

ARTÍCULO ESPECIAL

**Abstracts Sociedad Latinoamericana de Emergencia
Pediátrica (SLEPE)**

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL. ESTUDIO ANTES-DESPUÉS. Ana Laura Fustiñana, Julia Echeveste, Clara Raggio, Julieta Pedalino, Julieta Figueroa, Yamila Babbini, Marcela Zuazaga, Mariana Prieto, Carolina Martínez Mateu, Lucrecia Arpi, Solana Pellegrini, Gabriela Krochik. *Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires.*

Introducción. La cetoacidosis diabética (CAD) es la primera causa de morbimortalidad en niños con diabetes tipo I. Su mortalidad se debe fundamentalmente al edema cerebral (EC) que se relaciona tanto con la gravedad del episodio como con aspectos relacionados con el tratamiento. El tratamiento estandarizado, basado en la mejor evidencia disponible, disminuye la incidencia de factores de riesgo asociados al desarrollo de EC vinculados al tratamiento. En el año 2020 se publicó en nuestra institución la primera Guía de Práctica Clínica (GPC) “Manejo de la cetoacidosis diabética en Pediatría”.

Objetivos. Comparar el tiempo de duración del episodio de CAD y secundariamente, la incidencia de factores de riesgo de EC y las complicaciones asociadas al tratamiento cuando aplicamos un protocolo basado en la mejor evidencia disponible y adaptado al funcionamiento institucional (grupo GAP) respecto a la práctica previa a su implementación (grupo PRE GAP).

Materiales. Se realizó un estudio de diseño antes y después. Se incluyeron los registros de todos los niños > 1 mes y < 18 años con diagnóstico de CAD (glucemia > 200 mg/dl y cetonuria ++ y/o cetonemia > 3 mOsm/L y acidosis metabólica [$\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$ y/o $\text{pH} < 7,30$]) que ingresaron al Servicio de Emergencias (SUP) de un hospital pediátrico de tercer nivel durante los períodos del 01/01/2017 hasta el 31/12/2018, pacientes ingresados antes de la implementación de las GPC (grupo PRE GAP) y del 01/06/2020 hasta el 31/12/2022, aquellos ingresados luego de su implementación (grupo GAP).

Se definieron factores de riesgo para EC no modificables: edad < 5 años, CAD debut, urea > 40 mg/dl, $\text{pCO}_2 < 21 \text{ mmHg}$ y factores de riesgo para EC modificables: inicio de la terapia insulínica antes de la primera hora de tratamiento, corrección

con bicarbonato de sodio intravenoso, descenso de sodio corregido mayor a 2 mEq/L por hora, volumen de líquidos recibidos en las primeras 4 horas > 50 ml/kg.

Para describir variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentaje y para variables continuas, mediana y rangos intercuantílicos (RIC). Para la comparación de variables categóricas se utilizó el test de χ^2 y para variables continuas el test no paramétrico de U Mann-Whitney. Se realizó un modelo de regresión lineal de ajuste para todas las variables que consideramos biológicamente importantes y aquellas que en el análisis univariado tuvieron una $p < 0,2$. Se informó el coeficiente β y sus IC95. Se consideraron significativos aquellos resultados con $p < 0,05$.

Resultados. Ingresaron al estudio 76 niños en el grupo PRE GAP y 94 en el grupo GAP. Los niños del grupo GAP tuvieron edades menores (mediana de edad 9,9 años [RIC 5,5-12,8] vs. 12,7 años [RIC 9,3-14,1] $p < 0,08$) y una mayor cantidad de episodios de debut diabético (71% vs. 34%, $p < 0,05$). Este grupo mostró también un mayor valor de glucemia (517 mg/dl [RIC 408-632] vs. 454 mg/dl [RIC 354-556], $p < 0,05$) y un menor valor de urea (29 mg/dl [RIC 21-37] vs. 33 mg/dl [23-45], $p < 0,05$) al ingreso. La duración del episodio de CAD tuvo una mediana de 15 h (RIC 10-20) para grupo GAP vs. 10 h (RIC 8-14) grupo PRE GAP ($p < 0,05$). No hubo diferencias entre los grupos respecto a episodios de hipoglucemia e hipokalemia, pero sí se observó mayor necesidad de corrección de fósforo en el grupo GAP (47% vs. 12%, $p < 0,05$). El grupo GAP requirió mayor necesidad de ingreso a UCI (16% vs. 8%, $p < 0,1$). Del total de ambos grupos solo a tres se le realizó tomografía de cerebro, 24 tuvieron alguno de los criterios de EC y ninguno recibió tratamiento para EC. No hubo muertes. Respecto a los factores de riesgo para EC no modificables, en el grupo GAP hubo una mayor proporción de niños < 5 años (17% vs. 11%, $p < 0,2$) y menor cantidad de pacientes con urea > 40 mg/dl (12% vs. 34%, $p < 0,05$) y en los factores de riesgo modificables en el grupo GAP se observó disminución en la administración de insulina durante la primera hora de tratamiento (7% vs. 57%, $p < 0,05$) y de indicación de corrección de bicarbonato de sodio (1% vs. 8%, $p < 0,05$). En el análisis multivariado no se encontraron diferencias significativas de la duración del episodio cuando se ajustó por edad, pH, urea, glucemia y debut diabético (β 1,86 [IC95 -(0,3) - 4], $p < 0,09$).

Conclusión. La aplicación de las GPC de CAD en nuestra institución disminuyó la frecuencia de factores de riesgo modificables de EC, como la aplicación de insulina antes de la reposición de líquidos durante la primera hora y la corrección de bicarbonato de sodio, sin generar aumento de complicaciones ni prolongación del tiempo del episodio.

VENTILACIÓN NO INVASIVA INICIAL EN MENORES DE UN AÑO CON BRONQUIOLITIS SEVERA EN EMERGENCIAS. Nicolás Emmanuel Lehoux, Sofía Datto, Julia Inés Simonassi, Guillermo Kohn Loncarica. *Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires.*

Introducción. La bronquiolitis (BQL) es frecuente durante la época invernal, requiriendo, en los casos más severos, hospitalización. El compromiso mecánico de la ventilación interfiere en el intercambio gaseoso llevando al paciente a requerir oxígeno suplementario por cánula nasal, cánula nasal de alto flujo (CNAF) y en los casos más severos, asistencia respiratoria mecánica no invasiva (VNI) como escalón previo a la intubación orotraqueal (IOT). El uso de VNI en lactantes con bronquiolitis severa ha aumentado durante las últimas décadas y aunque existe evidencia a favor de sus beneficios en niños pequeños, son escasas las recomendaciones sobre la modalidad y los parámetros a utilizar. Si bien es una práctica que se realiza habitualmente en las Unidades de Cuidados Críticos Pediátricos (UCIP), su implementación en el contexto de las urgencias pediátricas se encuentra poco documentada.

Objetivos. Describir las características y evolución clínica de los pacientes con bronquiolitis severa menores de un año que requirieron VNI y su metodología de uso.

Materiales. Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, realizado en el departamento de Emergencias (DE)

de un hospital pediátrico de tercer nivel durante el período comprendido entre enero de 2018 y diciembre de 2021. Se incluyeron todos los pacientes menores de 1 año con diagnóstico de falla respiratoria aguda hipoxémica, que iniciaron VNI binivelada previo a su traslado a la UCIP.

Resultados. 40 pacientes iniciaron VNI en el DE. La mediana de edad fue de 4 meses (RIC 2-6,75), y el 52,5% (n= 21) fueron varones. Un 97,5% (n= 39) tuvieron bronquiolitis y un paciente con diagnóstico adicional de neumonía. El período de mayores ingresos se produjo entre los meses de mayo a octubre. La mediana de peso fue de 6 kilogramos (RIC 5-7,87) y el 30% (n= 12) tenían alguna condición crónica compleja al ingreso. Un 77,5% (n= 31) de los pacientes presentaron rescate viral positivo, siendo los más frecuentes: virus sincicial respiratorio el 40% (n= 16), adenovirus asociado con el virus sincicial respiratorio en el 7,5% (n= 3), y metapneumovirus el 5% (n= 2) de los casos. Se implementó CNAF previo al ingreso a VNI en el 95% (n= 38) con una mediana de uso de 11 horas (RIC 5,50-23). La mediana del score de Tal fue de 10 (RIC 9-10). En la [Tabla 1](#) se desarrollan las características demográficas y clínicas de los pacientes que tuvieron éxito y de los que fracasaron. La VNI fue exitosa en el 52,5% (n= 21) con mayores niveles de PEEP en comparación al grupo que fracasó. El 25% (n= 10) de los pacientes requirieron IOT a partir de las 12 horas. Ningún paciente presentó complicaciones. Los pacientes que fracasaron permanecieron menos tiempo en VNI y tuvieron mayor tiempo de estancia hospitalaria. Los aspectos relacionados con el uso y evolución de la VNI se desarrollan en la [Tabla 2](#).

Conclusión. En nuestro estudio observamos que implementar en el departamento de Emergencias VNI binivelada en pacientes pequeños con bronquiolitis severa podría ser una práctica segura que mejora la evolución clínica con un impacto favorable.

TABLA 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes que tuvieron éxito y de los que fracasaron con VNI.

	Total n= 40	Éxitos n=21	Fracasos n=19	p valor
Edad en meses, mediana [RIQ]	4 [2-6,75]	3 [2-4,5]	6 [2-9]	0,001
Peso en kg, mediana [RIQ]	6 [5-7,87]	6,40 [5-6,75]	7,40 [5-8,50]	0,122
Género femenino, n(%)	19 (47,5)	9 (42,9)	10 (52,6)	0,000
Condición crónica compleja si, n(%)	10 (25)	4 (19)	6 (31,6)	0,000
Respiratoria	5 (12,5)	2 (9,5)	3 (15,8)	
Neurológica	3 (7,5)	1 (4,8)	2 (10,5)	
Oncológico	1 (2,5)	1 (4,8)	0	
Otros	1 (2,5)	0	1 (5,3)	
Episodios obstructivos a repetición (BOR), n(%)	12 (30)	4 (19)	8 (52,1)	0,000
Prematurez (menos de 38 s) n(%)	11 (27,5)	6 (28)	5 (26,3)	0,000
Score de Tal previo al ingreso a VNI, mediana [RIQ]	10 [9-11]	9 [9-10]	10 [9-11]	0,005
Rescate virológico n(%)				
VSR	16 (40)	11 (52,4)	5 (26,3)	
ADV+VSR	4 (10)	1 (4,8)	3 (15,3)	
Metapneumovirus	2 (5)	0	2 (10,5)	

RIQ: rango intercuartilico; n: número de casos; s: semanas; VNI: ventilación no invasiva; kg: kilogramo; VSR: virus sincicial respiratorio; ADV: adenovirus.

TABLA 2. Implementación y evolución de la VNI.

	Total n= 40	Éxitos n=21	Fracasos n=19	p valor
Días internación UCI, mediana [RIQ]	6 [5-11]	5 [3,5-6]	11 [8-14]	0,000
Días de VNI, mediana [RIQ]	2 [1-3]	3 [2-4]	1 [1-2]	0,000
IPAP, mediana [RIQ]	18 [16-20]	18 [16-20]	17 [16-20]	0,005
EPAP, mediana [RIQ]	7,5 [6-8]	8 [6-8]	7 [6-8]	0,000
FiO ₂ , mediana [RIQ]	50 [40-60]	50 [40-60]	55 [47,5-60]	0,000
Tipo de fracaso n(%)				
Inicial (0-2 horas)	N/C	N/C	3 (16)	
Precoz (2-12 horas)	N/C	N/C	6 (32)	
Tardío (> 12 horas)	N/C	N/C	10 (52)	
Causa de fracaso n(%)				
Aumento de la dificultad respiratoria	N/C	N/C	17 (90)	
Disminución del sensorio	N/C	N/C	1 (5)	
Incapacidad de mantener permeable la VA	N/C	N/C	1 (5)	

RIQ: rango intercuartilico; n: número de casos; s: semanas; VNI: ventilación no invasiva; VA: vía aérea; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno; IPAP: presión positiva inspiratoria; EPAP: presión positiva espiratoria; N/C: no corresponde.

PREVALENCIA DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA INVASIVA EN LACTANTES MENORES DE 60 DÍAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. Tomas Giménez, Eugenia Hernández, Ana Laura Fustiñana, Pedro Bonifacio Rino. *Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires.*

Introducción. Los lactantes menores de 60 días que presentan fiebre son susceptibles a padecer infecciones graves. La infección bacteriana severa (IBS) más frecuente en estos niños es la infección del tracto urinario (ITU). Además, presentan un riesgo mayor de sufrir infecciones bacterianas invasivas (IBI) como meningitis bacteriana o bacteriemia oculta. Existen pocos estudios realizados en nuestra población sobre la prevalencia de estas entidades.

Objetivos. Conocer la prevalencia de IBS e IBI en una cohorte de niños entre 28 y 60 días de vida con fiebre sin foco clínico evidente en un hospital de tercer nivel de atención. Como objetivo secundario, analizar la sensibilidad y especificidad de los criterios de Rochester en esta población.

Materiales. Estudio observacional, retrospectivo y transversal de una cohorte de niños entre 28 y 60 días de vida con fiebre sin foco que fueron admitidos en un hospital de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período comprendido entre enero de 2017 y diciembre de 2019. Se excluyeron pacientes con antecedentes patológicos. Los datos se obtuvieron del registro de las historias clínicas electrónicas.

Resultados. Se incluyeron 180 pacientes. La mediana de edad fue 43 días (RIC 36-51 días). El 57% (n= 103) correspondió al sexo masculino. La mediana de internación fue 2 días (RIC 1-3). Se solicitó recuento de glóbulos blancos y recuento absoluto de neutrófilos a todos los pacientes, y examen de sedimento urinario al 88% (n= 158). Se solicitó urocultivo y dos hemocultivos a todos los pacientes y se obtuvo muestra para cultivo de líquido cefalorraquídeo en el 46% (n= 84). La prevalencia de IBS fue del 19,4% (n= 35), la infección urina-

ria fue la más frecuente. La prevalencia de IBI fue del 4,4% (n= 8). Para la identificación de lactantes con bajo riesgo de presentar IBS, los Criterios de Rochester mostraron una sensibilidad del 86% (IC 95% 74-97 LR+ 1,95/LR- 0,25), una especificidad del 56% y un valor predictivo negativo del 94%. Respecto a la detección de IBI, la sensibilidad fue del 88% (IC 95% 64-100 LR+1,73/LR-0,24), la especificidad del 49% y el valor predictivo negativo del 99%.

Conclusión. La prevalencia de IBS e IBI en este trabajo fue similar a la descrita en la literatura. El uso de los criterios de Rochester demostró ser una prueba diagnóstica buena para la detección de niños entre 28 y 60 días de vida con fiebre sin foco con bajo riesgo de padecer una infección severa. A pesar del tiempo transcurrido desde su definición, estos criterios pueden seguir siendo útiles como parte de la evaluación de este grupo etario.

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. RESULTADOS PRELIMINARES. Sofía Datto, Nicolas Lehoux, Guillermo Kohn Loncarica, Ana Fustiñana. Departamento de Emergencias. *Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires.*

Introducción. La ventilación no invasiva (VNI) representa un recurso para el tratamiento de niños con insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Su indicación oportuna puede evitar la intubación orotraqueal (IOT) y las complicaciones asociadas a la misma. Los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) pueden iniciar esta terapéutica si disponen del recurso adecuado.

Objetivos. Describir las características y la evolución clínica de una población de niños ingresados a VNI en el SUP.

Materiales. Estudio descriptivo, prospectivo y observacional, realizado en el SUP de un hospital pediátrico de tercer nivel. Se ingresó una muestra consecutiva de niños mayores de 1 mes y menores de 18 años que requirieron VNI por falla respiratoria aguda, cardíaca y/o neurológica, durante el pe-

riodo septiembre 2022 - enero 2023. Se utilizaron equipos de nivel intermedio con interfaces total face. Se eligió REDCap 12.1.2 como herramienta para el desarrollo de la base de datos y análisis estadístico. Para describir variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes, y para variables continuas medianas y rangos intercuartílicos (RIC).

Resultados. Ingresaron a VNI 18 niños, 50% (9) fueron mujeres con una mediana de edad de 8,4 meses (RIC 3,4-38,3). Solo un paciente tuvo antecedentes de prematuridad. La mediana de peso registrada fue de 10,5 kilogramos (RIC 5-15). El 44% (8) presentaba antecedentes respiratorios, con una mediana de dos consultas previas (RIC 2-2,5). Tuvieron rescate viral positivo el 67% (12), el más frecuente fue el virus sincicial respiratorio (4/12). El 94% (17) recibió tratamiento con un dispositivo de oxigenoterapia previo a la VNI, siendo la cánula nasal de alto flujo (CNAF) la más utilizada en el 53% (9). Los diagnósticos de bronquiolitis (BQL) y crisis asmática fueron los principales motivos de internación. Previo a la colocación de la VNI, el score de Tal de los niños con BQL fue de 9,5 (RIC 8-10), y el score de Wood-Downes en aquellos con crisis asmática de 10 (RIC 9-10). Como sedoanalgesia durante la implementación de la VNI para una mejor adaptación de paciente-respirador se utilizó clonidina y ketamina en el 89% (16). En todos los pacientes se utilizó el modo de ventilación binivelado por presión, con una mediana de presión positiva inspiratoria pico (IPAP) de 17 (RIC 16-18) y una mediana de presión positiva espiratoria (EPAP) de 7 (RIC 6-8). Luego de treinta minutos de la colocación de la VNI, se registró una mejoría en la frecuencia respiratoria con una mediana del 38% (RIC 29-42) y de la frecuencia cardíaca del 12% (RIC 7,5-16). La mediana de tiempo de permanencia en SUP fue de 81 minutos (RIC 51-105) previo al traslado a Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos (UCIP). La mediana de tiempo total de uso de VNI fue de 2,2 días (RIC 1,8-4) y de los días de internación en UCIP de 4,5 (RIC 3,2-4,5). El 89% (16) de los pacientes no requirieron IOT y la mediana de tiempo de fracaso de VNI fue de 148 minutos (RIC 346-489). Se registró un solo óbito.

Conclusión. Nuestros resultados muestran que el uso de VNI en los SUP es seguro y podría evitar o apaciguar la progresión del cuadro respiratorio mientras se aguarda el lugar en las unidades de cuidados críticos, siempre y cuando se disponga de equipos y personal entrenado para su implementación.

MEJORANDO EL USO DE ANTIBIÓTICOS EN HOSPITALES PEDIÁTRICOS EN ARGENTINA: UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD.

Facundo Ariel Jorro Baron¹, Cecilia Echave², Marina Guglielmino¹, Ana Paula Rodríguez¹, María José Aguilar Fixman³, Romina Balboa², Verónica Del Negro³, Patricia Dondoglio², Esteban Falcón³, Florencia García Causarano², Celeste Guerrero³, Ximena Juárez², Analía López³, Erika Matteucci², Javier Roberti¹, Andrea Falaschi³. ¹Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. ²Hospital Pedro de Elizalde. ³Hospital Humberto Notti.

Introducción. Los antibióticos son los medicamentos más prescritos en Pediatría. Se ha demostrado que entre el 20% y el 50% de estas prescripciones son potencialmente innecesarias o inapropiadas, y que muchos niños aún reciben anti-

bióticos de amplio espectro para infecciones virales o ciclos de antibióticos que son significativamente más prolongados de lo necesario. Se han desarrollado programas de administración de antibióticos (PROA) para optimizar el tratamiento de las infecciones. Existe una brecha en la investigación de PROA, principalmente en países de ingresos medios-bajos o bajos. Para abordar las brechas de desempeño, las iniciativas de mejora de la calidad (MC) son una estrategia probada para llevar intervenciones basadas en evidencia a escala. La Organización Mundial de la Salud recomienda encausar las pautas empíricas de tratamiento desde los grupos WATCH y RESERVE de antibióticos hacia el grupo ACCESS cuando sea posible.

Objetivos. Nuestro objetivo fue probar la viabilidad de una intervención multifacética para mejorar la calidad de la prescripción de antibióticos al reducir su uso excesivo y aumentar el uso de agentes de espectro reducido, compuesta por una variedad de estrategias de administración de antibióticos en seis salas de internación de dos hospitales pediátricos de Argentina.

Materiales. Implementamos una iniciativa de mejora de la calidad, basada en el Modelo de Series Innovadoras desarrollado por el *Institute for Healthcare Improvement*, en el tratamiento de tres grupos de infecciones en pacientes de 0-19 años de edad: infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB), infecciones del tracto urinario (ITU) e infecciones de piel y partes blandas (IPPB). Utilizamos un diseño antes y después, no controlado, en seis salas de internación (2 de terapia intensiva, 2 neonatales y 2 de internación pediátrica [UCI]), precedida de una fase formativa para identificar barreras y facilitadores. Luego realizamos 21 semanas de período de observación basal (PB) y 30 semanas de período de intervención (PI). Desplegamos la intervención a través de dos sesiones de aprendizaje y dos períodos de acción, utilizando ciclos planificar-hacer-estudiar-actuar (PHEA). Los ciclos fueron reportados a un repositorio común de datos, y compartidos cada 2 semanas con cada uno de los equipos. La teoría del cambio fue adaptada por cada sitio, y consistió en una estrategia multimodal de intervención. Esta estrategia estuvo compuesta por auditoría y retroalimentación de antibióticos, pautas de tratamiento específicas de cada sala o protocolos clínicos de atención, intervenciones basadas en infecciones enfocadas en mejorar la precisión del diagnóstico, adaptar la terapia a los resultados del cultivo y optimizar la duración del tratamiento (tiempo fuera del antibiótico), intervenciones basadas en farmacia, y educación.

Resultados. Se reclutaron 249 pacientes en el PB y 589 en el PI. Los pacientes en el PI presentaron menor edad (11 [3-41] contra 30 [9-75] meses), menor peso (9,1 [5,6-15] kg contra 12,2 [8-22,3] kg), y mayor porcentaje de pacientes con requerimientos de UCI (46,3% en PI contra 31,3% en PB). La estadía hospitalaria fue similar entre ambos grupos (9 [6-13] días en PI contra 9 [5-14] días en PB). El porcentaje de IRAB en PI fue del 87,1% contra el 63,2% en PB, el de ITU fue del 7,1% en PI contra un 17,8% en PB, y el de IPPB fue de 5,85 en PI contra el 19% en PB. El 48,6% de los pacientes necesitaron ventilación mecánica en PI contra un 31,3% en PB. El uso de catéter venoso central fue mayor en los pacientes en PI, con un 47,5% contra un 32,5% en PB. También hubo una mayor

utilización de catéter urinario en PI, con un 47,7% contra un 24,1% del PB. Después de la intervención hubo un aumento del 20% en el uso de antibióticos del grupo ACCESS (39,3% en PI frente al 33,2% en PB, $p < 0,001$). Los días de terapia (DOT) con antibióticos por 100 días-cama ocupados fueron menores en la etapa basal, 767 contra 954 en el PI, $p < 0,001$. Observamos una mayor adecuación de la terapia con antibióticos en las primeras 24 horas posterior a la obtención del microorganismo y sensibilidad antimicrobiana, siendo del 67,2% en el PI frente a un 57,9% en el PB, $p = 0,038$. No observamos cambios en el desescalamiento de antibióticos (proporción de terapia empírica cambiada a terapia dirigida por patógenos tan pronto como estuvieron disponibles los resultados del cultivo), un 31,2% en PB y un 27,6% en PI, $p = 0,417$. Se registraron tasas muy bajas de infecciones adquiridas en el hospital asociadas con una tasa de bacterias multiresistentes durante ambos períodos, lo que no permite sacar conclusiones.

Conclusión. A través de una iniciativa de mejora de la calidad se demostró que es factible el uso PROA en hospitales pediátricos y puede aumentar el uso de antibióticos de menor espectro. La mayor proporción de pacientes con requerimientos de UCI en el período de intervención dificulta la comparación entre los grupos en los días totales de uso de antibióticos.

INTOXICACIONES DOMÉSTICAS: DESCRIPCIÓN DE SERIE DE CASOS ENTRE 2018 Y 2022, EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA, EN EL HOSPITAL "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN".

Lucía Belén Rivero, Ramiro Nieddu, Pilar Suffern Quirno, Pilar Martínez Mosquera, Miguel Melgarejo. *Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires.*

Introducción. Las intoxicaciones por sustancias y productos que se encuentran en el hogar constituyen, en la actualidad, uno de los principales motivos de consulta en instituciones de salud, así como también una de las primeras causas de muerte en la niñez. Parte de esto se debe a la continua aparición de productos y aditivos más potentes y concentrados, así como su combinación, sumado a una mayor exposición en el hogar en estos últimos años, producto de las medidas de restricción impuestas por la pandemia.

Nuestro objetivo es, en primera instancia, reconocer los productos tóxicos más frecuentemente involucrados y sus efectos clínicos, a fin de generar herramientas para prevenir, diagnosticar, tratar oportunamente y, de esta manera, reducir su impacto en la salud del paciente.

Objetivos. Describir la prevalencia y distribución de intoxicaciones domésticas de los pacientes que consultaron en el Hospital Garrahan durante el período de enero de 2018 a febrero de 2022 en el grupo etario de recién nacidos hasta los 17 años inclusive.

Materiales. Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo, basado en la revisión de 750 historias clínicas de pacientes que consultaron por intoxicaciones y/o clínica compatible durante el período de enero de 2018 a febrero de 2022, entre las edades de recién nacidos a 17 años, de causas accidental o intencional. Se excluyeron aquellos asociados a cuidados de la salud, efectos adversos y reacciones alérgicas de medicación bien administrada, así como también errores en la

dosificación por indicación médica, obteniéndose un total de 432 pacientes.

Previamente, se realizó una selección manual mediante CIE-10 considerando 250 tóxicos pasibles de encontrarse en los domicilios de un total de 1.300.

Resultados. El grupo etario principal fue el de 2 a 6 años representando un 41,2% del total, siendo no significativa la distribución por sexos (masculino 50,46%; femenino 49,53%).

En lo que respecta a la clínica, un 73,14% presentó sintomatología al momento de la consulta, la misma fue predominantemente neurológica (52,84%). Además, si bien diferentes tóxicos pueden presentar múltiples mecanismos de exposición, la mayoría fue por ingesta del mismo (71,75%). Respecto al período de latencia hasta la consulta, las mismas se concentraron en las primeras 12 horas (68,75%).

Se encontraron 104 sustancias diferentes, siendo el grupo representado por los fármacos el de mayor proporción de consultas (41,75%), seguido por gases (22,19%) y productos de limpieza y hogar (18,46%). De forma individual, las benzodiazepinas lideraron las consultas en un 15,16% del total.

El 80,09% de los pacientes que consultaron requirieron internación. En lo que respecta a la resolución de los casos, en una gran parte de los mismos se observó recuperación total o *ad-integrum* (88%), constatándose que 34 pacientes presentaron secuelas (7,87%) y en seis casos el resultado fue fatal (1,38%).

Por último, comparando períodos pre e intrapandemia se observó un 40% más de consultas en este último grupo.

Conclusión. Las intoxicaciones domésticas son consideradas lesiones no intencionales y, por lo tanto, prevenibles en el 90% de los casos.

La exposición predominante en menores de 6 años podría relacionarse tanto con la exploración y las conductas imitativas, características de la edad, así como también la mayor facilidad en el acceso a productos tóxicos. Esto toma mayor relevancia ya que, al tener menor superficie corporal y mayor índice metabólico, la repercusión clínica es superior frente a otros grupos etarios.

Si bien en la bibliografía se destaca el predominio en el sexo masculino, en nuestro trabajo se observó una distribución semejante entre ambos sexos.

Es importante destacar que la mayoría de las consultas luego de la exposición se realizaron dentro de un período de tiempo que posibilitó instaurar medidas terapéuticas tempranas, logrando así que un alto número de pacientes presente recuperación *ad-integrum*.

Considerando el aumento del número de intoxicaciones durante el último tiempo, las características epidemiológicas de las mismas y el porcentaje de internación de pacientes, resulta de suma importancia enfatizar que el eje de la práctica pediátrica habitual se base en medidas de prevención. Por todo esto, es indispensable orientar e instruir al personal de salud, tanto en la educación de la población, así como en el reconocimiento rápido y el tratamiento oportuno de dicha problemática.

IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE PARO CARDÍACO PARA MEJORA EN LA RCP EN UN HOSPITAL NIVEL III. Blanca Mercedes Argañaraz, Amarilis Quesada. *CEPSI Eva Perón.*

Introducción. El paro cardíaco en niños es un evento raro; sin embargo, aunque los resultados de la reanimación cardiopulmonar han mejorado significativamente en los últimos años, la morbimortalidad sigue siendo elevada. A pesar del reconocimiento de la importancia de este evento, hace falta la mejora en los registros de paro cardíaco pre e intrahospitalario, así como también mayor capacitación en reanimación cardiopulmonar (RCP). Los datos bibliográficos internacionales sobre recomendaciones no están fundamentados –en su mayoría–, en ensayos clínicos de alta calidad, y esto ya implica un gran desafío en la formación continua del médico pediatra, del médico de Urgencias o del médico terapeuta. El hecho que muy pocas recomendaciones a nivel internacional cuenten con ensayos clínicos de alta calidad demuestra los desafíos al realizar una investigación sobre registro de paro y reanimación. Asimismo, los datos sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica han sido limitados y difíciles de interpretar, porque casi todos los estudios publicados son revisiones retrospectivas de historias clínicas de pacientes pediátricos. Existen escasos datos sobre la asociación de la atención tras el paro cardíaco y el resultado del paciente después de un paro cardíaco pediátrico. Por ello, es necesario que en los estudios clínicos sobre el paro cardiorrespiratorio (PCR) y la RCP en los niños se realice la recolección de datos de forma uniforme.

Objetivos. Favorecer que los servicios prehospitalarios y hospitalarios realicen el registro de actividades durante la atención de los pacientes que presentan paro cardíaco. Establecer normas hospitalarias y prehospitalarias que lleven a identificar rápidamente el paciente crítico. Lograr que en las distintas instituciones de salud se generen procesos de evaluación y mejora en la atención de los pacientes que reciben maniobras de reanimación cardiopulmonar. Conocer las maniobras y procedimientos realizados en cada paciente tratando de identificar de manera clara su impacto en la evolución y pronóstico.

Materiales. Se realizó un estudio observacional retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes entre 1 mes-14 años que sufrieron parada cardíaca en el período de enero 2018 a diciembre 2022. Se incluyeron como variables: edad, sexo, intra o extrahospitalario, presenciada o no, soporte vital previo, comorbilidades, uso de adrenalina, manejo de la vía aérea, uso de desfibrilador, diagnóstico, sobrevida, secuelas y días de internación.

Resultados. Se incluyeron en el registro un total de 36 pacientes de 1 mes a 14 años con diagnóstico de parada cardíaca; el 55,5% varones y el 44,4% de mujeres, de los cuales un 27,7% fueron extrahospitalarios y un 72,2% intrahospitalarios. Del porcentaje de los extrahospitalarios solo un 40% recibió soporte vital previo. Entre los diagnósticos, el 44% correspondieron a shock, el 22,2% a IRAB grave, el 8,3% a ahogamiento, el 5,5% a quemaduras y otras el 19,4%. Se usó adrenalina en un 91,6% y manejo de la vía aérea en un 94,4%. En ningún caso se utilizó DEA. La parada fue presenciada en el 80,5% de los casos, sin embargo la sobrevida fue del 20% para los extrahospitalarios y del 50% para los intrahospitalarios. Un 61,1% presentaban comorbilidades. De los que sobrevivieron al alta hospitalaria, solo un 20% lo hicieron con recuperación *ad-integrum* y el 80% con grave deterioro neurológico.

Conclusión. La supervivencia de la parada cardíaca en edad pediátrica es baja. El pronóstico a largo plazo de los pacientes con buena recuperación neurológica desde el inicio se mantiene. Los registros de paro cardíaco son escasos y muchas veces hay datos incompletos en las historias clínicas. Nuestro estudio presentó varias limitaciones, hay variables con pérdida de información o no inclusión de algún paciente, que podrían alterar los resultados. La pérdida de información sobre el momento de la parada limita el análisis sobre la influencia del intervalo entre el colapso y el comienzo de la RCP. Aunque es una limitación frecuente en la mayoría de los registros, no deja de ser clave en los resultados. Esperamos que a partir del presente trabajo se haga evidente la necesidad de contar con un registro de PCR tanto pre/intrahospitalario, que permita obtener información adecuada y suficiente para generar indicadores de calidad en la RCP, con el fin de desarrollar programas de capacitación y mejora continua en la provincia, ya que una RCP básica de forma adecuada, constituye una parte crucial en la toma de decisiones. No solo implica un desafío para los equipos de salud, sino también para toda la comunidad en general. Es por esta razón que en la medida que los conocimientos en RCP aplicados por personal no médico ni perteneciente al ámbito de la salud (legos) se multipliquen, aumentará la posibilidad de sobrevida en un paciente en PCR. La probabilidad de sobrevida va a depender del tiempo en que se dé inicio la RCP (cuanto más temprana se inicie mejores resultados) y del lugar donde nos encontremos (intra o extrahospitalario).

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA DE EMERGENCIA TRIAGE CATEGORÍA 1. EXPERIENCIA DE UN CENTRO CLÍNICO. Carlos Fernández Cabalin, Ana Landeros Castillo, Carlos Gómez Gallanti, José Moreno García. *Clínica Santa María, Santiago de Chile.*

Introducción. El triage es un proceso que tiene como objetivo el recoger información clínica en breve tiempo a fin de poder segmentar a los pacientes según su grado de urgencia. En los instrumentos utilizados en las urgencias pediátricas la categoría de Triage 1 es la de mayor gravedad, con mayor necesidad de asistencia del equipo de salud (dado los motivos de consulta que generan su asignación) y por este motivo, con mayores proporciones de hospitalizaciones, frecuentemente en Unidades de Cuidados Intensivos. Si bien, en las urgencias de pacientes adultos esta categoría se reserva para el paro cardiorrespiratorio (PCR) inminente o actual, conocida la baja incidencia de este en Pediatría, y dado que su ocurrencia debe ser considerada como un evento en la mayoría de las oportunidades prevenible si es que se manejan las condiciones desencadenantes a tiempo; en este grupo etéreo existen patologías que deben ser consideradas en esta categorización a fin de establecer un diagnóstico y manejo oportuno y apropiado, a fin de no producir su evolución a PCR.

Objetivos. Describir los consultantes categorizados en Triage 1 en un Servicio de Emergencia de alta complejidad y elevado número de consultas anuales.

Materiales. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes categorizados Triage 1 según escala de *Emergency Severity Index* (ESI) versión 4 entre el 01 de

enero al 31 de diciembre de 2022. Se analizaron datos demográficos (edad, género), mes de la asistencia, motivo de consulta, tiempo de demora en ser atendido por el equipo de salud, antecedente de consulta hasta 72 horas previo al evento (reconsulta), existencia de comorbilidades asociadas o no (pacientes crónicos), disposición final y lugar de destino de hospitalización. Se agruparon los motivos de consulta principales y se analizaron las variables anteriores para cada uno de ellos. Los resultados se expresan como promedio, mediana (y sus rangos) y proporciones.

Resultados. En el período estudiado, se atendieron 31.457 pacientes, 127 de ellos categorizados como Triage 1 (0,4% del total), 62 de sexo femenino y 65 masculino. La mediana de edad fue de 3 años 4 meses (rango 4 días-14 años). El promedio del tiempo en ser atendido fue de dos minutos. Los meses con mayor frecuencia fueron: junio (21 pacientes, 16%), octubre (18 pacientes, 14%) y mayo (15 pacientes, 12%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: dificultad respiratoria (50 pacientes), convulsión (34 pacientes) y cianosis (21 pacientes). Doce pacientes (9%) fueron reconsultantes. En 51 pacientes (40%) fue posible identificar al menos una comorbilidad asociada. Del total, se hospitalizaron 84 pacientes (66%), 31 de ellos (37%) a unidades cuidados especiales (UCI o UTI). En 43 casos (34%) fue posible su alta. En aquellos consultantes con dificultad respiratoria, su mediana de edad fue de 3 años (rango 1 mes-11 años). La mayoría fueron crónicos (28 pacientes, 56%) y 46 pacientes fueron hospitalizados (92%). Hubo seis reconsultantes, todos con requerimiento de hospitalización. Los pacientes con convulsión tuvieron una mediana de edad de 3 años 4 meses (rango 1 años 2 meses-13 años). Trece pacientes fueron crónicos (38%) y su proporción de hospitalización fue del 65%. En este grupo, fueron dados de alta 12 pacientes (35%), todos con diagnóstico final de convulsión febril simple. No hubo eventos de PCR ni mortalidad en el grupo estudiado.

Conclusión. La categoría Triage 1 en Pediatría es poco frecuente. Su distribución durante el año fue coincidente con la mayor consulta en Emergencias y con la estacionalidad de los virus respiratorios de nuestro país durante el año 2022 (VRS en mayo y junio e Influenza en octubre). El tiempo de espera por atención fue muy breve, lo que dice relación con ulterior segmentación necesaria para la atención de estos pacientes. Si bien no hubo eventos de PCR, la dificultad respiratoria es el primer motivo de consulta, asociándose una elevada necesidad de hospitalización. Asimismo, la elevada proporción de pacientes crónicos (en especial consultantes con patología respiratoria) debe considerarse en las urgencias de centros de alta complejidad, dado los requerimientos tecnológicos y de conocimiento del personal de salud necesarios para la adecuada atención. Si bien la proporción de pacientes hospitalizados es más elevada que la general (7%) llama la atención el número de altas de este grupo (43 pacientes), de lo cual podría inferirse una sobrecategorización inicial, lo cual deberá ser estudiado posteriormente con diseños metodológicos en consecuencia.

MANEJO DEL TRAUMATISMO DE CRÁNEO LEVE EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. Julián Andrés Balsa, Lorena Greca. *Clínica Universitaria Reina Fabiola.*

Introducción. En la actualidad, a pesar de que la medicina de urgencias pediátricas está reconocida como especialidad en muchos países, los Servicios de Urgencias Pediátricas en Argentina están compuestos en su mayoría por pediatras o médicos generalistas. Son escasos los centros que cuentan con especialistas en Emergentología Infantil. El trauma de cráneo (TCE) es la injuria traumática más frecuente en la edad pediátrica. La mayoría de los TCE son leves, y no requieren pruebas complementarias ni observación en el hospital. Sin embargo, es frecuente observar conductas y prácticas inadecuadas por falta de formación o entrenamiento en emergencias infantiles.

Objetivos. Realizar un análisis descriptivo sobre el manejo del TCE leve en un Servicio de Emergencias Pediátricas.

Materiales. El estudio fue realizado en un centro de atención del sector privado, con servicio de emergencias compuesto en su mayoría por pediatras, pero coordinado por especialistas en emergentología pediátrica. Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. La población está compuesta por pacientes de 1 mes a 15 años de edad atendidos en 2022 con diagnóstico de TCE leve. Fueron excluidos pacientes con escala de Glasgow valorada en 14, y pacientes con antecedentes de enfermedad neurológica crónica. Los datos se recolectaron mediante revisión retrospectiva de historias clínicas. Se clasificó a los pacientes según el riesgo de lesión traumática clínicamente importante, de acuerdo a la evidencia disponible y a las reglas del estudio PECARN.

Resultados. Se trabajó con una muestra aleatoria de 178 pacientes. El 43% fue atendido por emergentólogos (77 pacientes). La mayoría de los pacientes eran menores de 2 años. El mecanismo de trauma más frecuente fue la caída de altura con 148 casos (83%), de los cuales 25 fueron caídas de alto impacto. Los pacientes fueron estratificados según el riesgo de lesión traumática clínicamente importante. Aquellos que cumplían criterios de bajo riesgo representaron el 65% de la muestra (117 casos), mientras que los pacientes de riesgo intermedio y alto representaron el 33% y el 2%, respectivamente. En cuanto a la conducta médica, el 92% de los pacientes de bajo riesgo fueron dados de alta, el 8% requirió observación y ningún caso fue internado. De los pacientes con riesgo intermedio, el 31% fueron dados de alta. En el 69% restante (40 pacientes), se realizó observación (22) o tomografía (18), y seis casos requirieron internación por hallazgos de lesiones intracraneales. Se realizó radiografía de cráneo en el 54% de los casos de bajo riesgo y en el 58% de riesgo intermedio, sin diferencias significativas. De los 18 pacientes de riesgo intermedio que fueron dados de alta, en 14 se realizó radiografía de cráneo con resultado normal.

Se categorizó la muestra total en pacientes atendidos por emergentólogos o pediatras. En el primer grupo se solicitó radiografía en el 43% de los casos, de los cuales 3 fueron patológicas. En cambio, en el segundo grupo, la frecuencia de radiografía fue del 64% y el 100% fueron normales. Del análisis comparativo se desprende una diferencia significativa con $p < 0,01$. De los tres casos de radiografía con hallazgo sugestivo de fractura, solo uno era positivo en la tomografía, aunque sin lesión traumática clínicamente importante.

Conclusión. Si bien la solicitud de radiografía disminuye significativamente cuando la atención depende de un emergentólogo, es una práctica que continúa sucediendo y que

entorpece o perjudica la toma de decisiones. En cambio, la clasificación de los pacientes según el riesgo de lesión traumática clínicamente importante resulta de vital importancia para realizar un diagnóstico oportuno y evitar pruebas complementarias innecesarias. Es por esto que adquiere especial relevancia tener formación en cuidados críticos pediátricos y contar con protocolos de actuación institucional que estandaricen la atención de los pacientes en los servicios de emergencias pediátricas.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL USO DE LA TROMBOELASTOMETRÍA ROTACIONAL (ROTEM) EN LA REANIMACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICO CON COAGULOPATÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Adriana Yock-Corrales¹. Saúl Prado-Fonseca¹, Germán Guerrero-Quezada². ¹Departamento de Emergencias; ²Unidad de Trauma. Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", CCSS. San José, Costa Rica.

Introducción. El uso de la tromboelastometría rotacional (ROTEM) es un método rápido para obtener información del estado de coagulación del paciente. Se desconoce la utilidad exacta del ROTEM en el paciente pediátrico crítico, ya que no se ha estudiado de forma exhaustiva y en este caso sería útil para valorar si realmente se utiliza de forma adecuada.

Objetivos. El objetivo principal de este estudio es describir la epidemiología de los pacientes críticamente enfermos a los que se les realizó ROTEM, y evaluar su uso y manejo dado a los pacientes durante el período descrito.

Materiales. Es un estudio observacional, retrospectivo, donde se incluyeron pacientes < 17 años que ingresaron al hospital y en el cual por su condición se realizó el ROTEM durante un período de 5 años. La información se recolectó del expediente digital. Se evaluaron características clínicas, de laboratorio y manejo que se les dio a los pacientes, así como complicaciones y utilidad del ROTEM.

Resultados. Se incluyeron 69 pacientes en el estudio. 37 (53,6%) eran del sexo femenino y un 34,8% (24) fueron traslados interhospitalarios a nuestro centro. La mayoría ingresaron por el Servicio de Emergencias en un 53,6% y el resto de Consulta Externa hacia Hospitalización en un 36,2%, Unidad de Trasplante en un 5,8% y, por último, a la Unidad de Cuidados Intensivos en un 4,3%. Los pacientes que se encontraban críticamente enfermos representaron el 49,3%. El ROTEM fue indicado en sala de operaciones en un 40,6%, UCI en un 37,7%, Emergencias en un 18,8% y en la Unidad de Trasplante en un 2,6%. 28 (40,5%) fueron pacientes que tuvieron como antecedente una cirugía cardíaca. Entre las razones de realización del ROTEM se encontraron en un 40,5% (28) el estado crítico de la condición clínica, en un 13% (9) por trauma multisistémico y en un 8% (12) la alteración de la función hepática.

Laboratorios al ingreso eran TPT en 36,1 (DE 9,3) segundos, TP 19,9 (14,8) segundos, INR 1,6 (1,04), hemoglobina 11,2 (DE 11,04) g/dl y plaquetas 214.268 (DE 123.881). Respecto a los signos vitales, la PAS y PAD pretratamiento tuvieron un promedio de 97 mmHg (9,3 DE) y 61 mmHg (5,03 DE), y posterior al tratamiento instaurado un promedio de 99 mmHg (26 DE) de PAS y un promedio de 56 mmHg (8,8 DE) de PAD.

Los hemoderivados más utilizados en la reanimación de los pacientes correspondieron a glóbulos rojos en 24 (34,7%) pacientes, 17 (24,6%) pacientes con crioprecipitados, en 17 (24,6%) pacientes transfusión de plaquetas y, por último, plasma fresco congelado que se administró en un total de 15 (21,7%). Respecto a las complicaciones, 44 (63,8%) requirieron ventilación mecánica asistida, 9 (13%) oxígeno por cánula nasal, 3 (4,3%) cánula de alto flujo y 53 (73,8%) requirieron ingreso a la UCI. La mediana de la estancia en UCI fue de 6 días (cuartiles 3-18) y la mediana de la estancia hospitalaria fue de 17 días (cuartiles 7-39). 24 (34,7%) de los pacientes fallecieron. En la mayoría de los pacientes el ROTEM se encontraba dentro de límites normales (40; 58%), por lo que no se encontró una correlación entre el tratamiento y el resultado que se le dio al paciente con hemoderivados ($p=0,09$).

Conclusión. El estudio tiene limitaciones al ser retrospectivo, pero demuestra que la mayoría de pacientes en donde se realizó la prueba de ROTEM estaban críticamente enfermos. A este grupo de pacientes les mejoró de manera significativa los signos vitales postratamiento; sin embargo, se encontró que los médicos tratantes pese a la realización del estudio, la mayoría se encontraba dentro de parámetros normales y no hubo correlación con el tratamiento indicado. Durante la revisión se vio que el ROTEM en muchos de los pacientes no estaba interpretado, pudiendo ser una razón de que el manejo no tuviera relación con los resultados.

SEDOANALGESIA INTRANASAL EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS FUERA DE QUIRÓFANO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

Julián Andrés Balsa, María Julia Funes. *Clinica Universitaria Reina Fabiola.*

Introducción. Los fármacos aplicados por vía intranasal (IN) actúan con rapidez y muestran un efecto terapéutico predecible. Es probable que esto se deba a la rápida absorción a través de la mucosa nasal altamente vascularizada, lo que lleva a un rápido aumento de las concentraciones del fármaco en suero. Pero a pesar de su fiabilidad y facilidad de uso, todavía está infrautilizado en medicina de urgencia.

Objetivos. Describir las estrategias de sedoanalgesia utilizadas por médicos especialistas en emergencias pediátricas en procedimientos dolorosos fuera del quirófano.

Materiales. Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal, de manera retrospectiva. Los datos se recolectaron mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos durante un período de 2 meses. La población se compuso por pacientes pediátricos de 1 a 10 años que acudieron espontáneamente o se encontraban internados en el Hospital, para curación de heridas por injuria térmica o para punción-aspiración de médula ósea, y que requirieron de sedoanalgesia. Se excluyeron pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, con antecedentes patológicos que influyeran en la percepción del dolor, y aquellos sin registro de intensidad del dolor según score FLACC y sedación según Ramsay en la historia clínica.

Resultados. Se trabajó con una muestra de 43 pacientes. En 18 pacientes se aplicó una estrategia de sedoanalgesia intranasal (IN). La asociación ketamina + midazolam endovenosa (EV) fue la estrategia más utilizada (10 pacientes),

seguida de dexmedetomidina + fentanilo IN (7 pacientes). La segunda estrategia intranasal más frecuente fue midazolam + fentanilo (6 pacientes). En cuanto a la efectividad en la analgesia, se encontró que la asociación ketamina + midazolam EV, era superior para controlar la analgesia en comparación con dexmedetomidina + fentanilo IN a los 10 minutos de iniciado el procedimiento. Esta superioridad no se encontró ni a los 5 ni a los 15 minutos. En cuanto a las estrategias intranasales, ninguna demostró ser superior a la otra. Con respecto a la sedación, la asociación de dexmedetomidina + fentanilo IN logró mayor puntuación de Ramsay a los 5 minutos que fentanilo + midazolam IN. Sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto a escala de Ramsay entre las dos estrategias más utilizadas, dexmedetomidina + fentanilo IN y ketamina + midazolam EV. Ninguno de los pacientes que fueron medicados por vía intranasal presentó episodios de desaturación.

Conclusión. La asociación de dexmedetomidina + fentanilo IN, comparado con la estrategia tradicional con ketamina + midazolam EV, demostró ser igual de efectivo con respecto a sedación y similar en analgesia. A pesar de que, en su totalidad, se encontró mayor superioridad analgésica y sedante en el uso de estrategias farmacológicas por vía endovenosa con respecto a la vía intranasal, el perfil de seguridad de la vía intranasal lo hace una buena opción cuando el paciente no requiere acceso venoso.

ERRORES ASOCIADOS A PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS. María Melisa Jofre, Augusto Pérez, Pablo Eulmesekian, Valentina Bas, Stefania Barberis. *Hospital Italiano de Buenos Aires.*

Introducción. Un error en la medicación se define como cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. Estos errores son más frecuentes en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y generan un aumento en la mortalidad hospitalaria y en los gastos en salud, por lo que requieren de protocolos específicos que permitan disminuir su incidencia.

Objetivos. Los objetivos del presente trabajo fueron determinar la prevalencia de errores asociados a la prescripción y administración de medicamentos en pacientes admitidos a una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), categorizar los tipos de errores detectados, el fármaco involucrado en el mismo y el daño generado en el paciente.

Materiales. Se realizó un estudio observacional de corte transversal, durante el período comprendido entre septiembre de 2021 y febrero de 2022, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Italiano de Buenos Aires. Los tipos de errores fueron categorizados según el Instituto

para el Uso Seguro de los Medicamentos de España y la severidad del daño fue categorizada según el NCCMERP (*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*). La detección de errores se realizó mediante reporte voluntario, observación directa y monitoreo informatizado. El análisis estadístico se realizó con el programa MedCalc Statistical Software versión 17.6 (MedCalc, Ostend, Belgium).

Resultados. Se admitieron 400 pacientes durante el período estudiado, detectando errores asociados a medicación en 102 de ellos. El promedio de edad fue de 38,5 meses (rango 0,5-204) y el 63,7% fue sexo masculino. La estancia en la UCIP promedio alcanzó 23,4 días (rango 1-276) y la estancia hospitalaria 33,4 (rango 1-277). Se encontró un total de 203 errores de medicación con una prevalencia global de 50,8 por cada 100 pacientes admitidos, con un promedio de 1,99 (rango 1-9) errores por paciente. Los tipos de errores más frecuentes fueron: “dosis incorrecta” (38,4%, n= 78), “indicación inapropiada de la dilución” (14,3%, n= 29), “frecuencia de administración incorrecta” (12,3%, n= 25), que corresponden a más de la mitad de los errores evidenciados. La severidad del daño asociada al error encontrada fue del 83,3% (n= 169) de categoría B (el error se produjo, pero no alcanzó al paciente), del 12,3% (n= 25) de categoría C (el error alcanzó al paciente, pero no le produjo daño), del 2,9% (n= 6) de Categoría D (el error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización), solo el 0,5% (n= 1) de categoría E (el error causó daño temporal al paciente y precisó tratamiento de intervención) y no se registraron errores de categoría F, G, H o I (errores más severos que puedan prolongar la hospitalización del paciente, causar daño permanente, comprometer la vida, o causar la muerte, respectivamente). El único fármaco que generó daño de categoría E fue del grupo “sedoanalgesia” (ketamina), y el tipo de error cometido fue “medicamento erróneo”. Los fármacos que con mayor frecuencia estuvieron asociados a error fueron “antiinfecciosos” (31%, n= 63) y “sedoanalgesia” (22,7%, n= 46), entre otros con menor frecuencia. Los tipos de error más frecuentes que se detectaron fueron para “antiinfecciosos”: dosis incorrecta, indicación inapropiada de la dilución y frecuencia de administración incorrecta (44,4%, 14,3% y 12,7%, respectivamente); para “sedoanalgesia”: dosis incorrecta, frecuencia de administración incorrecta e indicación inapropiada de la dilución (45,7%, 19,6% y 8,7%, respectivamente); para “inotrópicos/vasoactivos”: dosis incorrecta (33,3%).

Conclusión. En conclusión, se observó una prevalencia de aproximadamente 50 errores asociados a medicación por cada 100 pacientes admitidos en una UCIP, sin embargo, en su gran mayoría no alcanzaron al paciente. De aquellos que llegaron al paciente, la gran mayoría no generaron daño y hubo un solo caso en que se necesitó la intervención del equipo médico para resolver las consecuencias del mismo. Los tipos más frecuentes de errores estuvieron asociados a dosis incorrecta, frecuencia de administración incorrecta y dilución inapropiada de la medicación, y la mayoría de los mismos se asociaron a agentes antiinfecciosos, sedoanalgesia e inotrópicos/vasoactivos. El conocimiento de la situación en nuestra unidad con respecto a los errores asociados a medicación sirve como bases sólidas para establecer futuras estrategias que permitan mejorar esta realidad.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. Jorge Daniel Ortiz Rolón, Ricardo Iramain, Alfredo Jara, Diana Arce, Marcelo Barreto, Laura Cardozo López. *Departamento de Emergencias Pediátricas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.*

Introducción. La promoción de la Salud Mental ha tenido auge con la crisis sanitaria, así también, las patologías psiquiátricas en la edad pediátrica. Caracterizar estos pacientes, proporcionará información para el abordaje oportuno en los servicios de Emergencias.

Objetivos. Describir las características clínicas y demográficas de pacientes que acuden al Departamento de Emergencias Pediátricas por sintomatología psiquiátrica.

Materiales. Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes menores de 18 años que acudieron al Departamento de Emergencias Pediátricas con cuadros psiquiátricos de septiembre 2021 a agosto de 2022.

Resultados. En el período en estudio se registraron un total de 121 consultas por sintomatología psiquiátrica, con una mediana de edad de 15 años (RIC: 13-17), el 64% de sexo femenino. El motivo de consulta más frecuente fue intento/ideación suicida en un 31%, seguido por auto y heteroagresión en un 21% y síntomas de ansiedad en un 17%. De aquellos que consultaron por intento/ideación suicida (n: 38), el 42% se debió a consumo de medicamentos, el 29% por autolesiones y el 29% presentaban ideación suicida. El 52% del total de los casos eran pacientes con seguimiento psiquiátrico previo. El trastorno más prevalente fue el depresivo mayor en un 42%, seguido por trastornos de la conducta en un 16% y trastornos de ansiedad en un 15%. Requirieron internación el 13% ante riesgo de autolesión.

Conclusión. Los trastornos psiquiátricos se dieron más en adolescentes de sexo femenino. El motivo de consulta más frecuente fue el intento de suicidio por ingesta de medicamentos, siendo el trastorno más prevalente el depresivo mayor. Se deben iniciar campañas de concienciación, generando herramientas de detección precoz de esta dolencia para el manejo oportuno.

PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN NIÑOS CON EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN LATINOAMÉRICA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA RED REKAMLATINA 3. Adriana Yock-Corrales¹, Jimena García-Silva², Rolando Ulloa-Gutiérrez³, Gabriela Ivankovich-Escoto⁴, Marco A. Yamazaki-Nakashimada⁵, Enrique Faugier-Fuentes⁶, Olguita del Águila⁷, Ana V. Villareal-Treviño⁸, Adriana H Tremoulet⁹; Investigadores del Grupo de REKAMLATINA-3, Investigadores del Grupo de estudio MIS-C (Latinoamérica). ¹*Servicio de Emergencias;* ²*Servicio de Infectología;* ³*Servicio de Inmunología. Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), San José, Costa Rica.* ⁴*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.* ⁵*Departamento de Inmunología Clínica, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.* ⁶*Servicio de Reumatología, Hospital Infantil Federico Gómez, Ciudad de*

México, México. ⁷*Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.* ⁸*Servicio de Reumatología, Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, Monterrey, Nuevo León, México.* ⁹*Department of Pediatrics, University of California San Diego (UCSD) & Rady Children's Hospital, San Diego, California, United States.*

Introducción. El síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) es una entidad relacionada al SARS CoV-2 que se cataloga como una complicación grave de la exposición al virus. Este síndrome clínico se caracteriza por fiebre, inflamación sistémica y afectación multisistémica, más comúnmente abdominal y cardíaca, impulsado por una gran respuesta inmune e inflamatoria. Este síndrome comparte características comunes con otras afecciones. Existe una creciente preocupación por el posible impacto negativo de la pandemia en el uso de antimicrobianos.

Objetivos. Describir la prevalencia en la prescripción de antibióticos y sus determinantes en niños con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) en América Latina.

Materiales. Estudio prospectivo observacional multicéntrico de niños < 18 años evaluados de 15 países de Latinoamérica con diagnóstico de MIS-C. Se evaluaron características clínicas, prescripciones de antibióticos y complicaciones.

Resultados. 1.238 pacientes se incluyeron con el diagnóstico de MIS-C según la definición de la OMS. Un 56,4% (699) pertenecían al sexo masculino, con una mediana de edad de 6,45 años (IQR 2,8-10,5). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 8 días (IQR 6-12). La mayoría (1.042; 84,1%) de los pacientes eran conocidos sanos. Un 46,6% (576) se le había prescrito un antibiótico previo al ingreso al Servicio de Emergencias. La presencia de fiebre se reportó en un 99% (1.225) de los casos con un promedio de 5,7 (DE 3,3) días de fiebre. Dentro de los síntomas más frecuentes se encontraron los gastrointestinales en un 75% (928), mucocutáneos en un 78,3% (970), respiratorios en un 54,7% (678), musculoesqueléticos en un 29,7% (368) y adenopatías en un 29% (360). A 811 (65,5%) pacientes se les prescribió al menos un antibiótico, siendo de mayor frecuencia cefalosporinas de tercera generación en un 46,6% (577/1.238), seguido de la vancomicina y piperazilina/tazobactam con un 3,3% (40/1.238) cada uno y, por último, clindamicina con un 2,1% (26/1.238). 30 (2,4%) pacientes recibieron un segundo antibiótico. A un 93% se les tomaron hemocultivos y solamente un 4,12% (51) resultaron positivos por algún microorganismo. El promedio de duración de la antibioticoterapia fue de 5,8 días (DE 3,4). Dentro de las complicaciones comparando los pacientes que recibieron antibióticos *versus* los que no, se observó mayor cantidad de pacientes fallecidos en aquellos a los que se les prescribió antibióticos 47 vs. 13 (OR 1,95, IC 1.023-98; valor p= 0,03), mayor ingreso a UCI 480 vs. 109 (OR 4,2, 3,2-5,5; valor p= < 0,001), mayor requerimiento de oxígeno 519 vs. 124 (OR 4,25; IC 3,2-5,5), más uso de inotrópicos 433 vs. 64 (OR 6,4; IC 4,72-8,8; valor p= < 0,001) y más requerimiento de VMA 232 vs. 24 (OR 6,6; IC 4,2-10,7).

Conclusión. Nuestro estudio mostró una alta tasa de prescripción de antibióticos en niños con MIS-C, en particular en aquellos con enfermedad más grave. Se requieren estudios prospectivos que enfoquen el uso racional de antibióticos con el fin de proporcionar mejores pruebas sobre el reco-

nocimiento y el tratamiento de las infecciones bacterianas en los niños con MISC asociado a COVID-19.

MIOSITIS AGUDA BENIGNA DE LA INFANCIA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Guadalupe Almeida, Florencia Pavisich, María Lucía Montealegre, Florencia Pina, María Eugenia Hernández, María Gabriela Yannuzzi, Maite Álvarez, Ana Laura Fustiñana, Pedro Rino. *Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires.*

Introducción. La miositis aguda benigna de la infancia (MABI) es una entidad infrecuente y autolimitada que afecta a niños preescolares y escolares, generalmente asociada a infecciones virales. Se caracteriza por dolor simétrico en miembros inferiores y, en ocasiones, genera impotencia funcional. Cursa con alteración de la creatinfosfoquinasa (CPK), siendo infrecuente la mioglobinuria y el daño renal agudo. Su incidencia y prevalencia no ha sido establecida, aunque se describe con mayor frecuencia en épocas de virus estacionales.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de MABI. Como objetivo secundario, se analizó asociación entre valor de CPK y las variables sexo, fiebre y virus Influenza.

Materiales. Estudio analítico, observacional, retrospectivo de una cohorte de niños entre 2 y 16 años que presentaron cuadro compatible con miositis y CPK aumentada, asistidos en un hospital de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre enero de 2013 y diciembre de 2022. Se excluyeron niños con patología que justifique el aumento de la CPK, la mioglobinuria y/o la injuria renal. Se obtuvieron los datos a partir del registro de las historias clínicas electrónicas. Se utilizó software STATA 14 y SPSS para evaluar la relación entre el valor de CPK y las variables sexo, fiebre y virus Influenza.

Resultados. Se revisaron 163 historias clínicas y 87 fueron excluidas, quedando para el análisis 76 pacientes. La mediana de edad fue 6,61 años (RIC: 5,46-8,73). El 73,6% (n= 56) correspondió a sexo masculino. El principal motivo de consulta fue dolor bilateral de miembros inferiores (77%, n= 59) y localizado en gemelos (65,8%, n= 50). El 84,2% (n= 64) presentó fiebre y el 82,9% (n= 63) síntomas respiratorios. La mediana del valor de CPK registrada en la primera consulta fue 1.817 UI/L (RIC: 924,75-3.874,75). El examen de orina completa se registró en el 36,8% (n= 28) y se observó un único caso de mioglobinuria. Se encontró alteración de la función renal en un paciente, sin asociación con mioglobinuria. Se realizó estudio virológico de secreciones nasofaríngeas en un 51,3% de los casos, obteniéndose diagnóstico de Influenza en un 31,6% (A en 8 y B en 16 pacientes). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el valor de CPK y las variables sexo, fiebre y virus Influenza.

Conclusión. De manera similar a lo descrito en la bibliografía, no se observó compromiso de la función renal secundaria a MABI. En nuestro estudio no hubo asociación entre valores de CPK y las variables sexo, fiebre y virus Influenza. Los resultados de este estudio podrían colaborar en el abordaje de los pacientes con MABI.

INTOXICACIÓN CON CIANURO POR INHALACIÓN DE HUMO: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD PEDIÁTRICA ESPECIALIZADA. María Florencia Casas, Daiana Alexandra Polizzi, Valentina Villani, Julieta Cueva Morán, Nidia Tramonti. *Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires.*

Introducción. El humo es una combinación de partículas carbonáceas y gases tóxicos suspendidos en aire caliente, su composición depende del material quemado, la temperatura del ambiente y del oxígeno presente. La inhalación de humo es una de las principales causas de morbimortalidad en las víctimas de incendio, ya que genera lesiones térmicas, químicas y sistémicas que pueden comprometer la vía aérea alta, baja y el parénquima pulmonar. Los gases tóxicos más conocidos que provocan toxicidad sistémica son el monóxido de carbono y el cianuro. Este último produce afección en los procesos enzimáticos de la cadena respiratoria generando anoxia celular. La intoxicación por cianuro se puede presentar con insuficiencia respiratoria, hipotensión, arritmias, convulsiones y muerte. El diagnóstico se realiza contemplando las características del incendio, la clínica compatible, parámetros de laboratorio alterados como son la acidosis metabólica, hiperlactacidemia, saturación venosa central elevada y en algunos centros se puede realizar dosaje de cianuro. Idealmente estas muestras deberían tomarse en el lugar del hecho, sin embargo, no hay disponible un test extrahospitalario para su dosaje. El tratamiento inicial incluye medidas de sostén con oxigenoterapia y fluidoterapia en los pacientes quemados. En cuanto al uso de antidotos específicos, existe controversia por falta de evidencia y disponibilidad. En nuestra Unidad se utiliza tiosulfato de sodio al 25% a 1,65 mililitros por kilo endovenoso.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, bioquímicas y terapéuticas en pacientes con intoxicación por cianuro expuestos al humo de incendios.

Materiales. Tipo de estudio: descriptivo, transversal y retrospectivo. Período: 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2022.

Criterios de inclusión: pacientes de 1 mes a 15 años con intoxicación con cianuro por inhalación de humo.

Variables: edad, sexo, superficie corporal quemada (SCQ), características del ambiente, estación del año, gasometría sanguínea y ácido láctico, tratamiento específico, dosis de tiosulfato de sodio administradas, respuesta al tratamiento, estadía en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y mortalidad.

Plan de trabajo: la recolección de datos se realizó a través de la revisión de historias clínicas digitalizadas, se diseñó una tabla de doble entrada en el programa Microsoft Excel.

Resultados. Del total de 61 pacientes con síndrome inhalatorio, se diagnosticó intoxicación por cianuro en 12 de ellos. El promedio de edad fue de 7 años. Correspondían al sexo femenino 7 y al masculino 5. Con respecto a la SCQ el promedio fue del 54% (rango=0-95%) a predominio de quemaduras de tipo B.

Los eventos ocurrieron en ambientes cerrados. En cuanto a la estación del año, la mayoría sucedieron durante el invierno (n= 8).

Todos los pacientes presentaron acidosis metabólica refractaria con promedio de pH de 7,15 (DS 0,1), bicarbonato de 15 mmol/L (DS 4,57) y exceso de bases de -11 mmol/L (DS 6). En cuanto al dosaje de ácido láctico ocho pacientes presentaron hiperlactacidemia con un valor mayor a 5 mmol/L con un promedio de 10,3 mmol/L (DS 4,8).

En todos los casos se indicó tiosulfato de sodio, cuatro de ellos requirieron dos dosis.

Luego de la administración del tiosulfato hubo mejoría en parámetros gasométricos con promedio de pH de 7,27 (DS 0,18), bicarbonato de 18,9 (DS 3,8), exceso de bases de -6,4 (DS 5,7) y ácido láctico de 6 (DS 5,3).

En ningún caso se realizó dosaje de cianuro en sangre debido a que en nuestra institución no está disponible.

Todos ingresaron a la Unidad en ARM, requiriendo un promedio de 16 días con un mínimo de 1 y un máximo de 61. El promedio de estadía fue de 33 días. De los 12 pacientes cuatro fallecieron, todos presentaron una SCQ mayor al 75%.

Conclusión. El diagnóstico de intoxicación por cianuro en pacientes pediátricos expuestos al humo sigue siendo baja, es una patología subdiagnosticada. La falta de pruebas específicas para realizar en el lugar dificulta su diagnóstico. Existen antídotos específicos como el tiosulfato de sodio, disponible en nuestro medio, cuya administración temprana puede modificar la morbilidad de los pacientes expuestos. Se necesitan más estudios para conocer el impacto en la mortalidad.