:30 a 17:00	Lola Mora	El paciente crónicamente ventilado: experiencias regionales
Selandari	Jorge	Panelista	11	16:45 a 18:00	Gral. San Martín	Problemas en el paciente con ventilación mecánica prolongada
Silva	Mariana	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Silva	Mariana	Panelista	12	09:30 a 10:45	Lola Mora	Update
Sisi	Teresita	Coordinadora	12	09:30 a 10:45	Vía Blanca	Actividades de un programa de control de infecciones
Soto	Gloria	Disertante	10	12:15 a 14:30	Aula SAP 2	Intervenciones de Enfermería en accesos vasculares basados en simulación
Soto	Gloria	Coordinadora	12	14:15 a 16:30	Don Nicasio	Aplicación de un programa de simulación para la capacitación de enfermería en áreas crítica
Suarez	Nidia Macarena	Panelista	12	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Los padres en las unidades cerradas: una mirada diferente
<b>T</b>						
Taffarel	Pedro	Disertante	10	09:00 a 13:00	Aula SAP 1	Transporte
Taffarel	Pedro	Discutidor	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Tasker	Robert	Conferencista	11	12:00 a 12:30	Gral. San Martín	Estrategias de manejo de la hipertensión endocraneana refractaria
Tasker	Robert	Conferencista	11	12:30 a 13:00	Gral. San Martín	Hipotermia como neuroprotección



APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Tasker	Robert	Conferencista	11	18:15 a 19:15	Gral. San Martín	Infecciones del sistema nervioso central
Tasker	Robert	Conferencista	12	17:45 a 18:45	Gral. San Martín	Traumatismo de cráneo grave
Terebiznik	Ernesto Marcelo	Secretario	12	09:30 a 10:45	Gral. San Martín	Triage
Terrazas	Carmen	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Timoni	María Alejandra	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Timoni	María Alejandra	Presentadora	11	12:00 a 12:30	Lola Mora	Categorización del paciente crítico en UTIP
Timoni	María Alejandra	Disertante	11	16:45 a 18:00	Lola Mora	Talleres
Timoni	María Alejandra	Panelista	12	09:30 a 10:45	Lola Mora	Update
Timoni	María Alejandra	Panelista	12	11:15 a 12:45	Lola Mora	Ventilación no invasiva: puesta al día. Experiencias en países hispanoparlantes
Tirado	Sandra	Discutidora	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Torres	Silvio	Panelista	12	09:30 a 10:45	Ing. Luis Manuel Paz	El paciente inmunocomprometido grave
Truszkowski	Martín	Disertante	10	09:00 a 13:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Ventilación no invasiva (VNI)
Tullis	María Paz	Coordinadora	13	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Educación al niño y su familia. Desde la emergencia hasta el alta
Urzagasti	Elsa Raquel	Coordinadora	12	11:45 a 13:00	Don Nicasio	Los padres en las unidades cerradas: una mirada diferente
V						
Valdéz	Julia	Coordinadora	10	12:15 a 14:30	Aula SAP 2	Intervenciones de Enfermería en accesos vasculares basados en simulación
Vallejo	Mario Pablo	Presentador	12	16:15 a 17:00	Gral. San Martín	Nuevas investigaciones en el lactante febril
Varón	Juan	Panelista	11	16:45 a 18:00	Don Nicasio	Ventilación no invasiva: lo nuevo y lo viejo (CPAP bajo agua, alto flujo y BIPAP)
Varón	Juan	Discutidor	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar	Recorrida de Pósters Digitales
Vassallo	Juan Carlos	Discutidor	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz	Presentación Oral de Trabajos Libres
Vassallo	Juan Carlos	Conferencista	12	17:00 a 17:45	Simón Bolívar	Rol de la simulación avanzada en la formación en emergencias y RCP pediátrica
Venecia	Analia	Secretaria	11	10:30 a 11:45	Lola Mora	Abordaje Kinésico del neonato crítico
Venkataraman	Shekhar	Conferencista	11	08:30 a 09:30	Gral. San Martín	Estrategias ventilatorias en la falla respiratoria pediátrica
Venkataraman	Shekhar	Conferencista	12	11:15 a 11:45	Gral. San Martín	Modos ventilatorios avanzados
Venkataraman	Shekhar	Conferencista	12	15:30 a 16:00	Gral. San Martín	Arte y ciencia del destete de la ventilación mecánica

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
Venkataraman	Shekar	Conferencista	13	09:30 a 10:30	Gral. San Martín	Pensamiento crítico en el niño grave
Villafañe	Valeria	Panelista	11	10:30 a 11:45	Lola Mora	Abordaje Kinésico del neonato crítico
Villasboas	Rosa Mabel	Coordinadora	10	14:00 a 17:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Atención integral del paciente quemado
Villasboas	Rosa Mabel	Disertante	10	14:00 a 17:00	Auditorio SAP Juan Francisco Villalonga	Atención integral del paciente quemado
Vilte	Analia	Secretaria	11	10:30 a 11:45	Don Nicasio	Seguridad de paciente. Mito realidad
Vilte	Analia	Presentadora	11	12:00 a 12:30	Don Nicasio	La investigación y la práctica de enfermería
<b>Y</b>						
Yankowsk	Alejandro	Disertante	10	14:00 a 17:00	Aula SAP 1	La donación de órganos en un proceso mas de la terapia intensiva pediátrica
Yedlin	Pablo	Coordinador	12	16.15 a 17:45	Ing. Luis Manuel Paz	Gestión de un área crítica en la Argentina del siglo XXI
Yonar	Ema Mónica	Presentadora	12	11:15 a 11:45	Vía Blanca	Arritmias en la emergencia
Yunis	Alicia	Presentador	11	12:00 a 12:30	Gral. San Martín	Estrategias de manejo de la hipertensión endocraneana refractaria
<b>Z</b>						
Zylinski	Vanesa	Panelista	11	10:30 a 11:45	Don Nicasio	Seguridad de paciente. Mito realidad

## INDICE DE AUTORES DE TRABAJOS LIBRES

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
ABALOS S.	¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?	12	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ABALOS S.	INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO	56	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ACERENZA M.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ACOSTA D.	COMA HIPEROSMOLAR O ESTADO HIPERGLUCÉMICO NO CETÓNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SÍNDROME DE DOWN EN TRATAMIENTO POR LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) CON L-ASPARAGINASAY CORTICOIDES	23	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ACOSTA D.	TRAUMATISMO ANORRECTAL POR EMPALAMIENTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO	95	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ADÉN F.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
ADÉN F.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
AGUERO L.	MIOCARDITIS EN ESCORPIONISMO GRAVE - A PROPOSITO DE UN CASO	21	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
AGUERO L.	VALIDACIÓN DEL USO DEL PIM2Y OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSEVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO.	125	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
AGUILAR C.	SÍNDROME DE LINFOHISTOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNOSTICO TARDIO O PRESENTACION RAPIDA	129	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
AGUIRRE C.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ALABARSE G.	"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS- TUCUMÁN"	27	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALBAREZ W.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALBAREZ W.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALBAREZ W.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.-	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALBARRACÍN M.	ESCORPIONISMO GRAVEY USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALBARRACIN M.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALETTIA.	PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS	47	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALETTIA.	TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS.	48	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
ALGORTA G.	SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALLENDE D.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ALONSO S.	EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	132	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
ALTHABE M.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCL-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALTHABE M.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALTHABE M.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
ALTHABE M.	SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO EN RECIEN NACIDOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA	114	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ALTHABE M.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ALVAREZ PARMA J.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ANDION E.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ANDION E.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCL-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
AQUINO N	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
AQUINO N.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCL-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
ARAUJO W.	PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS	47	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ARGAÑARAZ B.	VALIDACIÓN DEL USO DEL PIM2Y OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSEVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO.	125	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ARIAS PAZ I.	INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y NEUROPLASTICIDAD EN LA RECUPERACIÓN DE LA LESIÓN NEUROLÓGICA POR TRAUMATISMO ENCÉFALOCRANEANO	70	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
AUDISIO C.	ENDARTERITIS AORTICA	91	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ÁVILA C.	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) DE PACIENTES INTERNADOS EN UTIP.	126	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
AYERZA I.	PROPUESTA DE UN PASE INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	141	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
AYRBAR N.	INTEGRACIÓN DE PADRES EN EL CUIDADO DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	60	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BARBONI F.	HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME PULMONAR RENAL	19	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BARÓN A.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BARÓN A.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BASILICO H.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BATTISTON F.	SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BETIGER D.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UCI	109	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BETIGER D.	INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.	118	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BIANCO N.	MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA	99	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BLANCO A.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
BO R.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOADA N.	SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	26	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOADA N.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
BOADA N.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOADA N.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
BOLOGNA R.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
BOLOGNA R.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
BOSCARINO G.	"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS-TUCUMÁN"	27	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTO A.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTO A.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTO A.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTO A.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTO A.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?	12	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO.	13	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.	14	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO	56	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BOTTA P.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO EN NIÑOS	64	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRAVO A.	VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIRE Y ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.	35	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRAVO CASTAÑO D.	MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA	99	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRAVO N.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRAVO SERRANO J.	A PROPÓSITO DE RILI	96	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRITO P.	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	49	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRIUERA M.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR RATICIDAS	115	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
BRUERA M.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRUSCA S.	USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SINDROME HEPATOPULMONAR.	73	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BRUSCA S.	TEP O NO TEP	113	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BUAMSCHA D.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BUAMSCHA D.	USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SINDROME HEPATOPULMONAR.	73	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
BUAMSCHA D.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
BUAMSCHA D.	TEP O NO TEP	113	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CABEZA M.	TRAUMATISMO ANORRECTAL POR EMPALAMIENTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO	95	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CABRERIZO S.	SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR RATICIDAS	115	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CACERES P.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CAGNASIA S.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CAGNASIA S.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
CAJAL R.	MEDIDAS DEL LET EN UN CENTRO DE ATENCION PEDIATRICA PRIVADA	71	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CAMBACERES C.	FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS	1	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CAMBACERES C.	SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	26	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CAMBACERES C.	VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIRE Y ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.	35	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CAMBACERES C.	A. C. V. HEMORRAGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEADES HEMATO-ONCOLOGICAS	54	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CAMPOSV.	SISTEMAS DE INFUSIÓN PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA: ELECCIÓN DE ACUERDO AL RIESGO DEL MEDICAMENTO Y LABILIDAD A VOLUMEN DEL PACIENTE.	67	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CANO A.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CANO C.	PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS	47	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
CAPROTTA G.	ENCEFALITIS POR COINFECCIÓN POR ENTEROVIRUS Y HERPESVIRUS TIPO 2 EN PACIENTE CON HIPOPLASIA CONGÉNITA DE TRONCO Y VERMIS CEREBELOSO.	77	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARDENA L.	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	49	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARDIGNI G.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARDOSO L.	TÍTULO: A PROPOSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.	74	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARME A.	CAMILLA DE TRASLADO PARA PACIENTES LACTANTES CRÍTICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL	81	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARMONA R.	ANÁLISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.	79	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
CARMONA R.	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES "DR. J. P. GARRAHAN", M. INFANTIL DE SALTA, "DR. BARREYRO" POSADASY HOSP. DE LA MADREY EL NIÑO DE LA RIOJA	86	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARMONA R.	ANÁLISIS DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	101	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARMONA R.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UCI	109	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARMONA R.	INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.	118	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CARRAFANQ J.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASAI G.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASAI G.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASAI G.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASAI G.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASALIBA S.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASTILLO L.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
CASTRO F.	INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS	29	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASTRO F.	ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CASTRO P.	NEUMOPERICARDIO, A PROPOSITO DE UN CASO	122	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital



AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
CAVAGNA J.	EXPERIENCIA DE LA APERTURA DE LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE QUEMADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. PRIMEROS 6 MESES DE ACTIVIDAD	31	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CEDRÉS A.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
CEDRÉS A.	SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CENTENO M.	TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN NIÑOS POR CAÍDA DEL TELEVISOR (TVTEC)	24	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CENTENO M.	SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	26	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CENTENO M.	A. C. V. HEMORRAGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLOGICAS	54	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHANGOLUISA RUIZ A.	CRISIS SUPRARRENAL AGUDA VS SHOCK SEPTICO: PROPOSITO DE UN CASO	103	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ C.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ C.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO EN NIÑOS	64	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ M.	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	49	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ M.	INSUFICIENCIA CARDIACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO	56	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ M.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHÁVEZ M.	¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?	12	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHÁVEZ M.	USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO.	13	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ M.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ M.	INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS	29	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHAVEZ M.	ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHOLFO S.	SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHUCHUY S.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHUCHUY S.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CHUCHUY S.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CIRUZZI M.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENAL Y CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA	34	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CODERMATZ M.	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS EGRESADOS DE UN ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)	107	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
CODERMATZ M.	VIVENCIA DE LA FAMILIA DE UN NIÑO QUE REGRESA A LA CASA COMO DEPENDIENTE DE TECNOLOGÍA(DT) LUEGO DE UNA INTERNACIÓN PROLONGADA	108	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
COOK C.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CORGNALI M.	VALIDACIÓN DEL USO DEL PIM2Y OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSE EVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO.	125	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CORREA G.	¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?	12	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CORREA G.	USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO.	13	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CORREA G.	INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS	29	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CORREA G.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CROCE L.	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA: A PROPOSITO DE UN CASO	17	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CRUZ L.	CRISIS SUPRARRENAL AGUDA VS SHOCK SEPTICO: PROPOSITO DE UN CASO	103	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
CUERVO P.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
CURI C.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
D'URSO M.	PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.	14	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DALL P.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
DALLORSO P.	SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCIÓN CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DÁVILA E.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
DE JONG L.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
DE PINHO S.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DE PINHO S.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DE PINHO S.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DE PINHO S.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DEBAISI G.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
DEBAISI G.	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS EGRESADOS DE UN ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)	107	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DEBAISI G.	VIVENCIA DE LA FAMILIA DE UN NIÑO QUE REGRESA A LA CASA COMO DEPENDIENTE DE TECNOLOGÍA(DT) LUEGO DE UNA INTERNACIÓN PROLONGADA	108	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DEBAISI G.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
DELGADILLO L.	EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	132	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
DELLA CORTE M.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DELLA CORTE M.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DELLA CORTE M.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DELLA CORTE M.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DELLA CORTE M.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DERENBAUM L.	TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DESTEFANIS J.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
DEZA F.	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRIA: A PROPOSITO DE UN CASO	17	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DIAZ JIMENEZ M.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DÍAZ M.	PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.	14	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DOPAZO S.	NEUMOPERICARDIO, A PROPOSITO DE UN CASO	122	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DRIVET C.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
DURANGO M.	ENFERMERÍA Y EL TRABAJO POR TURNOS: PREFERENCIAS, FACTORES PERSONALES Y ALTERACIONES DE LA SALUD	50	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
DURANGO M.	SINDROME DE BURNOUT	53	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
EDUARDO ARIEL M.	ESTIGMAS CUTÁNEOS. ¿A DÓNDE SE LE OCULTA LA PLATA AL TERAPISTA?	36	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
EDUARDO ARIEL M.	TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRIA. A PROPOSITO DE 2 CASOS.	39	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
ENTIN E.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ENTIN E.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ENTIN E.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
FAGALDE G.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
FAJRELDINES A.	"IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTARY TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MEDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS"	68	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FARACE M.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
FARFAN J.	ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO DEL TRAUMA GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN UTIP	106	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FARFAN J.	ASFIXIA NO INTENCIONAL POR ESTRANGULACIÓN: REPORTE DE UN CASO	136	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FARIZANO M.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FATTORE M.	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)	44	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
FELIZZIA G.	A PROPÓSITO DE RILI	96	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FERNANDEZ A.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
FERNÁNDEZ A.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
FERNANDEZ I.	MEDIDAS DEL LET EN UN CENTRO DE ATENCION PEDIATRICA PRIVADA	71	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FERNANDEZ M.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FERNANDEZ R.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
FERREIRA M.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
FILIPPINI S.	SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZOOONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO.	52	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FILIPPINI S.	TÍTULO: A PROPOSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.	74	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
FILIPPINI S.	INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.	118	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLEITAS H.	MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA	99	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES A.	SISTEMA DE TRASLADO DEL PACIENTE CRÍTICO (ADO)	80	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES A.	CAMILLA DE TRASLADO PARA PACIENTES LACTANTES CRÍTICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL	81	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES D.	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES "DR. J. P. GARRAHAN", M. INFANTIL DE SALTA, "DR. BARREYRO" POSADASY HOSP. DE LA MADREY EL NIÑO DE LA RIOJA	86	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES D.	ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL TRAUMA GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN UTIP	106	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES D.	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) DE PACIENTES INTERNADOS EN UTIP.	126	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES D.	MIOCARDITIS AGUDA: FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DEL CHAGAS CONGÉNITO. REPORTE DE UN CASO	131	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES D.	MENINGOCOCHEMIA FULMINANTE. REPORTE DE UN CASO.	135	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FLORES D.	ASFIXIA NO INTENCIONAL POR ESTRANGULACIÓN: REPORTE DE UN CASO	136	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FOLCO L.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FOLCO L.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FOLCO L.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FORENZA N.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO EN NIÑOS	64	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FORENZA N.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO EN NIÑOS	64	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FORTINIY.	SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO.	52	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FORTINIY.	TÍTULO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.	74	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FORTINIY.	ENCEFALITIS POR COINFECCIÓN POR ENTEROVIRUSY HERPESVIRUS TIPO 2 EN PACIENTE CON HIPOPLASIA CONGÉNITA DE TRONCOY VERMIS CEREBELOSO.	77	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FORTINIY.	SÍNDROME DE LINFHISTOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNOSTICO TARDIO O PRESENTACION RAPIDA	129	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FRACHIA D.	TORAX ASFXIANTE EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO	138	11	18:00 a 19:00	Lola Mora (9º piso)	PO
FRYDMAN J.	INGRESO A U.C.I.P DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOMIOSITIS". NECESIDAD DE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO	137	11	18:00 a 19:00	Lola Mora (9º piso)	PO
FUSTIÑANA A.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FUSTIÑANA A.	HÍPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
FUSTIÑANA A.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
FUSTIÑANA A.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLAGHER R.	FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS	1	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLAGHER R.	TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN NIÑOS POR CAÍDA DEL TELEVISOR (TVTEC)	24	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLAGHER R.	SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZOOONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO.	52	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLAGHER R.	A. C. V. HEMORRAGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLOGICAS	54	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLAGHER R.	COLESTASIS NEONATAL CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA. A PROPOSITO DE UN CASO.	85	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLARDO P.	PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.	14	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLARDO P.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLARDO P.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLARDO P.	COQUELÚCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTIL.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALLEGUILLO L.	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES "DR. J. P. GARRAHAN", M. INFANTIL DE SALTA, "DR. BARREYRO" POSADASY HOSP. DE LA MADREY EL NIÑO DE LA RIOJA	86	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALVAN E.	A PROPOSITO DE RILI	96	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALVAN E.	TEP O NO TEP	113	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GALVAN M.	USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SINDROME HEPATOPULMONAR.	73	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GAMBAUDO M.	NEUMOPERICARDIO, A PROPOSITO DE UN CASO	122	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GARABITO A.	ENCEFALITIS POR COINFECCIÓN POR ENTEROVIRUS Y HERPES VIRUS TIPO 2 EN PACIENTE CON HIPOPLASIA CONGÉNITA DE TRONCO Y VERMIS CEREBELOSO.	77	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GARCIA C.	EXTRAÑO CASO DE CONCOMITANCIA ENTRE INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL Y CLOSTRIDIUM BOTULINUM EN UN PACIENTE DE 2 MESES DE EDAD	102	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GARCÍA C.	TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPOSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GARCIA DOMINGUEZ M.	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)	44	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
GARCIA G.	MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA	99	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
GARCÍA H.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENAL Y CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA	34	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GARCIA M.	INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.	118	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GARCIA MENA DE ALABARSE M.	"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS- TUCUMÁN"	27	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GARCIAR ROIG C.	PROPUESTA DE UN PASE INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	141	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GATTI M.	PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS	47	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GES H.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GIL M.	SINDROME DE LINFOHISTOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNOSTICO TARDIO O PRESENTACION RAPIDA	129	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GIORGI S.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
GIRAUDO D.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GIUSSANI N.	PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS	47	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GIUSSANI N.	TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS.	48	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GÓMEZ LÓPEZ P.	SISTEMAS DE INFUSIÓN PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA: ELECCIÓN DE ACUERDO AL RIESGO DEL MEDICAMENTO Y LABILIDAD A VOLUMEN DEL PACIENTE.	67	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GOMEZ S.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZALES L.	DIAGNOSTICOS ENFERMOS EN RECEPCION CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (UTIP)ULO DEMASIADO CORTO	22	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZALEZ C.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZALEZ CAMBACERES C.	TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN NIÑOS POR CAÍDA DEL TELEVISOR (TVTEC)	24	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZALEZ CAMBACERES C.	TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRÍA. A PROPOSITO DE 2 CASOS.	39	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZALEZ CAMBACERES C.	COLESTASIS NEONATAL CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	85	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZALEZ CAMBACERES C.	ESTIGMAS CUTÁNEOS. ¿A DÓNDE SE LE OCULTA LA PLATA AL TERAPISTA?	36	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZÁLEZ M.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GONZALEZ M.	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)	44	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
GORDILLO M.	COAGULOPATIA EN HEMORRAGIA EXANGUINANTE POR TRAUMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	119	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
GORDILLO M.	LESIONES POR USO INADECUADO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN NIÑOS	120	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y E.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y E.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
GUARRACINO F.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GUERRERO C.	INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO	56	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GUTIÉRREZ C	SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GUZMANY.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GUZMÁNY.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
GUZMÁNY.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA(TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HAIMOVICH A	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIP ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HAIMOVICH A.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
HAIMOVICH A.	TÍTULO: A PROPOSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.	74	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HAIMOVICH A.	ANÁLISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.	79	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
HAIMOVICH A.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
HAIMOVICH A.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
HAIMOVICH A.	INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.	118	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HALABE K.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERNANDEZ A.	USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SINDROME HEPATOPULMONAR.	73	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERNANDEZ A.	TEP O NO TEP	113	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERNÁNDEZ A.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital



AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
HERNÁNDEZ A.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERNANDEZ A.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERNÁNDEZ A.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
HERNANZ P.	HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SINDROME PULMONAR RENAL	19	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERRERA C.	SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZOONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO.	52	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERRERA C.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HERRERA J.	SINDROME DE BURNOUT	53	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HIEMADI D.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HOUBERT M.	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)	44	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
HUALDE G.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HUALDE G.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HUALDE G.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROÍCO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HUALDE G.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
HUALDE G.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
INSTRUCTORES P.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
IOLSTER T	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
IOLSTER T.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
IOLSTER T.	"IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTAR TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS"	68	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
IOLSTER T.	ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	112	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
IZAGUIRRE C.	A PROPÓSITO DE UN CASO: GUILLAIN BARRÉ CRÓNICO VS RECIDIVANTE	51	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JABORNISKY R.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
JEREZ F.	USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO.	13	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JEREZ F.	PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.	14	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JEREZ F.	USO DEL NT-PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JEREZ F.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JEREZ F.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JEREZ F.	ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JIMENEZ H.	EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	132	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
JMELNITSKY F.	TORAX ASFIXIANTE EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO	138	11	18:00 a 19:00	Lola Mora (9º piso)	PO
JORRO F.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
JOSE L.	TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS.	39	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JUAN MANUEL L.	ESTIGMAS CUTÁNEOS. ¿A DÓNDE SE LE OCULTA LA PLATA AL TERAPEUTA?	36	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
JUAREZ P.	INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS	29	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KENNY E.	FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS	1	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KOHN LONCARICA . G.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KOHN LONCARICA . G.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KOHN LONCARICA . G.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KOHN LONCARICA G.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KRIVOV A.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
KRYNSKI M.	SOSPECHAY DIAGNÓSTICO EN RECIEN NACIDOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA	114	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KUSMINSKY G.	ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	112	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
KUSSROW C.	MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA	99	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LABORDE S.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LANDRY L.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
LANDRY L.	SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	26	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LANDRY L.	VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIREY ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.	35	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LANDRY L.	A. C. V. HEMORRÁGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS	54	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LANDRY L.	ANÁLISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.	79	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
LANDRY L.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
LANDRY L.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LANDRY L.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
LATELLA A.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LATELLA A.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LATINI B.	USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SÍNDROME HEPATOPULMONAR.	73	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LATINI B.	TEP O NO TEP	113	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LEDESMA F.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENAL Y CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA	34	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LEGUINA M.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTIL.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
LENZ A.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
LENZ M.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LONGO P.	ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	112	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LOPEZ CRUZ G.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
LÓPEZ CRUZ G.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
LÓPEZ CRUZ G.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
LOPEZ CRUZ M.	MIOCARDITIS EN ESCORPIONISMO GRAVE - A PROPOSITO DE UN CASO	21	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LOPEZ CRUZ M.	VALIDACIÓN DEL USO DEL PIMZY OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSEVA PERÚ DE SANTIAGO DEL ESTERO.	125	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LOPEZ G.	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN RECEPCIÓN CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (UTIP)ULO DEMASIADO CORTO	22	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LOPEZ I.	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRIA: A PROPOSITO DE UN CASO	17	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LOPEZ M.	INGRESO A U.C.I.P DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DERMATOMIOSITIS". NECESIDAD DE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO	137	11	18:00 a 19:00	Lola Mora (9º piso)	PO
LOPEZ PALACIOS M.	SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZOONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO.	52	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
LOZADA DE OLIVEIRA M.	"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS- TUCUMÁN"	27	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MAGLIOLA R.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
MAGLIOLA R.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCELA Z.	ESTIGMAS CUTÁNEOS. ¿A DÓNDE SE LE OCULTA LA PLATA AL TERAPEUTA?	36	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCELA Z.	TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRÍA. A PROPOSITO DE 2 CASOS.	39	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS C.	''ENFOQUE CLÍNICO DEL PACIENTE DESNUTRIDO CON EDEMAS EN ESTADO CRÍTICO''	40	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO.	13	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?	12	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	PROCALCITONINA: SU UTILIDAD COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.	14	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS	29	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO EN NIÑOS	64	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS L.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARCOS S.	INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO UICIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	56	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARI E.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
MARI E.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
MARIANA.	TAPONAMIENTO CARDÍACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPOSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MARQUEZ R.	EXTRAÑO CASO DE CONCOMITANCIA ENTRE INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL Y CLOSTRIDIUM BOTULINUM EN UN PACIENTE DE 2 MESES DE EDAD	102	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MÁS M.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
MÁS M.	10 AÑOS DE HERIDAS GRAVES POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	10	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
MÁS M.	SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MATIAS P.	TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRIA. A PROPOSITO DE 2 CASOS.	39	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MEDINA RUIZ L.	“EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS- TUCUMÁN”	27	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENDEZ G.	ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO DEL TRAUMA GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN UTIP	106	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENDEZ G.	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) DE PACIENTES INTERNADOS EN UTIP.	126	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENDEZ G.	MENINGOCOCCEMIA FULMINANTE. REPORTE DE UN CASO.	135	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENDEZ G.	ASFIXIA NO INTENCIONAL POR ESTRANGULACIÓN: REPORTE DE UN CASO	136	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENDEZ G.	MIOCARDITIS AGUDA: FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DEL CHAGAS CONGÉNITO. REPORTE DE UN CASO	131	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENDEZ H.	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	49	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENDEZ M.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR RATICIDAS	115	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MENÉNDEZ C.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENAL Y CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA	34	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MIAURO J.	TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MIRANDA M.	DIAGNOSTICOS ENFERMOS EN RECEPCION CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (UTIP) LULO DEMASIADO CORTO	22	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MONICA C.	TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRIA. A PROPOSITO DE 2 CASOS.	39	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MONTANI E.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
MONTONATI M.	SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO EN RECIEN NACIDOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA	114	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MORA M.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MORA N.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
MORENO G.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
MORENO G.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
MORENO G.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
MORENO R	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MORENO R.	SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MORENO R.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
MORENO R.	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)	44	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
MORENO R.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
MORENO R.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOROSINI F.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
MORRA M.	COAGULOPATIA EN HEMORRAGIA EXANGUINANTE POR TRAUMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	119	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MORRA M.	LESIONES POR USO INADECUADO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN NIÑOS	120	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
MOSCIARO M	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
MOTTO E.	TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN NIÑOS POR CAÍDA DEL TELEVISOR (TVTEC)	24	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOTTO E.	SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	26	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOTTO E.	VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIRE ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.	35	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOTTO E.	A. C. V. HEMORRAGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEADES HEMATO-ONCOLOGICAS	54	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOTTO E.	SÍNDROME DE SHOCK EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO	78	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOTTO E.	COLESTASIS NEONATAL CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	85	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOTTO E.	FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS	1	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOUSSEU I.	SÍNDROME DE LINFOHISTOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DIAGNOSTICO TARDIO O PRESENTACION RAPIDA	129	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOUSSOU I.	A PROPÓSITO DE UN CASO: GUILLAIN BARRÉ CRONICO VS RECIDIVANTE	51	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
MOUSSOU I.	A PROPÓSITO DE RILI	96	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
MURRINI A.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NAVARRO G.	TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NAVARRO M.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NICASTRO M.	ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NOMAN A.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NOVAY.	A PROPÓSITO DE RILI	96	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NUÑEZ D.	EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	132	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
NUÑEZ M.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NUÑEZ P.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NUÑEZ P.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NÚÑEZ P.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
NUÑEZ P.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
OLAVARRÍA L.	INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO	56	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
OLIVIERI M.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
OLIVIERI M.	MEDIDAS DEL LET EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA PRIVADA	71	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ORELLANA G.	INTEGRACIÓN DE PADRES EN EL CUIDADO DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	60	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
OVANDO P.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
OVANDO P.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
OVANDO P.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
OZUNA M.	EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	132	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
PALLADINO C.	EVALUACIÓN DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA UCIP DEL HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERÓN-CATAMARCA AÑO 2011.	121	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PANCIROLI R.	TRAUMATISMO ANORRECTAL POR EMPALAMIENTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO	95	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PANCIROLI R.	PANCITOPENIA FEBRIL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE BRUCELOSIS	47	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PAOLILLO A.	TÍTULO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.	74	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PARADA M.	10 AÑOS DE HERIDAS GRAVES POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	10	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital



AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
PAREDES N.	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRIA: A PROPOSITO DE UN CASO	17	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PAREDES N.	HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SINDROME PULMONAR RENAL	19	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PARMA G.	TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPOSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PASCUAL A.	SISTEMAS DE INFUSIÓN PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA: ELECCIÓN DE ACUERDO AL RIESGO DEL MEDICAMENTO Y LABILIDAD A VOLUMEN DEL PACIENTE.	67	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PASCUITTO M.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
PASTARO D.	TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS.	48	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PELLEGRINI S.	ANÁLISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.	79	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
PELLEGRINI S.	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES "DR. J. P. GARRAHAN", M. INFANTIL DE SALTA, "DR. BARREYRO" POSADAS Y HOSP. DE LA MADRE Y EL NIÑO DE LA RIOJA	86	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PELLEGRINI S.	ANÁLISIS DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	101	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PELLEGRINI S.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UCI	109	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PELLEGRINI S.	INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.	118	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PELLIZZARI M.	"IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTAR Y TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS"	68	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PENAYO A.	USO DEL ECODOPPLER TRANSCRANEANO EN EL SÍNDROME HEPATOPULMONAR.	73	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PENAZZI	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
PENAZZI M. ; MARI E. ; PACHECO P.	MUERTE ENCEFÁLICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DONACIÓN DE ÓRGANOS	69	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PEREYRA B.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
PÉREZ F.	COMA HIPEROSMOLAR O ESTADO HIPERGLUCÉMICO NO CETÓNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SÍNDROME DE DOWN EN TRATAMIENTO POR LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) CON L-ASPARAGINASAY CORTICOIDES	23	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PÉREZ FERNÁNDEZ C.	TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS.	48	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PEREZ L.	VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIREY ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.	35	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PETRORA W.	TEP O NO TEP	113	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PEYNADO D.	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA: A PROPOSITO DE UN CASO	17	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PEYNADO D.	HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SINDROME PULMONAR RENAL	19	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PILCIC L.	NEUMOPERICARDIO, A PROPOSITO DE UN CASO	122	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PIÑEIRO S.	10 AÑOS DE HERIDAS GRAVES POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	10	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PIOVANO M.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
PIZZORNO E.	10 AÑOS DE HERIDAS GRAVES POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	10	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
POET M.	COMA HIPEROSMOLAR O ESTADO HIPERGLUCÉMICO NO CETÓNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SÍNDROME DE DOWN EN TRATAMIENTO POR LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) CON L-ASPARAGINASAY CORTICOIDES	23	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
POET M.	TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS.	48	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
POLO M.	SINDROME DE SHOCK EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI. REPORTE DE UN CASO	78	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PONCE A.	SISTEMA DE TRASLADO DEL PACIENTE CRITICO (ADO)	80	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PONCE A.	CAMILLA DE TRASLADO PARA PACIENTES LACTANTES CRÍTICOS DENTROY FUERA DEL HOSPITAL	81	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PONCE C.	ENDARTERITIS AORTICA	91	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PONCE J.	TRES AÑOS DE CAPACITACION EN RCP, PROGRAMA ERA SAN JUAN	89	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
POZZI M.	TROMBOSIS VENOSA COMO COMPLICACIÓN DE OTOMASTOIDITIS.	48	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PREGO J.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
PREGO J.	10 AÑOS DE HERIDAS GRAVES POR ARMA DE FUEGO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.	10	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PREGO J.	SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PRUDENCIO C.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
PUIME A.	SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCION CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PUITA MONTERO M.	ENCEFALITIS POR COINFECCIÓN POR ENTEROVIRUS Y HERPES VIRUS TIPO 2 EN PACIENTE CON HIPOPLASIA CONGÉNITA DE TRONCO Y VERMIS CEREBELOSO.	77	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PUJALES G.	CAMILLA DE TRASLADO PARA PACIENTES LACTANTES CRÍTICOS DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL	81	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PUJALES G.	ENDARTERITIS AORTICA	91	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
PUJALES G.	SISTEMA DE TRASLADO DEL PACIENTE CRITICO (ADO)	80	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
QUINTERO J.	TRES AÑOS DE CAPACITACION EN RCP, PROGRAMA ERA SAN JUAN	89	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
QUINTERO N.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
QUIÑÓNEZ S.	EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	132	12	13:00 a 14:00	Ing Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
RAMASCO L.	¿COMO TRASLADAMOS NUESTROS PACIENTES?	12	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RAMASCO L.	USO DE TERLIPRESINA EN COQUELUCHE GRAVE RESISTENTE A CATECOLAMINAS. REPORTE DE UN CASO.	13	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RAMASCO L.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RAMASCO L.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RAMASCO L.	ESCORPIONISMO GRAVE Y USO DE LEVOSIMENDAN. EXPERIENCIA EN UNA UTI PEDIÁTRICA	57	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RAMASCO L.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RATTO M.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
RATTO M.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
RAZZETTI M.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
REARTE A.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
REARTE A.	INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE: INTOXICACIÓN POR CASSIA OCCIDENTALIS	29	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
REARTE A.	SEGURIDAD DEL PACIENTE: NUESTRA REALIDAD	30	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
REARTE A.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTI.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
REYNOSO N.	ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS (RAD) A UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP) DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL (HMI) COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL (HMI)	44	11	15:30 a 16:15	Ing Luis Manuel Paz (planta baja)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
RIGO C.	INSUFICIENCIA CARDÍACA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO	56	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RINO P.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RINO P.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RINO P.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROÍCO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RINO P.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RINO P.	UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN MEDICINA DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (MEP). PRIMERA EXPERIENCIA DE UN CURSO A DISTANCIA. INFORMACIÓN PRELIMINAR	104	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RIOS M.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RIPEAU D.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RIVELLO G.	TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROCATAGLIATA G.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROCHA S.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
RODRIGUEZ E.	ANÁLISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.	79	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
RODRIGUEZ E.	ANÁLISIS DEL NIVEL DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	101	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RODRIGUEZ E.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UCI	109	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RODRIGUEZ E.	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES "DR. J. P. GARRAHAN", M. INFANTIL DE SALTA, "DR. BARREYRO" POSADASY HOSP. DE LA MADREY EL NIÑO DE LA RIOJA	86	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RODRIGUEZ PEREZ A.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RODRIGUEZ S.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
ROESCHLIN J.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
ROITMAN A.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENAL Y CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA	34	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROJAS P.	EVALUACIÓN DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA UCIP DEL HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERÓN-CATAMARCA AÑO 2011.	121	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROLDAN O.	HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME PULMONAR RENAL	19	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROMERO G.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ROMERO G.	EVALUACIÓN DE RIESGO DE MORTALIDAD EN LA UCIP DEL HOSPITAL INTERZONAL DE NIÑOS EVA PERÓN-CATAMARCA AÑO 2011.	121	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROMERO G.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
ROMPANI E.	SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA POR LEPTOSPIROSIS. COINFECCIÓN CON SAMR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	11	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROSARIO G.	TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL EN PEDIATRÍA. A PROPOSITO DE 2 CASOS.	39	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ROSARIO G.	ESTIGMAS CUTÁNEOS. ¿A DÓNDE SE LE OCULTA LA PLATA AL TERAPISTA?	36	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUA W.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.-	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RÚA W.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RÚA W.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUFACH D.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
RUFACH D.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
RUFACH D.	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS EGRESADOS DE UN ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)	107	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUFACH D.	VIVENCIA DE LA FAMILIA DE UN NIÑO QUE REGRESA A LA CASA COMO DEPENDIENTE DE TECNOLOGÍA (DT) LUEGO DE UNA INTERNACIÓN PROLONGADA	108	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUFACH D.	CALIDAD DE DISEÑO DE ALGUNAS MARCAS DE TET PEDIÁTRICOS CON CUFFY SIN CUFF UTILIZADAS EN NUESTRO PAÍS.	41	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUFFA P.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
RUIZ D.	MEDIDAS DEL LET EN UN CENTRO DE ATENCION PEDIATRICA PRIVADA	71	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUIZ V.	USO DEL NT- PRONBP EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ESCORPIONISMO GRAVE	28	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUIZ V.	COQUELUCHE GRAVE E HIPERLEUCOCITOSIS. EXANGUINOTRANSFUSIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UTIL.	58	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
RUVINSKY S.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
RUVINSKY S.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCL-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SABENA L.	REHIDRATACIÓN EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS. PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS E INCONVENIENTES REFERIDOS POR PEDIATRAS DE SERVICIOS DE GUARDIA DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	124	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
SAENZ S.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SAGARNAGA E.	ENCEFALITIS POR COINFECCIÓN POR ENTEROVIRUS Y HERPES VIRUS TIPO 2 EN PACIENTE CON HIPOPLASIA CONGÉNITA DE TRONCO Y VERMIS CEREBELOSO.	77	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SAMANIEGO R.	EXPERIENCIA EN VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON DENGUE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	132	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
SANCHEZY.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SANCHEZY.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIATRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SANCHEZY.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.-	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SANTOS S.	CALIDAD DE DISEÑO DE ALGUNAS MARCAS DE TET PEDIÁTRICOS CON CUFFY SIN CUFF UTILIZADAS EN NUESTRO PAÍS.	41	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SANTOS S.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SANTOS S.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SANTOS S.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SANTOS S.	VIVENCIA DE LA FAMILIA DE UN NIÑO QUE REGRESA A LA CASA COMO DEPENDIENTE DE TECNOLOGÍA (DT) LUEGO DE UNA INTERNACIÓN PROLONGADA	108	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
SANTOS S.	GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS EGRESADOS DE UN ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)	107	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SARLI M.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SARTORI O.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SAUER E.	VALIDACIÓN DEL USO DEL PIM2Y OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSEVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO.	125	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SCHAIGORO- DSKY L.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SCHNITZLER E.	"IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTAR Y TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MEDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS"	68	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SCHNITZLER E.	ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	112	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SEHABIAGUE G.	OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO COMO TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS. PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. MONTEVIDEO, URUGUAY.	9	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
SELANDARI J.	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA OPINIÓN DE MIEMBROS DE LA JUSTICIA NACIONAL EN LO PENAL Y CIVIL (FAMILIA), EN SITUACIONES DE LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL EN PEDIATRÍA	34	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SELANDARI J.	VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA, SÍNDROME DE ESCAPE DE AIREY ESTRATEGIA DE VOLUMEN PULMONAR BAJO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS.	35	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SELANDARI J.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SELANDARI J.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
SELANDARI J.	TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PLEURAL BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE USO DE ACCESO VASCULAR CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	123	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SELANDARI J.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIP ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SIABA SERRATE A.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
SIABA SERRATE A.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
SIABA SERRATE A.	ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	112	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SIABA SERRATE A.	"IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTARY TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MEDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS"	68	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SICA N.	TRAUMATISMO ANORRECTAL POR EMPALAMIENTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO	95	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SOLÍS R.	SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	32	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
SPROVIERI M.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
STEFANI L.	COAGULOPATIA EN HEMORRAGIA EXANGUINANTE POR TRAUMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	119	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
STEFANI L.	LESIONES POR USO INADECUADO DEL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN NIÑOS	120	11	15:30 a 16:15	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	POS
TOLABA V.	INTEGRACIÓN DE PADRES EN EL CUIDADO DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	60	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TOMASETTI M.	COMA HIPEROSMOLAR O ESTADO HIPERGLUCÉMICO NO CETÓNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SÍNDROME DE DOWN EN TRATAMIENTO POR LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) CON L-ASPARAGINASAY CORTICOIDES	23	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TOME D.	SÍNDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A UNA ZONOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO.	52	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TOPP P	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TORRES S.	"IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA GLOBAL TRIGGER TOOLS PARA DETECTARY TIPIFICAR DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN MEDICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS"	68	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TORRES S.	ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE NIÑOS TRASPLANTADOS DE MEDULA OSEA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	112	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TRAMONTI N.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TRUSKOWSKY M.	TITULO: A PROPOSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.	74	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TRUSKOWSKI M.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TRUSKOWSKI M.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICENTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
TRUSKOWSKI M.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital



AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
TRUSZKOWSKI M.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
TRUSZKOWSKI M.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
TRUSZKOWSKI M.	INFECCIÓN GRAVE POR SAMR: INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN ENDOCARDITIS AGUDA.	118	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VANELLA DE CUETOS E.	BOTULISMO DEL LACTANTE EN ARGENTINA TRABAJO MULTICÉNTRICO	15	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
VARGAS L.	PROPUESTA DE UN PASE INTEGRAL EN CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	141	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VASALLO J.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
VASALLO J.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VASALLO J.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
VASSALLO J.	CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	43	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
VASSALLO J.	PROGRAMA DE RCP PARA ALUMNOS DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UBA	55	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VASSALLO J.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
VASSALLO J.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
VAZQUEZ L.	ENDOCARDITIS AÓRTICA SECUNDARIA A MORDEDURA HUMANA	75	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VEGA L.	FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS	1	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VELASQUEZ G.	INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN PACIENTES CON ARM PROLONGADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	18	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VELASQUEZ G.	MOMENTO DE TRAQUEOSTOMIA (TQT) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA (UTIP)	117	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VELAZQUEZ G.	PERFIL DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA PROLONGADA (VMP) EN UNA UTIP.-	116	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VERGARA G.	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA: A PROPOSITO DE UN CASO	17	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VERGARA G.	HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA: MANIFESTACIÓN DE SINDROME PULMONAR RENAL	19	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VILAR A.	"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS-TUCUMÁN"	27	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
VILDOZA C.	VALIDACIÓN DEL USO DEL PIM2Y OTROS INDICADORES EN LA UTI DEL HOSPITAL DE NIÑOS CEPSEVA PERÓN DE SANTIAGO DEL ESTERO.	125	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VILLASBOAS M	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPARS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VILLASBOAS M.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
VILLASBOAS M.	NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UCIP DE QUEMADOS	94	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
VILLASBOAS M.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
YANG S.	TÍTULO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE AMEBIASIS CEREBRAL POR BALAMUTHIAMANDRILLARIS.	74	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
YBARRA J.	MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA EMERGENCIA	99	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
YULITTA H.	LAS RESIDENCIAS DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (TIP) DE LA REPUBLICA ARGENTINA: ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO	82	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
YUNIS A.	REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS (EA): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 4 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS (UCIP) DE ARGENTINA. HOSPITALES "DR. J. P. GARRAHAN", M. INFANTIL DE SALTA, "DR. BARREYRO" POSADASY HOSP. DE LA MADREY EL NIÑO DE LA RIOJA	86	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZAPATA V.	EXTRAÑO CASO DE CONCOMITANCIA ENTRE INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITALY CLOSTRIDIUM BOTULINUM EN UN PACIENTE DE 2 MESES DE EDAD	102	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZIMA R.	SATISFACCIÓN DE LOS PADRES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	26	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZLOGOGORA A.	FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE RESPUESTA AL VOLUMEN EN UNA COHORTE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.	16	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZLOGOGORA A.	OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICO	20	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZLOGOGORA A.	HIPERAMONIEMIA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO	46	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZLOGOGORA A.	MIDRIASIS UNILATERAL POR PLANTA TÓXICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	59	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZUAZAGA M.	FALLA HEPÁTICA AGUDA POR CASSIA OCCIDENTALIS	1	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZUAZAGA M.	TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN NIÑOS POR CAÍDA DEL TELEVISOR (TVTEC)	24	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZUAZAGA M.	A. C. V. HEMORRAGICO: DEBUT POCO FRECUENTE DE ENFERMEDADES HEMATO-ONCOLÓGICAS	54	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZUAZAGA M.	SÍNDROME DE SHOCK EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO	78	12	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZUAZAGA M.	COLESTASIS NEONATAL CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	85	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

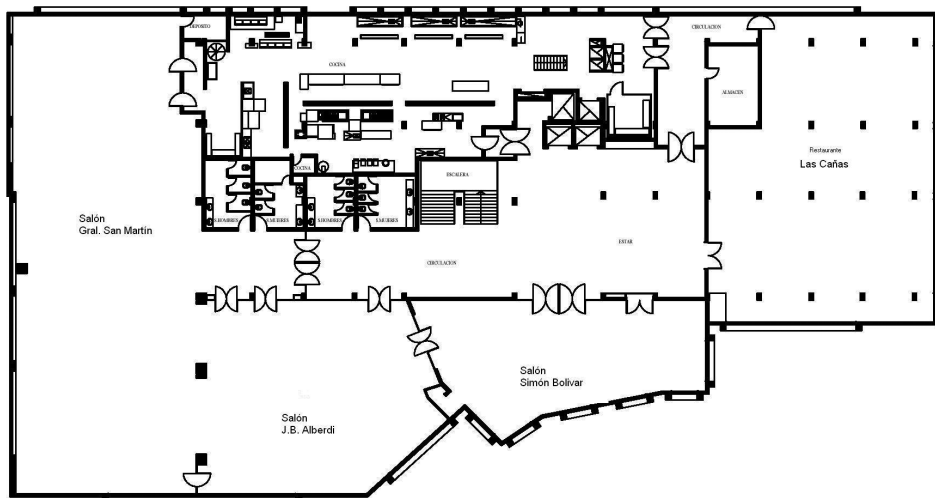
PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital

AUTORES (C/ INICIAL)	TÍTULO	Nº	DÍA	HORA	SALÓN	MODALIDAD
ZUAZAGA M.	COLESTASIS NEONATAL CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	85	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZUAZAGA M.	UCIPARS: REGISTRO MULTICÉNTRICO DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA	92	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ZUÍAZAGA M.	PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATÉTER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO CLÍNICO MULTICÉNTRICO EN 7 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.	66	11	15:30 a 16:15	Gral. San Martín (1º piso)	POS
ZUÍAZAGA M.	DESARROLLO DE UCIPARS: APLICACIÓN DE BASE DE DATOS DE RESULTADOS CLÍNICOS DE UCIPS ARGENTINAS	100	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZUÍAZAGA M.	LA DESNUTRICIÓN ES UN FACTOR ASOCIADO CON MAYOR MORTALIDAD, INDEPENDIENTE DE PIM-2, EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)	105	12	13:00 a 14:00	Ing. Luis Manuel Paz (planta baja)	PO
ZUAZAGA M.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UCI	109	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD
ZYLBERSZTAJN B.	EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO Y USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA TERAPIA PEDIÁTRICA CARDIOVASCULAR (UCI-CV)	83	11	13:00 a 14:15	Simón Bolívar (1º piso)	RPD

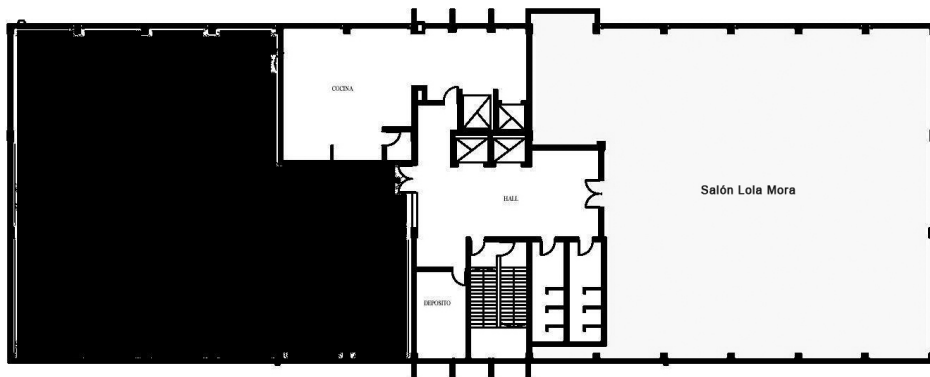
PO: Presentación oral • POS Presentación oral de trabajos libres seleccionados • RPD: Recorrida poster digital



### CATALINAS PARK - 1º Piso



### CATALINAS PARK - 9º Piso



**GARDEN PARK - SALÓN VÍA BLANCA**



**GARDEN PARK - SALÓN DON NICASIO**

