



## INFORMES CLINICOS BREVES

### INFECCION RESPIRATORIA AGUDA BAJA (NEUMONIA) DE UNA PROBABLE ETIOLOGIA BACTERIANA. HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - 1993.

Autores: Dra. Luz Janeth Pabón León y Dr. Lino E. Peña Alférez, Residentes de Pediatría.

Tutor: Dr. Jorge Mauricio Palau Castaño, Profesor Asistente, Departamento de Pediatría.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de historias clínicas y radiologías con base a registros de estadística de cada servicio. Objetivo principal: determinar el patrón de comportamiento clínico de la I.R.A. baja (neumonía) de posible etiología bacteriana, definiendo: incidencia, manifestaciones clínicas, enfoque diagnóstico y terapia empírica y estableciendo: patrón etiológico, patologías asociadas y mortalidad. Se incluyeron 477 que cumplieron los criterios de inclusión, se les aplicó un formulario de recolección de datos con variables que fueron definidas con criterios claros. Resultados: la incidencia de esta patología fue del 7% de los egresos con una mortalidad de 0.12% de los mismos. El 51% se presentó en menores de 12 meses, con predominio leve del sexo masculino (58%). Consultaron en las primeras 72 horas el 25% de los casos. Los síntomas más frecuentes fueron tos, fiebre, disnea y ruidos respiratorios y los signos fueron hallazgos auscultatorios de neumonía (96%), tiraje (85.5%). En los grupos de edad menores de 48 meses, la mayoría de los pacientes presentaron frecuencia respiratoria mayor de 50 por minuto. En el 40% de los casos se realizó algún estudio para determinar etiología y de ellos solo en 100 (21%) las pruebas combinadas permitieron controlar el error de pruebas únicas. Los estudios

realizados fueron: CoA en 69 casos, hemocultivos (dos o más) en 30 casos, cultivo de toracentesis en 16 y otros estudios en seis. Los agentes aislados con mayor frecuencia fueron *S. epidermidis*, *S. aureus*, *Klebsiella pn.*, *Streptococcus pn.* y *Salmonella enteritidis*. 87% de los pacientes requirió un solo esquema antibiótico, 13% requirió un segundo esquema y solo en cuatro pacientes se utilizó un tercer esquema. El promedio de estancia fue de 10 días. Las muertes se presentaron más en el grupo de tres a 11 meses (7/8). Con base en las variables definidas se proponen estudios prospectivos para definir claramente enfoque diagnóstico y patrón etiológico.

### IDENTIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA ACV EN LA POBLACION PEDIATRICA. HOSPITAL LA MISERICORDIA, ENERO 1993 - DICIEMBRE 1996.

Autor: Dra. Gladys Rodríguez Gómez, Residente de Pediatría.

Tutor: Dr. Carlos Medina Malo, Profesor Asistente, Departamento de Pediatría.

En la fase inicial se realizó revisión de la literatura sobre factores de riesgo para ACV en niños, encontrándose asociación con patología cardíaca, hematológica, vasculitis, vasculopatías y enfermedades sistémicas-drogas. Posteriormente se recogieron 44 pacientes con Dx confirmado de ACV por imagenología o patología. Se analizaron las HC y se realizó la estadística correspondiente. Encontramos que la incidencia tanto para ACV oclusivo como hemorrágico es similar a la informada en la literatura. Los principales factores de riesgo identificados en el Hospital La Misericordia en orden descendente fueron vasculitis por infecciones del

tracto respiratorio, seguido de vasculopatías y alteraciones hematológicas en segundo lugar, posteriormente se encuentran estados de DHT, drogas, hiperglicemia y cardiopatías. Se describe además el comportamiento en cuanto a distribución por sexo, edad, motivo de consulta, hallazgos al examen físico, patología asociada, tratamiento y secuelas. El trabajo cumple su objetivo inicial de plantear flujogramas de manejo para pacientes en riesgo de presentar ACV o en riesgo de recurrencia.

### ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES POST-INFECCIOSAS EN EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

Autores: Dr. Silverio Castaño Boada y Dra. Adriana Castillo Saavedra, Residentes de Pediatría.

Tutor: Dr. Carlos Medina Malo, Profesor Asistente Departamento de Pediatría.

Trabajo prospectivo descriptivo realizado durante el período 1993 a 1995 cuyo objetivo fue analizar las características clínicas y para-clínicas de los pacientes con enfermedades desmielinizantes post-infecciosas. Se detectaron 47 casos probables de los cuales 14 cumplieron los criterios de inclusión. Se encontró como infección previa más frecuente la infección respiratoria aguda viral, el inicio de los síntomas neurológicos ocurrió en la mayoría de los casos dentro de las tres semanas siguientes, el compromiso fue de predominio motor, a la mayoría de los pacientes se les practicó estudio de líquidos céfalo-raquídeo (LCR) e imágenes por resonancia magnética (IRM) o tomografía axial del cerebro. La mitad de los pacientes fueron menores de dos años, no hubo diferencia en cuanto a sexo, ocho tuvieron recuperación completa en un periodo de

dos semanas y seis quedaron con secuelas motoras. El diagnóstico se estableció por IRM que es el método no invasivo de elección y demostró el compromiso de la sustancia blanca. El estudio de LCR no es útil para el diagnóstico.

---

**DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO Y EMBARAZO INTRAUTERINO ANORMAL CON MEDICION DE PROGESTERONA SERICA**

Autor: Dr. Alfonso Navarro Milanés, Residente de Gineco-obstetricia.  
 Tutores: Drs. Ruth Sánchez de Estrada, Ariel Iván Ruiz Parra, Alejandro Antonio Bautista Charry y Lilibian Muñoz. Docentes del Departamento de Ginecología.

El Dx del embarazo ectópico sigue siendo difícil y algunas veces tardío, teniendo esta patología alta mortalidad y morbilidad. El objetivo era establecer la utilidad de la medición de los niveles séricos de la progesterona en el Dx del embarazo ectópico, frente al embarazo intrauterino normal menor de 12 semanas. Se midió el nivel sérico de progesterona a 34 pacientes con embarazo ectópico y 16 con embarazo intra-uterino normal. Se encontraron diferencias significativas en los promedios de progesterona del embarazo intra-uterino normal frente al embarazo ectópico. El punto de corte encontrado para diferenciar el embarazo normal del ectópico fue de 55 nmol/L ng/mn); con

una sensibilidad del 97% y una especificidad del 93%, un valor predictivo positivo del 97%, un valor predictivo negativo del 93% y un test de eficiencia del 96%. Por último, se propone un algoritmo Dx para el embarazo ectópico teniendo en cuenta el nivel sérico de progesterona.

---

**REVISION DE 39 CASOS DE TROMBOFEBLITIS PELVICA SEPTICA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL**

Autores: Dr. Gabriel Tolosa Díaz, Residente de Ginecoobstetricia.  
 Tutor: Dras. Edith Angel y Stella Lancheros. Docentes del Departamento de Ginecoobstetricia.

El objetivo clínico del trabajo es identificar la prevalencia de esta patología en el servicio de sépticas del Instituto Materno Infantil y además identificar los procedimientos previos más frecuentes que llevaron a esta patología, a otras asociadas y factores de riesgo más frecuentes.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, mediante la revisión de historias clínicas recopiladas de los diagnósticos realizados por anatomía patológica de pacientes que fueron llevadas a cirugía y a las que se les realizó la extracción de uno o los dos infundíbulos pélvicos.

La revisión de los casos se realizó entre los años 1989 y 1994 y se describen los

principales diagnósticos asociados y la evolución clínica de dichas pacientes después del procedimiento quirúrgico.

---

**ESTATUS EPILEPTICO EN EL HOSPITAL (EE) UNIVERSITARIO DE LA MISERICORDIA. ENERO 1990 - DICIEMBRE 1995**

Autores: Dr. Sergio Serrano Torres, Dra. Marly Vera Díaz y Dr. Miguel Rosero Rada. Residentes de Pediatría.  
 Tutor: Dr. Carlos Medina Malo, Profesor Asistente, Departamento de Pediatría.

Estudio que busca determinar la incidencia, movilidad, mortalidad y alternativas terapéuticas usadas en el manejo del EE en nuestro hospital. Se revisaron 710 historias codificadas como Epilepsia en el Servicio de Estadística del Hospital de la Misericordia en la fecha mencionada, de las cuales reunieron los requisitos exigidos según el protocolo, 194 historias clínicas. Conclusiones: El EE predomina en niños varones de cinco años. Como causa principal predominó el grupo de sintomáticos agudos (en primer lugar la suspensión o subdosificación del medicamento y luego las infecciones del sistema nervioso central). La complicación más frecuentemente encontrada fue la neumonía aspirativa. Las drogas usadas de primera elección para el manejo del EE fueron las benzodiacepinas, del fenobarbital y el epamin.