



SIMPOZIONUL DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ

“Copilul instabil hemodinamic - particularități
de abordare în urgență și terapie intensivă”



Cluj - Napoca
10-11 noiembrie 2017

www.asidu.ro

1. PARTICULARITĂȚILE ABORDULUI VENOS PERIFERIC LA COPILUL CU DESHIDRATARE SEVERĂ

Crîșmaru Coca-Stela,

UPU Pediatrie Botoșani

Managementul pacientului pediatric cu deshidratare severă presupune colaborarea tuturor membrilor echipei medicale. Deshidratarea copilului se întâlnește în diferite afecțiuni digestive ale sugarului și copilului mic. Rolul asistentului medical din serviciile de urgență este centrat pe efectuarea triajului corect și aplicarea măsurilor necesare în vederea restabilirii sănătății copilului afectat de deshidratare severă.

În practica medicală asistentul medical de triaj evaluează primar pacientul utilizând abilitățile și experiența profesională. Pacientul pediatric cu deshidratare severă reprezintă o urgență medicală- nivel II, presupune evaluarea și aplicarea intervențiilor necesare stabilizării stării copilului într-un interval maxim de 15 minute.

Principalele intervenții ale asistentului medical asupra pacientului pediatric deshidratat sunt: monitorizarea funcțiilor vitale, măsurarea TRC, evaluarea aspectului tegumentelor, evaluarea greutății corporale, realizarea abordului venos periferic în vederea evaluării paraclinice biologice și susținerii volemice.

Inițierea cât mai precoce a terapiei cu fluide de rehidratare orală poate constitui un element cheie în asistarea pacienților cu deshidratare, reducând durata staționării în UPU, facilitează repleția volemică pe cale naturală și implică abordul venos periferic.

Cuvinte cheie: pacient pediatric, deshidratare severă, abord venos periferic

2. ÎNTREȚINEREA DISPOZITIVELOR DE MONITORIZARE HEMODINAMICĂ

Ioana Gadalean,

Institutul Oncologic "Ion Chiricuță" Cluj-Napoca

Majoritatea tehnicilor de monitorizare hemodinamică au la bază utilizarea diverselor tipuri de catetere intravasculare.

Literatura de specialitate arată diferite rate de infecție asociate acestor catetere. Infecțiile asociate cateterelor intravasculare cresc durata de spitalizare și costurile asociate. Pentru a crește calitatea actului medical și pentru a reduce costurile asociate îngrijirilor există un interes deosebit pentru reducerea incidenței acestor infecții. Acest efort trebuie să fie multidisciplinar, implicând atât pe cei care montează și întrețin cateterele intravasculare cât și personalul din serviciul de control al infecțiilor dar și personalul din departamentul administrativ care alocă resursele materiale.

O parte prioritară în toate ghidurile de prevenire a infecțiilor asociate cateterelor intravasculare este instruirea personalului medical care le utilizează. În acest context, lucrarea de față va conține o trecere în revistă a măsurilor de prevenție a infecțiilor asociate cateterelor venoase centrale și cateterelor arteriale pentru cei care întrețin aceste dispozitive - asistenții medicali.

Cuvinte cheie: monitorizare hemodinamică, catetere intravasculare, asistenți medicali

3. MONITORIZAREA ANTICOAGULĂRII CU HEPARINĂ ÎN HEMODIAFILTRAREA CONTINUĂ.

LOCUL DE RECOLTARE, PROCEDĂM CORECT?

Florin Anton

SCJU Cluj Napoca

Obiectiv: Determinarea locului ideal de recoltare a probelor pentru evaluarea anticoagulării în circuitul de CRRT la pacientul tratat cu heparină nefracționată.

Metoda: Am analizat 160 de probe de sânge recoltate la 20 pacienți, câte 8 concomitent pe pacient. Recoltările s-au efectuat din situsuri de circuit și unul de la pacient, pe CRRT cu heparină sodică nefracționată. Parametrii studiați au fost ACT și APTT, iar locurile de recoltare au fost: line acces cateter CRRT, linie retur cateter CRRT (postfiltru) și cateter CVC. Recoltările s-au efectuat în timpul administrării continue de heparină și excluzând perioadele de status post bolus anticoagulant. Probele au fost recoltate și procesate respectând principiul eliminării falsei contaminări. Am evaluat gradul de concordanță pentru ACT și APTT recoltate din situsuri diferite. Metoda statistică utilizată fiind testul Student two tails și un test de Concordanță efectuate în Microsoft Excel.

Rezultate: Am găsit diferențe în rezultatele obținute în cele 3 situsuri de recoltare. Astfel pentru APTT, comparând valorile rezultate din recoltările situs CVC vs. postfiltru p înalt statistic ($p < 0.001$), CVC vs. acces ($p < 0.05$). Rezultatele postfiltru vs. acces sunt fără semnificație statistică și concordanță 64 %. Pentru ACT comparând valorile rezultate din recoltările situs CVC vs. postfiltru ($p < 0.05$), CVC vs. acces ($p < 0.05$). Rezultatele postfiltru vs. acces sunt fără semnificație statistică și concordanță 58 %.

Concluzie: Diferența la recoltare APTT, ACT este semnificativ crescută în postfiltru și acces raportat la CVC. Considerăm că locul optim de recoltare a probelor pentru menținere APTT sau ACT pe CRRT este cateterul venos central.

Objective: To determine the ideal place for blood sampling for assessing the anticoagulation in the extracorporeal circuit in patients treated with unfractionated heparin.

Method: We analyzed 160 blood samples drawn from 20 patients, eight samples simultaneously from each patient. The sampling was made from circuit sites and one from the patient, on CRRT with unfractionated sodic heparin. The studied parameters were ACT and aPPT, and the sampling sites were: CRRT catheter access line, CRRT retour line (post filter) and the central venous catheter. The sampling was made during the continuous infusion of heparin and the period after heparin boluses were excluded. The samples were drawn and processed respecting the principle of the false contamination. We evaluated the degree of concordance for both ACT and aPPT drawn from different sites. The statistic methods used were the two tailed t-test and one concordance test performed in Microsoft Excel.

Results: We found statistic relevant differences between the samples taken from the 3 sites. Thereby, for the aPTT, comparing the values from the CVC site vs post filter site we found a highly statistic p of < 0.001 , CVC vs access with a $p < 0.05$. The results for the postfilter vs access sampling sites were without statistical significance and a concordance of 58%.

Conclusion: The difference in sampling of ACT and aPTT is significantly increased in the postfilter access site compared with the CVC. We consider that the optimum sampling site for maintaining the aPTT or the ACT on CRRT to be the central venous line.

4. INFLUENȚA MEDICAȚIEI SEDATIV-ANALGEZICE ASUPRA PARAMETRILOR VITALI LA COPILUL AFLAT ÎN STARE DE ȘOC

Răcean Felicia Valerica,

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca, ATI

Managementul durerii și al sedării la copii este o provocare, deoarece durerea, frica și anxietatea sunt interconectate. Spitalizarea în general, și admiterea într-o secție de terapie intensivă - în special, sunt experiențe înfricoșătoare și dureroase atât pentru copii cât și pentru familiile lor.

Factorul emoțional, teama de necunoscut, de aparate, de lumini, de sunete, de mirosuri, va amplifica durerea, dar și agitația copilului internat în secția ATI.

O problemă surprinzătoare este variația modului de administrare a medicației, precum și dezvoltarea rapidă a toleranței care poate apărea la pacienții - copii aflați în stare critică. Efectele adverse asupra hemodinamicii și / sau respirației pot să apară ori de câte ori se administrează agenți sedativi și analgezici. Acestea ar trebui să fie pe deplin cunoscute, iar evaluarea raportului risc/beneficiu este obligatorie.

Evenimentele adverse pot fi prevenite prin evaluarea adecvată a pacienților înainte de sedare, prin monitorizarea funcțiilor fiziologice și prin intervenția timpurie atunci când acest lucru se impune.

Cuvinte cheie: pacient pediatric, sedare, analgezie, funcții vitale, șoc

5. DIFICULTĂȚI ÎN ABORDAREA ȘI MANAGEMENTUL COPILULUI CU ȘOC ÎN PRESPITAL

Crișan Radu Adrian,

Ușă Cătălin, SAJ Cluj

Prin această lucrare ne dorim să evidențiem importanța recunoașterii, evaluării și inițierii tratamentului adecvat pacientului pediatric șocat în prespital, în special pe echipajele de tip B2 compuse din asistent medical ambulanțier ± voluntar.

Șocul este definit ca un sindrom caracterizat printr-o tulburare circulatorie acută, în urma căreia rezultă o perfuzie tisulară deficitară cu alterarea metabolismului celular și acumularea produșilor de catabolism care duc la afectarea pluriorganică. Este întâlnit și termenul de colaps care reprezintă o noțiune semiologică mult mai restrânsă referitoare strict la ruperea bruscă a echilibrului dintre conținător și conținut, acesta fiind unul din aspectele întâlnite în tabloul șocului.

Clasificarea șocului este următorul punct important dezbătut în această lucrare, datorită factorilor declanșatori și a mecanismelor de producere.

Pentru a stabili un diagnostic corect de șoc trebuie să cunoaștem foarte bine semnele și simptomele prezentate de pacientul pediatric. Pentru o recunoaștere rapidă a copilului cu hemodinamică afectată, introducem în evaluarea inițială triunghiul evaluării pediatrice.

Recunoașterea precoce, evaluarea rapidă și tratamentul imediat al pacientului pediatric șocat cresc șansele unei evoluții favorabile.

Cuvinte cheie: prespital, șoc, pacient pediatric

6. DIFICULTĂȚI ÎN DIAGNOSTICUL PRECOCE AL ȘOCULUI LA COPIL

Alina Balaș

Spitalul Clinic Județean De Urgență Târgu Mures

Șocul reprezintă una din condițiile patologice pediatrice cu mortalitatea cea mai ridicată. Indiferent de tipul de șoc, intervenția terapeutică rapidă îmbunătățește prognosticul pacientului. Însă aceasta este complet dependentă de recunoașterea rapidă a semnelor de șoc. Eșecul recunoașterii precoce a acestora duce la întârzierea intervențiilor terapeutice și la creșterea ratei de mortalitate.

Lucrarea de față pune accentul pe recunoașterea cât mai precoce a semnelor de șoc pediatric, identificarea rapidă a tipului de șoc cu care ne confruntăm și delivrarea promptă a intervențiilor terapeutice necesare. Abordarea structurată a copilului cu șoc se axează pe înțelegerea mecanismelor compensatoare care sunt implicate în menținerea livrării oxigenului către organele vitale.

Cuvinte cheie: șoc, copil

7. MEDICAȚIA INO-VASOACTIVĂ LA COPIL

Floriana Izvernariu

Spitalul cl. de urgență pentru copii Louis Țurcanu

Obiectivele prezentării:

Ce sunt agenții inotropi?

Cum acționează agenții inotropi?

Care sunt agenții inotropi?

Cum administrăm agenții inotropi?

Când folosim agenții inotropi?

Inotropul este agentul simpaticomimetic care modifică forța și puterea contracției miocardice rezultând un efect: inotrop / cronotrop / dromotrop pozitiv și lusitrop.

Vasopresorul mimează efectele sistemului nervos simpatic (noradrenergic) și determină vasoconstricție.

Inodilatatorul are acțiune inotropă și vasodilatatoare, ducând la scăderea rezistenței vasculare sistemice (RVS) și periferice.

Caracteristicile inotropului ideal: să nu crească consumul de oxigen la nivelul miocardului, să nu producă modificarea frecvenței cardiace, aritmii sau vasoconstricție, să acționeze direct (fără eliberarea de catecolamine endogene), are efect lusitrop prezent, compatibilitate cu alte substanțe vasoactive și fără tahifilaxie.

Acțiunea acestor substanțe este complexă: periferică excitatorie/inhibitorie, cardiacă, nervoasă, endocrină, metabolică, etc., fiind mediată prin intermediul receptorilor:

- receptorii adrenergici:

- α : α_1 au efect inotrop pozitiv și de vasoconstricție;

- α_2 predomină la nivelul membranei neuronale postsinaptice și în sistemul nervos central (cortexul cerebral și măduvă);

- β : β_1 sunt responsabili de efectul inotrop, dromotrop și lusitrop;

- β_2 relaxează musculatura netedă de la nivelul bronhiilor, tractului digestiv și uterin; inhibând eliberarea de noradrenalină și tonusul simpatic având ca rezultat hipotensiune și bradicardie; la nivelul mușchilor scheletali produc vasodilatație;

- β_3 localizați predominant în țesutul adipos, responsabili de reglarea lipolizei și termogenezei; nu au rol în reglarea hemodinamică;

- receptorii dopaminergici:

- DA1 mediază vasodilatația la nivel cerebral, coronar, renal și mezenteric;

- DA2 localizați la nivelul sistemului nervos, pot media greața și vomă

- receptorii vasopresinei:

- V1 se găsesc în celule musculare netede și trombocite; activarea lor crește calciul intracelular producând vasoconstricție;

- V2 din medulara renală reglează retenția de apă.

Efectele farmacologice sunt determinate de farmacocinetica agentului inotrop și de farmacodinamia răspunsului pacientului la acțiunea sa.

Clasificare:

- simpaticomimetice: adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, fenilefrina, efedrina

- hormon endogen: vasopresina și analogul sintetic - terlipresina

- inhibitori de fosfodiesterază: amrinona, milrinona, enoximona
- sensibilizatori ai canalului de calciu: levosimendan.

Calea de administrare:

Este preferat abordul venos central (vena subclaviculară / jugulară internă, vena ombilicală la nou-născut); calea venoasă periferică sau intraosoasă poate fi folosită inițial, dar nu mai mult de 1-2h; se administrează în perfuzie continuă datorită timpului de înjumătățire foarte scurt.

Când și cum inițiem inotropul:

Situațiile frecvent întâlnite în terapie intensivă când recurgem la acest gen de medicație sunt: șocul septic, cardiogen, anafilactic sau de altă etiologie. Copilul prezintă particularități și expresia clinică în șoc poate fi extrem de variabilă. Vasoplegia este caracteristică la adult și copilul mare, pe când la sugar și copilul mic se întâlnește în doar 25% din cazuri.

Medicația ino-vasoactivă trebuie selectată și administrată titrat în funcție de datele clinice și de parametrii hemodinamici în timpul resuscitării volemică (excepție șocul cardiogen). Dimpotrivă, sunt autori care o indică în situația de șoc refractar la fluide (adică s-au administrat \square 60 ml/kg în prima oră de tratament fără răspuns).

În șocul rece caracterizat la copil prin debit cardiac (CO) scăzut cu SVR crescută, se administrează ADRENALINA 0,05-0,3 μ g/kg/min (Dopamină 5-9 μ g/kg/min); dacă presiunea arterială (BP) se menține scăzută se adăunează NORADRENALINA 0,05-0,2 μ g/kg/min (Dopamină \geq 10 μ g/kg/min); când BP este normală dar ScvO₂ \square 70% (excepție malformațiile cardiace) se indică asocierea de DOBUTAMINA 5-20 μ g/kg/min sau MILRINONĂ 50 μ g/kg/min pev 10 min urmat 0,25-0,75 ug/kg/min.(1).

În șocul cald caracterizat prin CO mare cu SVR mică se inițiază NORADRENALINA 0,05-0,2 μ g/kg/min (Dopamina \geq 10 μ g/kg/min); dacă se menține hipotensiunea poate crește doza până la 0,2 μ g/kg/min și se adăunează VASOPRESINĂ 0,0003-0,002 unit/kg/min sau 0,018-0,12 unit/kg/h;

La nou-născut este foarte important de deosebit șocul cardiogenic datorat închiderii ductului arterial persistent asociat malformației cardiace congenitale de șocul septic însoțit pe lângă celelalte modificări paraclinice tipice de șoc și de creșterea RVP și a presiunii în artera pulmonară. Asocierea dintre DOPAMINA $<$ 8 μ g/kg/min cu DOBUTAMINA \leq 10 μ g/kg/min se recomandă initial, dacă nu avem răspunsul hemodinamic așteptat, se adăunează și Adrenalina 0,05-0,3 μ g/kg/min).

În sindromul de debit cardiac scăzut post chirurgie cardiacă se poate recurge la Levosimendan 6-24 μ g/kg bolus urmat de 0,1 μ g/kg/min, asociat sau nu cu Adrenalina. (3)

Pe parcursul administrării medicației inotrope se impune efectuarea ecografiei cardiace (permite aprecierea funcției ventriculare și diametrul venei cave), monitorizarea parametrilor hemodinamici non/invaziv (ideală este montarea și a unui cateter arterial pe lângă cel venos central pentru măsurarea invazivă a BP) și a ScvO₂. În situația unui șoc rezistent la catecolamine este obligatorie excluderea unei cauze (tamponadă, pneumotorace) care întreține starea de șoc.

Concentrația, doza și durata de administrare ale agentului trebuie să coreleze cu severitatea efectelor adverse ce pot să apară.

Noi agenți inotropi sunt în etapă de cercetare:

- omeacantiv mecarbil-potețează efectele miozinei pe actiană ducând la prelungirea sistolei;
- istaroxime- inhibă pompa Na-K și fosfodiesteraza;
- terapia cu gena SERCA2a - îmbunătățește eliberarea și recaptarea calciului de către reticulul sarcoplasmatic.

Alan L. Davis, Joseph A.Carcillo, Rajesh K. Aneja et al:American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. Critical Care Medicine 2017;45:1061-1093.

Suchitra Ranjit, Rajeswari Natraj, Sathish Kumar Kandath et al:Early norepinephrine decreases fluid and ventilator requirements in pediatric vasodilatory septic shock. Indian Journal of Critical Care Medicine 2016;20:561-569.

Reena Khantwal Joshi, Neeraj Aggarwal, Mridul Aggarwal et al:Successful use of levosimendan as a primary inotrope in pediatric cardiac surgery: An observational study in 110 patients. Annals Pediatric Cardiology 2016;9:9-15.

Kiran Patwardhan: Inotropes in term neonates. Issue 1 2009:12-17.

8. ȘOCUL SEPTIC LA COPIL

Florin Rusu

Sp. cl de urgență pentru copii "Gr. Alexandrescu"

Scopul lucrării: inițierea medicilor din diverse specialități care îngrijesc copii în stare critică pentru recunoașterea precoce și tratamentul adecvat al sepsisului și șocului septic.

Material și metodă: analiza ultimilor date publicate în literatura de specialitate, implementarea ultimilor ghiduri de diagnostic și tratament în sepsis.

13 Sep 2012 - ziua internațională a sepsisului. S-au emis date referitoare la cauza principală de mortalitate în infecții deși cunoștințele în terapia intensivă, antibioterapie și vaccinoaterapie au avansat. Sepsisul este răspunsul la o injurie infecțioasă asupra unor țesuturi sau organe și duce la șoc, disfuncție multiplă de organ și moarte când nu este recunoscut și tratat prompt. Sepsisul ucide în lume peste 6 milioane de copii/an.

Rezultate: Bacteriemia și sepsisul sunt cauze de admisie în Terapie Intensivă. Interpretarea corectă a datelor de laborator, aplicarea în urgență a tratamentului adecvat întrerupe cascada de reacții negative declanșate în organism. Resuscitarea volemică este asociată cu ameliorarea prognosticului. Terapie inotropă se administrează în șocurile septice refractare. Leucocitoza/leucopenia, lactatul seric crescut, modificările echilibrului acido-bazic și oxigenarea centrală inadecvată constituie criterii biologice de diagnostic. Interpretarea corectă a semnelor clinice și a valorilor biochimice stau la baza unui tratament adecvat.

Concluzii: La copii semnele și simptomele sepsisului sunt subtile. Interpretarea lor eronată duce la o degradare rapidă. Aplicarea în urgență a procedurilor de terapie intensivă poate salva vieți, reducând spitalizarea și costul/ziua de spitalizare.

Cuvinte cheie: copil, sepsis, șoc septic.

9. MANAGEMENTUL PACIENTULUI PEDIATRIC CU ARSURI GRAVE ÎN PRESPITAL

Sebastian -Viorel Găloiu Georgeta Bogdan, Camelia Marin, George Răzvan Simion, Oana Stoian, Teodora Elena Munteanu, Iulia Floretina Țincu, Elena Petrișor

UPU SCUC „Grigore Alexandrescu”

Introducere: Pacientul pediatric cu arsuri grave reprezintă o urgență majoră, necesitând un management inițial similar unui politraumatism, cu instituirea cât mai rapidă a unor măsuri care să asigure supraviețuirea pacientului, să reducă agravarea leziunilor și să amelioreze ulterior calitatea vieții.

Material și metoda: Studiu retrospectiv privind pacientul pediatric cu arsuri grave prezentat în UPU SCUC „Grigore Alexandrescu” în perioada 01.07.2016–30.06.2017. Au fost selectați pacienți cu arsuri grad \geq II mai mult de 20% suprafață cutanată sau mai mult de 10% la pacienții <2 ani și/sau asociind șoc postcombustional, urmărind: tratamentul inițial de urgență complicațiile legate de transport, finalitatea cazului.

Rezultate: 212 pacienți (108F/104B), cu vârsta 2 luni -17 ani, din care 74%-transferuri, 24%-intervenții primare, 2%-mijloace proprii. 19,4% dintre pacienți au beneficiat de transport aerian. Durata transportului a fost de $1,8 \pm 1,16$ ore [0.9-8], pe distanțe de $80 \pm 145,74$ km [5-650]. 9,8% dintre pacienți au necesitat intubație traheală și ventilație mecanică și la 48,57% s-a inițiat resuscitarea volemică, volum total transport= $15,63 \pm 20,65$ ml/kgc. 28% dintre pacienți au primit analgo-sedare pe perioada transportului. Cele mai frecvente complicații asociate transportului au fost hipotermia (7,4%), febra/hipertermia(14,2%), instabilitatea hemodinamică (9,43%). Mortalitatea în primele 24 ore a fost de 1,41% (n=3), reprezentând 42,45% din mortalitatea totală (3,3%).

Concluzii: Inițierea cât mai rapidă a tratamentului și reducerea duratei transportului către centrul de tratament specializat se asociază cu scăderea numărului de complicații și a mortalității și o evoluție ulterioară mai bună.

Cuvinte cheie: protezare căi aeriene, resuscitare volemică, analgo-sedare

10. MANAGEMENTUL PACIENTULUI PEDIATRIC CU ARSURI GRAVE ÎN UNITATEA DE PRIMIRE URGENȚE

George-Razvan Simion Sebastian Viorel Găloiu, Camelia Marin, Oana Stoian, Georgeta Bogdan, Iulia Floretina Țincu, Teodora Elena Munteanu, Elena Petrișor

UPU SCUC. Grigore Alexandrescu

Introducere: Arsurile severe afectează anual sute de pacienți pediatrici la nivel național, necesitând o abordare pluridisciplinară menită să asigure supraviețuirea pacientului, să prevină complicațiile, să prezerve funcțiile segmentelor afectate și să amelioreze calitatea vieții.

Materiale și metodă: Studiu retrospectiv privind managementul pacientului pediatric cu arsuri grave și măsurile aplicate în UPU (resuscitare volemică, analgo-sedare, protezarea căilor aeriene, inițierea ventilației mecanice, menținerea temperaturii). Au fost selectați 212 pacienți prezentați în UPU SCUC „Grigore Alexandrescu” în perioada 01.07.2016 – 30.06.2017 cu arsuri grad \geq II pe o suprafață cutanată mai mare de 20% la pacienți cu vârsta >2 ani sau mai mare de 10% la pacienți < 2 ani și/sau asociind șoc postcombustional.

Rezultate: 80% dintre pacienți au fost transferați din UPU în sala de operație; mortalitatea în primele 24 de ore de la prezentare a fost de 0,95% și 2,35% din pacienți au decedat după 24 de ore; 5,88% dintre pacienții admiși au necesitat până la 5 zile de spitalizare, 23,52% au necesitat 5-10 zile de spitalizare, 17,64% au necesitat 10-15 zile de spitalizare, 17,64% între 15-20 zile de spitalizare, iar 35,29% au necesitat >20 de zile de spitalizare.

Concluzii: Managementul pacientului pediatric cu arsuri grave în UPU se axează pe resuscitare, menținerea stabilității hemodinamice și a permeabilității căilor aeriene, prevenirea infecțiilor și insuficienței multiple de organ, controlul durerii, tratamentul chirurgical. Transferul rapid în centrul specializat pentru tratarea arsurilor impactează pozitiv recuperarea pacientului, scade numărul de zile de spitalizare și crește rata supraviețuirii.

Cuvinte cheie: Pacient pediatric, managementul pacientului ars, supraviețuire

A. CAZ PARTICULAR DE DEZECHILIBRU HEMODINAMIC ÎN GASTROENTERITA CU ROTAVIRUS

Sabău Anca Ramona², Albu Alexandra Andreea², Olariu Laura Grațielă^{1,2}, Belei Oana Andreea^{1,2}, Railean Tatiana², Mărginean Otilia^{1,2}, Marcovici Tamara Marcela^{1,2}

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, România

² Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu", Timișoara, România

Introducere: Rotavirus este unul dintre cei mai agresivi viruși care cauzează gastroenterite la sugari și copiii mici. Primele semne de boală sunt febra și vărsăturile, urmate în termen de 12 -24 ore de numeroase scaune diareice apoase. Cel mai frecvent infecția este autolimitată însă uneori poate antrena deshidratare severă, cu important dezechilibru electrolitic și acido-bazic.

Material și metodă: Prezentăm un copil de sex masculin în vârstă de 1 an și 1 luna cu infecție acută a tractului respirator superior urmată de vărsături și scaune diareice, dezechilibru hemodinamic și hidroelectrolitic, hematochezie. Evaluarea a fost completă, realizată prin anamneză, examen clinic, teste biologice, explorări imagistice și consulturi interdisciplinare.

Rezultate: Copilul provine dintr-o sarcină gemelară fiziologică și s-a născut la termen. Fără antecedente patologice semnificative, a fost internat într-un spital teritorial pentru angină acută eritematoasă, și boală diareică acută cu Rotavirus manifestată prin diaree, febră și vărsături. După un episod de hematochezie copilul a fost transferat în spitalul nostru. Investigațiile biologice au constatat anemie severă necesitând

transfuzie de sânge și dezechilibru hidroelectrolitic semnificativ care a impus reechilibrare volemică cu soluție hidrosalină. Pacientul continuând să prezinte hematochezie s-a pus în discuție un posibil diverticul Meckel pentru care s-a efectuat laparotomie exploratorie infirmându-se existența acestuia. Sub tratamentul instituit evoluția a fost favorabilă. Menționăm că în aceeași perioadă și fratele gemăn a prezentat gastroenterită cu Rotavirus, dar cu evoluție autolimitată.

Concluzii: Evoluția infecției cu Rotavirus la gemeni anterior sănătoși poate fi complet diferită. Dezechilibrul hidroelectrolitic caracterizează formele severe de boală.

Cuvinte cheie: gastroenterită, Rotavirus, dezechilibru hidroelectolitic

B. HIPOVOLEMIE SEVERĂ LA UN SUGAR CU GASTROENTEROCOLITĂ ACUTĂ. PREZENTARE DE CAZ

Railean Tatiana², Marcovici Tamara^{1,2}, Olariu Laura^{1,2}, Sabău Anca², Albu Alexandra², Foghiș Cornel², Mărginean Otilia^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

²Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara

Introducere. Vârsta mică, patologia carențială (malnutriția, anemia feriprivă), alimentația artificială, igiena deficitară reprezintă factori care cresc susceptibilitatea la infecții a copiilor. Boala diareică acută survine frecvent la sugari iar deshidratarea se poate instala rapid. Severitatea hipovolemiei la sugar se datorează hidrolabilității caracteristice vârstei mici.

Material și metodă. Prezentăm un sugar în vârstă de 2 luni, sex masculin, internat pentru febră, vărsături și scaune diareice apoase frecvente care au debutat cu 3 zile înaintea prezentării.

Rezultate. Pacientul provine din mediul rural, dintr-o familie cu status socio-economic precar, dintr-o sarcină nedispensarizată. Născut la termen cu indici somatometrici normali, alimentat cu formulă de lapte de la vârsta de 3 săptămâni, a înregistrat o creștere ponderală necorespunzătoare. La internare sugarul prezenta letargie, hipotonie generalizată, hipotermie, tegumente palid-teroase, marmorate, cu timp de reumplere capilară prelungit, extremități reci, pliu cutanat latero-abdominal persistent și fontanelă anterioară deprimată. S-au decelat tahipnee, tahicardie, hipotensiune arterială, puls periferic slab perceptibil și oligurie. Biologic s-a decelat acidoză metabolică severă, diselectrolitemie (hiponatremie, hipokaliemie), retenție azotată și anemie feriprivă. Explorarea coprologică (bacteriologie, virusologie) a fost negativă. Terapia patogenică agresivă (resuscitare volemică, agent inotrop pozitiv, transfuzie de masă eritocitară, oxigenoterapie, etc.), simptomatică și dieta au condus la amendarea manifestărilor clinice. Sugarul s-a externat cu un spor ponderal de 1500 g.

Concluzii. Deshidratarea prin pierderi digestive poate fi severă la sugar, tarele biologice întunecând prognosticul. Managementul optim al hipovolemiei (diagnostic rapid, resaturarea volumului circulant, monitorizare susținută) reprezintă piatra de temelie a tratamentului.

Cuvinte cheie: hipovolemie, gastroenterocolită, sugar

C. CAVERNOMUL PORTAL TARDIV DIAGNOSTICAT – SURSĂ DE HEMORAGIE MAJORĂ LA PACIENTUL PEDIATRIC

Albu Alexandra Andreea², Sabău Anca Ramona², Mărginean Otilia^{1,2}, Belei Oana Andreea^{1,2}, Olariu Laura^{1,2}, Răilean Tatiana², Marcovici Tamara Marcela^{1,2}

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, România

² Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu", Timișoara, România

Introducere. Cavernomul portal este o cauză frecventă de HTP (hipertensiune portală) la foștii prematuri, al cărui diagnostic se stabilește adesea tardiv, în momentul apariției HDS (hemoragiei digestive superioare).

Prezentarea cazului. Pacientă în vârstă de 2 ani și 7 luni, prezintă post acces de tuse, o vărsătura sangvinolentă cu cheaguri și 4-5 scaune melenice pentru care se internează în secția de Terapie Intensivă, a spitalului nostru cu stare generală alterată, tegumente palide, tuse productivă, raluri sibilante și subcrepitante la nivelul hemitoracelui drept, SaO₂=98%, tahicardie, tensiune arterială = 98/35 mmHg, scaune melenice, diureza redusă. Se efectuează reechilibrare volemică cu perfuzii hidroelectrolitice, transfuzii cu masa eritocitară și perfuzie continuă cu Octreotide.

Rezultate. Copil fost prematur, afirmativ cu cateterizare ombilicală se prezintă cu HDS. Ecografia abdominală evidențiază cavernom portal, hepatosplenomegalie și hipertensiune portală. Endoscopia digestivă superioară decelează varice esofagiene de gradul III, varice gastro-esofagiene tip I, gastropatie portală hipertensivă formă ușoară; se efectuează ligatura varicelor gastro-esofagiene. Se stabilește diagnosticul de HTP prin cavernom portal cu varice esofagiene fracționate cu HDS exteriorizată prin hematemeză și melenă.

Concluzii. HDS declanșată de pneumopatia acută a relevat sângerarea de la nivelul varicelor esofagiene la o fetiță aparent sănătoasă până la vârsta de 3 ani, fără istoric de boală hepatică. Pentru prevenirea hemoragiilor majore se impune dispensarizarea și monitorizarea pluridisciplinară pe termen lung a pacienților cu cavernom portal (gastroenterolog pediatru - endoscopie intervențională – ligatură de varice esofagiene; chirurg pediatru - efectuarea shuntului spleno-renal sau Meso-REX; cardiolog pediatru - tratament betablocant în vederea reducerii hipertensiunii portale).

Cuvinte cheie: cavernom portal, hipertensiune portală, hemoragie digestivă.

D. HEMORAGIE INTRACRANIANĂ LA UN NOU NASCUT CU HIPOTENSIUNE PERSISTENTĂ- PREZENTARE DE CAZ

Magdalena Miulescu, Silvia Constantin Dinescu, Iuliana Moraru, Eva Cojocar, Silvia Fotea, Gabriela Munteanu, Roxana Bogdan Goroftei

Spitalul clinic de urgență pentru copii "SF Ioan"

Introducere: Hemoragia intracraniana la nou nascut poate avea drept cauza traumatismul, factori genetici, tulburari de coagulare, malformatii cerebrale. Pot imbraca mai multe forme, dintre care cele intraparenchimotoase sunt de temut, afectand senzoriul, risc letal sau evolutie cu status epileptic. Un management corect al hemoragiilor intracerebrale complicate deja cu status epileptic si instabilitate hemodinamica poate scade incidenta sechelaritatii.

Prezentare de caz: Nou nascut de sex masculin, in varsta de 7 zile provenit din mama 42 ani, tata 45 ani sanatosi, 2 frati sanatosi, al 3 lea copil extras prin operatie cezariana (placenta praevia), din prezentatie craniana, APGAR 8 la 1 minut, 9 la 5 minute, alimentat artificial se interneaza pentru clonii de membru superior stang si dispnee cu debut de 3 zile la domiciliu. Examenul obiectiv evidentiaza detresa respiratorie, clonii de membre care nu se opresc la restrictionare, tahicardie cu tendinta la hipotensiune. In evolutie rapida cu alterarea starii generale, convulsii generalizate, hipotensiune, paloare accentuate. Paraclinic: anemie severa, trombocitoza, LDH -1267u/l, sindrom inflamator minim. Imagistic modificari sugestive pentru hemoragie intracraniana zona frontala stanga. Se impune inducerea comei medicamentoase (propofol, midazolam) cu protezare respiratorie, mentinerea tensiunii arteriale prin suport medicamentos cu dopamina, dobutamina, transfuzie pentru corectia anemiei, alimentatie parenterala.

Concluzie: cazul prezentat remarca importanta interventiei cat mai rapide cu toate mijloacele terapeutice pentru asigurarea unei perfuzii cerebrale adecvate, coordonarea atitudinii in fata unei astfel de situatii putand conduce la salvarea pacientului cu sechele minime in pofida raportului dintre volumul hematomului la volumul intregului creier si riscul de expansiune prin intretinere hipoxica.

E. LANȚUL DE SUPRAVEȚUIRE ȘI ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ A COPIILOR

Ludmila Hadîrcă, Ghidirimschi Alexandru, Catanoi Natalia, Scurtov Natalia

Centrul Național de Asistentă Medicală Urgentă Prescolară, Departamentul de Urgență IMSP IM și C, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Introducere: Lanțul de supravețuire în vîrsta pediatrică reprezintă măsuri complexe etapizate de evaluare și restabilire a indicilor hemodinamici în cazul stopului cardiorespirator la copil.

Materiale: De a cunoaște si integra verigile lanțului de supravețuire în asigurarea succesului resuscitării cardiorespiratorii la copii aflați la etapa de prespital sau în UPU.

Rezultate si discutii: Lanțul de supravețuire al unui stop cardiorespirator în vîrsta pediatrică este constituit din 5 verigi: măsuri de prevenire a Stopului la copii; recunoașterea și resuscitarea cardiorespiratorie promptă cu accente pe compresiuni toracice; accesul la serviciile de urgență 903 (112) cu personal instruit și dotat tehnologic; suportul Vital avansat Pediatric eficient; asistența postresuscitare integrate. Activarea serviciului de urgență se efectuează dupa 2 minute de RCR și C, datorită ponderii înalte a patologiilor respiratorii în stopul cardiorespirator la copil.

Concluzii: Asistența medicală de urgență pentru a cunoaște și a aplica practic verigile lanțului de supravețuire la copii necesită cunoștințe, practice, echipamente și resurse speciale, pentru aceasta sunt incluse programe de instruire permanentă în urgențele pediatrice.

F. ȘOCUL TOXICO-SEPTIC LA COPIL ÎN DEPARTAMENTUL DE URGENȚĂ PREZENTARE DE CAZ

Lucia Cinezan¹, Daniela Dreghiciu¹, Daniel Nour¹, Diana Vlonga², Lucia Burac³, Alina Grama³

¹Unitatea de Primire a Urgențelor, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj Napoca, România

²Secția Terapie Intensivă Pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj Napoca, Romania

³Clinica Pediatrie II, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj Napoca, Romania

Introducere și obiectiv: Șocul toxico-septic nonmenstrual cauzat de toxina -1 a stafilococului aureus (TSST-1) și alte enterotoxine, apare la jumătate din totalul cazurilor raportate în literatura de specialitate, într-o serie de circumstanțe clinice cum ar fi: leziuni cutanate și subcutanate, plăgi chirurgicale infectate și postpartum, mastite, sinusite, artrite, osteomielite, arsuri, infecții respiratorii cauzate de virusul Influenza.

Material și metodă: Prezentăm cazul unei adolescente de 13 ani cunoscută cu autism sever, plagă posttraumatică suprainfectată copasă stângă, care s-a prezentat cu febra înaltă, manifestări digestive, rash maculo-eritematos difuz generalizat și câteva elemente purpurice, icter sclero-tegumentar, ulterior la 2 săptămâni de la debut descuamări în lambouri la nivel periungheal, palmo-plantar, descuamări furfuracee la nivelul trunchiului și membrelor, stare generală alterată, semne clinice de șoc cald, care au impus diagnosticul diferențial cu meningococemia, cu alte tipuri de șoc cald, leptospiroză, sindromul Steven Johnson.

Paraclinic s-a decelat sindrom inflamator important de tip bacterian, disfuncții multiple organice cu afectare hepato-biliară, renală, hematologică, a echilibrului acido-bazic, hiposodemie severă, bacteriologic culturile prelevate fiind negative.

Măsurile imediate în cadrul evaluării primare au vizat combaterea șocului cu bolusuri repetate de soluții cristaloide, umplerea patului vascular, suport inotrop –vasopresor adecvat pentru menținerea stabilității hemodinamice, antibioterapie vizând flora cu coci gram pozitivi și gram negativi.

Rezultate și concluzie: Particularitatea cazului a fost decelarea simultană a reactivării unei infecții latente cu VEB, tabloul clinic al coinfecției viro-bacteriene fiind superpozabil parțial, un factor de risc în plus pentru agravarea prognosticului pe termen imediat prin imunosupresia indusă sau precipitarea unui posibil sindrom de activare macrofagica.

Recunoașterea șocului toxico-septic și inițierea precoce a tratamentului specific în departamentul de urgență a condus la evoluția favorabilă a cazului, în ciuda particularității legate de boala de bază și a coinfecției cu Virusul Epstein Baar reactivat.

G. LIPOTIMIA LA COPIL, CAPCANE DE DIAGNOSTIC ÎN DEPARTAMENTUL DE URGENȚĂ

Dr. Anca Șarban¹, Dr. Otilia Fufezan², Dr. Felicia Ivan³,

¹UPU SCUC Cluj-Napoca, ²SCUC Cluj-Napoca, ³UPU SCJU Cluj

Prezentăm cazul unei paciente, de 14 ani, care s-a prezentat în UPU pediatrie Cluj-Napoca pentru stări lipotimice debutate în contextul unei Gastroenterocolite acute febrile.

Clinic pacienta prezenta semne de șoc incipient. Investigațiile paraclinice au evidențiat anemie ușoară, hepatocitoliză și hemoperitoneu, iar la examinarea CT s-a constatat ruptură de splină în doi timpi.

Reluarea anamnezei a pus în evidență un traumatism abdominal minor în antecedentele recente ca etiologie a rupturii splinei.

Analizele sosite ulterior au confirmat infecția acută cu virus Epstein-Barr, posibil factor favorizant al acestei complicații.

lipotimie, hemoperitoneu, virus Epstein-Barr