

RESÚMENES 2014



MEDICINA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2362-339X

17 al 21 de septiembre de 2014

Mar del Plata – Argentina

24° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

Regional CABA – Gran Buenos Aires

- 15° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
- 16° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
- 17° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
- 10ª Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva
- 7ª Jornada del Comité de Neonatología Crítica
- 1ª Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva
- 1ª Jornada de Veterinaria en Terapia Intensiva
- 1ª Jornada de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva

Organizado por:



www.sati.org.ar



E-mail
info@sati.org.ar

Web SATI
<http://www.sati.org.ar>

Web Revista
<http://www.revistasati.com.ar>

E-mail Comité Editorial
revista@sati.org.ar

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2013-2015)

Presidente

Néstor Omar Raimondi

Vicepresidente

Rolando Alfredo Gimbernat

Secretaria

Rosa Reina

Prosecretaria

Graciela Zakalik

Tesorero

Jorge Méndez

Protesorero

José Luis Golubicki

Directora de Publicaciones

Analía Fernández Parolín

Director de Tecnología y Sistemas

Fernando Gabriel Ríos

Director de Departamento Docencia

Guillermo R. Chiappero

Vocales Titulares

Ramiro Gilardino

Fabián Kubaryk

Rodolfo Eduardo Buffa

Gonzalo Alvarez Parma

Claudio Settecase

Silvia Vilca

Jorge Marcelo Prochasko

María Cristina Orlandi

Vocales Suplentes

Adelina Badolatti

Julio Barolo

Guillermo Adrián Scaglioni

Jorge Arroyo

Raimundo Quispe

Luisa Maroco

Viviana Soledad Nicolás

Daniel Allende

Revisores de Cuentas Titulares

Viviana Romero

Laura Vidal

Jorge Leiva

Revisores de Cuentas Suplentes

Damián Lerman

Mariana Torre

Mónica Isabel Quinteros

EX-PRESIDENTES

1972-1973:

Aquiles Roncoroni

1973-1975:

Miguel Herrera

1975-1976:

Juan Carlos Figueroa Casas

1976-1977:

Ernesto Maña

1977-1979:

Héctor De Leone

1979-1980:

José Petrolito

1980-1982:

Roberto Apra

1982-1983:

Roberto Padrón

1983-1985:

Gustavo Marino Aguirre

1985-1987:

Antonio Galesio

1987-1989:

Carlos Lovesio

1989-1991:

Juan Pacin

1991-1993:

Mario Santamarina

1993-1995:

Fernando Pálizas

1995-1997:

Roberto Bastianelli

1997-1999:

Jorge Neira

1999-2001:

José L. do Pico

2001-2003:

Daniel Ceraso

2003-2005:

Francisco José Criado

2005-2007:

Eduardo San Román

2008-2009:

Elisa Estenssoro

2009-2011:

Ignacio Previgliano

2011-2013:

Cayetano Guillermo Galletti

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones u otros sistemas de información, sin autorización por escrito del titular del Copyright.

Diseño gráfico e hipervinculado: Estudio Fernández & Martínez. E-mail: estudio.fernandez.martinez@hotmail.com



COMITÉS CIENTÍFICOS

ACLS

Juan San Emeterio

Bioética

Mónica Capalbo

Certificación y Revalidación

Eduardo Capparelli

CODEACOM – Comité de Acción

Comunitaria

Cayetano Galletti

Editorial

Eloy F. García

Juan P. Alconada Magliano

Enfermería en Cuidados Críticos -

ECC

Sergio Sandes

FCCS

María Laura Cabana

Gestión, Control de Calidad y Escores

Antonio Gallezio

Infectología Crítica

Carina Balasini

Investigación Clínica

Eduardo San Román

Nefrología y Medio Interno

Alejandro Riso Vazquez

Neonatología Crítica

Jorge Tavošanska

Neumonología Crítica

Mariano Setten

Neumonología Crítica Pediátrica

Silvio Torres

Neurointensivismo

Damián Lerman

Nutrición

Fernando Baccaro

Obstetricia Crítica

Daniela Vazquez

PALS

Myriam Carbone

Patología Crítica Cardiovascular

Jorge Ubaldini

Patologías Digestivas

Patricia Guimaraens

PFCCS

Rossana Poterala

Residentes en Terapia Intensiva

Nahuel Rubatto Birri

Seguimiento y Rehabilitación del

Paciente Crítico

Elisa Estenssoro

Shock y Sepsis

Viviana Kanoore Edul

Shock Pediátrico

Adriana Bordogna

Trasplantes

Francisco Klein

Trauma

Héctor Canales

Vía Aérea e Interfases Respiratorias

Daniel Duarte

CAPÍTULOS - CONSEJOS - DEPARTAMENTOS

Capítulo Bioquímicos

Miriam Pereiro

Capítulo de Enfermería

Luis Perretta

Capítulo de Enfermería Neonatal

Sonia Beatriz Rodas

Consejo Consultivo Asesor

Antonio Gallezio

Departamento de Docencia

Guillermo Chiappero

Capítulo de Farmacéuticos

María José Dibo

Capítulo Kinesiología

Nicolás Roux

Capítulo de Nutricionistas

Silvia Jereb

Consejo de Investigación

Elisa Estenssoro

Departamento de Tecnología y

Sistemas

Fernando Ríos

Capítulo Terapia Intensiva Pediátrica

Alejandro Siaba Serrate

Capítulo de Veterinarios

María del Carmen La Valle



**24° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva**

**Regional CABA -
Gran Buenos Aires**

Presidente del Congreso
Dr. Cayetano Galletti

Presidente Honorario
Dr. Néstor Raimondi

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente
Dr. José Luis Golubicki

Vice Presidente
Dr. Sergio Giannasi

Secretario General
Dr. Victor Racedo

Pro Secretario
Dr. Juan Pablo Rossini

Coordinadora Nacional
Lic. Mariana Torre

Tesorero
Dr. Jorge Méndez

Pro Tesorero
Dr. Mario Kenar

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Dra. Rosa Reina

Vice Presidente
Dr. Fernando Ríos

Secretario
Dr. Fernando Baccaro

Directora Syllabus
Dra. Adelina Badolati

Director Refresher Course
Dr. Luis Camputaro

Coordinadora Revisores
Dra. Cecilia Loudet

Jurado de Premio
Dr. Eduardo Capparelli (Presidente)

**15° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva
Pediátrica**

Presidente
Alejandro Siaba Serrate

Vicepresidente
Gustavo Debaisi

Presidente del Comité Científico
Analia Fernández Parolín

Vocales del Comité Científico
Luis Landry

Rossana Poterala

Vocales
Karina Figuepron
Adriana Bordogna
Mariela Allasia
Pablo Eumelsekian

**16° Congreso Argentino
de Kinesiología
en Terapia Intensiva**

Presidente
Darío Villalba

Secretario
Emiliano Gogniat

Vocales
Agustina Quijano
Sebastián Fredes
Mauro Bosso

**17° Congreso Argentino
de Enfermería
en Terapia Intensiva**

Presidenta
Mariana Torre

Vicepresidenta
Ana María Bejarano

Presidente del Comité Científico
Marcelo Morales

Vocales del Comité Científico
Luis Perretta
Verónica Curilén
Estela Todisco
Martha Ramírez
Cecilia Loudet
Sonia Rodas
Verónica Dubay
Gabriela López
José Lozano

**10ª Jornada Nacional
de Bioquímicos
en Terapia Intensiva**

Presidenta
Miriam Patricia Pereiro
Vicepresidente
Hernán Fabio Cervantes

Presidenta del Comité Científico
Cristina Noemí Artana
Vocales del Comité Científico
Ernesto Fabián Rodríguez
Melina Bianconi
Susana Carnuccio

**7ª Jornada
del Comité de
Neonatología Crítica**

Presidente
Claudio Solana
Vicepresidente
Jorge Tavošnanska

Presidente del Comité Científico
Javier Meritano
Vocal del Comité Científico
Liliana Roldán

**1ª Jornada
de Farmacéuticos
en Terapia Intensiva**

Presidenta
María José Dibo
Vicepresidenta
María Betania Garagiola

Presidenta del Comité Científico
María Victoria Stoffel
Vocales
María Georgina Avaro
Valeria Freitas
Marcia Janin

**1ª Jornada
de Veterinaria
en Terapia Intensiva**

Presidente
M.V. Patricio Scorza
Vicepresidenta
M.V. María del Carmen La Valle

Presidente del Comité Científico
M.V. Mario Jensen
Vocales del Comité Científico
M.V. Javier Mouly
V. Pablo Donati
Dra. Eliana Guillemi

**1ª Jornada de Licenciados
en Nutrición
en Terapia Intensiva**

Presidenta
Silvia Jereb
Vicepresidenta
Melina Mentucci

Presidenta del Comité Científico
Victoria González
Vocales del Comité Científico
Gisela Roda
Julieta Locatelli
Mirta Antonini

INVITADOS EXTRANJEROS

Araya Iván (Chile)
Bodí Saera María Amparo (España)
Bruhn Cruz Alejandro (Chile)
Cariqueo Marcial (Chile)
Deicas Alberto (Uruguay)
Duarte Moritz Raquel (Brasil)
Ferguson Neill D. (Canadá)
Gallego Jorge (Colombia)
García Guerra Gonzalo (Canadá)
Greco Gustavo (Uruguay)
Gress Daryl (Estados Unidos)
Grill Díaz Fabio (Uruguay)
Iwashyna Theodore (Estados Unidos)
Klompas Michael (Estados Unidos)
Kumar Anand (Canadá)

Manzanares William (Uruguay)
Nin Nicolás (Uruguay)
Ortiz Guillermo (Colombia)
Parra Guillermo (España)
Pietro Renata (Brasil)
Rabelo Rodrigo (Brasil)
Rabinstein Alejandro A. (Estados Unidos)
Ritz Ray H. (Estados Unidos)
Rodríguez Alejandro Hugo (España)
Sakr Yasser (Alemania)
Sepúlveda Daniel (Chile)
Suparregui Dias Fernando (Brasil)
Torres Patricio (Chile)
Villalta Riesco César (Chile)
Wheeler Derek (Estados Unidos)

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 01

Neumonología/Kinesiología 1

LAS AMÉRICAS

- 0262 CAPNOGRAFÍA VOLUMÉTRICA EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: EFECTO DE DIFERENTES NIVELES DE PRESIÓN POSITIVA DE FIN DE ESPIRACIÓN**
E GOGNIAT, M DUCREY, M MADORNO, J DIANTI, J HAGEL, M LAS HERAS, N ROUX, A MIDLEY, G TUSMAN, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0263 TITULACIÓN DE PEEP EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: ¿QUE OCURRE CON EL ESPACIO MUERTO DE BOHR CUANDO TITULAMOS PEEP DE ACUERDO A LA MEJOR COMPLACENCIA ESTÁTICA?**
E GOGNIAT, M DUCREY, M MADORNO, J DIANTI, J HAGEL, M LAS HERAS, N ROUX, A MIDLEY, G TUSMAN, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0272 UTILIZACIÓN DE LA POLIGRAFÍA EN TERAPIA INTENSIVA**
S SAC, P LUCERO, B RODRIGUES, F BALLESTERO, E BORSINI, MA BLASCO
- 0278 SÍNDROME DE OBESIDAD E HIPOVENTILACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**
Á GONZÁLEZ FLORES, JP HOBECKER, D MOLINA, E BORSINI, E DESCOTTE, E SOLOAGA, J CHERTCOFF
- 0296 INFLUENCIA DE LA CÁNULA DE TRAQEOSTOMÍA EN EL TRABAJO RESPIRATORIO. COMPARACIÓN PRE Y POST DE-CANULACIÓN**
D VILLALBA, V FELD, V LEIVA, M SCRIGNA, E DISTÉFANO, M RODRIGUEZ, J COLLINS, AP ROCCO, A MATESA, D ROSSI, L ÁREAS, S VIRGILIO, N GOLFARINI, G GIL ROSSETTI, P DÍAZ BALLVE, F PLANELLAS, E DÍAZ NIELSEN

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 02

Neumonología/Kinesiología 2

ATLÁNTICO A

- 0200 NUEVO ALGORITMO PARA LA MEDICIÓN AUTOMATIZADA DEL SWING DE PRESIÓN ESOFÁGICA, PRODUCTO PRESIÓN-TIEMPO Y LA FRECUENCIA RESPIRATORIA UTILIZANDO ÚNICAMENTE LA SEÑAL DE PRESIÓN ESOFÁGICA**
M MADORNO, I TELIAS, E SOBRINO, G BADARIOTTI, G MONTIEL
- 0232 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES VENTILADOS DE MANERA NO INVASIVA EN UN SANATORIO DE AGUDOS. CONSIDERACIÓN DEL MOMENTO PARA LA COLOCACIÓN**
G MUSSO, G RAFAEL, A RAMOS, C GONZALEZ, L LOVESIO, M MANAGÓ, C LOVESIO
- 0240 CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE DOBLE TRIGGER (DT)**
M BERMEO, F RÍOS, D PEZZOLA, R RODRIGUEZ LA MOGLIE, G ARTEAGA PANOZO, L AGUILAR
- 0243 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE INCIDENCIA DE ASINCRONÍAS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA**
M BERMEO, F RÍOS, R RODRÍGUEZ LA MOGLIE, D PEZZOLA, G ARTEAGA PANOZO, L AGUILAR, C APEZTEGUA
- 0257 VALORACIÓN DE LA RESISTENCIA DE LA VÍA AEREA EN VENTILACIÓN MANDATORIA CONTROLADA SIN UTILIZAR UNA PAUSA TELEINSPIRATORIA: ESTUDIO DE BANCO**
E GOGNIAT, M MADORNO, N ROUX, P RODRIGUEZ, A MIDLEY, S GIANNASI, E SAN ROMÁN

19/09/2014 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 03

Infectología 1

TEATRO NH

- 0092 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA: IMPLEMENTACIÓN DE UN CONJUNTO DE MEDIDAS PARA REDUCIR SU INCIDENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS**
M BERTÉ, A SANTA MARÍA, A PALAZZO, C DE FILIPPO, JA GUILLEN ORDOÑEZ, V MAZZOLA, N SEGURA, N TIRIBELLI, G NAHMÍAS, J LEMOS, S MAIMONE, J ALTCLAS, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0181 EVALUACIÓN DE LA CINÉTICA DE BIOMARCADORES SÉRICOS Y SU RELACIÓN CON DESENLACES ADVERSOS EN LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA EN UCI**
M ESPERATTI, M FERRER, G LI BASSI, ME GONZALEZ, MS URBANO, A GABARRUS, A TORRES
- 0191 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA VHIDA PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE NEUMONÍAS ASOCIADAS AL RESPIRADOR**
A LOJO, G LEVY, R KARATANASOPULOZ, M PAIZ, L GOSSIN, R BAEZ, N JONATAN, G CORIA, F REBORATTI, C JOACHIN
- 0244 EFECTOS DEL BAÑO DIARIO CON CLORHEXIDINA SOBRE LA TRANSMISIÓN E INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS**
M JERMAN, F CARLUCCI, L BALLESTRACCI, L FABRO, A NOVAU, M ENRIQUEZ, M SALABERRY, M CASANOVA, ML PEREYRA, G KREMER, D CZERWONKO, S COSENZA, P PRATESI, Q RODOLFO
- 0280 INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASA (EPC)**
A LOURO, J OSATNIK, V SANCHEZ, L FERNANDEZ CANIGGIA, A RISSO PATRÓN, V ORTEGA ESCOBAR
- 0308 PROCALCITONINA COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO DE SEPSIS, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DE PARANÁ, ENTRE RÍOS**
MV FARINO, G GRIEVE

19/09/2014 - 11:30 a 12:30

TRABAJOS ORALES 04

Shock 1

COURIER DEL BOULEVARD

- 0107 VALOR PREDICTIVO DE LA HIPERLACTACIDEMIA ARTERIAL EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN CIRUGÍA CARDÍACA A CORAZÓN ABIERTO CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**
D BOLZICCO, R GARCÍA TURIELLA, J MERELLO, M SECCHI
- 0108 SATURACIÓN VENOSA CENTRAL DE O₂ Y GRADIENTE VENOARTERIAL DE PCO₂ EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DE ALTO RIESGO**
MH BENITES, Y ARZANI, L CAMPASSI, NP RUBATTO, MX MIRANDA, SP WELSH, ED VALENZUELA ESPINOZA, A RISSO VAZQUEZ, V KANOREE EDUL, FD MASEVICIUS, A DUBIN
- 0149 LIBERACIÓN DE LACTATO PULMONAR (LLP) EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA (POP-CC) CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (CEC)**
JC PENDINO, L HESS, G ALDAMIZ, S BELTRAME, J TRUJILLO
- 0281 PRODUCCIÓN DE RADICALES LIBRES EN RATAS CON PUNCIÓN CECAL**
S CHAPELA, I BURGOS, E DESCOTTE, E BORSINI, J CHERTCOFF, M ALONSO, C STELLA

- 0300 UTILIDAD DE LA SATURACIÓN VENOSA CENTRAL Y DE LA DIFERENCIA VENOARTERIAL DE PCO₂ DURANTE MONITOREO HEMODINÁMICO CON SWAN GANZ EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO.**
R GIANNONI, ED VALENZUELA, E MARTINEZ, A PESTAÑA SALCEDO

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 05

Nefrología/Otros

NONA 2

- 0079 VALOR PRONÓSTICO DE HIPONATREMIA EN PACIENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS EN TERAPIA INTENSIVA**
ED VALENZUELA ESPINOZA, M BENITES, ML CAMPASSI, NP RUBATTO, S WELSH, MX MIRANDA, E GUERRA, MC ZERPA, MF MOTTA, A RISSO VASQUEZ, A DUBIN, D MASEVICIUS
- 0101 INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DE ETIOLOGÍA NO CORONARIA: TAKO-TSUBO**
A PEREZ
- 0216 MEDICIÓN DE AMONIO EN ORINA COMO INDICADOR DE LA RESPUESTA RENAL A LA ACIDOSIS METABÓLICA**
SP WELSH, N DOLCEMÁSICOLO, V RODRIGUEZ, DE VALNZUELA, FD MASEVICIUS, A DUBIN
- 0228 PREVALENCIA POST-INTERNACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO**
A MARTINUZZI, J FIERRO, G BAEZA, A DELARRIBA, M ARAGÜES, M SEPULVEDA, M GIMARAYZ, M CORNÚ, B GONZÁLES ORÉ, JM VARGAS
- 0245 TRAUMATISMO LARINGOTRAQUEAL: INCIDENCIA, DATOS DEMOGRAFICOS Y MANEJO EN UN CENTRO DE TRAUMA.**
V CAMACHO, MV CAMACHO JUNCOS, MC VIGNETTA, PB PANHKE, IDS PUIG, CA ARANCIBIA
- 0254 UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
M SANDOR, A GIRA, S BARATTA, A HITTA, D MONARDO, A DONA, J NUÑEZ, F PLANO, A JULIARENA, D CHEJTMAN, B ALEJANDRO, J ALVAREZ, S COSENZA, P PRATESI

18/09/2014 - 12:00 A 13:30

TRABAJOS ORALES 06

Calidad/Escores

TEATRO NH

- 0097 EVALUACIÓN DE NUEVO SCORE PARA PREDECIR MORTALIDAD**
G WERBER, G BADARIOTTI, S BELTRAMINO, P GUTIÉRREZ, A FERNÁNDEZ PAZOS, A JOHNSON, A GRINBERG, B DE DIEGO
- 0137 IMPACTO DEL ULTRASONIDO EN LAS DECISIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS: ANALISIS DE LOS PRIMEROS ESTUDIOS**
J TEVES, M CHOY, M FERRICIONI, N RISSO, M BERNADÓ, G BÁSCOLO, M CORNELIO
- 0165 CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD PARA PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA**
JP SUAREZ, M KHOURY, R LOPEZ, A GRINBERG, I TELIAS, S BELTRAMINO, R FREUE, G DE FEO
- 0204 FUNCIONALIDAD E INDEPENDENCIA AL AÑO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS, LUEGO DE UNA INTERNACION EN TERAPIA INTENSIVA**
P MASKIN, P RODRIGUEZ, I BONELLI, S ATTIE, S KOTSIAS, R VALENTINI

- 0235 VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD Y ESTADÍA PROLONGADA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS**
D LATASA, A RAMOS, G SUAREZ, L CABRERA, P GAUNA, M MANGANO, A DOGLIOTTI, C LOVESIO

18/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 07

Calidad/Bioética

COURIER DEL ATLÁNTICO

- 0031 CALIDAD DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA AL INGRESO DEL PACIENTE**
P CENTENO, G IZZO, M ARZEL, A TORRES, C MARIANA, VI BRUNETTI, L KOLLER, M SONIA, H CABRERA
- 0249 CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. UTILIZACIÓN DE METODOLOGÍA SIX SIGMA PARA CONTROL Y ANÁLISIS DEL PROCESO**
A FAJRELDINES, D CZERWONKO, L DAVIDE, N ESPIL, M PELLIZZARI, J GARCIA CLEQUE, A DONA, M JERMAN, J NUÑEZ, J PAGES, GM AGUSTINA, F PABLO, S COSENZA, P PRATESI
- 0251 CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
A FAJRELDINES, N ESPIL, M PELLIZZARI, L DAVIDE, V VILLAR FREULER, L BALLESTRACCI, M SANDOR, F CARLUCCI, A GIRA, J ALVAREZ, V MARQUEVICH, D CZERWONKO, S COSENZA, P PRATESI
- 0255 LÍMITE DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
A JULIARENA, M TORRES BODEN, A GIRA, P FALVO, A DONA, D MONARDO, F PLANO, J ALVAREZ, D CZERWONKO, S COSENZA, P PRATESI
- 0256 PERCEPCIÓN DE CUIDADO INAPROPIADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. UNA MIRADA HACIA EL EQUIPO**
A JULIARENA, J GARCIA CLEQUE, M SANDOR, V VILLAR FREULER, A GOMEZ MONJE, M JERMAN, L BALLESTRACCI, M ENRIQUEZ, M SALABERRY, D CZERWONKO, V MARQUEVICH, J ALVAREZ, S COSENZA, P PRATESI
- 0303 CUMPLIMIENTO DE METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
S COSENZA, M JERMAN, A PALACIOS, M PELLIZZARI, E SCHNITZLER, A MURANO, A FAJRELDINES, L DAVIDE, M ROJAS, R QUIROS, V MARQUEVICH, J ALVAREZ, D CZERWONKO, P PRATESI

18/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 08

Calidad

COURIER DEL BOULEVARD

- 0023 EVOLUCIÓN DE TRES ESTÁNDARES DE CALIDAD MEDIDOS POR SATI-Q EN UCIA S DURANTE 10 AÑOS**
AL FERNANDEZ, G SATI-Q - ADULTOS
- 0067 SEDOANALGESIA VERSUS ANALGOSEDACION EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
FM RIVERO, MDLM GALARZA HANGLIN, NG CRISTALDO, PM MOREL, JFA RÍOS, LM BRACCINI
- 0219 SEDACION EN LA UCI: UN PROCESO DE CALIDAD DE ATENCIÓN CON NECESIDAD DE MEJORA. DIAGNOSTICO DE SITUACION**
N ZULJEVIC, MC MARCHENA, N AGUILERA, D BUSTAMANTE, M CASTILLO, N LIPORACE, J BORGHET, A PORCEL, C BUSTAMANTE, F IBARRA, P MARGUELICHE, A KRUTIU, C SOTOMAYOR, D FERNANDO, M RAMIREZ, F FERNANDEZ GARCÍA, A CARRERA, L MILANESIO, L TUMINO, AL GONZALEZ, S CARINO, G SAENZ, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET

0248 REDUCCION DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A ANALGOSEDACION EN PACIENTES VENTILADOS. IMPACTO SOBRE LA CALIDAD Y SEGURIDAD

A FAJRELDINES, J ALVAREZ, M VALERIO, N ESPIL, L DAVIDE, M PELLIZZARI, P FALVO, J GARCIA CLEQUE, A PALACIOS, V MARQUEVICH, V VILLAR FREULER, F PLANO, S COSENZA, P PRATESI

0299 SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE DOS INSTRUMENTOS DE MEDICION PARA LA DETECCION DE EVENTOS ADVERSOS A DROGAS EN UCI

A FAJRELDINES

18/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 09**Nutrición/Gastroenterología**

CENTROAMÉRICA

0055 INCIDENCIA DE HIPOSELENEMIA EN UNA UCI POLIVALENTE

A MARTINUZZI, G BAEZA, J FIERRO, M SEPULVEDA, M ARAGÜES, M GIMARAYZ, M CORNÚ, B GONZALES ORE

0096 GASTO ENERGÉTICO DE REPOSO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA EN VOLUNTARIOS SANOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA: VALIDACIÓN DEL MÉTODO

P GUIMARAENS, N ROUX, E GOGNIAT, M CARIGNANO, C KECKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN

0135 TRAUMATISMO DE ABDOMEN: DIFICULTADES EN EL SOPORTE NUTRICIONAL

N RISSO, G CAPURRO, G NUÑEZ, ME GIMENEZ, J TEVES, J HADDAD, L ZACARIAS, J PONCE, M FERRICIONE

0222 ANALISIS DE CONDUCTAS NUTRICIONALES Y RESULTADOS CLINICOS ASOCIADOS EN PACIENTES CON REQUERIMIENTO DE VASOPRESORES. COHORTE PROSPECTIVA. GRUPO DE TRABAJO CALNUCI

C LOUDET, L TUMINO, MC MARCHENA, R GIMBERNAT, ML CABANA, G CAPURRO, P ASTEGIANO, M VELÁSQUEZ, M CASANOVA, MC ROTH, G RODA, P OKURZATI, Y BALMACEDA, J RODRÍGUEZ BUGUEIRO, E ESTENSSORO

0247 DISFUNCION PRIMARIA DEL INJERTO EN TRASPLANTE HEPATICO. SERA CADA VEZ MAS FRECUENTE?

F CARLUCCI, A GOMEZ MONJE, J PAGES, D MONARDO, N MELIGRANA, F PIÑERO, M MENDIZABAL, M SILVA, G PODESTA, M FAUDA, J NUÑEZ, D CZERWONKO, S COSENZA, P PRATESI

0283 PRESION INTRA-ABDOMINAL COMO VALOR PRONÓSTICO EN PACIENTES POST OPERATORIOS CRITICOS

G SIBILA, A FELDMAN, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS

0289 CONSTIPACION EN PACIENTES CRITICOS: INCIDENCIA, FACTORES RELACIONADOS Y RESULTADOS CLINICOS. COHORTE PROSPECTIVA. GRUPO DE TRABAJO CALNUCI

L TUMINO, C LOUDET, MC MARCHENA, R GIMBERNAT, ML CABANA, G CAPURRO, P ASTEGIANO, M VELÁSQUEZ, M CASANOVA, MC ROTH, G RODA, P OKURZATI, Y BALMACEDA, J RODRÍGUEZ BUGUEIRO, E ESTENSSORO

18/09/2014 - 13:00 A 13:45

TRABAJOS ORALES 10**Veterinaria**

PLAZA 1

0027 PRÓTESIS LARINGEA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN LA PARALISIS LARINGEA DEL CANINO. REPORTE DE UN CASO

C RICART, S RODRÍGUEZ, RM DURÉ

0030 DIAGNOSTICO ETIOPATOGENICO DEL SINDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE CANINO CRÍTICO

S GONZALEZ, M JENSEN

0116 CORRELACIÓN DE SHOCK ÍNDEX Y VALORES GASOMÉTRICOS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA EN CANINOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

PA DONATI

19/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 11**Neumonología/Kinesiología 3**

LAS AMÉRICAS

0141 SDRA: ¿CUÁL ES LA PRESIÓN PLATEAU SEGURA?

N PISTILLO, O FARIÑA

0146 EFECTO DE LAS MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO EN LA LESIÓN PULMONAR AGUDA EXPERIMENTAL COMPARADO CON DIFERENTES NIVELES DE PEEP

C ENRIQUE, D SOTELO, M BELDARRAIN, L VECCHIO, P STRINGA, F PONISIO, J LOFEUDO, G LAGUENS, J MARCOS, L VITTONI

0156 MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

S FREDES, M BOSSO, M OJEDA, G AVACA, A GOLDBERG, A GARCÍA, P GIMÉNEZ, G NAHMÍAS, F GHELLINAZA, A SANTAMARÍA, M BERTÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH, N TIRIBELLI

0167 USO DE ECMO EN LA TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS (UTIA)

N CIARROCCHI, MS VENUTI, MJ LAS HERAS, SD VILLARROEL MENDOZA, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

0267 MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA COMO HERRAMIENTA DURANTE LA VENTILACION PROTECTIVA EN SDRA

I FERNANDEZ CEBALLOS, NM CIARROCCHI, MS VENUTI, MJ LAS HERAS, SD VILLARROEL MENDOZA, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

19/09/2014 - 11:30 A 12:45

TRABAJOS ORALES 12**Neumonología/Kinesiología 4**

ATLÁNTICO A

0032 MANEJO DE LA VÍA AÉREA: PIENSO GLOBALMENTE Y ACTUO LOCALMENTE.

D DANIEL, F DE BELLO, J LOZANO, V ALONSO, H HERRERA, R NICASTRO, G BENAVENT, F PLANO, M MAIDANA, G FILIPPA, C CUEVAS

0064 PREVALENCIA DE EVENTOS ASOCIADOS A VENTILACION MECANICA

F RIOS, V RODRIGUEZ, G PLOTNIKOV, R PRATTO, N IRASTORZA, D INTILE, S ILUTOVICH, N TIRIBELLI, H NEGRETE PEREZ, L AGUILAR, D NOVAL, A RISSO-VAZQUEZ

0090 FACTIBILIDAD DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA POR MEDICOS RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA

W DÁVALOS, M SIMIONATO, E DI BERNARDINO, C MORENO, L LANNOO, P CANAVESI, M COLOMBO, M ALMENDROS, F IGLESIAS, A PORCEL, S TAL BENZECRI, E VALGOLIO, L NAVEIRO, L DI LUCA, C LUCIA, H CANALES, A DAS NEVES, C LOUDET, C MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, C BUSTAMANTE, S CARINO, G SAENZ, R REINA, E ESTENSSORO

0121 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

S VIRGILIO, ML GIMENEZ, I SALVATI, G VERDE, C IRRAZABAL, G CARQUEJEIDA ROMAN, A CURA, P BUSTAMANTE, M BEZZI, M VILLARRUEL, W TOZZI, N TIRIBELLI, G MUHAFARA, N IEZZI, S BORELLO, MN NOVO, N GOLFARINI, P PEDACE, L GAREGNANI, G MARINO, F ESMORIS, L TUYA, L PIPOLO, S MARTINEZ VENTIMIGLIA, G PAZ, A COTERO, C AGUIRRE, G BATAGLIA, E PEREZ, A OCCHIUZZI

0128 VENTILACION MECÁNICA NO INVASIVA: USO EN TRES UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA SITUADAS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

I SALVATI, ML GIMENEZ, S VIRGILIO, G CARQUEJEIDA ROMAN, J ARMELINO, G VERDE, MB IBAÑEZ, MF JANSMA, A CURA, M COTIGNOLA, F MURA, W TOZZI, MC MARTIN, R FAMIGLIETI, C GROSSI, JM CARBALLO, K MIRALLES, MA TICAK, MC PITA, E BONA, D FELICI, ME CROATTINI, JI CAMPOT, I CHIAVARO, M ELIAS, E DANTAZ, F ESPERON, C BROVIA, N NICODEMES, M ALI

19/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 13**Neurología**

CENTROAMÉRICA

0134 EVALUACION DEL DIAMETRO DEL NERVIO OPTICO EN VOLUNTARIOS ADULTOS SANOS

J TEVES, M CHOY, L ZACARIAS, J PONCE, J HADDAD, G RODRIGUEZ, E GIMENEZ, M TARTARA

0195 DURACIÓN DEL VASOESPASMO CEREBRAL EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

E AMUNDARAIN, JP ROMERO, N GALLUCCI, K BUSTAMANTE, M CASANOVA, O FARIÑA, B DORFMAN

0305 CAMBIOS EN LA CIRCULACIÓN EN LA ARTERIA BASILAR EN EMBARAZADAS NORMALES Y PRE ECLÁMPTICAS. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES CON DOPPLER TRANSCRANEANO

J POLISZUK, L BOFFINO, I PREVIGLIANO, C PONTEVILLE, M GONZALEZ ALCÁNTARA, L VOTO

0318 CORRELACIÓN ENTRE LA VAINA PERIFÉRICA DEL NERVIO ÓPTICO, LA SATURACIÓN CEREBRAL DE OXÍGENO Y LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN UN MODELO ANIMAL DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL CONTROLADO

I PREVIGLIANO, AV VICCICONTTE, F DIP, F SUAREZ ANZORENA, F TOGNI

19/09/2014 - 12:15 A 13:30

TRABAJOS ORALES 14**Infectología 2**

PLAZA 1

0002 IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES FACTORES DE RIESGOS EN BROTE DE BACVC POR SERRATIA MARCENCES KPC EN UCI DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

F FERNANDEZ, C LOPEZ, E TORRES, C CARRICONDO, L CABEZAS, D ALDUNATE, G FERNANDEZ, C CURA, S SANTARELLI, G SORIA, M ANTONIO, J ARROYO, P AGUERO, L MONTES DE OCA, R URBANEJA

0004 ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE TOXICIDAD RENAL ASOCIADA A COLISTÍN EN PACIENTES CRÍTICOS

M MONTENEGRO, Y LAMBERTO, F TAMAGNONE, A BALBI

0006 INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (TAVEM) EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCIS): RESULTADOS DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL.

F FERNANDEZ, A RODRIGUEZ, J ARROYO, C CARRICONDO, C LOPEZ, G FERNANDEZ, D ALDUNATE, C CURA, S SANTARELLI, M ANTONIO, G SORIA, D CURCIO, C DELLERA, A TAMAYO, R FERNÁNDEZ, G ZAKALIK, R SANTA CRUZ, D DUARTE, FL LIPOVESTKY, MJ DÍAZ, FM GALEANO, L GONZÁLEZ, CJ PUCCI, A CAHUANA, DU CASTRO

0091 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL: IMPLEMENTACIÓN DE CONJUNTO DE MEDIDAS PARA REDUCIR SU INCIDENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

A PALAZZO, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, C DE FILIPPO, V MAZZOLA, JA GUILLEN ORDOÑEZ, C GAZZANO, A RAMOS, J LEMOS, S MAIMONE, J ALTCLAS, D NOVAL, S ILUTOVICH

0270 REDUCCION DE LA TASA DE HEMOCULTIVO CONTAMINADOS

MA ENCINAS ALEJO, G NELSON, H MICHELANGELO

0294 OUTCOME DE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS KPC EN UTI

C BALASINI, S GONZÁLEZ, A FELDMAN, B SAVASTANO, JG VALIDO, C GARBASZ, P RODRIGUEZ

19/09/2014 - 12:15 A 13:45

TRABAJOS ORALES 16**Shock 2**

ATLÁNTICO B

0017 EFECTOS DE LA NORADRENALINA SOBRE LA PERFUSION TISULAR EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE HIPERTENSIÓN ABDOMINAL

A DUBIN, G FERRARA, VS KANOORE EDUL, JF CAMINOS EGUILLO, E MARTINS, C CANULLÁN, HS CANALES, C INCE

0020 DISOCIACIÓN DE LAS MICROCIRCULACIONES SUBLINGUAL E INTESTINAL EN PACIENTES SÉPTICOS

A DUBIN, VS KANOORE EDUL, C INCE, N NAVARRO, L PREVIGLIANO, A RISSO VAZQUEZ, NP RUBATTO

0072 COMPARACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y METABÓLICAS DURANTE LA REANIMACIÓN INICIAL EN EL SHOCK SÉPTICO

G PAGELLA, A CHENA, J MARENGO, M MARENGO, A SANCHEZ, C PELLEGRINI, C CASTRO, A MARTIN

0078 VALOR PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO.

ED VALENZUELA ESPINOZA, G ROLANDO, E AVID, S WELSH, D MASEVICIUS, A DUBIN

0170 IMPACTO DEL USO DE B-BLOQUEANTES EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON SEPSIS

JM DIANTI, S DI STEFANO, N FUENTES, S GIANNASI, JE SAN ROMAN

19/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 17**Calidad**

DAUPHIN

0060 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE CALIDAD MULTIDISCIPLINARIA SOBRE EL MEJORAMIENTO DE UN PROCESO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ESTUDIO ANTES-DESPUÉS.

V ROMERO, S FERNÁNDEZ, D CORIA, S REYNOSO, M VELAZQUEZ, G VALENZUELA, I HERRERA, G BUSTAMANTE, M AQUINO, S ROJAS, S GUERRERO, M RAMÍREZ, L ORTIZ, F VALDERRAMA, C CECODINI, M PALACIOS, M MONTANE, L IRAOLA, G ALVARADO, R MARADEO, M TEBEROBSKY, L TUMINO, MC MARCHENA, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET

0193 UTILIZACION DE TROMBOELASTOGRAFIA PARA GUIAR SOPORTE TRANFUSIONAL EN PACIENTES CRITICOS

J PAGES, GC JESICA, VF VERONICA, S MARTIN, GM AGUSTINA, B LAURA, C FEDERICO, J MICAELA, T OMAR, F PABLO, C SEBASTIAN, P PABLO

0203 ADHERENCIA Y UTILIDAD DE LOS REGISTROS INFORMATIZADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA

MI VEGA ORIHUELA

- 0230 IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST PARA ASEGURAR CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UCI POLIVALENTE**
A MARTINUZZI, J FIERRO, G BAEZA, A DELARRIBA, M ARAGÜES, M SEPULVEDA, M GIMARAYZ, M CORNÚ, B GONZÁLES ORÉ
- 0233 FALSAS ALARMAS EN TERAPIA INTENSIVA: UN PROBLEMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE**
MI HEIN, FM MASTANTUONO, JC OLIVERA
- 0293 PREVALENCIA DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN, ESTADIOS Y LOCALIZACIÓN, DENTRO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE EL AÑO 2013**
M FERNÁNDEZ YÁÑEZ

19/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 18**Calidad/Docencia**

NONA 1

- 0025 ENSEÑANZA BASADA EN COMPETENCIAS ENCUESTA DE EXPLORACIÓN EN UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA**
L CAMPUTARO, F BACCARO, L SCALISE
- 0083 MONOGRAFÍAS CURSO SUPERIOR DE TERAPIA INTENSIVA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TEMAS ELEGIDOS DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.**
C PEREYRA, R REINA, A BADOLATI, G BORENSTEIN, G CHIAPPERO
- 0084 MONOGRAFÍAS CURSO SUPERIOR DE TERAPIA INTENSIVA. IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARA OPTIMIZAR LA TASA DE CUMPLIMIENTO DE ENTREGA.**
C PEREYRA, R REINA, A BADOLATI, G BORENSTEIN, G CHIAPPERO
- 0085 SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE TERAPIAS INTENSIVAS DE GENERAL ROCA Y CIPOLLETTI**
F MONESTEROLO, S VARGAS, J TOLEDO, A MORENO, MC ORLANDI

- 0220 ESTUDIO DEL ESTRÉS LABORAL EN MÉDICOS Y ENFERMEROS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DEPARTAMENTOS DE URGENCIAS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS**
P VALDEZ, V SÁNCHEZ, L PIERINI, C SIMÓN, MDR BRUNO, J RODRÍGUEZ PAVÓN, V PAVÓN, D ELISABE

18/09/2014 - 11:45 A 13:15

TRABAJOS ORALES 19**Pediatría**

DAUPHIN

- 0009 VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE MORTALIDAD PEDIÁTRICO 2 (PIM2) EN ARGENTINA**
AL FERNANDEZ, MDP ARIAS LOPEZ, ME RATTO, L SALIGARI, A SIABA, M DE LA ROSA, N RAUL, N BOADA, P GALLARDO, I KO, E SCHNITZLER, G VALIDARPIM2 ARGENTINA
- 0089 PREVALENCIA DE PACIENTES CON CONDICIONES CRONICAS COMPLEJAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS**
M ARIAS LOPEZ, A GATTARI, C CHAVES, G GONZALEZ, A NIEVA
- 0139 SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO**
S MENTA, A MENCHACA, S MERCADO, M RUIBAL, E BENECH, A AKIKI, I MOREIRA, P ESTOL
- 0268 UTILIZACIÓN DE HEMODERIVADOS A PARTIR DEL USO DE LA TROMBOELASTOMETRÍA EN SANGRE ENTERA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA CON CIRCULACION EXTRA-CORPOREA**
MDP MIÑONES, R EGUES ALMEIDA, G SERGIO, M NINOMIYA, NC PEDRAZA, M VARELA, AE VECCHIO, NL TRONCOSO

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Infectología 1

RAMBLA

- 0196 ENTEROBACTERIAS KPC EN EL INGRESO A UTI**
C BALASINI, S GONZALEZ, A FELDMAN, M TURINA, J DOMINGUEZ, G VALIDO, G MENDOZA, B SABASTANO
- 0206 COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR CEPA HIPERVIRULENTE DE C. DIFFICILE DE LA COMUNIDAD**
MA VELASQUEZ, MG MORALES, J HERNANDEZ, MB LLAPUR, C OCAMPO
- 0242 SHOCK SÉPTICO EN PACIENTE NEUTROPÉNICO FEBRIL SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE BILATERAL EN MIEMBROS INFERIORES**
G BUSTINGORRY, EA ROMERO, FS FERNANDEZ, V NIEVAS
- 0246 SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS. CONSISTENCIA DE LA INMUNOSUPRESIÓN TEMPRANA PRESENTACIÓN DE UN CASO**
ND NEILA, LM SANTOS, PE BAMBACI, S CARAVANTE, J CAIRA BACA, R PEIRO RUSSO, S DIAZ COUSILLAS
- 0269 DIFICULTAD DIAGNÓSTICA DE LEPTOSPIROSIS SEVERA. REPORTE DE CASO**
V CAGLIERI, Y MANCHO, MJ ARAMBURU, E ASINARI, M MORALES, C GALLETI
- 0274 NEUMONÍA SEVERA POR STAPHYLOCOCCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE DOS CASOS**
P LUCERO, D MOLINA, SP CHAPELA, E SOLOAGA, MA BLASCO, J CHERTCOFF
- 0282 EFECTO DE N-ACETILCISTEÍNA DURANTE LA INCUBACIÓN EN ANAEROBIOSIS DE LEVADURAS**
S CHAPELA, I BURGOS, F BALLESTERO, E SOLOAGA, MA BLASCO, M ALONSO, C STELLA
- 0287 INFECCION POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
G GALINDEZ, G BONFANTI, H BIONDI, J POLLINI, M PARLATORE, L SIROCCHI, G ORTEGA, M BORRONI, J CASTAGNINO

18/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Infectología 2

RAMBLA

- 0037 LEPTOSPIROSIS ICTEROHEMORRÁGICA O SÍNDROME DE WEIL**
J NIEVES MARQUEZ, L LOZA, N ESPINOSA, R SENESTRARI, I RÍOS, G FERNÁNDEZ CID
- 0172 PREVALENCIA DE UROCULTIVOS POSITIVOS EN PACIENTES INGRESADOS CON CATÉTER URINARIO A CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SAN LUIS**
M VILLEGAS, ML GONZALEZ, YV QUIROGA, MB FERNANDEZ
- 0184 CASOS DE TUBERCULOSIS QUE REQUIRIERON TERAPIA INTENSIVA**
A PEREZ, M CARRASCO, R CURIMAN, F PEJENAUTE, L CORSIGLIA
- 0185 CRIPTOCOCOSIS MENINGEA PERSISTENTE EN UNA CEPA SENSIBLE A ANFOTERICINA B. REPORTE DE UN CASO**
S RACERO, C NOSTI, A HLAVNICKA, P BRUNETTI, S MONTONE, MJ LARREA CONTRERAS, P SZEKELY, D STURBA
- 0186 LEUCOENCEFALITIS DESMIELINIZANTE AGUDA POR VIRUS H1N1. REPORTE DE CASO**
ND DIAZ PRIETO, SP VARGAS GUZMÁN, E SALCEDO NORIEGA, A TEMBRÁS BELLO

0189 REPORTE DE CASO: TETANOS, UNA ENFERMEDAD TODAVIA EXISTENTE

P AVILA, W SERRA, A ARTAYETA, L TALAMONTI, G IZAGUIRRE, S SÁNCHEZ, G ELÍAS

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Neumonología/Kinesiología 1

RAMBLA

- 0221 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTORA**
N TIRIBELLI, M BOSSO, S FREDES, G AVACA, A GOLDBERG, G NAHMÍAS, P GIMÉNEZ, A GARCÍA, M OJEDA, A CEJAS, C DE FILIPPO, A PALAZZO, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0252 BIOPSIA PULMONAR EN PACIENTES CON DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO DE ETIOLOGÍA NO CLARA. SERIE DE CASOS**
J GARCIA CLEQUE, F CARLUCCI, L BALLESTRACCI, M SANDOR, J PAGES, V MARQUEVICH, M JERMAN, J BRAGA MENENDEZ, D CHIMONDEGUY, J ANSEDE, J BARBER, S COSENZA, P PRATESI, J ALVAREZ
- 0259 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBMASIVO EN PACIENTE CON DISFIBRINOGENEMIA CUALI Y CUANTITATIVA CONGENITA TRATADO CON FRAGMENTACION CON BALON Y TROMBOLITICO LOCAL**
MB RETAMOZO, SG PAREDES, LA MARTÍNEZ RIERA, GJ PACHECO, RMA COLQUE
- 0264 IMPACTO DEL FALLO DE LA EXTUBACIÓN EN LOS DÍAS DE INTERNACIÓN Y DE VENTILACIÓN MECÁNICA; MORTALIDAD Y NEURMONÍA**
A BADER, R PINTO, D MARQUEZ, M MATEA, M CATTINI, F DI GRESIA, M REYNOSO, M ABADIE, V ORMAECHA, C FOURNERY, L BIGATTI, J NADUR, S PÉREZ CABRERA, J GÓMEZ, C TAGLIORRETTI, I PREGIOLIANO
- 0279 ECOGRAFÍA MULTIORGANO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN. REPORTE DE UN CASO**
E DESCOTTE, F LASCAR, F BALLESTERO, E BORSINI, MA BLASCO, J CHERTCOFF
- 0284 NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UTILIZACION DE OXIDO NITRICO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA**
A BOEDO, P LUCERO, D MOLINA, S CHAPELA, E DESCOTTE, E SOLOAGA, E BORSINI
- 0285 COMPARACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO ENTRE DOS PRUEBAS DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA EN TRES PACIENTES Y EL MOMENTO POSTEXTUBACIÓN.**
I TELIAS, M MADORNO, E SOBRINO, G MONTIEL, M HERNÁNDEZ, S LAMOT, G BADARIOTTI, B DE DIEGO
- 0292 UTILIZACIÓN DE STENT TORÁCICO TIPO T (MONTGOMERY) EN UCI PARA DESTETE**
D VIOLI, S GANDO, B VAZQUEZ, L BENITO MORI, R DURE

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04

Neurología 1

RAMBLA

- 0003 A PROPÓSITO DE UN CASO DE LINFOMA PRIMARIO DE SNC EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE EN UTI DE HOSPITAL CENTRAL MENDOZA**
F FERNANDEZ, C CARRICONDO, D ALDUNATE, G FERNANDEZ, C CURA, S SANTARELLI, G SORIA, M ANTONIO, J ARROYO

- 0007 HEMORRAGIA INTRA PARENQUIMATOSA (HIP) EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE VASO CONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE (SVCR)**
G DOMENICONI, L LEMME PLAGHOS, ITAMER, C RUGILO, M COSTILLA, J DALDIN, M VINZIO, O YUNK
- 0045 UTILIZACIÓN DE SAYO2 EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA AGUDA**
L SCALISE, L CAMPUTARO
- 0053 INDICACIÓN DE EMBOLIZACIÓN EN MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA SPETZLER Y MARTIN GRADO IV: CASO CLÍNICO**
A FELDMAN, G SIBILA, D QUARANTA, J CAPELLA, D VARELA, M MOLINA, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0080 REPORTE DE CASO: ESTATUS EPILÉPTICO SUPER REFRACTARIO**
S ABENTE, L FONTCLARA, H BIANCO, M VERA, C ARBO, M CABRERA, C RICARDO, N GALEANO, C AYALA, B FIGUEREDO, M DUARTE, J CODAS, M MOREL
- 0086 PRESENTACION DE UN CASO. ESTIMACION NO INVASIVA DE LA PRESION ENDOCRANEANA A TRAVES DE LA MEDICION ECOGRAFICA DEL DIAMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ OPTICO EN UN PACIENTE CON STROKE HEMORRAGICO DEBIDO A PLAQUETOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA**
D ARUFE, S VOMMARO, S LAMOT, JJ VEGA, S BELTRAMINO, V GARCIA FERNANDEZ, G BADARIOTTI, B DE DIEGO
- 0087 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: PREDICTORES DE MORTALIDAD Y ESTADÍA PROLONGADA EN CUIDADOS INTENSIVOS**
P GAUNA ANTONELLI, A RAMOS, P SANCHEZ, MC GONZALEZ, A DOGLIOTTI, C LOVESIO
- 0095 DEMENCIA Y MIOCLONÍAS EN TERAPIA INTENSIVA: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICO**
F CABAÑUZ, L ROMERO, S MARE, O CARABELLO, G DE MARCHI
- 0100 ASOCIACION ENTRE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA PERIMENINGEAL Y HEMATOMA SUBDURAL ESPINAL ESPONTANEO, REPORTE DE UN CASO**
S RACERO, C NOSTI, A HLAVNICKA, MJ LARREA CONTRERAS, P SZEKELY, D STURBA

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05

Neurología 2

RAMBLA

- 0102 A PROPOSITO DE UN CASO: EMBOLIA AEREA CEREBRAL POR ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL**
M DEGUARDIA, TA SACCHETTI, IF GONZALEZ MARQUEZ, V OJEDA CHOQUE, AS RUSATTI, AM REQUENA BENITO, A ANTIK, AJ FIORANELLI
- 0126 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA Y MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE GRAVE SIN TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO. SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA: UN DIAGNOSTICO PROBABLE**
A SCHAER, L GARCIA IRIARTE, J BAZZANO, L RODRIGUEZ, M POMBO, N MOLINA, A STEINBERG, P IGNACIO, E BRAÑA, C COZZANI, G CUETO
- 0142 REPORTE DE DOS CASOS DE SÍNDROME DE PERCHERON**
MA VELASQUEZ, C OCAMPO, M MORALES, J HERNANDEZ, MB LLAPUR
- 0150 PROFILAXIS ANTICONVULSIVANTE EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS. ES TIEMPO DE UNIFICAR NUESTROS CRITERIOS**
V MARQUEVICH, V VILLAR FREULER, S COSENZA, L BALLESTRACCI, J ALVAREZ, L FERRUCCI, R DE ROSA, G PIROLO, JA BUERI, M CORDOBA, P PRATESI
- 0154 CARDIOMIOPATIA INDUCIDA POR ESTRES EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**
R TORREZ, C ORSOLINI, T LUNA, C ARCE, R LIGARDA, L URANGA, S ZIDARICH

- 0173 MIELONISIS EXTRAPONTINA; REPORTE DE UN CASO POSTERIOR A CORRECCION ADECUADA DE HIPONATREMIA**
SEP VARGAS GUZMAN, N DIAZ, E SALCEDO, A TEMBRAS
- 0210 ESTADO DE MAL EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO ASOCIADO A ANTICUAERPOS ANTI NMDA**
R GÓMEZ PAZ, H FERRARO, IN NIHANY, FM RODRIGUEZ LUCCI, MA TOLEDO, MH AYUSO, DM MAGOSEVICH, A FERNANDEZ, J GALVÁN, F LASCAR, G LEIVA, E PALACIOS
- 0290 MANIFESTACIONES CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE LA ENCEFALITIS AUTOINMUNE Y SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**
F ROSCIANI, M TERAN, M LAS HERAS, MC ZURRÚ, E SAN ROMÁN, F GOLDENBERG

18/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06

Nefrología/M. Int 1

RAMBLA

- 0227 ALCALOSIS METABÓLICA HIPERAGUDA Y SEVERA INDUCIDA POR PLASMAFÉRESIS DIARIA EN UNA PACIENTE CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA REFRACTARIA: REPORTE DE UN CASO**
L MILANESIO, F FERNÁNDEZ GARCÍA, A CARRERAS, N ZULJEVIC, L LANOO, P CANAVESI, M ALMENDROS, M COLOMBO, M SIMIONATO, C MORENO, E DI BERARDINO, C GAMONEDA, W DÁVALOS, F IGLESIAS, E ESTENSSORO
- 0253 ACIDOSIS TUBULO-RENAL Y SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA COMO PRESENTACION INICIAL DEL SÍNDROME DE SJÖGREN**
F MINOLDO, Y MANCHO, F ROMERO, E IGLESIAS, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0275 HIPERCALCEMIA SEVERA POR SECRECIÓN ECTÓPICA DE PTH Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. REPORTE DE UN CASO**
S SAC, A BOEDO, F LASCAR, F BALLESTERO, MA BLASCO, J CHERTCOFF
- 0288 METAHEMOGLOBINEMIA INTRADIALISIS SECUNDARIA A ÁCIDO PERACÉTICO COMO DESINFECTANTE DE SUMINISTRO DE AGUA**
R PINTO, M CARRERAS, L SCALISE, I PREVIGLIANO
- 0307 RETRASO DE LA FUNCION DEL INJERTO EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES**
A RIOS, PM MOREL, FM RIVERO, JA OJEDA, JA CIALZETA, AE PIACENZA

18/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Nutrición/Gic 1

RAMBLA

- 0036 APLASIA MEDULAR EN UN PACIENTE POST TRASPLANTE HEPÁTICO**
J HAGEL, S VILLARROEL, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0040 COMPLICACIONES DE LA ESOFAGUECTOMÍA TRANSHIATAL: CASO CLÍNICO**
A FELDMAN, G SIBILA, D QUARANTA, J CAPELLA, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0057 FACTORES DE RIESGO PARA HIPOSELENEMIA**
A MARTINUZZI, J FIERRO, G BAEZA, M SEPULVEDA, M ARAGÜES, M GIMARAYZ, M CORNÚ, B GONZALES ORE
- 0109 ¿ESTAMOS GENERANDO EXCESO CALÓRICO Y DÉFICIT PROTEICO CON LA ALIMENTACIÓN ENTERAL DEL PACIENTE CRÍTICO?**
F CARDONE, J ALFONSO, F CASTAÑO, M ANTONINI, V CORTEGGIANO, G GONZÁLEZ, I PREVIGLIANO

- 0119 RELACION ENTRE EL METODO DE VALORACION NUTRICIONAL SUBJETIVA Y METODOS OBJETIVOS PARA LA EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRITICOS.**
DP CORBELLI, P CABRERA, P GUIMARAENS, MDLA CARIGNANO, MF GOLDÍN, C KECSKES, L RODOTA
- 0120 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO EN CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS TRASPLANTES HEPÁTICOS ORTOTÓPICOS EN URUGUAY, DE LA UNIDAD BI-INSTITUCIONAL HOSPITAL DE CLINICAS-HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**
J CASTELLI, N HERNÁNDEZ, K RANDO, I MARÍA, V MAINARDI, S GERONA, P SCALONE, M VALVERDE, J MEDINA, J MENÉNDEZ, A ETLIN, M ALVEZ, M HARGUINDEGUY, A LEITES
- 0164 CONSTIPACIÓN EN LA UTI: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO E IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES**
P GUIMARAENS, D BAJO, X BERDULLAS, M CARIGNANO, M GOLDIN, D CORBELLI, C KECSKES
- 0171 EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: IMPLEMENTACIÓN DEL NRS 2002 Y VGS POR UN EQUIPO DE SOPORTE NUTRICIONAL**
P GUIMARAENS, M CARIGNANO, P CABRERA, D CORBELLI, A MARTINEZ, M GOLDIN, C PEREZ, F CANDIA, C KECSKES

18/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08**Bioética/Gestión 1**

RAMBLA

- 0043 MONITOREO CLÍNICO SISTÉMICO DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
SE LAURENT ABRANTE
- 0056 ANÁLISIS DE LA INTERRUPCIÓN DIARIA DE LA SEDO ANALGESIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE C.A.B.A Y GRAN BUENOS AIRES**
M DEHEZA, D VANEGAS SOTO, S MARISSI, P LANCHEROS BRICEÑOS
- 0271 SEGURIDAD DEL PACIENTE: NIVEL DE SEGURIDAD QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES INTERNADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS RELACIONADO CON ERRORES EN LA MEDICACION**
M ROJAS, F MARTINEZ
- 0304 VALOR DE LOS SCORES APACHE II Y SOFA AL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS. HOSPITAL DE CLÍNICAS, MONTEVIDEO-URUGUAY**
AC OLIVER, A PEIXOTO, C GUILLERMO, J JUNINO, M STEVENAZZI, A BIESTRO, L DIAZ
- 0309 TABLERO DE COMANDO IMPORTANCIA EN LA GESTIÓN SANITARIA, PARA UN CONTROL EFICIENTE DE LOS RECURSOS**
MF QUINTEROS, P GARCÍA
- 0314 LA SIMULACION COMO HERRAMIENTA ESTRATEGICA EN UNA RED SANITARIA**
N RAUL, J DE ECHAVE, I ASPREA, M AGUIRRE MANDAU

18/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09**Misceláneas 1**

RAMBLA

- 0076 SINDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNA PACIENTE CON LUPUS: A PROPÓSITO DE UN CASO**
A FELDMAN, C BALASINI, S GONZALEZ, M VISCIGLIA, G VALIDO, B SABASTANO

- 0158 REPORTE DE CASOS: PURPURA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA EN PACIENTE CON LINFOMA NO HODGKIN DE BAJO GRADO**
C CANTELI, MC GOMEZ, B PALOU, D MONZÓN, JL FEDELE
- 0169 MIOPATIA NECROTIZANTE AGUDA. A PROPOSITO DE UN CASO**
SEP VARGAS GUZMAN, N DIAZ, E SALCEDO, A TEMBRAS
- 0205 PURPURA TROMBOCITOPÉNICA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN UCI: EXPERIENCIA DEL H.G.A. DR. J. M. RAMOS MEJÍA DE LA C.A.B.A.**
V TADEO, JP ROSSINI, A GELOSO

19/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10**Infectología 3**

RAMBLA

- 0071 VASCULITIS CEREBRAL SECUNDARIO A NEUMONIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE**
M SALGUERO, E ALVAREZ, NEI ROSALES, P ZINGARETTI, E RODRIGUEZ, A FABBRO
- 0074 GANGRENA DE FOURNIER: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**
A FELDMAN, C BALASINI, S GONZALEZ, M VISCIGLIA, G VALIDO, F LUNA, B SAVASTANO
- 0111 SINDROME DRESS INDUCIDO POR TRATAMIENTO ANTIFÍMICO**
L GARCIA IRIARTE, JI MORENO, IR PRIETO, L RODRIGUEZ, A SHAER, JM BAZZANO, C WANDA, N JACOB, M TORRES BODEN, C COZZANI, E BRAÑA, M POMBO, G CUETO
- 0115 ALTERACIONES TROMBOTICAS Y HEMORRAGICAS EN INFECCION AGUDA POR MICOPLASMA PNEUMONIAE**
E SANCHEZ, L TALAMONTI, G IZAGUIRRE, G GIOVANNINI, S SANCHEZ, G ELIAS
- 0124 ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES CON HIV/SIDA QUE INGRESAN A NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**
A GARAY, F LIPOVESTKY, D PEREYRA, S ARCIERI, F ROTRING, L VASTA, J MORALES, J UGARRIZA, C AVILA, C CHIMA, C VELAZQUEZ
- 0145 CRIPTOCOCOMA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO**
D BARACAT
- 0147 SINDROME DE LEMIERRE A SAMR-CA**
LGC OJEDA CASTILLO, S ESCOBAR, R DIAZ, G VELAZQUEZ, G GARRA, S OKINAKA, C ORTIZ, S SANCHEZ
- 0159 COINFECCION AGUDA BRUCELOSIS-HEPATITIS E CON MANIFESTACIONES GRAVES: PANCITOPENIA, FUGA CAPILAR Y HEPATITIS AGUDA GRAVE**
L RODRIGUEZ, LM RODRIGUEZ, L GARCIA IRIARTE, A SCHAER, JM BAZZANO, J MORENO, IR PRIETO, N MOLINA, A STEINBERG, C COZZANI, G CUETO, M TORRES BODEN, ME BRAÑA, W CORNEISTEIN, N JACOB

19/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11**Neumonología/Kinesiología 2**

RAMBLA

- 0001 EMBOLIA DE PULMON POR TROMBO AURICULAR DERECHO CRONICO**
M SUARES GAUNA, JM BUSSO, G SUTTON, L CAMPUTARO, C PERALTA, P DA PONTE

- 0010 ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO DE VENTILACION MECÁNICA (VM) DE SDRAP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFLUENZA A H1 N1 Y ARDSE DE OTRAS ETIOLOGÍAS**
A TAMAYO, G RODRIGUEZ, W VIDETTA, L MOLOCZNIK, F CARVAJAL, M WILCHES, B FERNADEZ
- 0039 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**
A FELDMAN, V NUNES VELLOSO, J CAPELLA, D VARELA, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, A PERAZI, R ALVARADO, J YALOSKE, N FALCON PEREZ, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0051 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADA POR TERAPISTAS :EXPERIENCIA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**
A FELDMAN, V NUNES VELLOSO, G SIBILA, D VARELA, J CAPELLA, A PASQUINI, D QUARANTA, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0068 USO DE ECMO COMO RESCATE EN EL POSOPERATORIO TEMPORANO DE TRASPLANTE DE PULMON**
MS VENUTI, SE GIANNASI, NM CIARROCCHI, J MARITANO, MJ LAS HERAS, SD VILLARROEL, JE SAN ROMA
- 0081 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES POSTOPERATORIOS QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA: INFORME PRELIMINAR**
A FELDMAN, V NUNES VELLOSO, G SIBILA, R ALVARADO, J CAPELLA, A PERAZI, N TIRIBELLI, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0148 VARIABLES CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO. ESTUDIO DE COHORTE OBSERVACIONAL DE 7 AÑOS EN CENTRO ÚNICO**
R SANTA CRUZ, R HEREDIA, V FIGUEROA, R GUZMAN, M ARAUJO, MJ RONDINA, V ALVAREZ
- 0168 UTILIZACION DE ECMO PARA LA REALIZACION DE LAVADO PULMONAR TOTAL BILATERAL, EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXEMICA SECUNDARIA A PROTEINOSIS ALVEOLAR**
MJ LAS HERAS, SD VILLARROEL MENDOZA, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

19/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12**Neumonología/Kinesiología 3**

RAMBLA

- 0160 DIAGNOSTICO DE ANOMALIA VENOSA PULMONAR ASINTOMÁTICA MEDIANTE LA COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL, REPORTE DE UN CASO**
F VILLARREAL, GJ CHAPARRO, EDV CORTEZ, R ESCARAY, L COSCARELLI, W CHILON, JM HARISTOY
- 0162 EXTUBACIÓN NO PLANEADA INTENCIONAL, NECESIDAD DE REINTUBACIÓN Y DISFUNCIÓN LARÍNGEA ASOCIADA**
Z GALLARDO, ME BAHAMONDES, GN BARBOZA, P LACOMBE
- 0178 UTILIZACION DE CPAP DE BURBUJA EN EL WEANING DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN POSTOPERATORIO CARDIOVASCULAR**
C MARAZZI, ME PAGNONI, MV LLUGDAR JURI, G PLOTNIKOW, KN ABRACAITE, C QUIROGA, MS FERNANDEZ, C FACHAL, JL SCAPPELLATO, V ALTUNA, R POTERALA, L SOTO, D TURINA, A CARNIE
- 0197 COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA CONGENITA CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**
MV LLUGDAR JURI, C MARAZZI, ME PAGNONI, G PLOTNIKOW, KN ABRACAITE, C QUIROGA, C FACHAL, MS FERNANDEZ, JL SCAPPELLATO, V ALTUNA, R POTERALA, L SOTO, D TURINA, A CARNIE
- 0198 INSUFICIENCIA VENTILATORIA POR DÉFICIT DE CPT2**
G FERNANDEZ, V CUELLAR, G CARRIZO, MJ GANDINI, H GARCÍA, R LÓPEZ, S VIERA, P ZENÓN, J DOUMIC

- 0201 REPORTE DE UN CASO: NEUMONITIS POR COLESTEROL**
I GONZALEZ MARQUEZ, M DEGUARDIA, VJ OJEDA CHOQUE, TA SACCHETTI, J AGUILERA, B QUINTANA, A RUSATTI, AJ FIORANELLI
- 0209 DEBILIDAD ADQUIRIDA: SCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL Y EXTUBACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**
J PEREYRA, D GELABERT, ME GIMENEZ, J MANSILLA, MI JAUREGUI, L ALVAREZ, A FIADONI
- 0215 TRATAMIENTO NO CONVENCIONAL DE LA HIPOXEMIA REFRACTARIA EN PEDIATRIA: OXIDO NITRICO**
M MENDOZA, A BORDOGNA, A SILVESTRE, M RABINO, N TODARO

19/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13**Neurología 3**

RAMBLA

- 0174 CARACTERÍSTICAS DE LOS FLUJOGRAMAS DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA POR DOPPLER TRANSCRANEAL EN PACIENTES SOMETIDOS A SISTEMAS DE ASISTENCIA CIRCULATORIA**
G TUHAY, A FERRE, L AGUIRRE, M PERADEJORDI, D ABSI, A BERTOLOTTI, F KLEIN
- 0175 MALFORMACIÓN ARTERIO VENOSA MEDULAR TIPO III JUVENIL METAMÉRICA DE MAL PRONÓSTICO (MAVS III)**
EA QUISPE LÓPEZ, D OTERO, J ECHAVE, F PODESTÀ, A SANCILIO, L BARRIOS, G BARBERO, L MORENO, K FIQUEPRON, K CINQUEGRANI, M RZPESKI
- 0208 MIDRIASIS BILATERAL PARALITICA SECUNDARIA A INFUSIÓN DE TIOPENTAL**
R GÓMEZ PAZ, H FERRARO, IN NIHANY, F RODRIGUEZ LUCCI, MA TOLEDO, S DIAZ KRIL, ME PRIETO, RE SENESTRARI, FM IRAZQUI, GR OYHANARTE, JN MARTINEZ NEHIN, MI MARTINEZ NAVARRO, AA FERRE CONTRERAS, BA PAZAN REYES
- 0212 ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB (ECJ) ASOCIADO A STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO (SENC)**
JM BAZZANO, A SCHAER, L GARCÍA IRIARTE, L RODRIGUEZ, J MORENO, N MOLINA, A STEINBERG, M POMBO, I PRIETO, W COX, I CHOQUE, W CORNISTAIN, M TORRES, E BRAÑA, C COZZANI, G CUETO
- 0217 ESTATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO A PROPÓSITO DE UN CASO**
C CEREZO, S ALBANESE, R AVILA
- 0223 MIELITIS TRANSVERSA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO**
P SALAS, M LAURONCE, JS OLIVERA, MS ONTIVERO, DE FAINSTEIN, S PEREZ BETI, JI FRIZZA, OD BARCA, JJ RAYER, D VIVES
- 0226 SÍNDROME MIOCLÓNICO POSTANÓXICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO**
M LAURONCE, P SALAS, JS OLIVERA, MS ONTIVERO, DE FAINSTEIN, S PEREZ BETI, JI FRIZZA, OD BARCA, D VIVES, JJ RAYER, DM MAURIZI
- 0234 NEMORRAQUIS TRAUMÁTICO, UN HALLAZGO POCO COMÚN**
V ALÓ, JI MELE, E IBAÑEZ, LM ESTEVES, L COCCO, G GUTIÉRREZ

19/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14**Nefrología/M. Int 2**

RAMBLA

- 0099 REPORTE DE UN CASO: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS**
V GINER, MV BELLO, P CALCAGNO, R BUFFA

- 0122 REPORTE DE UN CASO: INTOXICACION CON PARAQUAT**
P CALCAGNO, V GINER, MV BELLO, R BUFFA
- 0183 SINDROME CONVULSIVO EN MUJER JOVEN CON GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA CON DIAGNOSTICO FINAL DE VASCULITIS SISTEMICA. PRESENTACION DE CASO**
ND DIAZ PRIETO, SP VARGAS GUZMÁN, E SALCEDO NORIEGA, D FELLER, A TEMBRAS BELLO
- 0194 INTOXICACION POR METANOL EN TERAPIA INTENSIVA. UN ASESINO ENCUBIERTO**
M GARCIA, RA QUINTEROS, EF GARCIA, JD FERNANDEZ, JC CELIA, RS ROJAS, L MACHUCA, MS CARRIZO
- 0214 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE: SINDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO PRIMARIO**
M RABINO, A BORDOGNA, P BRESSO, O AMOREO, A SANCILIO

19/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

Nutrición/Gic 2

RAMBLA

- 0163 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS COMPLICACIONES POSOPELATORIAS DE ESOFAGECTOMIA EN UTI**
J HAGEL, N CIARROCCHI, J SINNER, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0166 SINDROME DE REALIMENTACION: REPORTE DE UN CASO**
I AVERSA, L BUDROVICH, L SCALISE, L CAPDEVILLE, I PREVIGLIANO
- 0176 TRASPLANTE HEPÁTICO ABO INCOMPATIBLE EN HEPATITIS AGUDA FULMINANTE**
Y ASIS, O ROLON, L PEREZ ILIDGE, M MARTINEZ, A FERRE, L AGUIRRE, G TUHAY, M CARVALHO DORADO, S YANTORNO, P BARROS, F KLEIN
- 0177 DIAGNOSTICO PRECOZ DE LOS ANEURISMAS DE LA ARTERIA ESPLENICA EN PACIENTES CIRROTICOS EN LISTA DE TRASPLANTE HEPÁTICO**
O ROLON, Y ASIS, C PEREZ ACOSTA, A FERRE, L AGUIRRE, P ROMERO, G TUHAY, F GRUZ, G GONDOLESI, F KLEIN
- 0211 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA SECUNDARIA A PANCREATITIS AGUDA, UNA INFRECUENTE ASOCIACIÓN**
V CUELLAR, G CARRIZO, G FERNÁNDEZ, MJ GANDIDNI, H GARCÍA, R LÓPEZ, S VIERA, P ZENÓN, R FERRERA
- 0236 GASTRINOMA**
LP COCCO
- 0260 TROMBOSIS DE LA VENA PORTA Y MESENTERICA SUPERIOR SIN CAUSA APARENTE COMPLICADO CON ISQUEMIA INTESTINAL**
MB RETAMOZO, SG PAREDES, RMA COLQUE
- 0273 ASCITIS QUILOSA EN EL POSTOPERATORIO DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: UNA RARA COMPLICACIÓN**
Á GONZÁLEZ FLORES, D BELLINI, F LASCAR, F BALLESTERO, E SOLOAGA, MA BLASCO
- 0313 EVALUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
V HIDALGO, M BADANO, R SOLIS, A GUILLOT, M ORSATTI, J FERRARO, C FELLER

19/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

Obstetricia 1

RAMBLA

- 0127 PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES INGRESADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA**
S SOLI, P URBINATI, D DIAZ, V CLAIRON, D ROVIRA, E CAPPANERA

- 0143 PREECLAMPSIA Y SU MANEJO ANTI HIPERTENSIVO**
A MARTINUZZI, G BAEZA, J FIERRO, M SEPULVEDA, M ARAGÜES, M CORNÚ, B GONZALES ORE, M GIMARAYZ, J VARGAS
- 0155 DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN EMBARAZO COMPLICADO CON PANCREATITIS AGUDA**
Y BOTASSO, S DIAZ, S MOYA, J RAIMONDI, E RIVERA, J RUANO, L SOLIS, E VANZETTI, G PASTORINO, J CULASSO, U FESSER, R CANTERO, M AGUSTINOY
- 0157 EMBARAZO ABDOMINAL REPORTE DE CASOS**
P CANAVESI, M SIMIONATO, W DAVALOS, C MORENO, E DI BERNARDINO, M COLOMBO, MM ALMENDROS, L LANOO, F IGLESIAS, L TUMINO, AL GONZÁLEZ, S CARINO, R REINA, E ESTENSORO
- 0161 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO, PATOLOGIA INFRECUENTE DE DIFÍCIL DIAGNOSTICO. REPORTE DE UN CASO**
PA JUAREZ, MN LLANOS, CM ROLDAN, RD GARCIA
- 0192 CETOACIDOSIS DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: REPORTE DE CASO**
C GAZZANO, D NOVAL, A PALAZZO, A SANTAMARIA, M BERTE, J GUILLEN, V MAZZOLA, N SEGURA, O KOCH, D MANSILLA, I KLYMENCO, S ILUTOVICH
- 0302 ACRETISMO PLACENTARIO A PROPOSITO DE UN CASO**
CM ROLDAN, M CORTES, MN LLANOS, PA JUAREZ

19/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17

Pediatría

RAMBLA

- 0117 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA H3N2: A PROPÓSITO DE UN CASO**
L ONETO, P ARIAS, G RODRIGUEZ, G PALACIO, A GATTARI, E MORENO
- 0132 PRESENTACION DE 2 CASOS CLINICOS DE BOTULISMO POR HERIDAS EN PEDIATRIA**
S REGLINER, C PIANELLI, G GONZÁLEZ, D ALLENDE
- 0180 REPORTE DE CASO. PRESENTACION ATIPICA DE BOTULISMO DEL LACTANTE**
L BARRIOS FERRO, D OTERO, J ECHAVE, F PODESTÀ, A SANCILIO, E QUISPE LÓPEZ, A PICCIRILLI, P CASTELLANI, K FIQUEPRON, MJ WERNISCH, M RZPESKI
- 0231 SHOCK SÉPTICO Y ECTIMA GANGRENOSO A PSEUDOMONAS AERUGINOSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN UN LACTANTE**
A VÉLEZ, JM MENZELLA, V BELLI, C DE CARLI, D ALLENDE

19/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18

Misceláneas 2

RAMBLA

- 0062 LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA : SIMULACIÓN DE SEPSIS. REPORTE DE CASOS**
S NOYA, ML ROMERO, O CARAVELLO, S MARE, A SENGOKU, J CORONEL
- 0070 PRESENTACION DE CASO: CRISIS TIROIDEA**
G GUTIERREZ
- 0073 EMBOLIA GASEOSA POST OZONOTERAPIA. REPORTE DE UN CASO**
JS PIETROBÓN, MÁ PRETEL, AF MUSCARELLO, FJ FERREIRO BERTA, A VILLAGRA COCO
- 0182 MEDIASTINIS NECROTIZANTE DESCENDENTE. REPORTE DEL PRIMER CASO DE LA LITERATURA SIN RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA**
E SERRA, M DOTTO, J BALBI, J DOTTI

- 0316 POLINEUROPATÍA AXONAL IDIOPÁTICA CRÓNICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO**
PM MAMBRINI, CA EHLICH ISRAILEV, GJ VERA, AI SORIA, PS LAZARTE

20/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19

Infectología 4

RAMBLA

- 0038 RESCATE MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**
A FELDMAN, G SIBILA, D QUARANTA, J CAPELLA, M MOLINA, A PASQUINI, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, D VARELA, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0042 CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON HIV: A PROPÓSITO DE UN CASO**
A FELDMAN, G SIBILA, D QUARANTA, A PASQUINI, J CAPELLA, M MOLINA, V NUNES VELLOSO, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0047 ANÁLISIS DE LA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN HIV QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA**
A FELDMAN, G SIBILA, D QUARANTA, A PASQUINI, V NUNES VELLOSO, M MOLINA, J CAPELLA, N TIRIBELLI, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0048 PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES INFECTADOS CON HIV QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA: CASO CLÍNICO**
A FELDMAN, G SIBILA, V NUNES VELLOSO, D QUARANTA, A PASQUINI, D VARELA, J CAPELLA, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0058 REPORTE DE UN CASO DE FALLO MULTIORGÁNICO POR ABACAVIR, EN PACIENTE HIV DE UTI DE HOSPITAL CENTRAL MENDOZA**
F FERNANDEZ, D ALDUNATE, C CARRICONDO, G FERNANDEZ, C CURA, S SANTARELLI, E TORRES, L CABEZAS, R URBANEJA, M ANTONIO, G SORIA, J ARROYO
- 0061 REPORTE DE CASO: VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR HIV**
S NOYA, ML ROMERO, S MARE, O CARAVELLO, C BUTRÓN PERICÓN
- 0063 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO SECUNDARIO A ESTRONGILOIDIASIS EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA**
ER PALERMO, E PALERMO, A ORTIZ NARETTO, L GONZALEZ, P GOMEZ, H AGUILAR PADILLA, C BARBOZA, J RIVERA TAPIA, P BOYE
- 0066 COEXISTENCIA DE: NOCARDIA, CRIPTOCOCO, TOXOPLASMA Y ESTAFILOCOCO EN FORMA DE ABCESO CEREBRAL, MENINGOENCEFALITIS Y COLECISTITIS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**
M FREITES, V CAMACHO, M PONCE, S PAVÁN, C ARANCIBIA

20/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20

Infectología 5

RAMBLA

- 0011 ERGOTISMO SECUNDARIO A LA ASOCIACIÓN DE RITONAVIR-ERGOTAMINA**
V CHEDIACK, E CUNTO, C DOMINGUEZ, P SAÚL, M NANO, M RODRIGUEZ LLANOS, N CHACÓN, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN

- 0012 INFECCIÓN POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**
L SANTACRUZ, M ESTRIN, G CARQUEIJEDA, R ARIENTI, V HAYETIAN, M MINGHETTI, D FIRPO, J VAZQUEZ, P DE VARGAS E GRANDO, E VEDOVATO, E CASALDERREY, A PILIPEC, S ARCIERI, L DE JANON

- 0014 DIARREA INFECCIOSA EN CUIDADOS INTENSIVOS: CLOSTRIDIUM DIFFICILE**
E CUNTO, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, P SAUL, JM FERNANDEZ, E CORTEZ, R GREGORI SABELLI, C NOGUERAS, J SAN JUAN

- 0028 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS**
E CUNTO, V CHEDIACK, P SAUL, C DOMINGUEZ, M MATTEO, N COSTA, R GREGORI SABELLI, C NOGUERAS, J SAN JUAN

- 0035 BENEFICIOS DE LA TÉCNICA MINIBAL PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS BRONQUIALES**
M CINI, S DIEGO, R LUMINI

- 0046 REPORTE DE CASOS: INFECCIÓN DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR AEROMONAS HYDROPHILA Y KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC, ASOCIADA CON NEUROCIRUGÍA**
SI CASTRO, A MARTÍNEZ, C MOLINARI, R BAKAI, M ALMUZARA, F BARBONE, F FASANO, MS PELLEGRINI, E GARECA, J RISSO PATRÓN, P BOSCHINI, O CRISTALDI

- 0130 NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR**
S GONZALEZ, C BALASINI, A FELDMAN, G VALIDO, M TURINA, C GARBASZ, J DOMINGUEZ, G MENDOZA, B SABASTANO

- 0224 REPORTE DE CASO: PANCREATITIS AGUDA ASOCIADA A LEPTOSPIROSIS**
L AMADO, E SANCHEZ, G GIOVANNINI, A ARTAYETA, L TALA-MONTI, G IZAGUIRRE, S SANCHEZ, G ELIAS

20/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 21

Neumonología/Kinesiología 4

RAMBLA

- 0098 VNI EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA NO HIPERCAPNICA**
A MARTIN, J MARENGO, AM SANCHEZ, M MARENGO, AF CHENA, GN PAGELLA, C CASTRO, CA PELLEGRINI

- 0104 ¿CÓMO VENTILAMOS A LOS PACIENTES CON SDR EN MAR DEL PLATA?**
ME GIMENEZ, JL PONCE RAMOS, M FERRICIONI GERONES, R VARGAS MARTINEZ

- 0114 TRAQUEOTOMIA PERCUTÁNEA SIN BRONCOSCOPÍA: PRIMEROS RESULTADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SANTOJANNI**
J VAZQUEZ, D FIRPO, S BORELLO, A PILIPEC, M ESTRIN, L SANTA-CRUZ, P DE VARGAS E GRANDO, G CARQUEIJEDA-ROMAN

- 0123 PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SEGUN LA DEFINICIÓN DE BERLIN: ESTUDIO RETROSPECTIVO**
ML GIMENEZ, NH IEZZI, N GOLFARINI, G MARINO, LS PIPOLO, A COTERO, RJ FAMIGLIETTI, K MIRALLES, EA PEREZ, E BONA, JI CAMPOT, E DANTAZ, N NICODEMES, MF JANSMA, AP BUSTAMANTE, W TOZZI, J ARMELINO, F MURA

- 0129 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS. UN AÑO DE ANÁLISIS**
MN NOVO, A CURA, G VERDE, W TOZZI, G MUHAFARA, M VILLARRUEL, S VIRGILIO, G BATAGLIA, L GAREGNANI, A TASSARA, L AREAS, M FERRERO, P PROS, C GROSSI, L TUYA, G PAZ, MA TICAK, D FELICI, I CHIAVARO, F ESPERON, M ALI, L FINN

- 0140 MIOPATÍA INFLAMATORIA CON COMPROMISO PULMONAR, ¿DERMATOMIOSITIS?**
NC MARIASCH, A SAVIA, G FERRARA, G ESTERKIES, F LONGO, P DESMERY, JL SCAPELLATO, E SORAIDE

- 0151 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE SECUNDARIA A BRONQUITIS PLÁSTICA EN POSTOPERATORIO DE ESOFAGECTOMIA**
M GLEMON, L EBEBE, A FERRE, M MARTINEZ, L AGUIRRE, G TUHAY, A NIEPONICE, F KLEIN
- 0153 VARIABLES ANALIZADAS EN EL PROCESO DE DECANULACIÓN. ¿QUÉ ROL JUEGA EL PICO FLUJO TOSIDO?. ENCUESTA NACIONAL A PROFESIONALES DE LA SALUD**
M REINOSO, M DE CRISTOFARO, P EZCURRA, G MAYER, E GOGNIAT, N ROUX, A MIDLEY, S GIANNASI

20/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 22**Neurología 4**

RAMBLA

- 0250 DISFUNCIÓN MESODIENCEFÁLICA ORTOSTÁTICA EN SÍNDROME DEL COLGAJO HUNDIDO POS CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA**
Y MANCHO, S PAVON, F MINOLDO, V CAGLIERI, C GALLETI
- 0258 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS**
R DESCH, MG GUTIÉRREZ, P ACEVEDO, A OJEDA, MV RUIZ, MA BORETTO
- 0276 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN ADULTO JOVEN CON TIROTOXICOSIS GRAVE. REPORTE DE UN CASO**
J BARROS, JC VILCHEZ, M VOCOS PAEZ, C VILLEGAS SUCCAR
- 0277 STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO Y DERRAME PLEURAL MASIVO BILATERAL**
A BOEDO, G MOLINA, S SAC, Á GONZALEZ FLORES, E DESCOTTE, MA BLASCO
- 0319 EXPRESION DE INTERLEUKINAS EN UN MODELO ANIMAL DE HIPOTERMIA AISLADA Y CONTROLADA SEGUIDO DE RECALENTAMIENTO A NORMOTERMIA**
V BURGOS, F ROSCIANI, P ARGIBAY, E SAN ROMAN, F GOLDENBERG
- 0291 SÍNDROME DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA Y BUENA EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA**
A MURUA, M TERAN, E PRENS, S VILLARROEL, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, F GOLDENBERG, F ROSCIANI
- 0298 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES**
M ISA, G VILLAGRA, H LOPEZ, C DE SIMONE, G ROMA
- 0312 SÍNDROME DE ENCLAUSTRAMIENTO**
M ISA, G VILLAGRA, H LOPEZ, C DE SIMONE, G ROMA, D CEBALLOS, D AMAYA

20/09/2014 - 11:45 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 23**Obstetricia 2**

RAMBLA

- 0034 ECLAMPSIA NORMOTENSIVA CON ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES)**
JA RAMOS OLIVER, A CARUSO, E ADAMOLI, U ALEGRE, T ROMER, M VILLA
- 0050 HIGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO**
A FELDMAN, G SIBILA, M MOLINA, D AZRRIELEVICH, J CAPELLA, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0069 SEPSIS PUERPERAL GRAVE**
JS PIETROBÓN, MÁ PRETEL, AF MUSCARELLO, FJ FERREIRO BERTA, R LAMBERGUINI
- 0082 SÍNDROME CORONARIO AGUDO DURANTE EL EMBARAZO**
JM BUSSO, M SUARES GAUNA, L CAMPUTARO, G SUTTON, C PERALTA, M GRECO

- 0094 FALLA ORGANICA MÚLTIPLE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LES EN PACIENTE EMBARAZADA**
G PAGELLA, A CHENA, J MARENGO, G ZAKALIK, A SANCHEZ, C PELLEGRINI, C CASTRO, A MARTIN
- 0110 PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPENICA Y EMBARAZO A PROPOSITO DE UN CASO**
MN LLANOS, PA JUAREZ, C GABRIEL, R CARLOS MARTIN
- 0113 INVERSIÓN UTERINA AGUDA: UNA CAUSA POCO USUAL DE SHOCK EN EL PUERPERIO**
F ALMADA, D DIAZ, P URBINATI, S SOLI, V CLAIRON, D ROVIRA, E CAPPANERA, D FERNANDEZ

20/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 24**Cardiología**

RAMBLA

- 0024 ALTERACIONES MIOCARDICAS EN LA SEPSIS, UN CASO DE PRESENTACION ATIPICA CAUSADO POR SINDROME DE TAKOTSUBO**
J VAZQUEZ, L SANTACRUZ, P DE VARGAS E GRANDO, E VEDOVATO, M ESTRIN, D FIRPO, G CARQUEJEDA-ROMAN
- 0105 PSEUDOANEURISMA TRAUMATICO DE AORTA**
G ALESSIO, Y DIAB, M MALDONADO, M RAMIREZ, L TALAMONTI
- 0199 MONITOREO HEMODINÁMICO UTILIZANDO VARIABILIDAD DEL VOLUMEN SISTÓLICO COMO PARÁMETRO PARA GUIAR EL MANEJO DE LÍQUIDOS EN PACIENTES SÉPTICOS**
V AQUINO, H BIANCO, F FERREIRA, A FRETES, B FIGUERO
- 0213 REVISION DEL MANEJO POST QUIRURGICO INMEDIATO DE ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA CON NITROGLICERINA EN INFUSION CONTINUACOMO ALTERNATIVA**
C ORSOLINI, G JHONERETH, R LIGARDA, L URANGA, S ZIDARICH
- 0266 TAKOTSUBO SECUNDARIO A INTOXICACION AGUDA POR MONOXIDO DE CARBONO**
G CASTAÑO, FA SOSA, D IVULICH, A LOURO, A RISSO PATRON
- 0315 SHOCK SEPTICO A FOCO ENDOVASCULAR: PENTALOGIA DE FALLOT EN PACIENTE ADULTO**
AI SORIA, GJ VERA, PM MAMBRINI, CA EHLICH ISRAILEV, PS LAZARTE

20/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 25**Bioética/Gestión 2**

RAMBLA

- 0075 ANALISIS DE CONSUMO DE ALBUMINA**
ML SEGURO, JS PIETROBÓN, MÁ PRETEL
- 0093 UNA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS COSTOS Y MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO**
RJ GARNICA, MA GONZÁLEZ, H MORENO ZILLI, G ROJO
- 0106 CREACIÓN DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL PÚBLICO DESCENTRALIZADO DR. GUILLERMO RAWSON DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN. INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADUTO**
MJ CAÑO NAPPA, MD ROQUE, RL CORTINEZ VILA, AD OVIEDO ABACA, LE ORTIZ, C ROMÁN
- 0112 LA VIOLENCIA SIMBÓLICA EN LOS MUROS: "REPERCUSIONES EN EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR A LA INTERNACIÓN Y MEDIO AMBIENTE ADVERSO EN EL CUIDADO ENFERMERO CENTRADO EN LA FAMILIA. MODALIDADES DE INTERNACIÓN ABIERTAS VS. CERRADAS"**
J MENDIZÁBAL

- 0187 GESTIÓN DE STOCKS DE ANTIINFECCIOSOS EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL CENTRO DE SALUD "ZENÓN SANTILLÁN" DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN**
AC ALBORNOZ, MC JUÁREZ DE GUERRERO, M GONZÁLEZ
- 0265 IMPACTO DE UN ALGORITMO PARA INDICACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CRÍTICOS VENTILADOS**
L VIOLA, L LUJÁN, V ORDOÑEZ, S ARANCIBIA, E ROJO, I SANTOLAYA, E CABRERA, R FERNÁNDEZ

20/09/2014 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 26

Trauma

RAMBLA

- 0013 VALOR DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (TAC) PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TEC) Y HALLAZGOS NO RELACIONADOS CON EL MISMO**
G MARTINELLI, CA ARANCIBIA

- 0015 A PROPOSITO DE UN CASO DE INFARTO CEREBRAL MALIGNO POR DISECCIÓN CAROTIDEA POSTRAUMÁTICA**
F FERNANDEZ, G FERNANDEZ, D ALDUNATE, J ARROYO, M ANTONIO, G SORIA, S SOLEDAD, C CURA, C CARRICONDO, L CABEZAS, E TORRES
- 0044 NEUMOENCEFALO BIFRONTAL A TENSION (SIGNO DEL MONTE FUJI) SECUNDARIO A TRAUMATISMO DE CRANEO LEVE REPORTE DE UN CASO**
AJ CARUSO, JA RAMOS OLIVER, EA ADAMOLI, U ALEGRE ESCOBAR, J REGO, F PIEDIMONTE
- 0059 TRAUMA MÚLTIPLE RELACIONADO CON CICLOMOTORES: LESIONES INADVERTIDAS**
J HADDAD, L ZACARÍAS, J PONCE, N RISSO, M FERRICIONI, O ELEFANTE
- 0077 TRAUMA TORÁCICO POR LESIONES DE ARMA DE FUEGO EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA: ANÁLISIS DE 153 CASOS**
A FELDMAN, G SIBILA, D QUARANTA, J CAPELLA, M MOLINA, A PASQUINI, N TIRIBELLI, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0138 TRAUMA PENETRANTE POR LESIONES DE ARMA DE FUEGO EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS**
A FELDMAN, G SIBILA, D QUARANTA, J CAPELLA, M MOLINA, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS

0001 EMBOLIA DE PULMON POR TROMBO AURICULAR DERECHO CRONICO

M SUARES GAUNA(1), JM BUSSO(1), G SUTTON(1), L CAMPUTARO(1), C PERALTA(1), P DA PONTE(1)

(1) Sanatorio San Jose.

Introducción: Las masas en aurícula derecha son un hallazgo infrecuente. Corresponden a tumores, vegetaciones o trombos. Los trombos se asocian con implante de marcapasos, catéter venoso central. Se clasifican en tipo A, móviles y serpiginosos (mortalidad del 44,7%) y tipo B, inmóvil, a los trombos de cavidades izquierdas. Los de aurícula izquierda se asocian a estenosis mitral, Infarto agudo de miocardio y miocardiopatía dilatada.

Presentación del caso: Masculino 25 años. Antecedentes de adicción a drogas endovenosas, cursando rehabilitación por traumatismo encéfalo craneano grave que requirió craneotomía descompresiva. Ingresó por cuadro de 3 días de evolución de tos, expectoración mucopurulenta, registros subfebriles, disnea y desorientación temporoespacial. Rx infiltrados bilaterales. TC Cerebro s/cte cambios compatibles con secuelas. Laboratorio poliglobulia. Ingresó UCI, hipertenso, taquipneico, cianótico con excitación psicomotriz. Se realiza sedoanalgesia, IOT e inicio de ARM/ ventilación protectora. Continúa AMS y CLT; se toma nueva muestra para hemocultivos, urocultivo y LCR. Se realiza maniobra de reclutamiento sin respuesta... Por poliglobulia (Hto 56), se solicita C3-C4, LDH, ANCA y CPK (Normales). Se realiza Eco Transtorácico: FEY 56%. Imagen de 26 mm x 25 mm, en techo de AD, PS de VD de 36mmHg. ETE: en techo de aurícula se observa imagen 29 mm x 18 mm móvil, sin obstrucción del tracto de entrada del VD, pedículo de 5 mm en techo de AD adyacente a la vena cava inferior. Al leve dilatación. Presento destete dificultoso. TAC de tórax con protocolo para TEP: falta de relleno de rama subsegmentaria pulmonar izquierda asociado a infarto pulmonar. Se indica resolución quirúrgica con exeresis de la tumoración. El análisis anatomopatológico informó coágulo fibrino hemático crónico.

Discusión: La presencia de trombos en cavidades cardiacas derechas en pacientes con TEP es un hallazgo de mal pronóstico. El ecocardiograma es el método de estudio de elección. Existen diferentes tipos, siendo algunos móviles capaces de prolapsar hacia ventrículo derecho más asociados a trombosis profundas y otros de menor movilidad similares a los de cavidades izquierdas (trombo mural). La opción terapéutica es tema de controversia siendo la mortalidad en los tratados con heparina, cirugía o fibrinolíticos de 28%, 23 % y 11% respectivamente.

0002 IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES FACTORES DE RIESGOS EN BROTE DE BACVC POR SERRATIA MARCENCES KPC EN UCI DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

F FERNANDEZ(1), C LOPEZ(1), E TORRES(1), C CARRICONDO(1), L CABEZAS(1), D ALDUNATE(1), G FERNANDEZ(1), C CURA(1), S SANTARELLI(1), G SORIA(1), M ANTONIO(1), J ARROYO(1), P AGUERO(1), L MONTES DE OCA(1), R URBANEJA(1)

(1) Central.

Introducción: La BACVC x KPC tiene alta morbi mortalidad en UCI. Las infecciones por gérmenes resistentes a carbapenémicos es emergente. Entre los factores de riesgo, se destaca el uso previo de Colistin y Carbapenémicos).

Objetivos: Identificar potenciales factores de riesgo, asociados al brote de BACVC x KPC. Determinar si BACVC x KPC se asocian a mayor mortalidad respecto de las NO KPC.

Método: Estudio descriptivo observacional en UCI del Hospital Central de Mendoza de episodios de BACVC entre enero del 2013 y

Marzo de 2014. Para en análisis, se dicotomizaron de las variables en un grupo de BACVC x Serratia KPC y otro NO KPC. Se determinó: mortalidad, edad, sexo, causa de admisión a UCI, comorbidas, APACHE II, Delta SOFA, estadía en UCI; días de CVC, localización de CVC, colonización previa por multirresistentes, uso previo de ATB, días de ARM, infecciones previas. Se utilizó el test de chi-cuadrado para comparar los grupos.

Resultados:

VARIABLES	GRUPO BACVC x KPC N:15	GRUPO BACVC x NO KPC N:24
EDAD promedio años	42,5	40,3(NS)
SEXO	66% Varones	73% Varones (NS)
ESTADIA UCI Promedio (días)	27,5	28,8 (NS)
DIAS DE CVC promedio	15	15,1 (NS)
DELTA SOFA promedio	5	4,7 (NS)
APACHE II rango de frecuencias	10-14: 50% , 15-19:15%	10-14: 33% (NS) , 15-19:42% (NS)
CAUSA DE INGRESO	Politraumatismo Grave:28%; TECGrave:4%;Insuf. Resp.:20%,POP Abdominal:26%	Politraumatismo Grave:58%(NS); TEC Grave:29%(NS);Insuf. Resp.:12%(NS),POP Abdominal:8,3%(NS)
CONMORBIDAS	No comorbidas: 64%; DBT: 13%	No comorbidas:45,8%(NS); DBT:26% (NS)
COLONIZACION PREVIA	KPC:60%,CABC:0%;No hisopados:35%	KPC:%25(P:<0,05),CABC:2 0%(NS);No hisopados:35% (NS)
USO PREVIO DE ATB	Tazonan: 80%; Colistin:60%; Carbapenémicos :14 %	tazonan:41%(<P:0,05); Coli stin:29%(<P:0,05);Carbapen émicos : 29%(NS)
INFECCION PREVIA	Sin infección: 26%; NAV temprana:53%, NAV Tardía: 60 (P:<0,05)	Sin infección: 26%(NS); NAV temprana:37.5%(NS), NAV Tardía: 12,5 % (P:<0,05)
DIAS DE ARM promedio	34,2	18,9 (P:<0,05)
Día promedio de bacteriemia	11,8	19,8 (NS)
LOCALIZACION DE CVC	Yugular:65% subclavia:21%	Yugular:62,5% subclavia:37,5% (NS)
MORTALIDAD	60%	62,5% (NS)

Conclusión: No hubo diferencias en la mortalidad de ambos grupos. Los factores con mayor asociación a la BACVC x KPC, fueron la colonización previa por este germen, días de ARM, uso previo de ATB Colistin y b.lactámicos, y NAV tardías.

0003 A PROPÓSITO DE UN CASO DE LINFOMA PRIMARIO DE SNC EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE EN UTI DE HOSPITAL CENTRAL MENDOZA

F FERNANDEZ(1), C CARRICONDO(1), D ALDUNATE(1), G FERNANDEZ(1), C CURA(1), S SANTARELLI(1), G SORIA(1), M ANTONIO(1), J ARROYO(1)

(1) Central.

Introducción: El linfoma primario de SNC (LPSCN) en inmunocompetentes representa el 4 % de las neoplasias intracraneales, y el 1%

de los linfomas extranodales. Más frecuente en varones de 60 a 70 años, con pronóstico general malo y supervivencia de 3 meses sin tratamiento. En el 90 % son supratentoriales de lóbulo frontal.

Objetivos: 1) Presentación de caso de tumor cerebral infrecuente en la población general y en adolescentes 2) Mostrar características clínicas y de estudios complementarios que permitan un rápido diagnóstico

Material y Métodos: Varón de 20 años sin antecedentes patológicos, ingresa a clínica médica por convulsiones tónico-clónicas, y debilidad muscular generalizada, inestabilidad en la marcha, trastorno de conciencia de 5 días de evolución. Sin adenomegalias palpables en examen físico Estudios complementarios: PL: Hipoglucorraquia, aumento de LDH, hiperproteinorraquia leve, LCR: Cultivo TBC, CMV, PCR herpes, bacterias(-), Inmunológico: CH50 (N), ANA (-), Ac: ribosomal (-), Serología VIH y VHB(-), VDRL (-), 1er RMN cerebro cambios de intensidad en sustancia blanca periventricular, mesencéfalo, núcleos lenticulares, y talámicos. Hiperintensa en T2 y FLAIR e hipointenso en T1. bilaterales y asimétricos (a predominio derecho) TAC Torax abdomen y pelvis: Normal. 2da. Citometría de Flujo LCR: linfocitos, sin alteraciones en el inmunofenotipo. Biopsia cerebral estereotáxica: células linfoides tipo B de alto grado.

Discusión: Agrega posteriormente Trastorno deglutorio + paresia FBC izquierda + relajación de esfínteres. Descartada las causas infecciosas de SNC se comenzó tratamiento con esteroides sin mejoría en cuadro neurológico, con de psicosis aguda + nuevos episodios convulsivos, postictal prolongado. Requerimiento de ARM y UTI. Torpida evolución en siguientes 20 días con deterioro progresivo de conciencia, descerebración, hasta la presentación de clínica + EEG de muerte encefálica. No recibió tratamiento específico. La localización atípica multifocal, edad de presentación y retardo en resultado de biopsia redujo la sospecha inicial del diagnóstico, pensando inicialmente en Encefalomiелitis aguda diseminada.

Conclusión: El LPSNC es infrecuente en adolescentes sanos, con variadas formas de presentación clínica, con aumento de incidencia de formas multifocales como es nuestro caso, cuyo gold estándar es la biopsia estereotáxica, con tiempo medio hasta el diagnóstico de un mes. El diagnóstico y tratamiento temprano podría mejorar la supervivencia

0004 ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE TOXICIDAD RENAL ASOCIADA A COLISTÍN EN PACIENTES CRÍTICOS

M MONTENEGRO(1), Y LAMBERTO(1), F TAMAGNONE(1), A BALBI(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: La elevada prevalencia de infecciones causadas por bacterias multirresistentes requiere a menudo la inclusión de colistín en los esquemas antimicrobianos utilizados, aunque su dosificación óptima no ha sido claramente establecida. Por otra parte, su empleo se ha asociado frecuentemente a toxicidad renal.

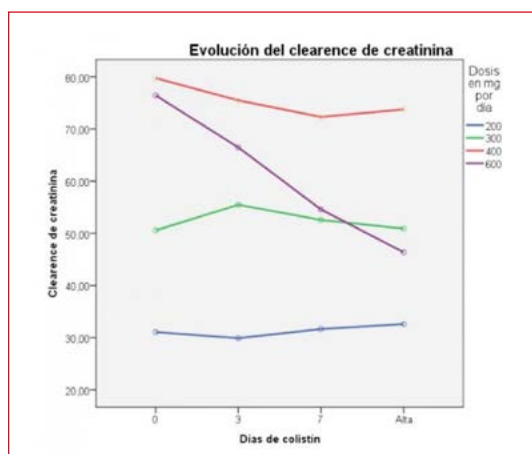
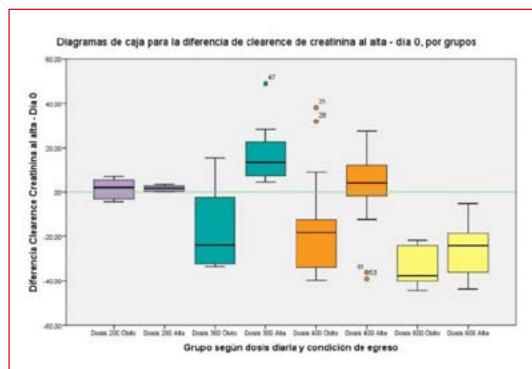
Objetivos: Cuantificar y caracterizar el deterioro de la función renal en pacientes críticos tratados con diferentes dosis de colistín.

Materiales y métodos: Estudio de diseño observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron 75 pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital de Tercer Nivel que cumplieron al menos 7 días de tratamiento con colistín. La dosificación se realizó de acuerdo al protocolo vigente en la Unidad. Se midieron en cada paciente los valores de creatinina el día 0, 3, 7 y al alta u óbito y se calculó su clearance de creatinina según la fórmula de Cockcroft y Gault. Se registraron diferentes variables potencialmente relacionadas con el deterioro de la función renal: edad, sexo, peso, dosis de colistín, duración de tratamiento, dosis acumulada, condición de egreso (muerte o sobrevida), y score Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) al día 0, 3, 7 y al alta. Se realizó un análisis de la varianza factorial para medidas repetidas considerando distintas combinaciones de modelos posibles, tomando un nivel de significancia $p < 0.05$.

Resultados: Se obtuvo un modelo lineal con dosis de colistín y la

condición de egreso del paciente como variables explicativas para la variación del clearance de creatinina. Se halló evidencia de interacción significativa entre las tres variables del modelo ($p = 0.038$). El análisis post-hoc reveló disminución significativa del clearance de creatinina en el grupo de pacientes que recibieron dosis más altas (600 mg/d) con respecto al resto [media -29.48 ml/min, IC 95% (-36.40, -22,56)].

Conclusiones: Se halló evidencia de deterioro de la función renal asociado a uso de dosis altas de colistín, aún dentro de los rangos considerados estándar. El efecto se mantuvo a lo largo del tiempo y se produjo independientemente de las fallas orgánicas, tanto en los pacientes que sobrevivieron como en los que fallecieron.



0006 INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (TAVEM) EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCIS): RESULTADOS DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL

F FERNANDEZ(2), A RODRIGUEZ(1), J ARROYO(2), C CARRICONDO(2), C LOPEZ(2), G FERNANDEZ(2), D ALDUNATE(2), C CURA(2), S SANTARELLI(2), M ANTONIO(2), G SORIA(2), D CURCIO(3), C DELLERA(4), A TAMAYO(5), R FERNÁNDEZ(6), G ZAKALIK(7), R SANTA CRUZ(8), D DUARTE(9), FL LIPOVETSKY(10), MJ DÍAZ(11), FM GALEANO(12), L GONZÁLEZ(13), CJ PUCCI(14), A CAHUANA(15), DU CASTRO(16)

(1) Hospital Universitario Joan XXIII. (2) Central. (3) Hospital Municipal Chivilcoy. (4) Hospital Dr. Julio C. Perrando. (5) Hospital Municipal Eva Perón. (6) Hospital Español. (7) Hospital Luis Lagomaggiore. (8) Hospital Regional Río Gallegos. (9) Cemep. (10) Hospital Universitario Uai. (11) Sanatorio Santa Fe. (12) Hospital Saturnino Unzué. (13) Hospital Provincial De Moreno. (14) Soif Srl. (15) Sanatorio San José. (16) Hospital Delicia Concepción Masvernat.

Introducción: Varios aspectos de asociado por ventilador tracheo-bronchitis (el IVA) - incluyendo criterios diagnósticos, traslapeo con la pulmonía asociada por ventilador (VAP), y el tratamiento apropiado permanecen regímenes mal definidos. Los objetivos de este estudio eran inspeccionar prácticas relacionadas en el diagnóstico clínico y microbiológico de IVA y evaluar las percepciones del impacto de IVA sobre resultados de pacientes.

Objetivo: Investigar la práctica en el diagnóstico clínico y microbiológico de TAVeM y evaluar la percepción de su impacto sobre la evolución de los pacientes en UCI.

Método: El cuestionario incluyó: 1) Las características de quién respondía, de la UCI y del Hospital, 2) Como se realiza el diagnóstico clínico y microbiológico; 3) el tratamiento antibiótico empírico y 4) la percepción del intensivista sobre el impacto clínico. Resultados: 288 UCIs de 16 países respondieron. 147 (51%) de Latinoamérica (LA) y 141 (49%) de España, Portugal y Francia (EPF). El 100% de los encuestados es el responsable de infecciones de la UCI. La mayoría (n=228; 79.2%) respondió que realiza el diagnóstico de TAVeM en base a criterios clínicos y microbiológicos, pero el 13,9% (n=40) utilizan sólo criterios clínicos. Algo más de la mitad (50,3%) está de acuerdo que los pacientes con TAVeM deben recibir antibióticos. El 93,4% (n=279) reconoce que la TAVeM aumenta el tiempo de estancia, siendo esta percepción superior en LA (97,3%) respecto de EPF (89,4%; p<0.05). La mitad de los encuestados considera que la TAVeM aumenta el riesgo de muerte y esta percepción es mayor en LA (58.5% vs. 41.1%, p<0.05). Conclusión: Los resultados de la encuesta sugieren una elevada incidencia de TAVeM y una posible asociación con la estancia y mortalidad. Por ello, es necesario un estudio multicéntrico internacional que ayude a validar la definición de TAVeM, determinar la real incidencia y aclarar el rol de esta en el desarrollo de neumonía.

0007 HEMORRAGIA INTRA PARENQUIMATOSA (HIP) EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE VASO CONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE (SVCR)

G DOMENICONI(1), L LEMME PLAGHOS(1), I TAMER(1), C RUGILO(1), M COSTILLA(1), J DALDIN(1), M VINZIO(1), O YUNK(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad San Isidro.

Introducción: La HIP requiere soporte crítico para evitar el daño que provoca en el encéfalo afectado. Una causa frecuente es la Hipertensión Arterial. Existen otras causas menos conocidas como el SVCR, de reciente descripción, frecuente en mujeres jóvenes. Presentamos el reporte de un caso.

Presentación del Caso: APACHE 4 ICH score 0 edad: 49 años Artrodesis C4 C5 en 2009. HTA sin tratamiento. Migraña desde los 11 años con uso de ergotamina (2 comprimidos diarios en los últimos 3 meses). Presenta cefalea de 72 horas de evolución. Holo craneana, opresiva, que empeora con Valsalva. Agrega vómitos. GCS 15/15. Exámen neurológico sin alteraciones. Raynaud en extremidades. Fondo de Ojo: papilas de bordes netos.

TC: hematoma frontal derecho de 27 cc. ANGIO digital: alteraciones del calibre de vasos distales a predominio de peri callosa derecha y ambas cerebrales posteriores. Factores II, V, VII, IX, X, XIII, Fibrinógeno y Plaquetas normales. Anti DNA nativo, ANCA P/C negativos. PCR, C3, C4, VSG Y Hepatograma normales. HIV y HCV negativos. RM (día 10) pequeña lesión hiper intensa (FLAIR) en la sustancia blanca frontal izquierda, sin realce. Agrega disminución de la señal de flujo de ambas arterias cerebrales medias. Eco Cardio: FSVI conservada. Dimensiones normales.

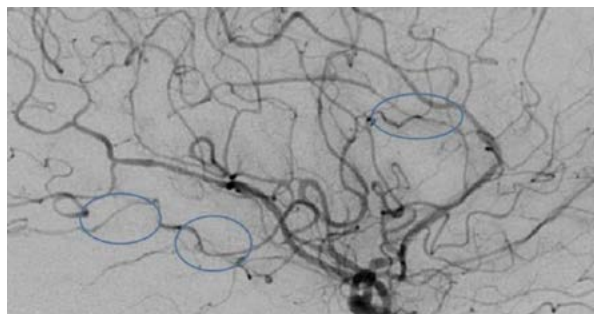
Resuelve la cefalea inicialmente con morfina similares y luego con Paracetamol, Clonazepam y Propranolol. RM de control (10 semanas) sin evidencia de estenosis en las arterias evaluadas con su configuración conservada.

Discusión: El SVCR fue diagnosticado ante la presencia de cefalea intensa, estrechez de la vasculatura encefálica demostrada por ANGIO y el antecedente de consumo de ergotamina. El caso obligó a

descartar vasculitis para definir el uso de esteroides. De acuerdo a la literatura, 30% de los pacientes con SVCR presentan sangrado siendo menos frecuente el hematoma.

Conclusión: El SVCR es una causa de HIP. Su diagnóstico requiere la sospecha clínica pero además la confirmación mediante neuro imágenes dado que se presenta como cefalea en mujeres jóvenes.

Ducros A, Fiedler U, Porcher R, Boukobza M, Stapf C, Bousser M-G. Hemorrhagic manifestations of reversible cerebral vasoconstriction syndrome: frequency, features, and risk factors. Stroke. 2010;41:2505-2511.



0009 VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE MORTALIDAD PEDIÁTRICO 2 (PIM2) EN ARGENTINA

AL FERNANDEZ(9), MDP ARIAS LOPEZ(1), ME RATTO(2), L SALIGARI(3), A SIABA(4), M DE LA ROSA(5), N RAUL(6), N BOADA(7), P GALLARDO(8), I KO(1), E SCHNITZLER(4), G VALIDAR PIM2 ARGENTINA(9)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez. (2) Hospital De Niños Sor María Ludovica De La Plata. (3) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (4) Hospital Universitario Austral. (5) Hospital El Cruce Dr. Nestor Carlos Kirchner. Alta Complejidad En Red. (6) Hospital Italiano La Plata. (7) Hospital De Pediatría S.a.m.i.c. Profesor Dr. Juan P. Garrahan. (8) Hospital Del Niño Jesús De Tucumán. (9) Sati.

Objetivo: Validar el puntaje Índice de Mortalidad Pediátrico 2 (PIM2) en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)

argentinas que forman parte del Programa de Calidad de Atención de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI-Q).

Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional. Participaron 8 UCIP. Se incluyeron 2832 pacientes, entre 1 mes y 16 años de edad, ingresados entre 01-01-2009 y 31-12-2009.

Resultados: Se observaron 297 muertes y el PIM2 predijo 246. La razón de mortalidad estandarizada (RME) fue 1,20 (IC95% 1,01-1,43). Se aplicaron pruebas de discriminación y calibración para validar el funcionamiento del PIM2 en toda la población y en diferentes subgrupos según deciles de riesgo, edad y grupos diagnósticos de ingreso. Se obtuvo una buena discriminación: el área bajo la curva ROC fue de 0,84 (IC95% 0,82-0,86). Sin embargo no fue buena la calibración: existieron diferencias significativas entre las muertes observadas y las esperadas para toda la población (χ^2 89,90; df 8; $p < 0,001$) y para los distintos deciles de riesgo. Se detectaron diferencias significativas entre las muertes observadas y esperadas en los pacientes adolescentes (37/22, $p=0,03$) y en aquellos con patología respiratoria (105/81, $p=0,03$), siendo mayor la mortalidad observada a la predicha por PIM2 en ambos grupos.

Conclusiones: El PIM2 demostró tener un buen poder de discriminación, sin embargo no calibró adecuadamente. Es posible utilizar el PIM2 en Argentina, considerando el valor de nuestra RME y las diferencias detectadas particularmente en el grupo de pacientes respiratorios y adolescentes.

0010 ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO DE VENTILACION MECÁNICA (VM) DE SDRAP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFLUENZA A H1 N1 Y ARDSE DE OTRAS ETIOLOGÍAS

A TAMAYO(1), G RODRIGUEZ(2), W VIDETTA(3), L MOLOCZNIK(3), F CARVAJAL(3), M WILCHES(4), B FERNADEZ(5)
(1) Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Hospital Municipal Eva Perón De Merlo. (3) H.m. Eva Perón De Merlo. (4) H.m. Eva Perón Demerlo. (5) H.m.eva Perón De Merlo.

Introducción: Realizamos manejo VM con estrategia protectora y maniobras de reclutamiento en SDRAP.

Objetivo: El principal fue evaluar la mortalidad y complicaciones mayores después de aplicar un protocolo de manejo ventilatorio y describir algunas características clínicas de los pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de un período de 2 años (25/05/09 al 25/05/11) en dos UCIs con datos médicos y registros de enfermería, el primer grupo de pacientes con ARDSe de etiología primaria con neumonía grave y alta sospecha de influenza A H1N1 y otro grupo de ARDSe de etiología secundaria. Los pacientes fueron colocados inicialmente en modo VCV. Utilizamos Vt bajo, como lo establece el protocolo de ARDS Network, con 6 ml/kg PBW como estrategia de protección y apertura de pulmón (AP). Con presión meseta (Pp) < 30 cm H2O y titulando la PEEP según la MR de Kacmarec. Escala de Ramsay 5 e incluso BNM fueron utilizados. Practicamos radiografía de tórax para descartar barotrauma.

Resultados: Registramos 76 pacientes, 44 (57%) hombres y 32 mujeres (43%), 36 (47%) fueron < 65 años. APACHE II:20, LIS > 2.5 , SOFA: 9.6; CURB-65: 2.5 PSI: IV a la admisión del grupo de Influenza y APACHE II:16; LIS 2.5; SOFÁ: 10 en el grupo ARDSe. Sesenta pacientes en VM divididos en dos grupos, 30 con Neumonía y 30 con SDRAP, ambos grupos con una EP en la modalidad VCV con Vt-6 ml/Kg y PEEP alta > 10 , ajustado de acuerdo al protocolo de la ARDS Network tratando de mantener (Pp) < 30 y con (MR) según la dirección de SDRAP y titulación de PEEP. La VCV fue la modalidad ventilatoria habitual, se requirió vasopresores para mantener la presión arterial. La Estrategia de Reclutamiento Alveolar Progresivo (ERAP) fue eficaz para mejorar la Cst, la SatO2 y la PaFiO2. La mortalidad per se fue de 66% en influenza y 60% en ARDSe.

Conclusiones: Se brinda el uso de la Vt según peso corporal predecible y una estrategia uniforme que llegue a ser familiar a todo el equipo. No hubo ninguna complicación mayor debido a la estrategia practicada en ambos grupos y la mortalidad global fue el 60%.

TABLA: RESULTADOS COMPARATIVOS	ARDS p (I A H1N1) (n=30)	ARDSe (n=30)
< 66 AÑOS	80% (n=24)	50% (n=15)
APACHE II	20	16
LIS	> 2.5	2.5
SOFA Score	9,8	9
CURB-65	2	
PSI	4	
Comorbilidad	55%	48%
Complicacion	39%	
Duración de permanencia en UTL, d	10	12
Duración de estancia hospitalaria, d	22(1-246)	
Tiempo de VM, d	9,4	11
Duración of Weaning	4,5	5
Mortalidad	24(66%)	60%
La mortalidad al día 28	58%	53%

0011 ERGOTISMO SECUNDARIO A LA ASOCIACION DE RITONAVIR-ERGOTAMINA

V CHEDIACK(1), E CUNTO(1), C DOMINGUEZ(1), P SAÚL(1), M NANO(1), M RODRIGUEZ LLANOS(1), N CHACÓN(1), O VILLAR(1), C NOGUERAS(1), J SAN JUAN(1)
(1) De Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: El ergotismo es una complicación de ingesta de derivados ergotamínicos. Puede manifestarse con elementos de insuficiencia vascular periférica. La vasculopatía ergotamínica se presenta independientemente de la dosis y los medicamentos que inhiben el citocromo P-450, entre ellos los inhibidores de la proteasa (ritonavir), pueden elevar la concentración de ergotamina, a niveles tóxicos. El propósito de la presentación, es comunicar 2 casos de ergotismo secundario a la asociación ergotamina-ritonavir, asistidos en cuidados intensivos (CI), puede ser un reto diagnóstico sin una fuerte sospecha.

Casos clínicos: Mujer, 49 años, VIH positiva (VIHP) tratada con lamivudina, tenofovir, atazanavir y ritonavir. Ingiere 1 mg de ergotamina por cefalea, 96 horas previas. Ingresa a CI por cianosis, parestesias, motilidad disminuida y dolor intenso en miembros superiores y precordalgia. Laboratorio: creatin fosfoquinasa (CPK) 845 U/l, CPK-MB 25 U/l, lactico deshidrogenasa (LDH) 594 U/l, troponina: negativa. Electrocardiograma: normal. Ecodoppler de 4 miembros: "flujos arteriales de baja amplitud en cubitales y radiales". Tratamiento: nitroprusiato de sodio, pentoxifilina, cilostazol, nifedipina y enoxaparina. Evolución favorable.

Varón, 28 años, VIHP tratado con lamivudina, tenofovir, lopinavir y ritonavir. Ingiere 2 mg de ergotamina por cefalea, 24 horas previas. Ingresa a CI por cianosis, frialdad, parestesias, motilidad disminuida, dolor intenso en zonas acrales e hipotensión arterial. Laboratorio: CPK 37.800 U/l, LDH 2159 U/l. Ecodoppler de 4 miembros: "sin flujo arterial de radial, cubital y tibiales". Tratamiento: nitroprusiato de sodio, pentoxifilina, cilostazol, prostaglandina y enoxaparina. Intercurre con fracaso renal agudo con tratamiento conservador. Evolución favorable.

Discusión: En pacientes VIHP, con fenómenos vasculares acrales, se evaluó: vasculitis cutánea, embolia arterial aguda y causa tóxico-medicamentosa. Frente a un síndrome vasomotor agudo con acrocianosis, asociado a signos ecográficos de insuficiencia vascular periférica en VIHP tratados con inhibidores de la proteasa, que se automedicó con ergotamina, se diagnosticó ergotismo secundario a la asociación ergotamina-ritonavir.

Conclusiones: La ergotamina y sus derivados son de uso frecuente, aun sin prescripción médica. Su toxicidad puede ocurrir con dosis mínimas, fundamental considerar interacciones medicamentosas

con fármacos de uso común. El ritonavir, es una droga de uso habitual en VIH, se debe contraindicar y advertir a estos pacientes de los peligros asociados al uso concomitante de ergotamínicos.

0012 INFECCION POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

L SANTACRUZ(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950 CABA, M ESTRIN(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950 CABA, G CARQUEIJEDA(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950 CABA, R ARIENTI(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, V HAYETIAN(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, M MINGHETTI(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, D FIRPO(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, J VAZQUEZ(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, P DE VARGAS E GRANDO(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, E VEDOVATO(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, E CASALDERREY(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, A PILIPEC(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, S ARCIERI(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, PILAR 950, CABA, L DE JANON

(1) Hospital Santojanni. (2) Unidad De Terapia Intensiva. (3) Pilar 950 Caba. (4) Hospital Santojanni. (5) Unidad De Terapia Intensiva. (6) Pilar 950. (7) Caba.

Introducción: Las bacteriemias por Estafilococo Aureus Meticilino Resistentes, constituyen un problema significativo en las Unidades de Terapia Intensiva por su frecuencia, gravedad y dificultad en su tratamiento. Es por ello, que nos propusimos conocer la situación actual de la infección por SAMR en nuestro servicio, en relación a su incidencia, sitios de aislamiento, y evolución de los pacientes, ya que al momento el germen más prevalente en nuestra sala es el Acinetobacter Baumannii.

Objetivos: Fueron los objetivos de este estudio, los siguientes:

- Conocer la situación actual respecto a la infección por SAMR en nuestro servicio en relación a:
- La incidencia de infección, en relación a la totalidad de pacientes con al menos un cultivo en dicho período.
- Los sitios de aislamiento del mismo en nuestra población.
- La evolución de los pacientes infectados por SAMR en relación a supervivencia o mortalidad.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional, longitudinal de pacientes de ambos sexos y cualquier edad, ingresados a nuestra Terapia Intensiva, con aislamiento de SAMR en algún cultivo en el transcurso de su internación según clínica, o bien con aislamiento de SAMR en algún cultivo previo a su ingreso a nuestra Unidad, en un período de 2 años, de Diciembre del 2011 a Diciembre del 2013. A tal efecto se completó un formulario diseñado a fin de constatar los objetivos del estudio.

Resultados: En un período de 2 años, se les aisló SAMR en algún cultivo a 21 pacientes en el transcurso de su internación en nuestra Unidad. Las características de nuestra población fueron:

Edad promedio: 56 Años

Sexo:

Masculino: 14

Femenino: 7

Apache II al ingreso: 14±2

Días promedio de Internación: 12 días.

Pacientes que tuvieron al menos un cultivo en el período: n=542

Incidencia de infección por SAMR: 3,87%

Sitios de Aislamiento:

Secreciones Respiratorias: n=10 (47,61%)

Hemocultivo: n=7 (33,33%)

Piel: n=3 (14,28%)

LCR: n=1 (4,7%)

Mortalidad: n=11 (52,38%)

Conclusiones: La incidencia de infección por SAMR fue baja (3,87%),

en razón de que predomina en nuestra flora habitual el Acinetobacter Baumannii. En nuestra muestra los sitios de aislamiento de SAMR más frecuentes fueron el respiratorio y el endovascular, la mortalidad fue del 47.8%, similar a lo observado en la literatura.

0013 VALOR DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (TAC) PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TEC) Y HALLAZGOS NO RELACIONADOS CON EL MISMO

G MARTINELLI(1), CA ARANCIBIA(1)

(1) Urgencias.

Introducción: TAC método exploratorio sencillo, escaso riesgo, gran capacidad de diagnóstico, sensibilidad y especificidad prácticamente del 100%.

Objetivos: TAC precoz: hallazgos relacionados y no relacionados al TEC, fijando las siguientes variables: edad por décadas, sexo, lesiones, localización y hallazgos no relacionados.

Método: Estudio retrospectivo, transversal descriptivo de casuística, 2141 pacientes que ingresaron hospital municipal de urgencias, 1/1/12 al 31/12/12 con diagnóstico de TEC datos obtenidos servicio de diagnóstico por imágenes.

Resultados:

Sexo	N°	%
Masculino	1519	70,94
Femenino	622	29,06
Total	2141	100

Edad	N°	%
11-20	473	21,81
21-30	650	30,25
31-40	355	16,58
41-50	222	10,32
51-60	199	9,29
61-70	139	6,49
71-80	68	3,17
81-90	36	1,68

Hallazgos relacionados a TEC	N°	%
Hematoma subgaleal	830	38,76
Edema cerebral	521	24,47
Hemorragia subaracnoidea	442	20,64
Contusion cerebral	433	20,22
Fractura osea	338	15,78
H. Extradural	140	6,53
Neumoencefalo	113	5,27
Desviación línea media	92	4,29
H. Subdural	52	2,42
Hemoventriculo	37	1,78
Herida arma fuego	37	1,78
H. Intracerebral	10	0,46

Hallazgos no relacionados a TEC	N°	%
Cisterna Magna	175	8,17
Atrofia	242	11,3
Calcificaciones	217	10,13
ACV isquémico	77	3,59
Quiste subaracnoideo	47	2,19
Hidrocefalia	42	1,96
ACV Hemorrágico	15	0,5
Higroma bifrontal	6	0,28
Lipoma	2	0,09
Tumor	2	0,09
TAC normal	480	22,41

Localización Lesional más frecuente	Hallazgo	H. Subgaleal	Fractura Osea	H. Extradural	H. Subdural
Frontal	326 (33,43%)	153 (38,11%)	29 (18,12%)	32 (18,46%)	
Temporal	232 (24,41%)	116 (28,71%)	80 (50%)	48 (42,47%)	
Parietal	230 (23,58%)	209 (29,98%)	35 (21,11%)	40 (35,39%)	
Occipital	181 (21,11%)	181 (18,56%)	10 (10%)	3 (2,65%)	

Conclusiones: Sexo: masculino 2/3 de los casos, edad: mitad de los casos entre 11 y 30 años, si ampliamos a 40 años comprende 2/3 de los casos. Cinco hallazgos más frecuentes relacionados a TEC en orden decreciente: H.subgaleal, edema cerebral, hemorragia subaracnoidea, contusión y fractura ósea. Cinco hallazgos más frecuentes no relacionados a TEC en orden decreciente: cisterna magna, atrofia cortical, calcificaciones, ACV isquémico y quiste subaracnoideo. 1/4 de los pacientes tenían TAC normal. H.subgaleales, fracturas y contusiones localización F fue la más frecuente. H.extradural y subdural localización T fue la más frecuente.



0014 DIARREA INFECCIOSA EN CUIDADOS INTENSIVOS: CLOSTRIDIUM DIFFICILE

E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), C DOMINGUEZ(1), P SAUL(1), JM FERNANDEZ(1), E CORTEZ(1), R GREGORI SABELLI(1), C NOGUERAS(1), J SAN JUAN(1)
(1) Muñiz.

Introducción: Clostridium difficile (Cd) es un bacilo anaerobio Gram positivo, capaz de producir desde diarrea hasta megacolon tóxico en pacientes hospitalizados. También se han notificado casos en la comunidad (pacientes jóvenes y sin factores de riesgo tradicionales). Ha aumentado la incidencia desde la década del 90. La mortalidad es del 6-38% en pacientes con diarrea asociada a Cd (DADC).

Objetivo: Determinar características clínicas de pacientes (p) con DADC en cuidados intensivos (CI). Como objetivo secundario, se determinaron variables relacionadas con evolución desfavorable.

Material y método: Estudio cohorte, observacional, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de 25 pacientes con DADC ingresados en CI, desde 09/2009-04/2014. Se realizó el diagnóstico de DADC por clínica, imágenes y microbiología. Se uso una base de datos de

Microsoft Excel. Se realizó estadística descriptiva. Se consideró una p significativa <0,05.

Resultados: Sexo: Hombres 52%. Edad media 44 años, mediana 40 años (17-82). Estadía hospitalaria media 65 días, mediana 56 días (1-184). Estadía en CI media 19 días, mediana 10 días (1-69). Las comorbilidades halladas fueron VIH/sida 56% (14 p), cardiopatía 28% (7 p), insuficiencia renal crónica 20% (5 p), EPOC 20% (5 p) y diabetes 16% (4 p). Antecedente de antibióticos previos, el 96% (24 p), en orden decreciente los antimicrobianos más usados fueron: drogas antibacilares (rifampicina, isoniacida, etambutol y pirazinamida), carbapenemes, vancomicina, cefalosporinas de 3° generación, trimetoprima-sulfametoxazol, clindamicina y quinolonas. Días de antibióticos previos a la toxina positiva, media de 33 días, mediana 19 d (0-180). Recibieron inhibidores de acidez gástrica el 100% (25 p). El síntoma más frecuente fue diarrea en el 100% (25 p). El 92% (23 p) tenía albuminemia menor a 3,5 g/l, con media de 2,4 g y mediana de 2,1 g (1,2-3,7). El diagnóstico microbiológico (toxina A/B positiva) se realizó en el 96% (24 p). Engrosamiento de la pared colónica por ecografía se observó en el 28% (7 p). Formas leves/moderadas fueron el 60%, 40% graves (de estas, 4 p fueron complicadas) y recurrentes 12% (3 p). APACHE II media y mediana 19 puntos. SOFA media y mediana 6 puntos. Requirió ventilación mecánica 68% (17 p). Tratamiento: 8 p recibieron metronidazol y 17 p metronidazol y vancomicina (68%). Mortalidad 52% (13 p). Hipoalbuminemia ($\leq 2,4$ g), APACHE II > 18 puntos, SOFA > 5 puntos, necesidad de ventilación mecánica y enfermedad grave tuvieron significancia estadística con mortalidad (p<0,05).

Conclusión: La casuística evidenció pacientes más jóvenes que en la bibliografía, con estadía hospitalaria y de CI prolongada. Más de la mitad padecía co-infección con VIH. Casi todos los pacientes habían recibido antibióticos previos y todos inhibidores de la acidez gástrica. Más de la mitad presentó formas leves a moderadas y casi la mitad de las graves fueron complicadas. La mortalidad fue mayor que la citada por la literatura, lo cual obliga a mantener una vigilancia estrecha, para realizar una detección, prevención y tratamiento oportuno.

0015 A PROPOSITO DE UN CASO DE INFARTO CEREBRAL MALIGNO POR DISECCIÓN CAROTIDEA POSTRAUMÁTICA

F FERNANDEZ(1), G FERNANDEZ(1), D ALDUNATE(1), J ARROYO(1), M ANTONIO(1), G SORIA(1), S SOLEDAD(1), C CURA(1), C CARRICONDO(1), L CABEZAS(1), E TORRES(1)
(1) Central.

Introducción: La disección de la arteria carótida interna por traumatismo cerrado (DTACI) es rara, incidencia de 0,08-0,4%. La etiopatogenia incluye: hiperextensión o rotación del cuello, compresión directa del cuello, estrangulamiento y lesiones de la base del cráneo. La mortalidad alcanza el 30% y constituye el 20% de los infartos cerebrales en adultos jóvenes.

Objetivos: 1) Presentación de caso infrecuente por la cinemática del trauma 2) Mostrar características clínicas y estudios complementarios que permitan un rápido diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos: Caso de mujer de 19 años sin antecedentes patológicos, que ingresa por presentar politraumatismo impactando su moto vs auto, lucida, sin foco neurológico, TAC de cerebro inicial normal, fractura de humero y fémur derecho cerradas. Sin lesiones en otros sistemas. A las 48 horas presenta deterioro de conciencia; TAC cerebro: área extensa hipodensa fronto-parietal derecha y pequeña occipital con efecto de masa y desviación de línea 1/2 > a 1 cm. Se realiza craneotomía descompresiva ampliada de urgencia. Buena evolución, recupera lucidez quedando con hemiparesia braquiocrural izquierda y horner derecho. Doppler de vasos del cuello se evidencia imagen de Flap en sistema vascular derecho no pudiendo visualizarse carótida interna. Se le realiza antiagregación plaquetaria.

Discusión: La DTACI por traumatismo cerrado es subdiagnosticada e infrecuente en incidentes viales de moto. En el 90% son extracra-

neales, a 1–3 cm de la bifurcación. El 50% son asintomáticos en las 1ras 12 horas, progresando hacia trombosis o embolia. Los síntomas más frecuentes son afasia motora, hemiparesia, Horner ipsilateral y parálisis de nervios craneales. En el 80% quedan secuestrados. El Doppler extracraneal al no siempre detectar lesiones intímicas, no se usa como test de screening. La arteriografía cerebral es el gold standard diagnóstico. No se realizó en este caso, por la rápida evolución al infarto maligno. La anticoagulación que es el tratamiento de primera línea, en este caso estaba contraindicada.

Conclusión: Si bien la DTACI es infrecuente, el infarto cerebral maligno es frecuente, con alta morbimortalidad. Es importante el rápido diagnóstico ante la sospecha clínica, con Doppler y arteriografía o angio-RNM, para valorar el rápido comienzo de anticoagulación.

0017 EFECTOS DE LA NORADRENALINA SOBRE LA PERFUSION TISULAR EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE HIPERTENSION ABDOMINAL

A DUBIN(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, G FERRARA(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, VS KANOORE EDUL(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, JF CAMINOS EGUILLOR(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, E MARTINS(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, C CANULLÁN(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, HS CANALES(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, C INCE(4), DEPARTMENT OF TRANSLATIONAL PHYSIOLOGY

(1) Cátedra De Farmacología Aplicada. (2) Facultad De Ciencias Médicas. (3) Universidad Nacional De La Plata. (4) Academic Medical Center. (5) Department Of Translational Physiology.

EFECTOS DE LA NORADRENALINA SOBRE LA PERFUSION TISULAR EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE HIPERTENSION ABDOMINAL

GONZALO FERRARA(1), VANINA S. KANOORE EDUL(1,2), JUAN F. CAMINOS EGUILLOR(1), ENRIQUE MARTINS(1), CARLOS CANULLÁN(1), HÉCTOR S. CANALES(1), ARNALDO DUBIN(1)

(1) Cátedra de Farmacología Aplicada, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina (2) Academic Medical Center, Department of Translational Physiology, Amsterdam, Netherlands

Introducción: la hipertensión intraabdominal (HIA) provoca efectos deletéreos sobre la perfusión tisular. El mecanismo probable es la disminución de la presión de perfusión intraabdominal [PPA = presión arterial media (PAM) – presión intrabdominal (PIA)].

Objetivo: describir los efectos de la HIA sobre los flujos sanguíneos regional y microcirculatorio del intestino, el flujo sanguíneo renal y la diuresis, así como las respuestas a aumentos de la PAM inducidos por noradrenalina.

Material y método: en 24 ovejas, anestesiadas, ventiladas mecánicamente y resucitadas con fluidos, se midieron hemodinamia sistémica, flujos sanguíneos mesentérico superior y renal, microcirculación vellositaria intestinal, PCO₂ intramucosa-arterial (Δ PCO₂) y diuresis. Se generó HIA (20 mm Hg) por instilación intraperitoneal de solución fisiológica. Luego de 60' de HIA, las ovejas fueron asignadas aleatoriamente a los grupos HIA (n = 8) y noradrenalina (n = 8) durante 60' adicionales. En este último grupo, la PAM se aumentó alrededor de 20 mm Hg por medio de noradrenalina. También se estudió un grupo control (n = 8) en el que la PIA se mantuvo en 0 mm Hg.

Resultados:

Período	Grupo	PPA (mmHg)	Volumen minuto cardíaco (ml.min ⁻¹ .kg ⁻¹)	Flujo mesentérico superior (ml.min ⁻¹ .kg ⁻¹)	Δ PCO ₂ (mm-Hg)	Densidad vascular perfundida vellositaria (mm/mm ²)	Flujo renal (ml.min ⁻¹ .kg ⁻¹)	Diuresis (ml.h ⁻¹ .kg ⁻¹)
Basal	HIA	83±12	122±26	392±154	7±6	22±3	1906±517	1.2±0.3
Noradrenalina	81±6	96±17	445±318	11±7	25±3	1905±729	1.1±0.5	
Control	76±13	113±18	405±115	4±4	23±4	1890±639	1.3±0.6	
HIA 60'	HIA	55±10	121±41	524±302	9±6	25±3	943±416	0.4±0.1
Noradrenalina	53±9	118±42	633±383	12±5	26±3	552±359	0.4±0.3	
Control	87±14*	120±28	449±88	4±6	24±3	1729±510*	0.9±0.5*	
HIA 120'	HIA	49±11*	134±55	522±362	8±5	24±2	869±545	0.3±0.1
Noradrenalina	73±11	113±37	634±401	12±8	27±3	620±317	0.2±0.1	
Control	87±15	127±24	448±108	3±5	25±4	1678±569*	1.0±0.6*	

*P < 0,05 vs. los otros grupos (test t con corrección de Bonferroni luego de interacción tiempo x grupo significativa en mediciones repetidas de ANOVA de dos vías).

Conclusiones: en este modelo experimental de HIA, intestino y riñón exhibieron comportamientos contrastantes. Mientras el flujo sanguíneo mesentérico y la microcirculación vellositaria se mantuvieron inalteradas, la perfusión renal y la diuresis estuvieron severamente comprometidas. El aumento de la PAM y la PPA por noradrenalina no mejoró estas variables.

Subsidio PICT-2010-0495, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.

0020 DISOCIACIÓN DE LAS MICROCIRCULACIONES SUBLINGUAL E INTESTINAL EN PACIENTES SÉPTICOS

A DUBIN(1), VS KANOORE EDUL(2), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, C INCE(5), DEPARTMENT OF TRANSLATIONAL PHYSIOLOGY, N NAVARRO(7), SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI, L PREVIGLIANO(7), SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI, A RISSO VAZQUEZ(7), SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI, NP RUBATTO(7), SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI, A DUBIN(7), SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

(1) Sanatorio Otamendi. (2) Cátedra De Farmacología Aplicada. (3) Facultad De Ciencias Médicas. (4) Universidad Nacional De La Plata. (5) Academic Medical Center. (6) Department Of Translational Physiology. (7) Servicio De Terapia Intensiva. (8) Sanatorio Otamendi Y Mirolí.

DISOCIACIÓN DE LAS MICROCIRCULACIONES SUBLINGUAL E INTESTINAL EN PACIENTES SÉPTICOS

VANINA S. KANOORE EDUL(1,2), CAN INCE(2), NOELIA NAVARRO(3), LUCIANA PREVIGLIANO(3), ALEJANDRO RISSO VAZQUEZ(3), NAHUEL P. RUBATTO(3), ARNALDO DUBIN(1,3)

(1) Cátedra de Farmacología Aplicada, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina (2) Academic Medical Center, Department of Translational Physiology, Amsterdam, Holanda (3) Servicio de Terapia Intensiva, Sanatorio Otamendi y Mirolí, Buenos Aires, Argentina

Introducción: experimentalmente, el comportamiento de la microcirculación intestinal en respuesta a la expansión con fluidos difiere del sublingual. Además, en pacientes con sepsis abdominal no existe correlación entre la perfusión microvascular sublingual e intestinal.

Objetivos: describir las respuestas de las microcirculaciones sublingual e intestinal a una carga de fluidos.

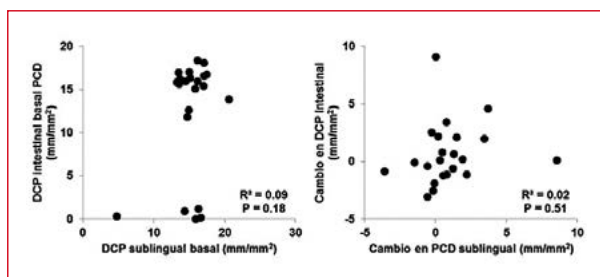
Material y método: se incluyeron 22 pacientes sépticos en el primer día del postoperatorio de cirugía intestinal en la que se realizó una ostomía. Todos los pacientes tenían evidencias de hipoperfusión. La microcirculación fueron evaluada con un dispositivo

SDF, antes y 20 minutos después de la administración de 10 ml.kg-1 de solución de hidroxietilalmidón 130/0.4 al 6%.

Resultados: los fluidos aumentaron el índice cardíaco (2.6 ± 0.5 vs. 3.3 ± 1.0 l.min.kg-1, $P < 0.01$) y la presión arterial media (68 ± 11 vs. 82 ± 12 mm Hg, $P < 0.0001$). No hubo cambios significativos en la densidad capilar perfundida (DCP) sublingual (15.2 ± 2.9 vs. 16.1 ± 1.2 mm/mm², $P = 0.08$) e intestinal (12.3 ± 6.7 vs. 13.0 ± 6.7 mm/mm², $P = 0.25$). No hubo correlaciones entre las DCP basal sublingual e intestinal ni entre sus cambios en respuesta a la expansión del volumen intravascular (Figure 1). Los cambios individuales en la DCP sublingual correlacionaron con los cambios del índice cardíaco ($R^2 = 0.25$, $P = 0.02$) y con la DCP basal ($R^2 = 0.82$, $P < 0.0001$). Los cambios individuales en la DCP intestinal no correlacionaron con los cambios del índice cardíaco ($R^2 = 0.08$, $P = 0.23$) ni con la DCP basal ($R^2 = 0.04$, $P = 0.40$).

Conclusiones: en esta serie de pacientes sépticos, no hubo correlación entre el estado basal de las microcirculaciones sublingual e intestinal ni entre sus respuestas a los fluidos. Nuestros hallazgos sugieren que los distintos territorios microcirculatorios están completamente disociados.

Subsidio PICT-2010-0495, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.



0023 EVOLUCIÓN DE TRES ESTÁNDARES DE CALIDAD MEDIDOS POR SATI-Q EN UCIA S DURANTE 10 AÑOS

AL FERNANDEZ(1), G SATI-Q - ADULTOS(2)

(1) Sati. (2) Sociedad Argentina De Terapia Intensiva.

Introducción: La gestión de la Calidad es mencionada como una de las principales herramientas para ayudar en la gestión de las UCIA s hoy en día. Para hacer que las poblaciones de la UCIA s sean comparables, se requiere un instrumento y la definición de estándares de comparación. Desde el año 2002 la SATI entrega a las UCIA s Argentinas en forma gratuita el software SATI-Q, diseñado específicamente para obtener datos estandarizados de calidad y generar benchmarking entre las unidades participantes.

Objetivo: Describir el comportamiento tres índices: Incidencia de Neumonía Asociada a ARM, Incidencia de Infección por Catéter, Incidencia de Infección Urinaria medidos cada 1000 días y registrados en el software SATI-Q durante 10 años.

Métodos: Decisión política de la SATI de desarrollar y mantener un sistema de medición de la calidad para Argentina. Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo. Análisis de los registros de todos los pacientes internados en el período 01/01/2002-31/12/2012 en todas las UCIA s participantes del proyecto SATI-Q (Grupo SATI-Q Adultos). Gráfico de series temporales. Software utilizado: SATI-Q 3.0, MS Access 2000 y MS Excel 2000.

Resultados: Participaron en promedio 30 UCIA s durante los 10 años de registro. Pacientes: 75813.

Año	Neumonía	Cateter	Inf.Urinaria
2002	1.22	0.20	0.44
2003	2.88	0.54	0.78
2004	16.14	3.55	5.12
2005	15.74	3.14	5.12
2006	18.27	2.31	5.09
2007	19.70	4.35	4.70
2008	19.10	2.88	5.14
2009	18.05	3.24	3.57
2010	16.42	3.88	6.50
2011	15.73	2.68	2.96
2012	15.76	2.61	3.16

Conclusiones: El SATI-Q es una experiencia a nivel Nacional de la SATI de registro continuo de estándares de calidad en UCIA s durante 10 años. Este tipo de trabajo colaborativo siempre implica también la posibilidad de compartir información que finalmente conduce a la construcción de nuevos conocimientos. Por último, pero no menos importante, un programa de este tipo abre también a la posibilidad de formar grupos de interés común que funcionan dentro del Comité de Gestión, Calidad y Scores de la SATI, tales como grupos de trabajo para definir las normas y estándares a medir, o la elaboración de recomendaciones basándonos en datos locales.

0024 ALTERACIONES MIOCÁRDICAS EN LA SEPSIS, UN CASO DE PRESENTACION ATÍPICA CAUSADO POR SÍNDROME DE TAKOTSUBO

J VAZQUEZ(1), L SANTACRUZ(1), P DE VARGAS E GRANDO(1), E VEDOVATO(1), M ESTRIN(1), D FIRPO(1), G CARQUEIJEDAROMAN(1)

(1) Santojanni.

Introducción: Presentamos un caso de urosepsis que consulto al servicio de emergencias con un síndrome coronario agudo causado por una cardiomiopatía por stress.

Caso clínico: Paciente femenino de 41 años, con antecedentes de Obesidad, y Síndrome metabólico, en tratamiento con anfetaminas, diazepam, T4 y furosemida para adelgazar

Ingresó al hospital el 26/09 por dolor precordial, disnea y síntomas vaso-vagales. Al ingreso, ligeramente hipertensa, taquicárdica, taquipnéica, con rales finos bi-basales a predominio derecho. En el laboratorio se observa leucocitosis, trombocitosis, ligero aumento de la creatinina y transaminasas, síndrome hiperosmolar hiperglucémico, con Troponina de 2.23 (ref.< 0.01) En el EKG se observa complejos QRS anchos, con complejos QS en V1-V4 sobre elevación del punto J y desvío del eje a la izquierda. Con diagnóstico de SCA SST se coloca NTG, el cuadro se agrava con hipotensión arterial, lactacidemia, que se interpreta como shock cardiogénico. Eco-cardio muestra hipoquinesia severa global con contractilidad respetada en segmentos basales de VI. Con soporte inotrópico se coloca BCIA se realiza CCG con coronarias normales. Falla colocación de catéter de SG. Se rescataron BGN en orina. Se indicó Ceftriaxona. La paciente pasó a UTIA donde evolucionó con HDA, manteniéndose persistentemente febril, por lo que se reevaluó y se retiró el esquema a PTZ + Vancomicina. Mejora el estado clínico, se retira de ARM, mejoría del laboratorio, y del estado hemodinámico. Se obtiene rescate de SAMS en sangre por lo que queda con Cefalotina. Un nuevo eco-cardio muestra motilidad de cavidades normales. Luego de 10 días de internación se otorga el alta de UTIA en buen estado general

Discusión: El síndrome de Takotsubo se caracteriza por su aparición en el marco de stress físico y/o emocional, principalmente en mujeres, con dolor precordial de tipo anginoso, alteraciones del EKG y elevación leve y transitoria de enzimas marcadoras, como troponina. En el Ecocardiograma se observa akinesia o diskinesia

de la mitad o de los $\frac{3}{4}$ apicales del VI, con CCG que muestra vasos coronarios normales o levemente alterados. El cuadro resuelve en forma espontánea en el curso de 1-4 semanas y presenta un muy bajo índice de mortalidad intrahospitalaria (0-8%).

0025 ENSEÑANZA BASADA EN COMPETENCIAS ENCUESTA DE EXPLORACIÓN EN UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA

L CAMPUTARO(1), F BACCARO(1), L SCALISE(1)
(1) J A Fernandez.

Introducción: En muchos escenarios se discute y se plantean un cambio en la educación que sea significativo, adecuado a los requerimientos de un entorno que exige cada vez más la valoración del conocimiento y adaptación. El COBATRICE marco diferencia en el entrenamiento del Especialista. El valor agregado a aportar en la Educación Superior es la enseñanza basada en el "saber hacer" de la pirámide del conocimiento

Objetivo: 1.- explorar en nuestro cuerpo Docente el conocimiento y convencimiento de esta estrategia, 2.- definir si contamos con una masa crítica que permita un cambio de paradigma en la enseñanza.

Material y Métodos: Encuesta auto dirigida diseñada con fin exploratorio, consistente en 4 preguntas epidemiológicas y 4 dirigidas a la exploración propiamente dicha, implementada vía Internet con software (SurveyMonkey®). Se enviaron a 70 encuestados identificados como Docentes durante el mes de Abril.

Resultados: Respondieron n 40 (57.1%).

Variable	%
> 10 años Especialista	67.5
> 10 años de Docencia	40.0
35-60 años Edad	77.5
Conocimiento de la Estrategia	65.0
Conocimiento COBATRICE a través SATI	37.8
Por actividad Docente	25.0

El 78.5 % están De Acuerdo o Muy de Acuerdo en implementarla en la Sociedad, el 59 % de los restantes estarían dispuestos a invertir tiempo para el entrenamiento requerido en esta estrategia de enseñanza.

Conclusiones y discusión: Los encuestados pueden considerarse expertos, un alto porcentaje tiene más de 10 años de Especialidad y más de 10 años realizando actividad docente. Han tenido contacto con el COBATRICE a través de la Sociedad o a través de su actividad docente.

Los Docentes encuestados pertenece a un grupo etéreo con sólida formación y en plenitud de sus capacidades, si a esto asociamos el Acuerdo (78.5%) en implementar la estrategia, y que el 59% restante está de acuerdo en entrenarse en la misma, creemos que contamos con una masa crítica de Docentes como para implementar el cambio de paradigma hacia la enseñanza basada en competencias.

0027 PRÓTESIS LARÍNGEA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN LA PARÁLISIS LARÍNGEA DEL CANINO. REPORTE DE UN CASO.

C RICART(1), S RODRÍGUEZ(1), RM DURÉ(2)
(1) Hospital Escuela De La Fcv Uba. (2) Hospital De Infecciosas "F. Muñiz".

Introducción: la parálisis laríngea es la incapacidad muscular de abducir los cartílagos aritenoides durante la inspiración. En perros la presentación más frecuente es la adquirida, en razas grandes como Labrador, Golden Retriever, Setter Inglés, San Bernardo; con una edad media de 9-10 años. La etiología suele permanecer oculta. El tratamiento tradicional es quirúrgico, técnicas que poseen

como objetivo aumentar la apertura de la glotis. Se presenta una alternativa terapéutica con colocación de prótesis laríngea. Presentación del caso: Wendy, canino, hembra castrada, Golden Retriever, 11 años derivada a endoscopia 3 semanas postraqueostomía, los propietarios deseaban una alternativa no quirúrgica para la patología. Había sido llevada a una clínica de cuidados intensivos por cianosis, se diagnosticó parálisis laríngea adquirida y se realizó una traqueostomía de urgencia. Al momento de la consulta endoscópica presentaba estridor y severo esfuerzo inspiratorio, intolerancia al ejercicio y dificultad respiratoria por pliegues y secreción sobre el ostoma. Se realizó laringoscopia a través del ostoma con el paciente en vigilia, evidenciándose parálisis laríngea con colapso laríngeo grado III. Se colocó una prótesis siliconada en T tipo tróica con extremo proximal sobre los cartílagos aritenoides y extremo distal a 4 cm de ostoma; 12 mm de diámetro interno x 35 mm y 75 mm de largo con misma técnica utilizada en medicina humana. Todo el procedimiento se realizó en vigilia, luego se indujo al paciente con propofol EV a efecto para realizar la laringoscopia y confirmar la correcta colocación y funcionalidad de la prótesis. Se recuperó sin complicaciones. Ausencia de estridor. Manejo ambulatorio, buena tolerancia de líquidos, comida y ejercicio pos colocación del stent. La paciente desarrolló capacidad de remover secreciones acumuladas.

Discusión: la parálisis laríngea es una patología poco advertida por los propietarios hasta que el paciente evidencia crisis agudas de obstrucción respiratoria y la resolución inmediata es la traqueostomía. El complicado manejo del ostoma y los pliegues cutáneos suelen ser motivos de búsqueda de otras alternativas terapéuticas por parte de la familia para la patología en pacientes gerontes. Conclusión: el resultado alentador de este caso clínico invita a considerar a la prótesis laríngea para casos de parálisis.



0028 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), P SAUL(1), C DOMINGUEZ(1), M MATTEO(1), N COSTA(1), R GREGORI SABELLI(1), C NOGUERAS(1), J SAN JUAN(1)
(1) De Infecciosas F J Muñiz.

De los 6.2 millones casos de tuberculosis (TB) en el mundo, notificados a la Organización Mundial de la Salud en 2011, 5,8 millones eran casos nuevos, y de estos, el 13% tenían tuberculosis extrapulmonar (TBE). Debido a la heterogeneidad en las manifestaciones clínicas, el diagnóstico es difícil.

Objetivos: Describir características clínicas, radiológicas y microbiológicas de pacientes con TBE en cuidados intensivos (CI). Objetivo secundario: analizar factores asociados a mortalidad.

Material y método: Estudio cohorte, observacional, retrospectivo. Se incluyó 60 pacientes ingresados en CI con diagnóstico de TBE (definida como la TB con presentación no pulmonar) confirmada por baciloscopia y/o cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*, período 01/2009-12/2013. Se uso planilla Microsoft Excel y estadística descriptiva. Significancia estadística < 0,05.

Resultados: Edad (años) media 33,6 (±10,30), mediana 32 (16-60). Hombres 73%. Días de internación en CI media 7,5 (±6,72), mediana 6 (1-43). Diagnósticos de ingreso neumonía 88%, meningocelulitis (ME) 50%, insuficiencia respiratoria 31%, sepsis grave/shock séptico 20% y hepatopatía 15%. Comorbilidades: VIH/sida 55%. APACHE II (puntos) media 14, mediana 12 (4-39). Radiografía de tórax bilateral 80% y placa de tórax normal 3%. Hipoalbuminemia (g/l) media 2,46 (±0,71), mediana 2,6 (1-4). Baciloscopías positivas 60%. Cultivos positivos 93%. Aislamientos en muestras de líquido cefalorraquídeo 33, pleura 11, ganglios 8, hemocultivos 5, orina 4, piel y partes blandas 2, pericardio 2, líquido ascítico 2. El 73% fueron sensibles a drogas de 1ª línea, el resto tenía 1, 2 o más resistencias. Intercurrencias 17% (neumotórax, atelectasia y hepatotoxicidad). Requirieron tratamiento quirúrgico 12%. Uso de ventilación mecánica (VM) 47%. Mortalidad 37%. Las variables relacionadas con mortalidad, estadísticamente significativas fueron: edad ≥34 años, días de internación en CI ≥7, insuficiencia respiratoria, hepatopatía (insuficiencia hepática/hepatotoxicidad), ME, sepsis grave, APACHE II ≥12, hipoalbuminemia y VM.

Conclusión: A diferencia de lo citado por la literatura, hallamos hombres jóvenes, más de la mitad eran VIH/sida. La radiografía de tórax con compromiso bilateral fue hallada en la mayoría de los casos. La baciloscopia y el cultivo tuvo mayor rendimiento que lo documentado y las localizaciones más frecuentes fueron sistema nervioso, pleura y ganglios. La resistencia de los antifíggmicos fue mayor. La mortalidad coincide con la citada en la bibliografía.

0030 DIAGNOSTICO ETIOPATOGENICO DEL SINDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE CANINO CRÍTICO

S GONZALEZ(1), M JENSEN(2)

(1) Escuela Veterinaria Uba. (2) Escuela Veterinaria.

Introducción: El Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) es un estado patológico común en la clínica de emergencias de pequeños animales ocasionado por un sinnúmero de enfermedades (sepsis, neumonía, traumatismos, pancreatitis, etc). El mismo se caracteriza por un estado en que la sangre no es adecuadamente arterializada en su paso por los pulmones evidenciando niveles bajos de presión parcial de oxígeno en la sangre arterial del paciente (hipoxemia). La hipoxemia a nivel del mar y respirando aire ambiental se define con valores de PaO₂ (presión parcial de oxígeno) inferior a 60 mmHg. La valoración de la función respiratoria en un paciente en estado crítico con disnea no puede realizarse mediante el uso de pruebas de laboratorio comunes (radiografías, hemograma y bioquímica sérica) sino que es necesario el uso de exploraciones complementarias a estas, como lo son, los análisis de gases sanguí-

neos a través de una muestra de sangre arterial heparinizada. Los datos ofrecidos al clínico por el laboratorio son pH, PaO₂, PaCO₂ (presión parcial de dióxido de carbono), Bicarbonato (HCO₃⁻), Exceso de bases (EB), satO₂. Estos datos permiten confirmar un estado de insuficiencia respiratoria y aproximar al mecanismo fisiopatológico desencadenante.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de análisis de gases sanguíneos realizados en el Hospital Escuela de la FCV-UBA en el período 2011 – 2013 recopilando los datos clínicos de interés y utilizando como referencia a los valores considerados normales para el hospital escuela de la UBA

Resultados:

Función respiratoria	paO ₂	paCO ₂
Insuficiencia respiratoria global	< 60mmHg	> 45 mmHg
Insuficiencia respiratoria parcial	< 60mmHg	Normal
Insuficiencia ventilatoria	Normal	> 45 mmHg
Acidosis respiratoria	-----	> 45 mmHg
Alcalosis respiratoria	-----	< 36 mmHg

Conclusión: Los gases sanguíneos son fundamentales a la hora de evaluar la capacidad funcional del aparato respiratorio a través de la valoración del estado de insuficiencia respiratoria y deberían ser utilizados como base para la toma de decisiones en la terapéutica a implementar en el paciente en estado crítico que presenta disnea.

0031 CALIDAD DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA AL INGRESO DEL PACIENTE

P CENTENO(1), G IZZO(1), M ARZEL(1), A TORRES(1), C MARIANA(1), VI BRUNETTI(1), L KOLLER(1), M SONIA(1), H CABRERA(1)

(1) Hgza Simplemente Evita.

Introducción: La información en la historia clínica es de interés para el estudio y tratamiento del paciente, obtener datos epidemiológicos y estadísticos de la población. Resulta en protección o condena ante demandas. La calidad de los datos contenidos resultan de vital importancia.

En particular el “ingreso” del paciente es relevante. Orienta y encasilla al paciente en un diagnóstico, contiene información solo obtenible en este momento que será inaccesible a posteriori y la impresión subjetiva del médico que evalúa al paciente en este momento y que no podrá ser revivida.

Como parte de un programa de mejora de la calidad en terapia intensiva se decidió evaluar la confección del ingreso en la UTI de un hospital de mediana complejidad.

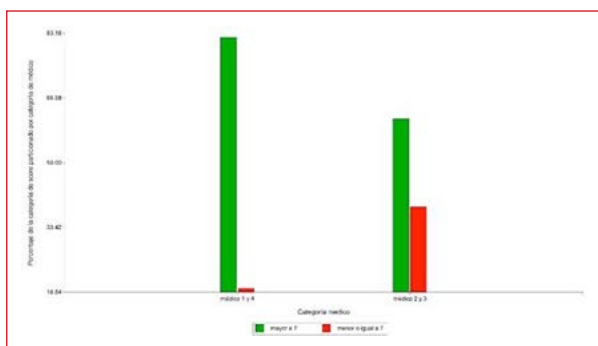
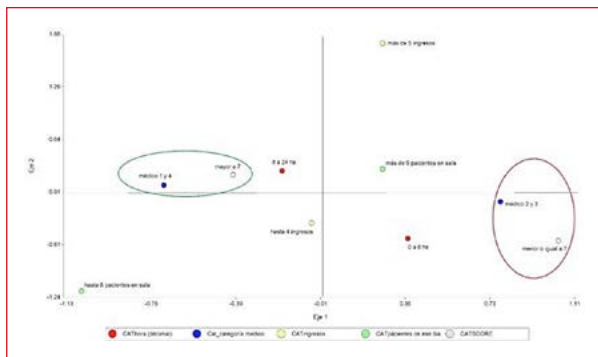
Estudio prospectivo observacional

Se evaluaron 231 ingresos a la UTI a través de un software desarrollado para la gestión de terapia intensiva. El personal médico no fue advertido sobre esta evaluación para evitar sesgos. La evaluación se realizó durante las 24 a 48 horas posteriores a cada ingreso. Los criterios incluidos fueron establecidos para evaluar la calidad de datos volcados que afectan la información médica, prevención legal, estadística y epidemiología:

01. consentimiento informado; 02. copia de documento; 03. contactos del paciente; 04. firma de la hoja de ingreso; 05. realización y volcado del exámenes complementarios; 06 realización y volcado de laboratorio; 07. confección y archivo de la historia clínica; 08. coherencia entre motivo de ingreso y enfermedad actual; 09. indicaciones médicas a enfermería; 10. cálculo de scores adecuados. Además de la evaluación de los criterios descriptos para su posterior análisis y toma de medidas de corrección. También se relacionó a la hora del ingreso, cantidad de ingresos y de pacientes internados en la guardia y la función del médico que confecciona el ingreso (coordinación, planta, residente).

Resultados: La hora del ingreso y la cantidad de ingresos diarios no

generaron diferencias en la calidad. Los ingresos fueron mejores en este orden: coordinador - residente - planta. La cantidad de pacientes internados influyó negativamente en la calidad del ingreso.



0032 MANEJO DE LA VÍA AÉREA: PIENSO GLOBALMENTE Y ACTUO LOCALMENTE.

D DANIEL(1), F DE BELLO(1), J LOZANO(1), V ALONSO(1), H HERRERA(1), R NICASTRO(1), G BENAVENT(1), F PLANO(1), M MAIDANA(1), G FILIPPA(1), C CUEVAS(2)
(1) Cemep. (2) Cuevas.

Objetivo: Evaluar el impacto sobre la tasa de complicaciones en la intubación orotraqueal (IOT) con la implementación de un protocolo de actuación en el manejo de la vía aérea.

Materiales y métodos: Fueron incluidos todos los pacientes admitidos al Servicio de Terapia Intensiva (STI) polivalente desde el periodo comprendido entre Agosto de 2012 y marzo 2014, que requirieron IOT. Se utilizó un protocolo de actuación: durante el proceso de preintubación, intubación y post intubación, pensando globalmente y actuando localmente. Incluyendo la valoración de las vías aéreas, planes de seguridad, optimización cardiovascular y pulmonar. Las complicaciones incluyeron: 1) Intubación dificultosa (ID) 2) Intubación esofágica (IE) 3) Traumatismo de la vía aérea superior (TVAS) 4) Broncoaspiración (BR) 5) Arritmias cardiacas (AR) 6) Parada cardiocirculatoria (PC). Se compararon las tasas de complicaciones durante 2 periodos: Periodo 1 (P1): desde agosto 2010 a julio 2012, donde se realizó la IOT por medio de la Secuencia de Intubación Rápida y periodo 2 (P2) desde agosto 2012 a marzo 2014, donde se implementó el protocolo. Se evaluó las características demográficas, APACHE II, SOFA score, Complicaciones de intubación (CI) estadía en TI (ET), y mortalidad (M). Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar, el test Fischer y el Chi cuadrado, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% ($p < 0.05$).

Resultados: Se evaluaron 374 pacientes (p) que requirieron IOT: 180 (48,1%) p durante el P1, y 194 (51,8 %) p durante el P2, APACHE II

del P1: 18, P2: 16. CI P1: 24 p (13%), P2: 7 p (3,6 %) ($p < 0,001$), ID P1: 8 p (33,3%), P2: 1 p (14,2%) ($p < 0,005$), IE P1: 3 p (12,5%), P2: 1 p (14,2%), TVAS P1: 5 p (21,3%), P2: 2 p (28,5%), BR P1: 4 p (16,6%), P2: 1 p (14,2%), AR P1: 3 p (12,5%), P2: 2 p (28,5%), PC P1: 1 p (4,1%), P2: 0 p, y la M P1: 10 %, P2: 6,2 % (NS).

Conclusión: En el grupo estudiado la aplicación de un protocolo para el manejo de la vía aérea redujo con significación estadística las complicaciones, en particular la intubación.

	P1 = 180	P2 = 194	P
CI	24 (13%)	7 (3,6%)	<0,001
ID	8 (33,3%)	1 (14,2%)	<0,005
IE	3 (12,5%)	1 (14,2%)	
TVAS	5 (21,3%)	2 (28,5%)	
AR	3 (12,5%)	2 (28,5%)	
BR	4 (16,6%)	1 (14,2%)	
PC	1 (4,1%)	-	
APACHE II	18	16	NS
SOFA	8 +/- 2	7 +/- 3	NS
ESTADIA (días)	13,5 +/- 3 días	12,8 +/- 1,2 días	NS
MORTALIDAD	10% 18 ptes	6,2% 12 ptes	NS

0034 ECLAMPSIA NORMOTENSIVA CON ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES)

JA RAMOS OLIVER(1), A CARUSO(2), E ADAMOLI(2), U ALEGRE(3), T ROMER(2), M VILLA(3)
(1) Diego Thompson. (2) Argerich. (3) Corporación Médica.

ECLAMPSIA NORMOTENSIVA CON ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES)

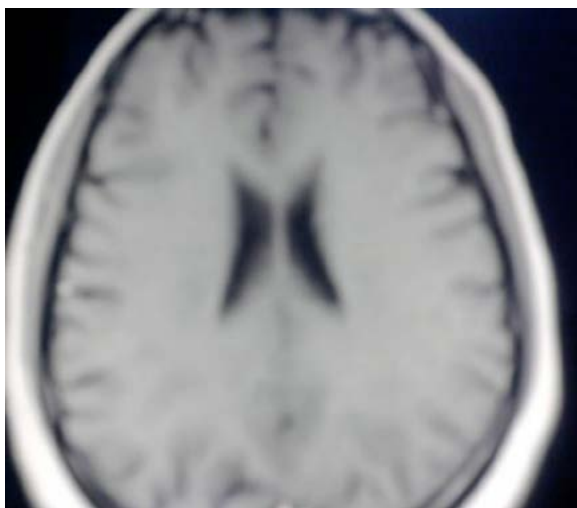
RAMOS OLIVER J, CARUSO A, ADAMOLI E, ALEGRE U, TORREZ R, VILLA M.
Servicio de Terapia Intensiva del Sanatorio de la Corporación Médica, Matheu 4071 San Martín Pcia. Bs Aires Argentina

Introducción: La eclampsia por desbalance de mediadores útero-placentarios causa de "lesión primaria" del Endotelio ED, produce vasoconstricción e Hipertensión (HTA) generadora de "lesión secundaria" del ED, altera la barrera hematoencefálica (BHE), hipoperfusión trastorno de permeabilidad vascular, edema vasogénico, similar al "SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES), evidenciable en la resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro, con pobre inervación simpática conlleva a vasodilatación occipital.

Presentación del caso clínico: Mujer de 27 años, embarazo de 28 semanas, cefalea, TA 120/80, náuseas, epigastalgia, a las 24 hr. Desorientación y convulsiones, TA 130/80, RMN de cerebro, con imágenes redondas múltiples córtico-subcorticales, bi-hemisféricas, sin sangrado. Ingresó a Terapia Intensiva con TA 120/80. Laboratorio: GB 24600, Hto 30,4, plaquetas 130000, urea 15, creatinina 0,59, glucemia 106, Bit 0,20, BiD 0,60 GOT 59, GPT 47 TP 100, KPTT 25, Na 138, K3,4, Mg 1,6, ácido úrico 9,3, proteína en orina 285,5 mgr. Evolucionó con TA de 170/100 y convulsiones (Eclampsia), se realizó cesárea. RMN control: disminución de imágenes Córtico-subcorticales, bi hemisféricas, sin reales patológicos y fenómenos restrictivos en la difusión por edema vasogénico, secundario a alteración de la BHE.

Discusión: La TA 120/80 motivó solicitud de RMN para descartar LOE en una embarazada "normotensa". Los signos de eclampsia en el inicio del cuadro son debidos al daño endotelial, desencadena convulsiones con TA "normal", luego se establece eclampsia con HTA con imágenes de PRES en RMN. La TA de 120/80 fue un sesgo, evitó arribar el diagnóstico de preeclampsia.

Conclusiones: Las conductas no deben basarse solo en normativas, debe primar sentido común para su interpretación diagnóstica y Toma de decisiones oportunas. La eclampsia puede cursar con una pseudo normotensión, la cefalea, epigastalgia, deben interpretarse como signos de eclampsia.



0035 BENEFICIOS DE LA TÉCNICA MINIBAL PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS BRONQUIALES

M CINI(1), S DIEGO(1), R LUMINI(1)
(1) Del Carmen.

BENEFICIOS DE LA TÉCNICA NO BRONCOSCÓPICA MINI LAVADO BRONQUIO ALVEOLAR PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS BRONQUIALES.

CINI. MATÍAS^{1,2}; DIEGO SOLEDAD¹; LUMINI ROMINA¹; MICHIELS RUBÉN¹; CASTRO JOSÉ¹; COSTA CRISTIAN¹.

1. Hospital del Carmen, Unidad de Terapia Intensiva, Mendoza, Argentina.
2. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Mendoza, Argentina.

Resumen:

La Neumonía intrahospitalaria (NIH) es la segunda infección nosocomial más frecuente en las unidades de terapia intensiva (UTI). Ocasiona una elevada morbilidad, mortalidad e incluso aumenta la estadía hospitalaria.

Tras la aparición de patógenos emergentes (gérmenes intrahospitalarios) la NIH ha sido un desafío constante debido al cambio de la epidemiología intrahospitalaria y el desarrollo de un aumento de la resistencia de los mismos a los antibióticos.

El estudio microbiológico de especímenes respiratorios con técnicas

cuantitativas, ayuda a separar la colonización de la infección y su rendimiento depende de la técnica utilizada para conseguir dicha muestra.

Se pretende el estudio de la prevalencia del germen más representativo y el resultado positivo o negativo de la técnica durante el tratamiento con antibióticos.

Se utiliza la técnica de **Mini B.A.L.**; método a ciegas y confiable. Su punto de corte recomendado es igual al lavado bronquio alveolar o B.A.L (104 ufc/ml). Se obtuvieron 452 muestras durante los años 2010-2013, de pacientes conectados a asistencia respiratoria mecánica (ARM), con diagnóstico de NIH.

Se realiza la prueba para dos variables cualitativas independientes (antibiótico y MiniBAL positivo o negativo), determinando la independencia entre las variables. Como patógeno prevalente, *Acinetobacter*.

Este trabajo demuestra la importancia de la Técnica Mini BAL realizada por kinesiólogos capacitados en cuidados intensivos, cuyo beneficio es evitar utilizar otros procedimientos más cruentos que puedan agravar la situación del paciente crítico. En muchos ya tratados con ATB, las muestras dieron positivas para un nuevo germen, lo cual permitió el cambio de ATB y tratar de manera más eficiente la nueva infección.

Es una técnica segura, eficaz, rápida, económica, con la que al determinar la etiología se logra un diagnóstico precoz, utilizando un tratamiento antibiótico correcto y eficaz con el fin de combatir estos patógenos.



0036 APLASIA MEDULAR EN UN PACIENTE POST TRASPLANTE HEPÁTICO

J HAGEL(1), S VILLARROEL(2), S GIANNASI(2), E SAN ROMÁN(2)

(1) Hospital Italiano Buenos Aires. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires.

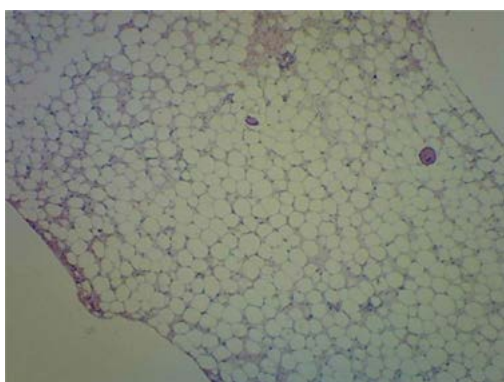
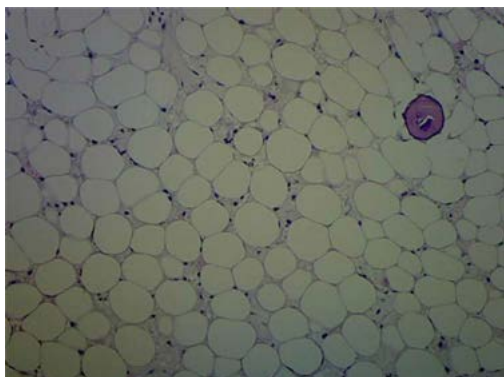
Introducción: El trasplante de hígado es una de las pocas opciones curativas que tiene un paciente con cirrosis terminal (independientemente de su causa primaria). Si bien hay complicaciones conocidas, con una incidencia ya estimada, existen situaciones atípicas. La aplasia medular es una complicación extremadamente poco frecuente (menos del 1%) en los pacientes pediátricos sometidos a trasplante hepático, y prácticamente no reportada en adultos. Por este motivo, se ha decidido presentar este caso.

Presentación del caso: Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de cirrosis criptogénica (Child B MELD 30). Se realiza trasplante hepático en marzo de 2014. Tuvo un tiempo total de isquemia del órgano de 8 hs e intercurrió en el intraoperatorio con síndrome de reperfusión, y sangrado con transfusión de 74 hemocomponentes. Como complicaciones post quirúrgicas, requirió ARM y vasopresores por 24 hs, IRA anúrica con requerimiento de hemodialisis, y neurotoxicidad a tacrolimus. A los 12 días post trasplante, presenta neutropenia febril. Carga viral de CMV positiva (>14,000c). Inicia tratamiento con foscarnet y filgrastim EV. PAMO con aplasia medular severa (celularidad menor 10%). Evoluciona con tricitemia crítica, con requerimientos de hemocom-

ponentes diarios. Se realiza tratamiento con meprednisona 1mg/kg e inmunoglobulina, sin respuesta alguna. Evoluciona con shock séptico, con posterior FMO y óbito del paciente luego de 28 días internación.

Discusión: Se plantea un paciente con aplasia medular en un post trasplante hepático mediato. Los posibles diagnósticos diferenciales fueron: reactivación de CMV, GVHD y aplasia medular autoinmune. La primera se desestimó, por falta de respuesta al tratamiento. Para el GVHD, faltaron criterios diagnósticos (compromiso intestinal, hepático y de piel). Y por último, para la aplasia medular de origen autoinmune, se realizó tratamiento con meprednisona e inmunoglobulina, sin respuesta.

Conclusión: El paciente presentó una aplasia medular sin diagnóstico etiológico definitivo. El antecedente de transfusión masiva, el difícil manejo de la inmunodepresión y la infección por CMV seguramente tuvieron un rol en esta situación.



0037 LEPTOSPIROSIS ICTEROHEMORRÁGICA O SÍNDROME DE WEIL

J NIEVES MARQUEZ(1), L LOZA(1), N ESPINOSA(1), R SENESTRARI(1), I RÍOS(1), G FERNÁNDEZ CID(1)
(1) Enrique Tornu.

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis bacteriana causada por una espiroqueta *Leptospira Interrogans*, La mayoría de pacientes presenta una forma leve de la infección, en las formas graves evoluciona con falla hepática y renal (enfermedad de Weil) y aumento considerable de la mortalidad.

Caso clínico: Paciente de 30 años, residente en el Barrio de Villa Celina, provincia de Buenos Aires, ingresa derivado de Hospital Santojanni por cuadro de 48 horas, caracterizado por fiebre, vómitos, polimialgias, dolor abdominal, e ictericia generalizada asociado a inestabilidad hemodinámica, requiriendo internación en UTI. Al ingreso, se presenta vigilia, normotenso, subfebril, ictericia generalizada, efusión conjuntival, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio e HD. Laboratorio con leucocitosis marcada, plaquetopenia

(35000), hiperbilirrubinemia a predominio directo y transaminasas elevadas por 6, falla renal oligúrica (creatinina de 4.5), acidosis metabólica con GAP aumentado, lactato de 2 y CPK de 3500. Se solicita Coombs directa (-), hemocultivos por 3, urocultivo, serologías para virus hepatotópicos y HIV negativos, Rx de tórax con infiltrados bibasales, ecografía abdominal con hepatomegalia homogénea. Al interrogatorio, refiere antecedente de inundación en domicilio 2 semanas atrás y contacto con roedores, se solicita serología para leptospirosis, hanta virus, FHA que se derivan al Hospital Muñiz e inicia tratamiento empírico con AMS. Evoluciona con IRA renal anúrica requiriendo hemodiálisis por una semana, falla hepática con marcada hiperbilirrubinemia sin signos de encefalopatía. Intercede con disminución súbita de agudeza visual en ojo izquierdo con fondo de ojo que evidencia neuritis retrobulbar, requiriendo pulsos de corticoides. Se recibe 15 días posteriores a su ingreso resultado de serologías positivo para leptospirosis, cumple 14 días de tratamiento con AMS, evolucionando con mejoría de función renal, hepática y hematológica.

Conclusión: La leptospirosis debe contemplarse en el diagnóstico diferencial de cuadros sépticos con ictericia, en pacientes con antecedentes epidemiológicos. La enfermedad de Weil o presentación icterohemorrágica se caracteriza por su gravedad y alta mortalidad, con FMO, colapso cardiovascular, shock séptico, CID y hemorragia pulmonar. Puede presentarse IRA con necrosis tubular, además de compromiso hepático. Se encontraron en revisiones bibliográficas, complicaciones neurológicas como neuritis retrobulbar, en este paciente la RMN de cerebro no mostró alteraciones patológicas.

0038 RESCATE MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D QUARANTA(1), J CAPELLA(1), M MOLINA(1), A PASQUINI(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), D VARELA(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se define como una infección aguda del parénquima pulmonar. La tasa de mortalidad oscila entre el 5,1 % para los pacientes ambulatorios y hospitalizados y un 36,5 % en los pacientes ingresados en la unidad de terapia intensivos (UTI).

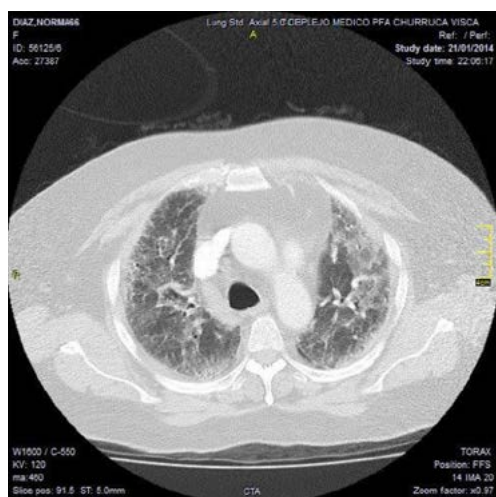
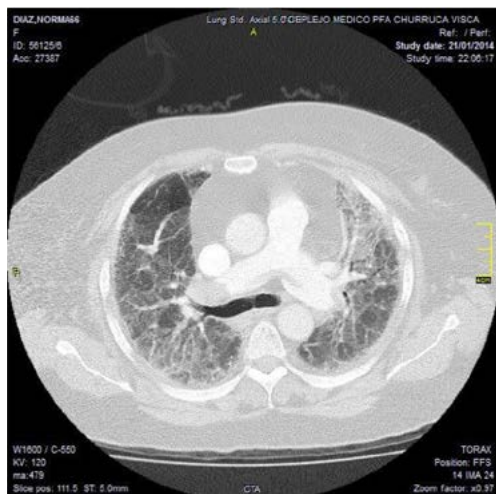
Objetivo: Describir la prevalencia microbiológica en pacientes con infección respiratoria en la UTI de nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes ingresados por (NAC) a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/11/2013 hasta 1/03/2014 que requirieron ARM. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, comorbilidades, Patrones radiográficos, etiología, días de ARM, estadia y mortalidad. Se utiliza media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 190 pacientes, 98 (51 %) requirieron ARM, de ellos 16 pacientes (16%) eran NAC. La edad fue de 64±14, el 60 % hombres, APACHE II 24±9, riesgo de mortalidad 35%. El 60% tenían patrón alveolar (PA), 10% inmunodeprimidos, con un aislamiento bacteriológico del 40% con predominio de *S. pneumoniae*. A las neumonías con patrones intersticiales (PI) se les realizó lavado broncoalveolar (BAL), 40% inmunodeprimidos, encontrando: virus influenza estacional M2 30%, H1N1 20%, P.jiroveci 20%, virus sincicial respiratorio 10%, citomegalovirus 10%, y herpes simplex tipo I 10%. Los días de ARM fueron de 5 [3-13], la estadía en UTI 10 [6-13] días y la mortalidad de 80%.

Conclusiones: La población estudiada fue añosa, muy grave. Si bien las bacterias siguen teniendo un papel predominante en NAC con patrón alveolar, en las que tienen patrón intersticial se hallaron mayormente patógenos virales por preponderancia de inmunodeprimidos se debe considerar el BAL debido a que en estos pacientes no se puede realizar biopsia pulmonar por la gravedad. Los virus

han aumentado por la mayor expectativa de vida, comorbilidades y las pruebas de diagnóstico mejoradas.



0039 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

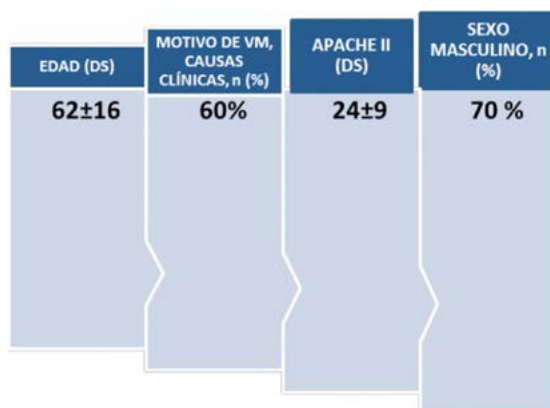
A FELDMAN(1), V NUNES VELLOSO(1), J CAPELLA(1), D VARRELA(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), A PERAZI(1), R ALVARADO(1), J YALOSKE(1), N FALCON PEREZ(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: La asistencia respiratoria mecánica (ARM) es un procedimiento ampliamente utilizado en las unidades de cuidados intensivos. La mortalidad de los pacientes con ventilación mecánica es alta.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas y la prevalencia de pacientes en ARM.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) desde el 1/11/2013 hasta el 1/03/2014 que requirieron (ARM) por más de 24 hs. Las variables registradas fueron edad, sexo, modo ventilatorio, volumen corriente (Vt), presión positiva espiratoria final (PEEP), duración de ARM, APACHE II, motivo de ingreso, tasa de extubaciones, % de traqueotomía, incidencia de (NAV), días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 190 pacientes, 98 (51 %) requirieron ARM. La edad fue de 62 ± 16 y el 70 % eran hombres. El APACHE II 24 ± 9 con un riesgo de mortalidad del 50%. De los pacientes en ARM 40 % eran post-quirúrgicos y 60 % clínicos. El 80% fueron ventilados con modo controlado por volumen con un VT $6-8 \pm 3$ ml/kg y en 20% se utilizaron modos controlados por presión, con una presión inspiratoria de 20 ± 5 cm H₂O, flujo 60 ± 10 l/min, FR 12 ± 4 rpm, PEEP fue de 8 ± 3 cmH₂O, fracción inspiratoria de oxígeno entre 40 y 50%. El 63% fueron extubados, 10 % requirieron traqueotomía, los días a TQT 12 [10-14]. La incidencia de NAV 20 %, con una tasa de incidencia de diez episodios por cada 1,000 días-ventilador. Los días de ARM 5 [3-9], la estadía en UTI 9 [5-15] días y la mortalidad del 37%. **Conclusión:** La tasa de ARM se corresponde con la media nacional, los pacientes eran añosos y severamente enfermos. La tasa de extubaciones fue del 63% con un 10% de requerimiento de traqueotomía, a pesar de ello la mortalidad fue menor que la esperada. El trabajo posibilitó conocer el perfil epidemiológico y evolutivo de nuestros pacientes. Es el primer paso para el diseño de estrategias que nos permitan mejorar la calidad de atención.



0040 COMPLICACIONES DE LA ESOFAGUETOMÍA TRANSHIATAL: CASO CLÍNICO

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D QUARANTA(1), J CAPELLA(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

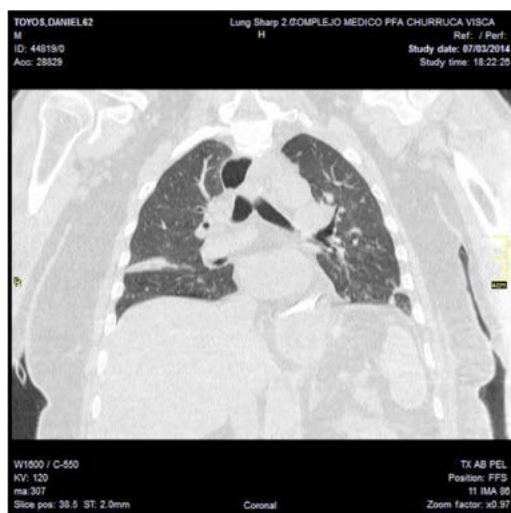
Introducción: La esofagectomía transhiatal es una técnica para la resección de tumores de la parte inferior del esófago y la unión esofagogástrica. La esofagectomía transhiatal a través de laparotomía, cervicotomía y disección ciega del esófago tiene menor morbilidad ya que evita la toracotomía.

Caso clínico: Paciente de 61 años de edad sexo masculino con antecedentes de HTA, gastritis crónica que ingresa a Terapia intensiva el 24/02/14 en postoperatorio inmediato de esofagectomía transhiatal por adenocarcinoma del tercio inferior bien diferenciado

de esófago. Ingresó a vigilancia, normotenso, sin requerimiento de inotropicos. Se intubó a las 24 hs por mala mecánica ventilatoria y mal manejo de secreciones. Evolucionó febril con débito gástrico bilioso constatándose dehiscencia de la anastomosis y fístula traqueal en shock séptico. Se colocó sonda petzer en la dehiscencia gástrica y se realizó traqueostomía quirúrgica. En la TAC de tórax se evidencia aire pretraqueal sin mediastinitis. Requiere imipenem, vancomicina. Evolucionó favorablemente en traqueo en t y a los 24 días de internación pasa a piso.

Discusión: La esofagectomía transhiatal tiene alta tasa de complicaciones. Al realizar una anastomosis cervical evitaría complicaciones como mediastinitis por dehiscencia de anastomosis intratorácica, aunque la tasa de dehiscencia es mayor en las anastomosis cervicales. Las complicaciones pulmonares postoperatorias, como neumonía, derrame pleural, broncoespasmo, síndrome de dificultad respiratoria aguda, y la dependencia del respirador, son las complicaciones más frecuentes que ocurren en el 16 al 67 % de todos los pacientes. En el 20% fibrilación auricular es un marcador de morbilidad y mortalidad quirúrgica después de grandes operaciones torácicas, fístula traqueales en el 1 % y quilotorax 1%.

Conclusiones: Describir nuestra experiencia con esofagectomía por cáncer de esófago y, el desarrollo y el tratamiento de las complicaciones derivadas de la cirugía. En nuestro paciente se logró el cierre de la fístula traqueal y de la dehiscencia de la anastomosis.



0042 CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON HIV: A PROPÓSITO DE UN CASO

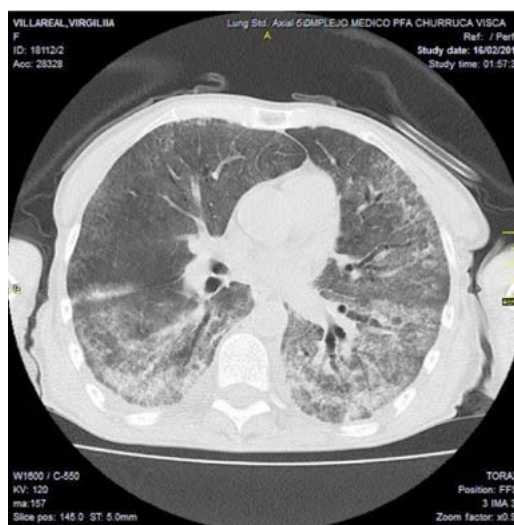
A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D QUARANTA(1), A PASQUINI(1), J CAPELLA(1), M MOLINA(1), V NUNES VELLOSO(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

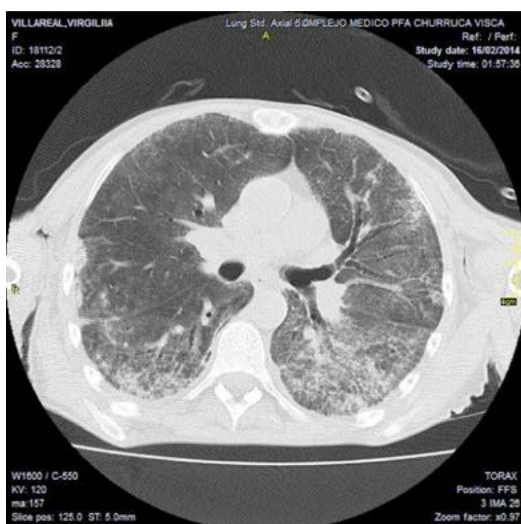
Introducción: El citomegalovirus (CMV) es la neumonía viral más frecuente en pacientes con infección por VIH.

Caso clínico: Paciente de 67 años que ingresa a clínica médica por insuficiencia respiratoria con diagnóstico inicial de neumonía grave de la comunidad por lo cual requirió tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam, claritromicina durante siete días. Se recibe resultado de HIV positivo. Se realiza lavado broncoalveolar (BAL) y se agrega al tratamiento antibiótico cuatro drogas antituberculosas, trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) y candidas. Dado que evoluciona con mala mecánica ventilatoria se decide intubación orotraqueal y conexión a ARM. Ingresó a UTI hipotensa requiriendo noradrenalina, acidosis metabólica, PAFI 100, neumotórax derecho que se drena. Se rota esquema antibiótico a imipenem, vancomicina. Se realiza nuevo BAL, panel viral, P. jiroveci y PCR negativo para TBC. Siendo la PCR, IgM y pp65 positivos para (CMV). Inicia tratamiento con ganciclovir suspendiendo cuatro drogas tuberculostáticas y TMS. La paciente evoluciona en shock séptico refractario con fístula broncopleural, Pafi 70, sin respuesta al tratamiento falleciendo a los diez días de internación.

Discusión: A nivel pulmonar, el CMV se ha encontrado como coinfección asociado a P.jirovecii hasta en el 53% de los casos. La enfermedad se produce en individuos CMV seropositivos y la enfermedad representa la reactivación de la infección latente, en lugar de una nueva infección. Se realiza diagnóstico con serología, la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa y cualitativa, la antigenemia pp65, el cultivo de líquido de lavado broncoalveolar (BAL) y la histopatología.

Conclusiones: Aunque el diagnóstico definitivo requiere la demostración histológica, una clara sospecha clínica, junto con la exclusión de otros agentes etiológicos que puedan ocasionar el proceso estudiado y la demostración de infección por CMV (cultivo, PCR, antigenemia) pueden justificar un tratamiento empírico frente a CMV en algunas circunstancias. El diagnóstico no resulta con frecuencia fácil, habitualmente son condiciones de extrema gravedad lo que dificulta realizar una biopsia pulmonar para confirmar el diagnóstico.





0043 MONITOREO CLÍNICO SISTÉMICO DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SE LAURENT ABRANTE(1)
(1) Médica Uruguaya.

Introducción: En nuestro país de poco más de tres millones de habitantes, según la UNASEV (Unidad Nacional de Seguridad Vial), en 2013 hubieron 30.498 lesionados en siniestros de tránsito, en los cuales 567 fallecieron, y un gran porcentaje ingresan a nuestras unidades de cuidado intensivo.

Llegan a nuestras unidades usuarios con diferentes patologías, pero en su mayoría son politraumatizados. PTM son individuos que presentan traumatismos varios; los podemos clasificar de acuerdo a la entidad o gravedad de los mismos.

Comúnmente tenemos en nuestras unidades pacientes que están sometidos a una terapia invasiva, ya sea ARM, Monitoreo Multimodal, ECMO, etc. Si bien están bajo nuestro cuidado y con monitoreos de nuestros mejores colaboradores, los equipos con diferente tecnología, es fundamental nuestra valoración continua sistémica.

Objetivos: Prevenir las complicaciones, detectarlas y actuar sobre las mismas, evitando que se produzca un daño secundario al evento.

Material y Método: El politraumatizado estudiado en este trabajo es aquel que presenta TEC según clasificación de Marshall grado 1, traumatismo torácico y abdominal, sin fracturas evidentes, con un Glasgow de 15, con lesiones de piel (pequeños escalpes). El estudio fue realizado en un total de veinte pacientes, en un lapso de tiempo de tres meses. Las edades oscilaron entre 16 y 48 años.

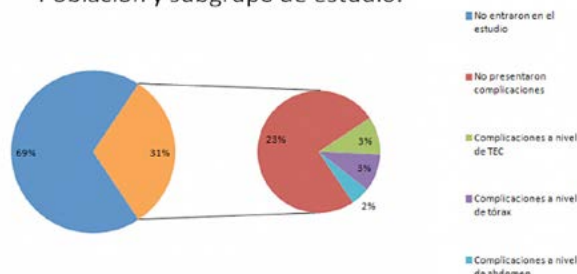
Se realizó un plan de atención con registros cada hora, de la valoración sistémica, y detección de signos y síntomas.

Resultados: De los veinte pacientes, cinco presentaron complicaciones. Dos a nivel de TEC, otros dos con complicaciones a nivel de trauma de tórax, y uno de abdomen, todos requiriendo de terapia invasiva.

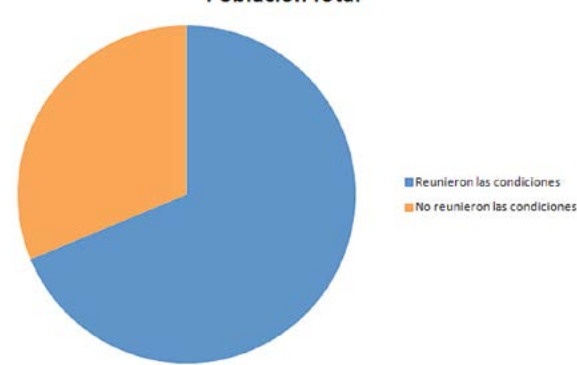
Conclusiones: Los pacientes que ingresan a las UCI, aunque en forma inmediata no requieran de la terapéutica invasiva, no son menos graves, y necesitan de nuestro monitoreo clínico sistémico continuo; para evitar que dentro de nuestras unidades, y bajo nuestro control, se desencadenen las complicaciones sin poder actuar sobre las mismas.

Es una forma de evitar una injuria secundaria, sobre la ya existente en fase hospitalaria. Los equipos y la tecnología nos colaboran, pero es necesaria la valoración continua y sistémica, por parte de personal capacitado.

Población y subgrupo de estudio.



Población Total



0044 NEUMOENCEFALO BIFRONTAL A TENSION (SIGNO DEL MONTE FUJI) SECUNDARIO A TRAUMATISMO DE CRANEO LEVE REPORTE DE UN CASO

AJ CARUSO(1), JA RAMOS OLIVER(2), EA ADAMOLI(2), U ALEGRE ESCOBAR(2), J REGO(2), F PIEDIMONTE(2)
(1) Cirpotacion Medica De Gral San Martin. (2) Corporación Médica Gral San Martin.

Introducción: El neumoencefalo bifrontal a tensión es una patología poco frecuente mas comunmente asociada a procedimientos neuroquirúrgicos y traumatismo de cráneo severo asociado a fracturas maxilofaciales entre otros y se manifiesta por cefalea, deterioro del sensorio convulsiones y signos de hipertensión endocraneana con un signo tomografico característico denominado signo del monte fuji.

Presentación del caso: Paciente masculino de 85 años ingresa a Terapia Intermedia por episodio de sincope con TEC secundario a caída de su altura.

Examen fisico al ingreso: lucido normotenso tendencia a la bradicardia score de Glasgow 15/15 sin foco motor edema bpalpebral derecho, TAC de cerebro pequeña burbuja aérea frontal y trazo de fractura del hueso etmoides , pared anterior de seno maxilar y piso de orbita.

A las 18 hs de su ingreso presenta cefaleas deterioro del sensorio score de Glasgow 12/15 sin foco motor se realiza TAC de cerebro con extenso neumoencefalo bifrontal a tensión y de ambos polos temporales con el característico signo del monte fuji.

Se realiza drenaje neuroquirúrgico de urgencia y sellamiento con parche de la fisura etmoidal .En el postoperatorio presentó mejoría del sensorio sin foco motor se retiran drenajes al tercer dia requirio ventilación mecánica por 7 dias registró episodios febriles con LCR y cultivos negativos dado de alta lucido sin foco motor.

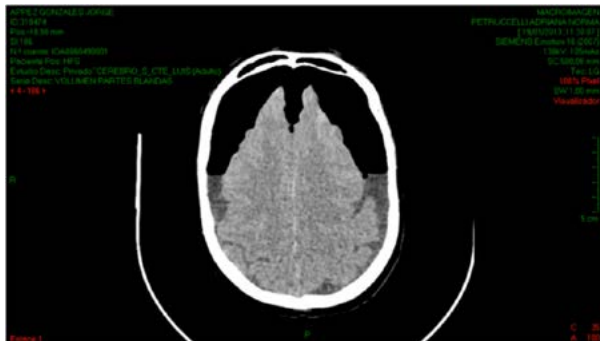
Discusión: El paciente ingresa por un sincope con TEC leve con pequeño neumoencefalo frontal con deterioro progresivo del sen-

Resúmenes

sorio y cefalea se repite TAC de cerebro para descartar colección hemática o foco contusivo con el hallazgo inesperado de neumoencefalo a tensión bifrontal (signo del monte Fuji) el urgente drenaje neuroquirurgico evitó el deterioro rostrocaudal progresivo y la recuperación del sensorio si bien la evolución del paciente fue tórpida y prolongada debido a su avanzada edad .

Esta patología es poco frecuente y los casos reportados son generalmente secundarios a procedimientos neuroquirurgicos como trepanación craneana drenaje de colecciones intra o extradurales, tambien hay descrito casos por tumores invasivos e infecciones

Conclusiones: En pacientes con TEC leve asociado a traumatismo maxilofacial con un deterioro del sensorio progresivo debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales el neumoencefalo hipertensivo.



0045 UTILIZACIÓN DE SAYO2 EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA AGUDA

L SCALISE(1), L CAMPUTARO(1)
(1) Fernandez.

Introducción: Los trastornos del Flujo Sanguíneo Cerebral (FSC) juegan un papel decisivo en la generación del daño secundario luego de la lesión neurológica aguda, a fin de poder monitorear estos trastornos se desarrollo la Saturación Yugular de Oxígeno (SayO2), entre otros.

Objetivos: Determinar la tendencia a la utilización de SayO2 en patología neurocrítica, identificar barreras a su uso.

Material y Métodos: Se utilizó una encuesta auto dirigida diseñada con el fin exploratorio. Se implementó vía Internet con software (SurveyMonkey®). Se envió a 217 encuestados de una base de datos de especialistas en terapia intensiva.

Resultados: Respondieron 35 (16,12%). Epidemiología Tabla I y II.

Tabla I. Datos Epidemiológicos Institucionales

101 a 200 Camas	TAC 24 hs	RMN 24 hs	Angiografía digital 24 hs	Neurocirugía 24 hs	Experto Neurointensivismo
34.3 %	74.3 %	35.3 %	40.6 %	51.43 %	57.6 %

Tabla II. Datos Epidemiológicos Actividad de Neurointensivismo en UCI

Camas en UCI 11 a 20	< 10 pacientes /mes	TEC	HSA	Stroke Hemorrágico	Stroke Isquemico	Experto Neurointensivismo
51.4 %	55.9 %	51.5 %	39.4 %	36.6 %	31.2 %	57.6 %

Respecto a la utilización del método se exploro en base a frecuencias.

Tabla III. Utilización SayO2 por patología. Ítem "Nunca"

TEC	HSA	Stroke Hemorrágico	Stroke Isquemico
37.4 %	54.3 %	65.7 %	80.0 %

Ante la pregunta porque no usa SayO2 en patología neurológica aguda el 62.5 % respondió: "No hemos hecho experiencia con este método de monitoreo". En cuanto a la estrategia de colocación del bulbo yugular en los que utilizan frecuentemente, respondieron que la insertan en el lado de mayor lesión.

La gran mayoría utiliza este dato como guía terapéuticas cuando lo asocia a monitoreo de PIC (20.83. %), Monitoreo de DTC (20%), monitoreo de PIC y DTC (40%).

Conclusiones: La SayO2 se utiliza con mayor frecuencia en el TEC; como estrategia se coloca mayormente del lado de mayor lesión; la gran mayoría opta por tomar conductas en base a este dato cuando se asocia a otro monitoreo, la mayor barrera para su implementación es no hacer experiencia con el método. La SayO2 es una técnica de neuromonitoreo que aporta gran cantidad de información, es de bajo costo, miniinvasiva, aplicable en la cama del paciente, es por esto que los intensivistas debemos superara las barreras y utilizarla en mayor medida.

0046 REPORTE DE CASOS: INFECCIÓN DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR AEROMONAS HYDROPHILA Y KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC, ASOCIADA CON NEUROCIRUGÍA

SI CASTRO(1), A MARTÍNEZ(1), C MOLINARI(1), R BAKAI(1), M ALMUZARA(1), F BARBONE(1), F FASANO(1), MS PELLEGRINI(1), E GARECA(1), J RISSO PATRÓN(1), P BOSCHINI(1), O CRISTALDI(1)

(1) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: El absceso cerebral se describe asociado a neurocirugía y al trauma en un 8-19% y los gérmenes descritos son *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulans* negativo, anaerobios y bacilos Gram negativos como *Pseudomonas*, *Escherichia coli*, *Proteus* y *Klebsiella*. Para *Klebsiella pneumoniae* tipo KPC la mortalidad es muy alta, entre el 30 y el 50%.

Presentación de caso: Paciente masculino de 26 años, que sufrió accidente el 08/02/2014. Ingresó con Glasgow 14/15. La TAC mostró fractura con hundimiento frontal derecho, compromiso de techo de órbita, contusión cerebral subyacente, HSA y neumoencefalo. Se realizó craneotomía frontal, cierre de fistula de LCR, plástica de duramadre. Por síntomas de confusión el 12/02 se repitió TAC, con contusión frontal derecha y edema perilesional, desviación de línea media, colapso ventricular ipsilateral, cisternas comprimidas, higroma temporoparietal derecho.

Se amplió craneotomía y se drenó higroma. Plástica de duramadre. El 17/02 hubo salida de pus por herida quirúrgica y las imágenes mostraron hipodensidad a nivel frontal, con edema perilesional y desviación de la línea media, drenándose absceso cerebral y colección subgaleal, sumado a polectomía frontal. Inició vancomicina más meropenem.

Se informó *Aeromonas* sensible entre otros a cefotaxima. Rotó antibiótico a ceftriaxona (4 gramos/día).

El 26/02 se drenaron colecciones subgaleales intra y extradurales. Alta el 28/02 a sala y se hallaron *Aeromonas hydrophila/caviae* y *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa sensible a colistin y amikacina en colección subgaleal. Comenzó colistin más tigeclina y amikacina intravenosos. Finalizó ATB el 16/04, otorgándosele el alta.

Discusión: *Aeromonas* es un bacilo Gram negativo, asociado con gastroenteritis en niños y adultos y es rara la meningitis como manifestación extraintestinal. *Klebsiella pneumoniae* tipo KPC produce infecciones intrahospitalarias, de difícil manejo, que requieren combinación de antibióticos. Algunos expertos sugieren el uso de altas dosis con prolongada infusión de meropenem asociado con otros antibióticos, con CIM a carbapenem ≤ 4 mg/L. En nuestro paciente la CIM a meropenem fue ≥ 16 .

Conclusión: El abordaje conjunto de triple terapia antibiótica y drenaje de colecciones mostró ser eficiente para esta infección severa. La evolución del paciente fue satisfactoria.

0047 ANÁLISIS DE LA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN HIV QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D QUARANTA(1), A PASQUINI(1), V NUNES VELLOSO(1), M MOLINA(1), J CAPELLA(1), N TIRIBELLI(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1) (1) Churruca.

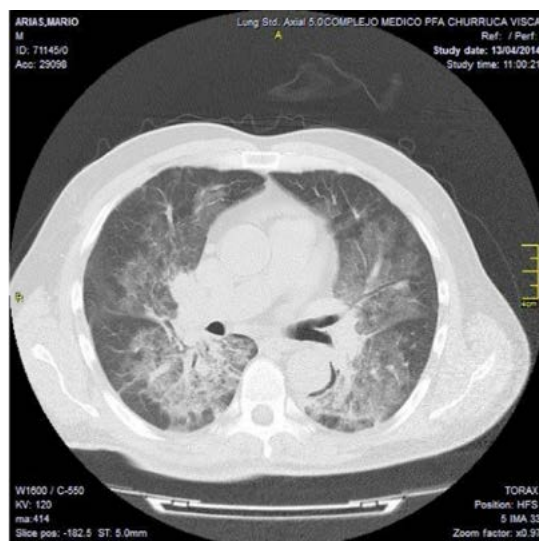
Introducción: Los patógenos bacterianos constituyen la mayoría de las infecciones respiratorias en las personas infectadas por el VIH, la incidencia de *Pneumocystis jirovecii* ha disminuido con la terapia antirretroviral de gran actividad. A pesar de esta disminución, sigue siendo una de las principales causas de infecciones oportunistas entre las personas infectadas por el VIH con bajos recuentos de células CD4.

Objetivo: Conocer la etiología de las neumonías en pacientes con HIV que requieren ARM en nuestra terapia intensiva.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados por HIV a la Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/11/2013 hasta el 1/03/2014 que requirieron ARM. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, motivo de ingreso, etiología, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 190 pacientes, 98 (51 %) requirieron ARM, de ellos 3 pacientes (3%) eran HIV a los cuales se le realizó BAL. La edad fue de 63 ± 14 y el 60 % eran hombres, el APACHE II fue de 24 ± 9 con un riesgo de mortalidad del 35%. Los tres pacientes tenían un recuento de linfocitos CD4 < 200 céls/mm³. El 100 % presentó shock séptico, 66% insuficiencia renal y 66% neumotórax. Se hallaron en el BAL *Pneumocystis jirovecii* (66%), citomegalovirus (33%) y *Mycobacterium tuberculosis* (33%). Los días de ARM fueron de 5 [3-13], la estadía en UTI fue de 10 [6-13] días y la mortalidad fue del 66%.

Conclusiones: La población estudiada fue añosa, muy grave, con predominio de hombres. La neumonía fue la primera manifestación de infección por VIH, tenían un recuento de CD4 < 200 céls/mm³ y no estaban recibiendo terapia antirretroviral. La etiología más frecuente fue *P. jirovecii*, seguida por citomegalovirus y *Mycobacterium tuberculosis*. La inmunofluorescencia en el BAL sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de *P. jirovecii*. Debido a su alto rendimiento y baja tasa de complicaciones, la fibrobroncoscopia sigue siendo el procedimiento de elección para el diagnóstico de enfermedades pulmonares en los pacientes infectados por el VIH.



0048 PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES INFECTADOS CON HIV QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA: CASO CLÍNICO

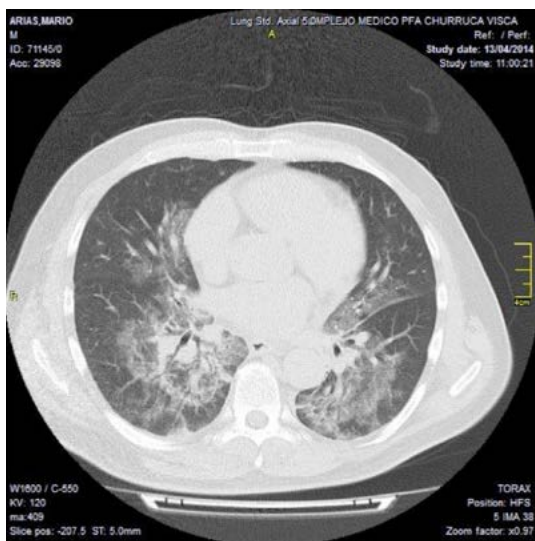
A FELDMAN(1), G SIBILA(1), V NUNES VELLOSO(1), D QUARANTA(1), A PASQUINI(1), D VARELA(1), J CAPELLA(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1) (1) Churruca.

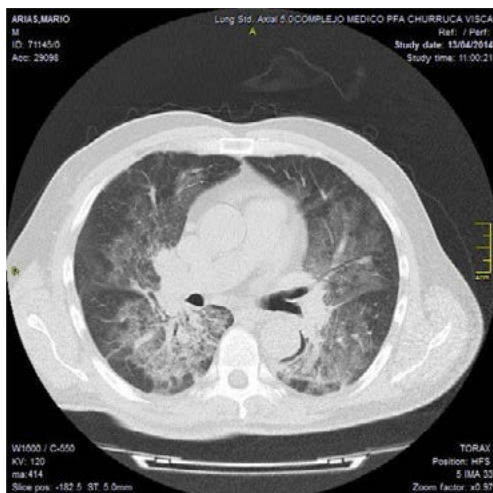
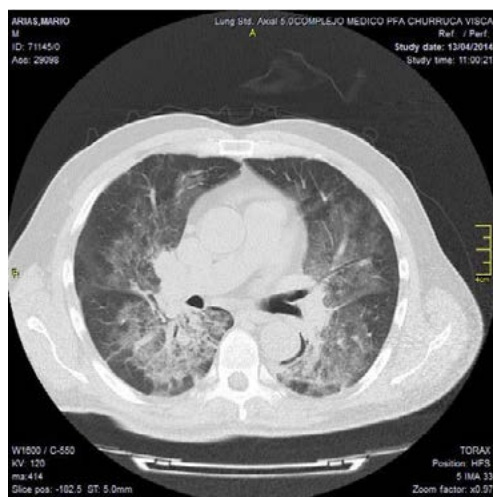
Introducción: El *Pneumocystis jirovecii* (PCP) es la infección respiratoria oportunista más frecuente en pacientes infectados por el VIH. La tasa de mortalidad es del 10 al 20% durante la infección inicial y aumenta a 40 % con la necesidad de ventilación mecánica.

Caso clínico: Paciente de 32 años de edad sexo masculino con infección con HIV en tratamiento con efavirenz, lamivudina y estavudina. Al ingreso presenta carga viral negativa y recuento de CD4: 80 células/mm³, evolucionó con disnea progresiva, fiebre y mala mecánica ventilatoria por lo cual ingresa a UTI gasometría arterial con pH de 7.31, PCO₂ 36.6, HCO₃ 13.9, PO₂ 48.8 saturación 79.8%, lactato 2.8, leucocitosis, Procalcitonina < 0.5 ng/mL y LDH 650 U/mL. En la radiografía de tórax infiltrado intersticial bilateral y en la TAC de torax opacidad en vidrio esmerilado bilateral. Se realizó lavado broncoalveolar (BAL). La inmunotinción de las muestras fue positivo para *P. jirovecii*. Recibió cobertura antibiótica con trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX). Al mismo tiempo, el examen BAL fue positivo para citomegalovirus (CMV) a través de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (23.000 copias / ml). Se añadió al tratamiento Ganciclovir. Se realizó PCR en el lavado broncoalveolar con persistencia de *Pneumocystis jirovecii* por lo cual requirió pentamidina. Evoluciona con shock séptico y neumotórax espontáneo falleciendo a los siete días de internación.

Discusión: El tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX) es el fármaco inicial de elección con la terapia adyuvante con corticoides. Los pacientes que experimentan fracaso del tratamiento (ausencia de mejoría después cuatro a ocho días de tratamiento), deben cambiar a un régimen intravenoso alternativo TMP-SMX a pentamidina. Las mutaciones en el gen que codifica la sintasa dihidropteroato en *Pneumocystis* genera la aparición de resistencia a TMP-SMX.

Conclusión: En los pacientes que requieren ventilación mecánica, se sugiere el uso de volúmenes corrientes y presiones meseta bajas debido a la posible presencia de neumatoceles, que aumentan el riesgo de neumotórax. Otras correlaciones con peores resultados son el aumento de la edad, episodios previos de PCP, una elevada concentración de lactato deshidrogenasa sérica, recuento bajo de células CD4, y la presencia de citomegalovirus en el lavado broncoalveolar.





0050 HIGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

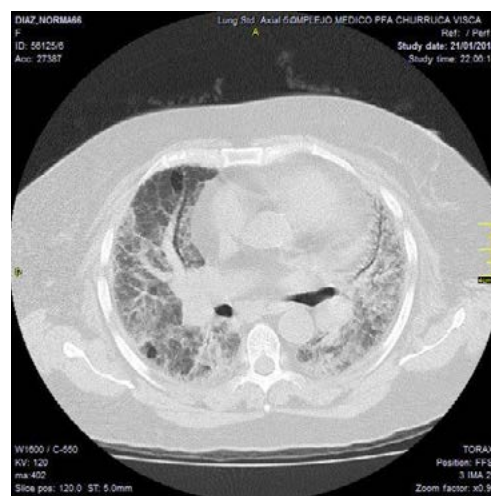
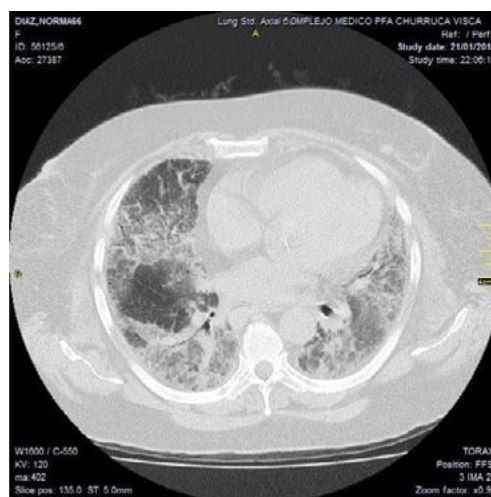
A FELDMAN(1), G SIBILA(1), M MOLINA(1), D AZRRIE-VICH(1), J CAPELLA(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: El hígado graso agudo del embarazo es una entidad poco frecuente. Su prevalencia oscila en torno a 1/10.000-15.000 nacimientos. Aparece típicamente cerca del término del embarazo.

Caso clínico: Paciente de 26 años primigesta con 25 semanas de gestación, ingresó a obstetricia por vómitos de 15 días de evolución. Al ingreso presenta insuficiencia renal aguda, urea 1.68, creatinina 6.10 y BT 3,5 mg/dl; bilirrubina directa, 2,4 mg/dl; TGO 961 U/l, TGP 804 U/l, FAL 288, GGT 30 U/l, colesterol total 168 mg; ácido úrico 13,7 mg. Los marcadores virales para hepatitis B y C negativos. Se realiza ecografía abdominal, hígado aumentado de tamaño con signos de esteatosis. Se decide cesárea de urgencia. Ingresó a Terapia Intensiva intubada en post operatorio inmediato, hemodinámicamente inestable, PAFI 120 con requerimiento de noradrenalina, es extubada y reintubada por insuficiencia respiratoria secundaria a disfunción miocárdica con BNP 1700. Se realiza balance negativo y ecocardiografía que evidencia hipertrofia parietal concéntrica, trastorno de la motilidad del ventrículo izquierdo y del septum, FEY 40%. Se realizó panel viral para descartar miocarditis. Mejora la FEY a más de 60%. Evolución favorablemente, es extubada con descenso progresivo de las enzimas hepáticas y pasa a piso.

Discusión: El hígado graso agudo del embarazo cursa con hiperbilirrubinemia, aumento de transaminasas, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, hipoglucemia y alteraciones de la coagulación. Se evidenció una asociación entre el déficit de la 3-OH acil CoA deshidrogenasa en la madre y en el feto y la presencia de esteatosis. Las complicaciones son: insuficiencia hepática fulminante, insuficiencia renal, pancreatitis, sangrado uterino, coagulación intravascular diseminada, convulsiones y coma. El diagnóstico diferencial se realiza con el HELLP. La ecografía hepática se utiliza para excluir un infarto o hematoma hepático.

Conclusión: El tratamiento primario es la interrupción del embarazo. Se realiza el soporte de las funciones vitales: cardiocirculatoria, respiratoria y renal. El propósito de nuestro trabajo es reseñar la importancia de considerar esta afección en el diagnóstico diferencial de la gestante con ictericia en el tercer trimestre de la gestación, con el fin de llevar a cabo una actuación obstétrica adecuada y precoz.



0051 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADA POR TERAPISTAS: EXPERIENCIA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), V NUNES VELLOSO(1), G SIBILA(1), D VARELA(1), J CAPELLA(1), A PASQUINI(1), D QUARANTA(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

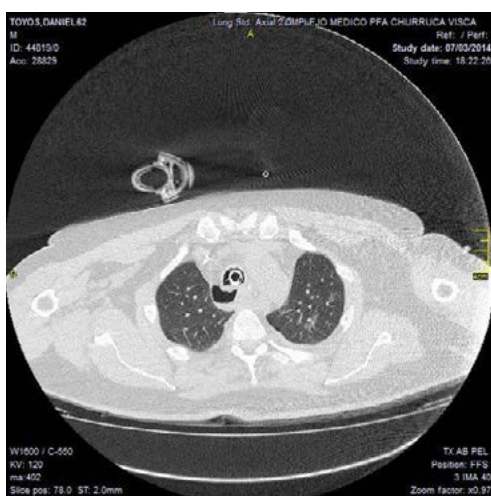
Introducción: La traqueostomía percutánea con dilatadores (TPD) es un procedimiento electivo para pacientes que ameritan ventilación mecánica prolongada.

Objetivo: Determinar la experiencia de la TPD en la Unidad de Terapia Intensiva

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional del primero de septiembre del 2013 al primero de enero del 2014, en pacientes con ventilación mecánica. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, tiempo de intubación previa, tiempo del procedimiento, complicaciones, días de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 190 pacientes, 98 (51 %) requirieron ARM. La edad fue de 62 ± 16 y el 70 % eran hombres. De los pacientes en ARM 40 % eran post-quirúrgicos y el 60% clínicos. El APACHE II fue de 24 ± 9 con un riesgo de mortalidad del 50%. El 63% fueron extubados, 14(14 %) pacientes requirieron traqueotomía (TQT) de las cuales 67% fueron percutáneas, los días a TQT fue de 12 [10-14]. El tiempo de realización de 8 minutos (7-12), sin complicaciones transoperatorias. Un paciente presentó enfisema subcutáneo, no atribuible al procedimiento.

Conclusiones: La TPD es un procedimiento que tiene ventajas sobre la traqueostomía abierta en cuanto a rapidez, seguridad y bajo índice de complicaciones. Nuestro estudio demostró estas ventajas a pesar de tener un bajo número de pacientes. A este hecho han contribuido la introducción de la técnica percutánea y las ventajas que tiene: aumento de la comodidad del paciente, disminución del espacio muerto, mejoría de la higiene bronquial y disminución en el requerimiento de sedación.



0053 INDICACIÓN DE EMBOLIZACIÓN EN MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA SPETZLER Y MARTIN GRADO IV: CASO CLÍNICO

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D QUARANTA(1), J CAPELLA(1), D VARELA(1), M MOLINA(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)

(1) Churrucá.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAV) son lesiones vasculares congénitas. Ocurren en el 0,1 % de la población. Se presentan entre los 10 y 40 años. Las tasas de hemorragia anuales de MAV cerebrales son del 3%.

Caso clínico: Paciente de 53 años de edad con antecedentes de convulsiones medicada con levetiracetam con diagnóstico de malformación arteriovenosa (MAV) frontal izquierda hace 18 años, mastectomía derecha hace 5 años. Ingresó el 16/02/14 a Terapia Intensiva por convulsiones, en TAC hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda con volcado ventricular e hidrocefalia por lo cual se decide intubación orotraqueal y ARM, se coloca catéter intraventricular sin registro de hipertensión endocraneana. Evoluciona hipertensa con requerimiento de labetalol. Ecocardiograma insuficiencia tricúspida leve con FSVI conservada. El 20/02 se realiza arteriografía con embolización con onyx de la MAV Spetzler-Martin IV de la arteria cerebral anterior a través de seno pericalloso posterior y el 21/02 nueva embolización a través de ramo pericalloso anterior. El 22/02 se extuba y el 24/02 regresa de la embolización vigil, galsgow 14/15 con foco motor derecho y afasia nominal pasando a piso al octavo día de internación.

Discusión: Las MAV cerebrales ocurren en el 0,1 % de la población. Los aneurismas surgen en el 20 al 25 % de las lesiones. La cirugía es el pilar del tratamiento; radiocirugía es una opción útil en las lesiones consideradas en alto riesgo de la terapia quirúrgica, y la embolización endovascular se ha convertido en un complemento para estas técnicas. La escala Spetzler Martin clasifica el riesgo quirúrgico de eliminación de una MAV en función de su tamaño, la ubicación, y la presencia de drenaje venoso profundo.

Conclusión: El tratamiento más recomendable en pacientes con MAV grado III, IV, incluso en alguna grado V tratable, situadas en área elocuente y mayores de 3 cm sería la embolización más cirugía. El tratamiento endovascular se realiza en varias sesiones con oclusión progresiva de la misma, evitando embolizar más del 50% por sesión, sin pretender una oclusión completa dado que ello podría aumentar el riesgo de sangrado.





0055 INCIDENCIA DE HIPOSELENEMIA EN UNA UCI POLIVALENTE

A MARTINUZZI(1), G BAEZA(1), J FIERRO(1), M SEPULVEDA(1), M ARAGÜES(1), M GIMARAYZ(1), M CORNÚ(1), B GONZALES ORE(1)
(1) Cmic.

Introducción: El Selenio está ocupando un lugar central como micronutriente esencial para el paciente crítico. Se considera que en el síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) y la Disfunción Orgánica Múltiple (DOM) existe un déficit de Selenio, con la consecuente reducción de las diferentes selenoenzimas. Con la pérdida del “poder” protector frente al estrés oxidativo del SIRS.

Objetivo: Determinar la real incidencia de la hiposelenemia en pacientes de nuestra UCI, y su asociación con morbimortalidad.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo, prospectivo, realizado en una UCI polivalente, incluyendo pacientes que ingresaron durante Enero-Abril 2014, y con internación mayor a 48 hs a los cuales se les doso selenio al ingreso. Los resultados se expresan en media, porcentaje, intervalo de confianza (IC) y odds ratio (OD).

Desarrollo: Durante el estudio ingresaron a UCI 156 pacientes, de los cuales 54 cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio de 53 ± 15 con un Apache II 14 ± 6 . El selenio promedio fue 81 ± 24 ug/dl, siendo el punto de corte de nuestro laboratorio 80 ug/dl. Se constató hiposelenemia (HS) en 30 pacientes (55,6%).

La estadía promedio de la muestra fue de 12 ± 10 días, en aquellos pacientes con selenio normal fue de 8.8 ± 6 (IC95 6,2-11,3) y en aquellos con HS la estadía promedio fue de 14 ± 10 (IC95 10,2-17,7). Respecto a la necesidad de AVM se observó que 16,6% de los pacientes sin HS requirió VM y en aquellos con HS fue 33,3%, la duración promedio fue de 21 ± 10 días vs 32 ± 22 días. Se observó que 53% de las HS presentaron complicaciones infecciosas, mientras que solo 33,3% de aquellos con selenio normal desarrollaron infecciones.

La mortalidad de la muestra fue de 13%, aquellos con selenio normal presentaron una mortalidad de 8,3% y aquellos con HS 17,2% con un OR2.2, IC95:0,38-12,49.

Presentaron DOM durante su evolución 22,2% de todos los pacientes, aquellos con HS presentaron DOM 30% y aquellos con selenio normal 12,5% OR3 IC95:0,71-12,6.

Conclusiones: Se encontró una alta incidencia de HS, la misma se asoció a mayor morbimortalidad, con mayor requerimiento de AVM, días en UTI, mayor incidencia de DOM y consecuentemente mayor probabilidad de óbito.

0056 ANÁLISIS DE LA INTERRUPCIÓN DIARIA DE LA SEDO ANALGESIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE C.A.B.A Y GRAN BUENOS AIRES.

M DEHEZA(1), D VANEGAS SOTO(2), S MARISSI(3), P LANCHELOS BRICEÑOS(4)

(1) Rivadavia. (2) Iniversidad Del Salvador. (3) Universidad Del Salvador. (4) Univerisidad Del Salvador.

Introducción: El grupo de la Univerisidad del Salvador ha realizado un análisis sobre la calidad de analgo sedación en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs).

Objetivo: determinar la prevalencia y comparar la utilización de Interrupcion diaria de sedoanalgesia (IDSA) entre UCIs con o sin actividad docente, publicas o privadas de CABA y Gran Buenos Aires.

Material y Método: Población de 183 pacientes bajo ventilación mecánica en 23 Unidades públicas y privadas, entre agosto del 2010 hasta agosto de 2013, en CABA y el Gran Buenos Aires. Diseño:Prospectivo, descriptivo, comparativo transversal.

Variables Dependiente: Indicación de interrupción de sedación e Independiente: UCIs Publica o Privada, UCI con formación docente. Estadística: Se estudio distribución de frecuencias y/o porcentajes. Utilizamos una escala ordinal, se computaron número de casos, valor mínimo, valor máximo, mediana, media aritmética, desvío típico. Como prueba de significación para variables categóricas utilizamos el Test de Fisher y de Chi cuadrado. El test de significación definio un alfa 0.05.

Resultado: De 183 pacientes el 37,7% correspondieron a UCIs públicas. La prevalencia global de IDSA fue de 79,80 %.No observamos diferencias en la frecuencia de IDSA entre instituciones privadas 86 (75%) o públicas 60 (87%), $p=0,0864$. Existe una mayor asociación de IDSA en UCIs con actividad docente 127 (86%) vs 19 (56%) $p<0.01$, sin diferencias en relación a su origen públicas o privadas.

Conclusiones: Es frecuente el uso de la interrupción diaria de la sedo analgesia en UCIs de Buenos Aires y CABA, sin diferencias entre publicas o privadas, Encontramos una mayor adhesión al uso de IDSA en las UCIs con formación docente.

Referencias: 1- Kress JP, Pohlman AS, Hall JB. Effects of sedative interruption in critically ill, mechanically ventilated patients receiving midazolam or propofol. J Clin Outcomes Manage 2001;8:33-3 2- William D. Schweickert, et al, Daily interruption of sedative infusion and complications of critical illness in mechanically ventilated patients, Crit Care Med 2004 Vol.32, No 6.

0057 FACTORES DE RIESGO PARA HIPOSELENEMIA

A MARTINUZZI(1), J FIERRO(1), G BAEZA(1), M SEPULVEDA(1), M ARAGÜES(1), M GIMARAYZ(1), M CORNÚ(1), B GONZALES ORE(1)

(1) Cmic.

Introducción: Se considera que en el síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) y la Disfunción Orgánica Múltiple (DOM) existe un déficit de Selenio, con la consecuente reducción de selenoenzimas y la pérdida del “poder” protector frente al estrés oxidativo. Se ha discutido los beneficios de su suplementación, pero al no contar con determinaciones rápidas, es difícil definir el inicio del tratamiento.

Objetivo: Determinar factores de riesgo para la presencia de hiposelenemia al ingreso.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo, prospectivo, realizado en una UCI polivalente, incluyendo pacientes que ingresaron durante Enero-Abril 2014, y con internación mayor a 48 hs, los cuales se les doso selenio al ingreso. Los resultados se expresan en media, porcentaje, intervalo de confianza (IC) y oddsratio (OD). Se analizo la presencia de hiposelenemia según apache II, tipo de paciente, edad menor o mayor de 60 años, antecedentes patologicos, variaciones patologicas de albumina, colesterol y linfocitos totales.

Resultados: Durante el estudio ingresaron a UCI 156 pacientes, 54 cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio de 53 ± 15

■ Resúmenes

con un Apache II 14±6. El selenio promedio fue 81±24 ug/dl, el punto de corte de nuestro laboratorio es 80 ug/dl. Se constató hiposelenemia(HS) en 30 pacientes (55,6%).

Se agruparon los resultados de HS por apachell, se observo que aquellos con puntaje > 14 presentaban un OR 1.9 IC95 0.63-5.6 para la presencia de HS. No se encontraron diferencias respecto a edad mayor o menor a 60 años, ni respecto al tipo de paciente.

Respecto a los antecedentes patologicos se observo que la obesidad presentaba un OR de 0.6 IC95 0.19-1.9, DBT OR 0.46 IC95 0.11-1.8, cáncer OR 2.14 IC95 0.64-51.5, IRC OR 5.7 IC95 0.64-51,5, EPOC OR 4.6 IC95 0.49-42.37 para la presencia de HS.

Analizando variables bioquimicas nutricionales como hipoalbuminemia o linfocitopenia, no se encontraron diferencias significativas, en cambio en aquellos pacientes con hipocolesterolemia severa (< 100 mg/dl), se observo un OR 3.17 IC95 1.01-9.9 para la presencia de HS.

Conclusiones: Dentro de los parametros evaluados, se observaron como factores asociados a la HS, el apache > 14, antecedentes patologicos, como IRC, EPOC y cáncer. Y como variable bioquimica la hipocolesterolemia.

0058 REPORTE DE UN CASO DE FALLO MULTIORGÁNICO POR ABACAVIR, EN PACIENTE HIV DE UTI DE HOSPITAL CENTRAL MENDOZA

F FERNANDEZ(1), D ALDUNATE(1), C CARRICONDO(1), G FERNANDEZ(1), C CURA(1), S SANTARELLI(1), E TORRES(1), L CABEZAS(1), R URBANEJA(1), M ANTONIO(1), G SORIA(1), J ARROYO(1)
(1) Central.

Introducción: La reacción de hipersensibilidad al abacavir se produce entre el 5 y el 8% de los que inician el tratamiento con este fármaco. Factores genéticos del huésped, como *HLA-B* 5701*, se han identificado de riesgo para desarrollar la reacción. Es menos frecuente la presentación de esta reacción adversa con fallo multiorgánico.(0.3%).

Objetivos: a) Revisión de infrecuente caso de anafilaxia más FMO por abacavir en paciente HIV sin hipersensibilidad previa a dicha droga. b) Revisar diagnósticos diferenciales y tratamiento

Material y métodos: Paciente de 49 años, con antecedentes de HIV de 2 meses de diagnóstico, que 15 días previos comenzó Tto. Antirretroviral. Ingresa por anorexia, vómitos y diarrea no disintérica. Examen físico: T° 39,9°C, TA :80/50 , FC : 130 x min.) eritema de fauces y candidiasis oral, eritrodermia generalizada, insuficiencia respiratoria Tipo I, y acidosis metabólica severa. Se trata como shock séptico de foco no claro, Comienza ampicilina-sulbactam, a la 3er dosis se rota a clindamicina, amikacina y fluconazol , ante probable alergia a B.lactamicos . Evolucionan en 48 hs al FMO, hemodinámico, hematológico con 95.000 plaquetas, respiratorio pafi bilirrubina total 24 , SOFA 22. Cultivos : BAL(TBC,P. Jirovesi, bacterias comunes), hemocultivos, uro, PCR para CMV, VHS ,VHB, VEB negativos todos. Rx tórax: infiltrados bilaterales .Desde el ingreso con hidrocortisona 300 mg/día y difenhidramina 200 mg c/día. Resolución de fallas orgánicas y eritrodermia, descamación generalizada. Mejoría de SOFA a 3 , luego de 10 días alta de UTI y a los 30 días hospitalaria.

Discusión: La anafilaxia por abacavir, debe considerarse al iniciar tratamiento antirretroviral.La reversión del cuadro se presenta al discontinuar la administración del antirretroviral, como sucedió en nuestro caso. Un porcentaje pequeño de pacientes presenta FMO , con alta prevalencia de SDRA y fallo renal. La patología infecciosa siempre es el primer diagnostico a considerar, sin embargo se debe tener en cuenta el síndrome de reconstitución inmune.

Conclusión: EL FMO por abacavir es muy infrecuente, siempre se debe descartar la patología infecciosa, el tratamiento es soporte vital de órganos y corticoides. Se debe discontinuar la droga por siempre.

0059 TRAUMA MÚLTIPLE RELACIONADO CON CICLOMOTORES: LESIONES INADVERTIDAS

J HADDAD(1), L ZACARÍAS(1), J PONCE(1), N RISSO(1), M FERRICIONI(1), O ELEFANTE(1)
(1) Higa Dr Alende Mar Del Plata.

Introducción: Los pacientes con trauma múltiple relacionado con ciclomotores tienen factores de riesgo para lesiones inadvertidas: deterioro de sensorio, intubados al llegar al Hospital, revisiones primaria y secundaria en escenarios diversos y cinética de alta energía. Casi 20% de las camas de nuestra TI están ocupadas por víctimas de estos siniestros. Nuestra hipótesis: en este grupo de pacientes las lesiones inadvertidas son frecuentes en comparación con otros mecanismos de trauma.

Objetivos: Medir la frecuencia de lesiones inadvertidas en pacientes que ingresan a TI por trauma relacionado con el uso de motocicletas. Describir las lesiones detectadas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo; se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a TI por traumas relacionados con motos entre el 01/10/12 y el 30/04/14. Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica. Se clasificaron las lesiones inadvertidas como Tipo I (no son detectadas por las revisiones primaria y secundaria; las detecta la revisión terciaria en TI) y Tipo II (no son detectadas por la revisión terciaria) Los fallecidos luego del alta de TI o en menos de 72 h se analizaron como subgrupos especiales.

Resultados: Ingresaron a TI 99 pacientes, 86% varones, con edad promedio de 25 años, ISS y TSR promedios de 18 y 9.7 respectivamente y mortalidad 26%. 83% no utilizaban casco, de los cuales 98% tuvo TEC. 65% de los pacientes que tuvieron TEC tiene pobre condición neurológica al alta de TI.

4 pacientes presentaron lesión medular completa.

Se observaron lesiones inadvertidas en 12 pacientes, 10 de tipo I y 2 de tipo II.

Las lesiones Tipo I fueron: fractura de vértebra (6); fractura de clavícula (2); lesión de tráquea (1) y fractura de muñeca (1)

Las lesiones Tipo II: fractura inestable de cuerpo de T6 y fístula AV oftálmica.

Conclusiones: Comparando con datos de trauma múltiple hallados en otras publicaciones, la frecuencia de lesiones inadvertidas observada en nuestro estudio es elevada.

La mayoría de las lesiones tiene un AIS bajo, siendo las más frecuentes fracturas en vértebras.

Debe insistirse en la necesidad de evaluar íntegramente la columna vertebral.

Nos llama la atención la poca frecuencia de lesiones con AIS elevado; el uso liberal de TAC multislice podría explicar en parte este hallazgo.

0060 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE CALIDAD MULTIDISCIPLINARIA SOBRE EL MEJORAMIENTO DE UN PROCESO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ESTUDIO ANTES-DESPUÉS.

V ROMERO(1), S FERNÁNDEZ(1), D CORIA(1), S REYNOSO(1), M VELAZQUEZ(1), G VALENZUELA(1), I HERRERA(1), G BUSTAMANTE(1), M AQUINO(1), S ROJAS(1), S GUERRERO(1), M RAMÍREZ(1), L ORTIZ(1), F VALDERRAMA(1), C CONDONI(1), M PALACIOS(1), M MONTANE(1), L IRAOLA(1), G ALVARADO(1), R MARADEO(1), M TEBEROSKY(1), L TUMINO(1), MC MARCHENA(1), R REINA, E ESTENSSORO(1), C LOUDET
(1) San Martín De La Plata.

Introducción: La gestión de calidad para mejorar procesos de atención resulta prioritaria en las UCIs. En un estudio previo en nuestra UCI, se habían detectado serios problemas relacionados a la alta frecuencia de desarrollo de Úlceras por Presión.

Objetivo: Determinar la efectividad de un programa de mejora multidisciplinario para la reducción y manejo de las Úlceras por Presión (UPP) en pacientes críticos.

■ Resúmenes

Métodos: Estudio cuasi-experimental antes-después, en UCI médico-quirúrgica con 14 camas. **Inclusión:** Pacientes consecutivos con más de 3 días internación durante periodo pre y post-intervención (P1 abril-jun 2013 y P2 enero-mayo 2014). Se conformó un grupo de "Mejoramiento de Procesos" con 16 enfermeros, 2 médicos dermatólogos y 3 médicos-UCI. **Intervenciones:** Sesiones educativas, "checklist" para prevención y monitoreo de UPP, participación de familia en monitoreo y cuidados, gestión de insumos, herramientas de telemedicina para seguimiento y toma de decisiones. **Medidas de resultado:** Medición de desempeño para prevención y manejo de UPP entre P1 y P2 mediante valoración de riesgo con escala de Braden, incidencia y tiempo en aparición de UPP, participación familiar (monitoreo y asistencia). Datos analizados según su naturaleza. Programa STATA11.1

Resultados: Ingresados 33 y 53 pacientes (322 y 1434 días-seguimiento) en P1 y P2. Edad 48±18, 38±18; APACHEII 17±7, 17±7; SO-FA24: 6[4-9], 8[5-11]; VM 85%, 94%; Días VM: 11[5-27], 12[6-26]; DíasUCI: 11[5-30], 14[8-27]; Mortalidad UCI: 16(49%), 17(32%), respectivamente P1 y P2.

En la Tabla 1 se observan las variables de resultado entre ambos periodos.

	Periodo 1 (N 33) Pre- intervención	Periodo 2 (N 53) Post- intervención	valor de p
Escala de Braden*	3 [3-4]	3 [3-4]	0.87
Uso de colchón preventivo (%días uso)	48%	85%	< 0.01
Apoyo familiar	2 (6)	10(19)	0.06
Desarrollo UPP	21 (64)	22 (42)	0.045
Días a desarrollo UPP	4 [3-5]	8 [6-20]	< 0.01
Relación enfermero-paciente	1:3	1:3	0.86

*Riesgo UPP 1: leve 2: moderado 3: alto 4: muy alto
Datos presentados como N (%) y mediana [p25-75]

Conclusión: Una intervención de calidad multidisciplinaria resultó en una mejoría para la adopción de cuidados sistemáticos para la prevención y tratamiento de Úlceras por Presión.

0061 REPORTE DE CASO: VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR HIV

S NOYA(1), ML ROMERO(1), S MARE(1), O CARAVELLO(1), C BUTRÓN PERICÓN(1)
(1) Sanatorio Julio Mendez.

Introducción: La vasculitis del sistema nervioso central en pacientes con HIV/SIDA es una patología poco frecuente, manifestada por cefalea, alteraciones cognitivas, de conciencia y/o déficits motores. Puede estar asociada a múltiples infecciones oportunistas o al propio virus. Presentamos una paciente HIV con enfermedad cerebrovascular isquémica múltiple debido a vasculitis primaria del sistema nervioso central por HIV.

Caso clínico: Mujer de 39 años, con HIV sin tratamiento y toxoplasmosis ocular izquierda bajo tratamiento. Consultó por afasia de expresión y hemiplejía derecha, con TAC de encéfalo con imágenes hipodensas a nivel de la cabeza del caudado derecho y lenticulares bilaterales a predominio izquierdo.

Se interna con diagnóstico de ACV isquémico fuera de ventana terapéutica para fibrinolíticos. RMN de encéfalo con lesiones isquémicas múltiples en estadio agudo-subagudo en hemisferio cerebral izquierdo, región frontal córtico-subcortical, de mayor tamaño en región frontotemporoinsular y en hemiprotuberancia derecha, por lo que ingresa a UTI. Se realizó punción lumbar (LCR normal). Serologías para HCV/ HBV/ VDRL/ EBV/ CMV/ Chagas negativas / Toxoplasma IgG+ e IgM-; CMV IgG+ e IgM-. Se descartaron enfermedades inmunológicas sistémicas. ETE sin hallazgos patológicos.

Evolucionó con deterioro rostro caudal progresivo y afasia mixta realizándose angiografía digital: estenosis segmentarias intracerebrales múltiples que podrían corresponder a patrón inflamatorio de vasculitis. Se inició tratamiento antirretroviral y corticoides a bajas dosis, luego de obtener el resultado de PCR para virus, hongos y micobacterias negativos en LCR. La paciente presentó estabilización del cuadro neurológico, quedando con secuelas moderadas (hemiparesia BC derecha, disartria leve y trastornos deglutorios)

Discusión: La vasculitis del sistema nervioso central en pacientes con HIV/SIDA se presenta a edades tempranas y en estados de inmunosupresión avanzada (CD4 < 200 mm3). Puede asociarse a infecciones: tuberculosis, sífilis, criptococosis, toxoplasmosis, virus (varicela zoster, herpes simplex, citomegalovirus, hepatitis B y C), o al propio HIV (menos frecuente y diagnóstico por exclusión). Puede afectar a vasos pequeños (más frecuente) o grandes. La terapia antirretroviral debe iniciarse una vez descartadas infecciones oportunistas para prevenir el síndrome de reconstitución inmunológica.

Conclusión: En todo paciente con HIV/SIDA con inmunosupresión avanzada y lesiones isquémicas cerebrales en diferentes territorios vasculares debe sospecharse la vasculopatía por HIV una vez descartadas otras etiologías de vasculitis.

0062 LINFHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: SIMULACIÓN DE SEPSIS. REPORTE DE CASOS

S NOYA, ML ROMERO(1), O CARAVELLO(1), S MARE(1), A SENGOKU(1), J CORONEL(1)
(1) Sanatorio Julio Méndez.

Introducción: Los trastornos hemofagocíticos, se caracterizan por una activación inmune patológica manifestada por fiebre, citopenias, esplenomegalia, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia y proliferación histiocítica en médula ósea. Presentamos dos pacientes femeninas que ingresaron a UTI con diagnóstico de shock séptico, sin respuesta al tratamiento médico, con falla multiorgánica y muerte. El diagnóstico histológico se obtuvo post-mortem.

Casos clínicos: Caso I: Edad: 67 años. Antecedentes: adenoma hipofisario tratado quirúrgicamente, hipotiroidismo y asma. Presentó astenia, adinamia, dispepsia y fiebre de un mes. Se interna febril con deterioro del sensorio, neutropenia y plaquetopenia, iniciando tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y Aciclovir a foco meníngeo. TAC de encéfalo y tórax sin lesiones. Ingresó a UTI en shock e insuficiencia respiratoria, requiriendo drogas vasopresoras y conexión a ARM. Cultivos, serologías para CMV, EBV, HIV, hepatitis B y C, Parvovirus y marcadores de autoinmunidad, negativos. Laboratorio con tricitopenia. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Biopsia de médula ósea: linfocitosis hemofagocítica. Evolucionó desfavorablemente, con falla multiorgánica y óbito.

Caso II: Edad: 37 años. Antecedentes: Asma, SIDA, toxoplasmosis cerebral tratada. Internada en otra institución por astenia, adinamia y fiebre. Ingresó a nuestra unidad en shock, con diagnóstico de neumonía intrahospitalaria, requiriendo ARM y altas dosis de vasopresores. Laboratorio con tricitopenia, hipertrigliceridemia y marcadores de autoinmunidad, serologías HBV, HCV, CMV, EBV, cultivos y BAL negativos. TAC de encéfalo, tórax, abdomen y pelvis con infiltrado intersticio alveolar y hepatoesplenomegalia. Biopsia de médula ósea: infiltración por sarcoma histiocítico. Evolucionó con falla multiorgánica y óbito.

Discusión: La linfocitosis hemofagocítica es una enfermedad mortal si no se diagnostica y trata oportunamente. Primaria o adquirida (relacionado a infecciones, fármacos, inmunodeficiencias y enfermedades autoinmunes u oncohematológicas), el diagnóstico se basa en criterios clínicos, de laboratorio y anatomopatológicos. El reto más importante radica en diferenciarlo de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y fallo multiorgánico de origen infeccioso, ya que es imperativo descartar esta etiología para iniciar el tratamiento inmunosupresor específico.

Conclusión: De forma de presentación variada y poco frecuente, la linfocitosis hemofagocítica es un diagnóstico a tener en cuenta

ta en pacientes que ingresan con cuadros compatibles con shock séptico y falla multiorgánica en quienes los resultados de cultivos son siempre negativos y no responden al tratamiento médico inicial.

0063 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO SECUNDARIO A ESTRONGILOIDIASIS EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA

ER PALERMO(1), E PALERMO(1), A ORTIZ NARETTO(1), L GONZALEZ(1), P GOMEZ(1), H AGUILAR PADILLA(1), C BARBOZA(1), J RIVERA TAPIA(1), P BOYE(1)

(1) Higa Pedro Fiorito.

Introducción: Presentamos un caso atípico de Insuficiencia Ventilatoria Aguda

Presentación del Caso: Paciente femenina, 46 años, internada en Clínica Médica el 28/01/13 por disuria, hematuria, sedimento patológico, constipación con distensión abdominal. Antecedentes: LES, controles insuficientes, histerectomía por fibromatosis.

Rx, infiltrados bibasales, ecografía abdominal s/p, ecografía vesical pólipo en cara lateral. Inician Ciprofloxacina.

El 31/01 presenta reacción alérgica inespecífica. 01/02 Disnea progresiva con tos seca, TAC de tórax: signos indirectos de HTP, bronquiectasias en base izquierda, nódulos centrolobulillares. Progresión de disnea, desaturación, responde al O

2. Pasa a UTI.

Descenso del hematocrito, petequiado en tronco, región proximal de MMII. Rotan ATB, AMS/Claritromicina.

Nueva TAC de tórax con protocolo para TEP: infiltrados en ambos vértices, predominio izquierdo.

Deterioro rápidamente progresivo. IPA, requiere AVM. Elevadas FIO₂ y PEEP. Débito fecaloide por SNG. Shock.

ECO2D: FSVI s/p, PSAP 46 mmHg. Se efectúa BAL, secreciones mucohemáticas en LSD, resto s/p. escasos hematíes, leucocitos, piocitos y Larvas Rabditoideas.

Inicia Ivermectina 200 mg/kg/día. Shock refractario, pocas horas después presenta PCR irreversible.

Discusión: *Strongyloides stercoralis*, geohelminto, localizado en intestino delgado del humano. Algunos cursan asintomáticos, Gran morbimortalidad en inmunocomprometidos, pueden desarrollar hiperinfecciones debido a autoinfección interna. Se adquiere cuando las larvas hacen contacto con piel y penetran aunque también por ingestión de larvas. Síntomas: Afecciones cutáneas, abdominales y respiratorios. Posee complicado ciclo reproductivo.

La Hiperinfección se produce cuando larvas rabditoideas maduran filariformes dentro del huésped, penetran la mucosa intestinal y llegan a los pulmones, repitiéndose el ciclo. Se produce diarrea grave, distensión abdominal, bronconeumonía, derrame pleural, pericarditis, miocarditis granulomas hepáticos, peritonitis, perforación intestinal, obstrucción intestinal.

En inmunodeprimidos, pueden migrar al SNC, sepsis por gram negativos, meningitis, caquexia, shock, muerte. Raramente se presentan huevos en heces. Se buscan larvas por frotis o técnicas de concentración. Aspirado de líquido duodenal, método diagnóstico definitivo. En ocasiones, larvas filariformes en esputo durante fase pulmonar. Durante migración de larvas se presenta eosinofilia. Prueba serológica fijación de complemento es positiva 75 % de casos.

Conclusión: Parasitosis frecuente, evitable con adecuado saneamiento y educación, puede evolucionar hacia cuadros graves. Debe considerarse como diagnóstico diferencial en presentaciones clínicas atípicas y/o asociado a sepsis por gram negativos.



0064 PREVALENCIA DE EVENTOS ASOCIADOS A VENTILACION MECANICA

F RIOS(1), V RODRIGUEZ(1), G PLOTNIKOW(2), R PRATTO(2), N IRASTORZA(2), D INTILE(2), S ILUTOVICH(3), N TIRIBELLI(3), H NEGRETE PEREZ(4), L AGUILAR(4), D NOVAL(3), A RISSO-VAZQUEZ(5)

(1) Hospital Nacional Profesor A Posadas. (2) Sanatorio Anchorena. (3) Sanatorio De La Trinidad Mitre. (4) Hospital Nacional Profesor A. Posadas. (5) Sanatorio Otamendi-mirolí.

Recientemente se han propuesto nuevas estrategias de vigilancia con el objetivo de eliminar subjetividades. Los eventos asociados a ventilación mecánica (EAV) son una medida simple y objetiva de deterioro respiratorio, recientemente recomendada por el CDC para vigilancia de Neumonías asociadas a la ventilación mecánica. El registro de EAV permitiría realizar comparaciones entre las unidades y serían un elemento de calidad de atención ofrecida. No se cuenta con datos de incidencia/prevalencia de EAV en UCIs de Argentina. EAV es definido como un aumento de la FIO₂ de $\geq 15\%$ o de PEEP $\geq 2,5$ cmH₂O durante ≥ 2 días, posterior a ≥ 2 días de FIO₂ o PEEP estable o decreciente.

Diseño: Estudio retrospectivo, multicéntrico en pacientes con VM ≥ 72 hs en UCI.

Pacientes: se incluyeron todos los pacientes con registro diario completo de PEEP y FIO₂ con al menos 72 hs de VM, una vez identificado el evento de EAV, se identificó la causa del evento. la incidencia promedio de NAV en las UCIs participantes es de 22/1000 días de VM.

Objetivo: Determinar la prevalencia e identificar las causas de EAV en nuestro medio, evaluar su asociación con el diagnóstico clínico, estadía en UCI y Hospital, tiempo de ventilación mecánica y la mortalidad en los pacientes ventilados.

Resultados: Se evaluaron 474 pacientes y se detectaron 51 EAV. La prevalencia fue de 8,2 EAV/1000 días de VM. Las causas de EAV fueron: SDRA 10, Sobrecarga Hidrica/ICC 11, Atelectasia 8, NAV 17

y causa no identificada en 5. la incidencia de NAV fue de 2,7/1000 días de VM.

Conclusiones: Los EAV se asociaron a un incremento significativo de la estancia UCI y en los días de ventilación mecánica, pero no se asocio a un incremento de la mortalidad. La prevalencia fue de 8,2 EAV/1000 días de VM, la causa más frecuente de EAV fue la NAV seguida de la sobrecarga hídrica/ICC. la incidencia de NAV es muy inferior a los reportados clínicamente. Se requiere de un estudio prospectivo que confirme estos hallazgos.

	Total	No EAV (n423)	EAV (n 51)	P
Edad	60 ± 18	60 ± 18	61 ± 16	0,596
Género (masculino)	266 (56,1%)	239 (56,2%)	27 (52,9%)	0,656
Apache II	21±9	19±7	22±9	0,145
Días de VM	7 (5-16)	7 (4-13)	17 (12-26)	<0,001
Estadía UCI	15 (9-25)	14 (9-24)	22 (17-28)	<0,001
Mortalidad (UCI)	109 (23%)	97 (23%)	12 (23%)	0,998
Traqueotomía	112 (34%)	93 (22%)	19 (38%)	0,021

0066 COEXISTENCIA DE: NOCARDIA, CRIPTOCOCO, TOXOPLASMA Y ESTAFILOCOCO EN FORMA DE ABCESO CEREBRAL, MENINGOENCEFALITIS Y COLECISTITIS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

M FREITES(1), V CAMACHO(1), M PONCE(1), S PAVÁN(1), C ARANCIBIA(1)
(1) Urgencias.

Introducción: el espectro de enfermedades neurológicas asociadas con el SIDA, es amplio, toxoplasma y criptococo neoformans son agentes etiológicos frecuentes. La nocardosis es una complicación muy infrecuente(0.6%). También los pacientes con SIDA tienen mayor susceptibilidad a infecciones bacterianas invasoras.

Caso clínico: femenino 50 años, ingreso 13/12/13 por depresión del sensorio, afasia, desviación conjugada de la mirada a derecha, Glasgow 10/15, desnutrida y afebril. Tomografía de cerebro (TAC) muestra dos lesiones hipodensas que refuerzan la trama en forma anular tras la administración de contraste EV. localizadas en lóbulo temporal derecho asociado a edema vasogénico, con leve efecto de masa, colapsando el ventrículo lateral homolateral y con discreto desplazamiento de la línea media hacia la izquierda.

Laboratorio: HTO 26%, hb 8.6%, GB 9900, KPTT 53", APP 40%, Glucemia 113, uremia 48, creatinina 0.7mg/dl, GOT 105, GPT57, G&T 88, FAL 165, BT1.1, BD0.1, NA130, K2.6, CL95 PCR 37, VSG 135. Se pancultiva. Tratamiento ceftazidima, vancomicina y metronidazol. 16/12 ecocardiograma B: s/p. 17/12 dolor abdominal, ecografía y TAC abdominal: líquido intrabdominal y perivesicular; se realiza colecistectomía, líquido perivesicular: estafilococo coagulasa negativo. Se solicita VHC, HBg, HBCore, HIV. 19/12 Laboratorio: HIV reactivo, pancultivo negativos, serología toxoplasma positivo 1/121, se indica pirimetamina, clindamicina y leucovorina. 24/12 depresión del sensorio pasa a UTI, TAC de cerebro: hidrocefalia, PL: 15CC de agua, turbio, proteínas 449 mg/dl, glucosa 10mg/dl y la plasmática 110, leucocitos 133y hematias 21. HTO 29% y GB 18000, serología de hepatitis negativa. 25/12 mala mecánica ventilatoria: ARM. 26/12 drenaje ventricular externo. LCR cultivo bacilo ácidoalcohol resistente nocardia cyriacigeorgica. 1/1/14 tratamiento trimetoprima sulfametoxazol y anfotericina. 2/1/14 LCR tinta china positiva células levaduriformes criptococo. 10/1/14 aislamiento de acinetobacter minival, mala evolución, óbito.

Discusión: la mayoría de los estudios publicados indican como infrecuente la nocardosis en SIDA, toxoplasma y criptococo tienen una frecuencia mayor, pero la asociación de estas tres entidades más una colecistitis bacteriana constituyen una rareza y a la vez un desafío diagnóstico y terapéutico en pacientes con SIDA.

Conclusión: se presenta este caso como muestra paradigmática de la inmunodeficiencia adquirida con infección parasitaria, fúngica y bacteriana asociada.

0067 SEDOANALGESIA VERSUS ANALGOSEDACION EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

FM RIVERO(1), MDLM GALARZA HANGLIN(2), NG CRISTALDO(2), PM MOREL(2), JFA RÍOS(2), LM BRACCINI(2)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes. (2) Instituto De Cardiología De Corrientes.

Introducción: El uso de analgésicos y sedantes tiene como objetivo un adecuado control del dolor y la ansiedad, facilitar la ventilación mecánica (AMV) y procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Los opioides y benzodiazepinas o propofol son los más usados. Cuando su administración se prolonga la metabolización y eliminación de las mismas se retrasa significativamente. Esto lleva a mayores tiempos de AMV, estadía en UTI y mortalidad.

Objetivos: Comparar la eficacia entre analgo-sedación y sedoanalgesia en pacientes bajo AMV prolongada.

Material y método: Estudio prospectivo, intervencionista, unicéntrico, desde el 01/06/2013 al 28/02/2014.

Resultados: 21 pacientes ingresaron al estudio, 11 al grupo 1 (analgo-sedación con Remifentanilo/Propofol), y 10 pacientes al grupo 2 (sedoanalgesia con Midazolam/Fentanilo). La edad media de la muestra fue de 68 años (DS 11), con 71,4% de pacientes del sexo masculino (p=ns). APACHEII de ingreso para el grupo 1 fue 21,3 y 21,9 para el grupo 2 (p=0,416). SOFA durante la internación fue 6 para el grupo 1 y 5,7 para el grupo 2 (p=0,57). El grupo 1 presentó un RASS -1,9 (DS 1,3), Ramsay 3,4 (DS 1) y BPS 3,7 (DS 3,9), el grupo 2 una media de -3,6 (DS 1,1), de 4,7 (DS 0,9) y de 3,9 (DS 0,7) respectivamente (p=ns). El tiempo de weaning del grupo 1 fue 308,7 minutos (DS 311,8) con tiempo de despertar 57,1 minutos (DS 144,2), en el grupo 2 los tiempos de weaning y despertar fueron 4217,5 minutos (DS 6365,7) y 384 minutos (DS 6328,2) respectivamente (p=0,005 y p=0,006 respectivamente). El tiempo de AMV en el grupo 1 fue 115,9 hs y en el grupo 2 164,2 hs (p=0,0084). No hubo diferencia en la mortalidad (p=0,505). La aparición de escaras por decúbito fue más frecuente en el grupo 2 (p=0,001).

Conclusiones: La utilización de un protocolo basado en la analgesia en pacientes bajo AMV cuando se lo comparó con un protocolo basado en la sedación se asoció a menores tiempo de despertar, tiempo de weaning e incidencia de escaras por decúbito. No se observaron diferencias en la mortalidad, tiempo de estadía en UTI o tiempo de AMV.

0068 USO DE ECMO COMO RESCATE EN EL POSOPERATORIO TEMPRANO DE TRASPLANTE DE PULMON

MS VENUTI(1), SE GIANNASI(1), NM CIARROCCHI(1), J MARRITANO(1), MJ LAS HERAS(1), SD VILLARROEL(1), JE SAN ROMA(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La utilización de ECMO en el postoperatorio temprano de trasplante pulmonar (POPT) (<48hs) es cada vez más frecuente, con resultados variables.

Objetivo: Describir y analizar las indicaciones, complicaciones y resultados de la utilización de ECMO Venó-Venoso (VV) y/o Venó-Arterial (VA) en POPT de trasplante de pulmón.

Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de cohortes. Se incluyeron adultos trasplantados de pulmón desde enero de 2011 a mayo de 2014 en un hospital universitario de alta complejidad. Los datos utilizados pertenecen a la historia clínica electrónica y el registro de trasplante hospitalario.

En dicho período se registraron 23 trasplantes, 13 recibieron ECMO en el POPT.

Se testeó la significancia estadística de las variables dependientes

continuas utilizando el test exacto de Fischer y las variables dicotómicas con Chi cuadrado.

Resultados: La cohorte ECMO tuvo una edad promedio de 40 años, el 30% hombres, un APACHE II: 21,5, y 6 recibieron trasplante unipulmonar (46%).

La cohorte no ECMO registró una edad promedio de 50 años (23-65), el 70% sexo masculino, un APACHE II: 15, y 90% trasplante unipulmonar (9 pacientes).

Las indicaciones de ECMO: 46% estrategia quirúrgica, 31% Falla primaria del injerto y 23% (3) colapso circulatorio (ECMO VA). La duración del ECMO: 3,4 (2-10) días.

La cohorte no ECMO tuvo menos días de VM POP (3 [IC95% 0,5-5,5] vs 21 [IC95% 11,2-31,2] días, $p < 0.0001$), y tendencia a menor estadía en UTIA (12 [IC95% 8,2-17,3] vs 36 días [IC95% 16,9-56,2], $p = 0.19$), menor estadía hospitalaria (68 [IC95% 11,9-125] vs 135 [IC95% 105-165] días, $p = 0.11$), y menor mortalidad a los 28 días y al alta (10% vs 23%, $p = 0.7$).

Los pacientes no ECMO presentaron morbilidad del 50% vs 90% en el grupo ECMO. Las complicaciones más frecuentes: infecciones, taquiarritmias, coagulopatía y sangrados.

Conclusiones: Los pacientes con ECMO se encontraban más graves, pero esto sólo repercutió en prolongar los días de ARM. La mayor cantidad de complicaciones en el grupo ECMO podría ser vinculada a la gravedad y mayor estadía hospitalaria.

Esta estrategia, en pacientes seleccionados, es segura y facilita su manejo durante el período más crítico en pacientes de extrema gravedad.

0069 SEPSIS PUERPERAL GRAVE

JS PIETROBÓN(1), MÁ PRETEL(1), AF MUSCARELLO(1), FJ FERREIRO BERTA(1), R LAMBERGUINI(1)
(1) Aconcagua.

Introducción: La sepsis puerperal es una infección del tracto genital, ocurre desde la ruptura de membranas hasta los 42 días postparto o cesárea, en presencia de dolor pélvico, flujo vaginal anormal, flujo fétido, retardo de involución uterina. Son de etiología polimicrobiana.

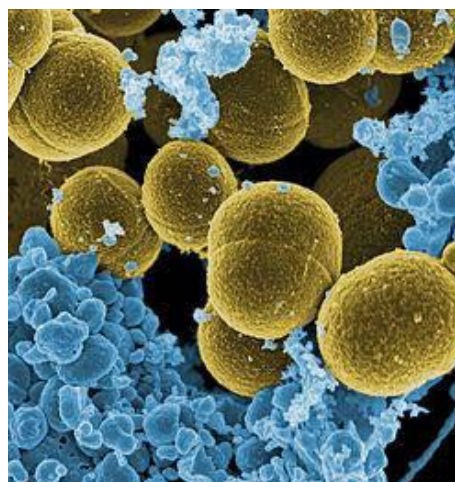
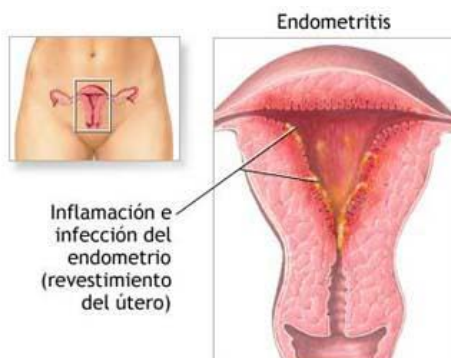
Objetivo: reportar un caso de sepsis puerperal grave.

Material y método: 37 años, secundigesta secundípara. Cesárea por embarazo múltiple el día 13/03/14. Consulta por guardia, secreción serosa por herida quirúrgica, inicia ATB. Ingres a UTI el día 22/03/14 en shock, taquicárdica, taquipneica, livideces generalizadas, febril, herida quirúrgica sin signos de flogosis, útero no involucionado. LBT: plaquetopenia, hipopotasemia, hiperlactacidemia, acidosis metabólica, hipoalbuminemia, dímero D 1000 ngr. Se realiza laparotomía exploradora con histerectomía subtotal segmentaria y ooforectomía derecha por trombosis de vena ovárica, se mandan muestras a bacteriología. Debido a la sospecha diagnóstica se consideró crucial la conducta terapéutica quirúrgica. Durante el acto quirúrgico presenta PCR con reanimación corta. Evoluciona con shock séptico, requiriendo drogas inotrópicas a altas dosis (dopamina, dobutamina, noradrenalina), síndrome de distress del adulto y fallo multiorgánico. Se pancultiva. Se rota ATB a vancomicina. Mala evolución, se constata óbito el 22/03/14 luego de 8hs de internación. Hemocultivos, cultivo de líquido de cavidad abdominal, cultivo de útero positivo para SAMR de la comunidad (sensible a rifampicina, gentamicina y TMP/SMX). Anatomía patológica: endometritis aguda inespecífica, absceso tubo ovárico. APACHE II 44.

Resultado: La endometritis puerperal ocurre en el 1-3% de los partos, 10 veces más frecuente postcesárea. Los factores de riesgo son nivel socioeconómico bajo, desnutrición, anemia, enfermedades crónicas debilitantes, primípara, infecciones genitourinarias, maniobras obstétricas reiteradas y cesárea. Las causas más frecuentes son el resultado de infecciones pélvicas. La prevalencia de bacteriemia en la población obstétrica se ha estimado en 7.5 % por mil admisiones, 8-10% desarrolla sepsis. Las complicaciones maternas

incluyen sepsis, shock séptico, peritonitis, absceso, compromiso de la fertilidad y muerte.

Conclusiones: La sepsis puerperal es la segunda causa de mortalidad materna y de la mayoría de las muertes del puerperio tardío. La evidencia indica que el factor de riesgo directo ha sido la cesárea. El SAMR de la comunidad se observa con mayor incidencia en medicina crítica asociado a casos fatales.



0070 PRESENTACION DE UN CASO: CRISIS TIROIDEA

GUTIÉRREZ, M.G.; ALÓ, M.V.; COCCO, L.; ESTEVES, L.M.; MELE, J.I.; IBÁÑEZ, E.
H.I.G.A. "Dr. José Penna". Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La crisis tirotóxica es una complicación aguda del hipertiroidismo, la cual se caracteriza por manifestaciones hiperméticas severas. Originada por hipertiroidismo no diagnosticado o tratado inadecuadamente. De alta mortalidad comparada con otras urgencias endocrinológicas, poco frecuente, por este motivo, poco sospechada. El objetivo es recordar la existencia de esta entidad y establecer pautas de manejo prácticas.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 39 años, de nivel socioeconómico bajo, con antecedentes de hipertiroidismo diagnosticado hace 2 años, tabaquista, colescintomía, en tratamiento con Metimazol que cumplió en forma irregular. Consulta por cuadro de disnea progresiva de 3 semanas de evolución, agregando vómitos, diarrea e ictericia en las últimas 24 hs. Ingres a servicio de Clínica Médica por diagnóstico de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, constatándose, además, falla hepática. Se decide su ingreso a UTI y se comienza tratamiento pre quirúrgico con propanolol, ácido ursodexicolico, lugol y dexametasona. Evolucionando con hipotensión arterial e

insuficiencia renal, requiriendo ARM e inotrópicos. Paciente Hemodinámicamente inestable con falla multiorgánica, falleciendo al 5 día de interacción.

Discusión: La tormenta tiroidea es rara y la principal causa es la enfermedad de Graves. La combinación del análisis de T4 libre (VN: 0,93 – 1,70 ng/dl) y de una prueba sensible de TSH (VN: 0,27 – 4,20 uul/ml) son los medios primarios para valorar el estado tiroideo en todos los enfermos. La clínica se deriva de un estado hipermetabólico que afecta en forma directa al sistema cardiovascular. El tratamiento debe instaurarse lo más precozmente posible, el pilar del tratamiento busca la disminución de las hormonas tiroideas en sangre y de la causa desencadenante. Los estados de eutirodismo llevan a la normalización de los trastornos cardiovasculares y hepáticos.

Conclusión: La importancia de la presentación de nuestro caso es que el rápido diagnóstico de una tormenta tiroidea determina el resultado satisfactorio de su evolución. El tratamiento debe ser inmediato y enérgico, la mortalidad es del 10 al 75%.

0071 VASCULITIS CEREBRAL SECUNDARIO A NEUMONIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

M SALGUERO(1), E ALVAREZ(1), NEI ROSALES(1), P ZINGARETTI(1), E RODRIGUEZ(1), A FABBRO(1)

(1) Instituto Medico Rio Cuarto, Córdoba, Argentina.

Introducción: Se presentará un caso de una paciente con neumonía grave por Mycoplasma pneumoniae que intercorre con vasculitis cerebral ocasionándole hematoma intracerebral.

Hay pocos trabajos científicos con iguales características, ya que dicha asociación es más frecuente en niños.

Presentación del caso: Paciente de 44 años, femenino, con antecedentes de obesidad, tabaquismo, hipotiroidea, diabética tipo I. Ingres a UTI por NAC grave de 5 días de evolución. Rx de tórax: compromiso de 4 cuadrantes. Se Pancultiva, iniciándose AM5 + Claritromicina + Oseltamivir.

Mala evolución, se coloca en ARM. Intercorre con shock séptico y falla orgánica múltiple, distress respiratorio con necesidad de ventilación en decúbito prono.

Minibal: positivo para Mycoplasma Pneumoniae, quedando con Levofloxacina + Fluconazol.

Tras 48 hs de suspensión de sedoanalgesia paciente sin respuesta a estímulos; se realiza TAC de cerebro, donde se observa extensa hemorragia parenquimatosa, con efecto de masa. Se realiza evacuación quirúrgica, craneotomía descompresiva.

Angiografía cerebral: Estenosis en ambas arterias cerebrales anteriores compatibles con vasculitis.

Perfil inmunológico para vasculitis (C3-C4-anca P, Anca C, Crioglobulinas) negativos.

Persistencia de distress respiratorio prolongado, iniciamos pulso de corticoides. Se cumple tratamiento antibiótico.

Intercorre con infección de sitio quirúrgico (craneotomía) aislándose Pseudomona sensible a Colistin.

Tras 45 días pasa a sala común.

Discusión: Se conoce el poder patógeno del Mycoplasma a nivel del encéfalo, pero en este caso sospechamos que la lesión es producida por un mecanismo inmunomediado. Desafortunadamente, las vasculitis del SNC representan un desafío diagnóstico y terapéutico debido a la escasa frecuencia. Se han reportado casos en niños y adultos jóvenes de características similares, principalmente por que el M. pneumoniae afecta estos grupos etarios.

Conclusión: Se presentó este caso clínico debido a rareza de la asociación entre infección pulmonar por Mycoplasma y vasculitis cerebral.

Es conocida la capacidad patógena del Mycoplasma a nivel del sistema nervioso central, pero la ausencia de desarrollo del germen en la biopsia cerebral y líquido cefalorraquídeo demuestra que el ACV hemorrágico fue causado por la inflamación vascular.

0072 COMPARACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y METABÓLICAS DURANTE LA REANIMACIÓN INICIAL EN EL SHOCK SÉPTICO

G PAGELLA(1), A CHENA(1), J MARENGO(1), M MARENGO(1), A SANCHEZ(1), C PELLEGRINI(1), C CASTRO(1), A MARTIN(1)
(1) Luis Lagomaggiore.

Introducción: Tanto las variables clínicas como metabólicas han sido propuestas como metas a alcanzar durante la reanimación inicial del shock séptico, sin embargo, no han sido comparadas entre sí para establecer cual es la que mejor se correlaciona con el pronóstico.

Objetivo: Comparación de marcadores clínicos y metabólicos (SvO₂, lactato, clearance de lactato, deltaCO₂, Delta temperatura central y periférica) y su correlación individual como predictor de reanimación en pacientes con shock séptico.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados entre julio de 2011 y mayo del 2014 con diagnóstico de shock séptico. Se registraron variables demográficas, APACHE II, signos vitales, uso de vasopresores, corticoides, volumen de fluidos recibidos durante la resucitación, antecedentes patológicos, diagnóstico y gasometría arterial y venosa al ingreso, 3 y 6 horas y evolución (sobreviviente o fallecido). Las muestras fueron obtenidas del catéter venoso central y vía arterial para control gasométrico. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) para su análisis se utilizó U de Mann Whitney, para comparación de variables gasométricas y evolución basal, tres y seis horas se utilizó test de Friedman. Se consideró significación estadística $p \leq 0.05$.

Resultados: Fueron incluidos 51 pacientes, con un promedio de edad de $51,9 \pm 20,4$, de los cuales 35, (68,6%) fueron de sexo femenino. El 82,4% (42 pacientes) requirió vasopresores durante la resucitación inicial y el 50% debieron utilizar combinación de noradrenalina y dobutamina, (21 pacientes). El 66,7% (34 casos) recibieron corticoides junto a vasoactivos. El valor de puntaje APACHE II medio fue de $21,0 \pm 7,1$. La mortalidad alcanzó 41,2% (21 pacientes).

Conclusiones: Los marcadores que más se correlacionaron con el pronóstico dentro de las primeras 6 horas de reanimación fueron Bicarbonato a las seis horas, clearance de lactato a las 3 y 6 horas. Mientras el subgrupo con SVC mayor a 70 y Delta de CO₂ menor a 6 tuvieron menor mortalidad.

0073 EMBOLIA GASEOSA POST OZONOTERAPIA. REPORTE DE UN CASO

JS PIETROBÓN(1), MÁ PRETEL(1), AF MUSCARELLO(1), FJ FERREIRO BERTA(1), A VILLAGRA COCO(1)
(1) Aconcagua.

Introducción: La ozonoterapia es la técnica que utiliza el ozono, como agente terapéutico por su capacidad antioxidante, de cicatrización y activación de proteínas y células del sistema inmune. El ozono para uso terapéutico se genera a partir de oxígeno médico al 99,9% en una mezcla de ozono (5%)/oxígeno(95%).

Objetivo: Reporte de un caso de isquemia cerebral secundaria a embolismo gaseoso post sesión de ozonoterapia.

Material y método: hombre de 82 años que ingresa a UTI el día 10/04/14 debido a depresión del sensorio y paraparesia, posterior a la realización de ozonoterapia paravertebral por dolor. El paciente refiere como síntoma dolor precordial con posteriores síntomas neurológicos intraprocedimiento. Al ingreso Glasgow 14/15, confuso, paraplejía, temblor en ambos MMII, parestesias en MMII, luego mejora el Glasgow 15/15 y presenta paraparesia. APACHE II 23. Se realiza TAC cerebral al ingreso donde no se objetivan lesiones agudas. Paciente con mala evolución, presenta síndrome convulsivo con requerimiento de ARM para protección de vía aérea. Se realiza TAC cerebral control donde se objetiva isquemia occipital bilateral. Se realiza RMN cerebral: lesión quística secuelear cerebelosa derecha, infartos múltiples en diferentes territorios (frontal, parietal, temporal y occipital bilateral), sin distribución vascular típica. Paciente en coma, sin respuesta a estímulos, sin sedación, evolución tórpida. Se constata óbito el 18/04/14.

Resultado: El ozono es un gas muy soluble, pero como todo tipo de tratamiento, puede presentar complicaciones, desde las más sencillas hasta fatales como el embolismo gaseoso. Este último rara vez se produce, pero debemos tenerlo presente cuando el paciente experimente sensación de burbujeo axilar, tos, sensación de opresión retroesternal, vértigo, alteraciones visuales y/o hipotensión.

Conclusiones: La ozonoterapia es una práctica cada vez más utilizada para el tratamiento de diversas patologías, por lo que creemos relevante el reporte de este caso para alertar a la comunidad médica sobre las complicaciones fatales de esta terapéutica, ya que sólo fue encontrado en la literatura mundial un caso documentado de embolia gaseosa por ozonoterapia.

Bibliografía: Francesco Corea, MD,* Serena Amici, MD,† Nicola Murgia, MD,‡ and Nicola Tambasco, MD, PhD§A Case of Vertebrobasilar Stroke During Oxygen-ozone Therapy.



Resultados: Ingresaron 3 pacientes con GF, la edad fue de 63±14, 66% fueron hombres, el APACHE II fue de 22±3, el riesgo de mortalidad 32%, shock 100%, falla renal 66% y ventilados 100%. Como comorbilidades: 66% tenían DBT, 33% insuficiencia renal crónica, 33% uso de corticoides, 33% cirrosis. La causa fue anorrectal en el 33%, urogenital en el 66%, cutánea en un 33%. Los gérmenes fueron polimicrobianos: 66% B. fragilis, 66% E coli, 33% estreptococos y 33% S.aureus. La patología fue limitada a los genitales en un caso (33%), se extienden al periné en 2 casos (66%) y perianal (33%). El tratamiento consistió en amplia resucitación, antibióticos (Cefalosporinas de 3 + Aminoglucósidos + metronidazol) y Cirugía (múltiples desbridamientos, 1 paciente requirió cistostomía y 2 colostomías). Los días de UTI fueron de 26 [10-52] y la mortalidad fue del 66% por shock séptico refractario.

Conclusión: Fueron pacientes graves desde el ingreso, con muchas comorbilidades. La amplia resucitación, el uso de ATB y el manejo quirúrgico son los pilares fundamentales para el tratamiento de esta patología, requiriendo en muchos casos intervenciones diarias. La colostomía preventiva, si bien es controvertida, fue importante para excluir el sitio de infección de la materia fecal. A pesar de la participación de un equipo multidisciplinario para el diagnóstico temprano y adecuado tratamiento la mortalidad fue alta. El propósito de este estudio es aportar nuestra experiencia y resultados en una patología poco frecuente.



0074 GANGRENA DE FOURNIER: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

A FELDMAN(1), C BALASINI(1), S GONZALEZ(1), M VISCIGLIA(1), G VALIDO(1), F LUNA(1), B SAVASTANO(1)
(1) Pirovano.

Introducción: La gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante polimicrobiana de la región perianal, perineal o genital. Los pacientes afectados pueden requerir cistostomía, colostomía, u orquiectomía.

Objetivos: Describir las características clínicas, tratamiento y resultados de pacientes con GF.

Pacientes y métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de 3 pacientes con gangrena de Fournier tratados entre diciembre de 2013 y marzo de 2014 en terapia intensiva.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional de pacientes con GF ingresados a la UTI del Hospital Pirovano desde 1/12/13 al 31/3/13. Se describen variables epidemiológicas, scores de gravedad, comorbilidades, aislamiento microbiológico, tratamiento y resultados. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

0075 ANALISIS DE CONSUMO DE ALBUMINA

ML SEGURO(1), JS PIETROBÓN(1), MÁ PRETEL(1)
(1) Aconcagua.

Introducción: La albúmina humana es una proteína producida por el hígado que puede reponerse en casos de déficit y otras situaciones. Es considerado de uso restringido, debido a la escasez de la misma y a su alto costo. Su empleo clínico ha sido objeto de debate y controversia.

Objetivos: Analizar el consumo de Albúmina en un Servicio de Terapia Intensiva Adultos polivalente de 11 camas durante un año consecutivo: enero de 2013 a dic de 2013.

Materiales y método: Se realizó un EUM (estudio de utilización de medicamentos) sobre el consumo de Albúmina durante el período analizado, de tipo observacional, transversal y descriptivo.

Se incluyeron todos los pacientes que recibieron prescripción y dispensación de albúmina. Se discriminó según patología y se evaluaron las guías de utilización de albumina.

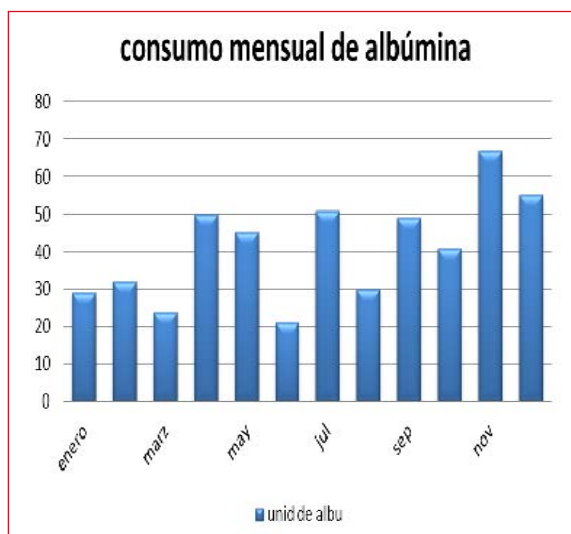
Se tomó como fuente de datos al sistema de la institución, historias clínicas y registro de pacientes del servicio.

Resultados: De los pacientes que ingresaron a UTI durante ese año, el 7,1 % promedio mensual recibieron albúmina. El gasto total de albúmina del servicio durante 2013 fue de \$ 119548, representando un promedio de \$ 9962 mensuales. Se utilizó un promedio de 6,8 frascos por paciente, que representa un gasto de \$ 1645,6 (\$242 el vial). Del total en pesos de medicamentos consumidos por el servicio durante el período analizado, el 25 % del mismo está representado por albúmina. La media de consumo anual de albumina fue 41 frascos, la mediana 43 frascos, con un desvío standar de 14 frascos. Total de pacientes tratados: 63, APACHE II promedio 14, de los cuales fallecieron el 33,3%.

Las dos patologías más frecuentes en las que fue indicada fueron: sepsis y patologías cardiovasculares

Conclusión: Los resultados hallados no difieren de los encontrados en la bibliografía con respecto al consumo en otras instituciones. El consumo es inferior a otros reportados. Si bien no existe un protocolo de prescripción, si hay vigente en la institución un formulario especial para su indicación. Sin embargo, hubo uso en situaciones especiales.

Es fundamental el uso de un protocolo por escrito sobre las indicaciones. Se evaluará posteriormente si se producen modificaciones en su consumo.

**0076 SINDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNA PACIENTE CON LUPUS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

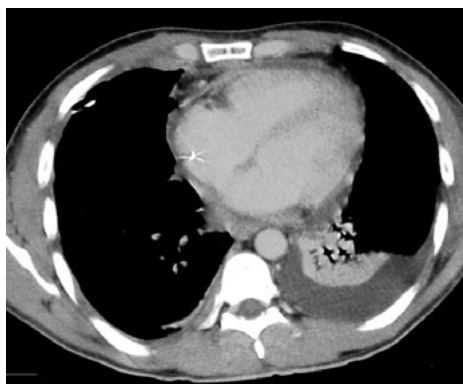
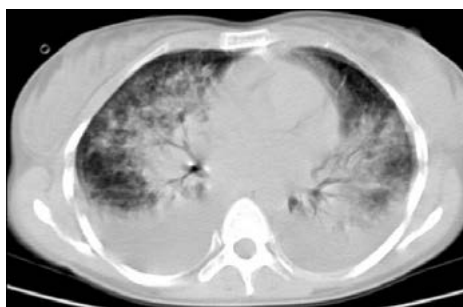
A FELDMAN(1), C BALASINI(2), S GONZALEZ(2), M VISCIGLIA(2), G VALIDO(2), B SABASTANO(2)
(1) Churruca. (2) Pirovano.

Introducción: El Síndrome hemofagocítico (SA) es un cuadro clínico caracterizado por la activación de los macrófagos, con intensa actividad fagocítica en la médula ósea e otras localizaciones del sistema reticuloendotelial, lo que provoca la fagocitosis de los eritrocitos, leucocitos, plaquetas y sus precursores.

Caso clínico: Paciente de 29 años de sexo femenino que ingresa por fiebre y trombocitopenia, erupción fotosensible en el rostro. Evoluciona con mala mecánica ventilatoria y signos de taponamiento pericárdico por lo cual requiere intubación orotraqueal y conexión a ARM. Se realiza punción del pericardio. El laboratorio anemia normocítica, normocrómica y plaquetopenia. Aumento de transaminasas. Velocidad de sedimentación globular (VSG) 115 mm. El análisis de orina mostró proteinuria y hematuria microscópica. El perfil autoinmune reveló ANA > 1280, anticuerpos anti-Ro/SSA homogéneas y anti-RNP fuertemente positiva. Complemento C3 y C4 disminuidos. Cultivos fue negativos para bacterias y hongos. El panel viral y VIH negativo. TAC de abdomen mostró hepatoesplenomegalia. La aspiración de médula ósea reveló hemofagocitosis con histiocitos activados. Se realizó tratamiento con metilprednisolona 1 g/día durante 3 días y 1 g de ciclofosfamida intravenosa. Evolucionó desfavorablemente falleciendo a los veinte días de internación.

Discusión: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida que puede afectar a la piel, las articulaciones, los riñones, los pulmones, el sistema nervioso. La producción de anticuerpos antinucleares, es característica de la enfermedad. El curso puede ser caracterizado por períodos de remisiones y recaídas crónicas o agudas. Las mujeres, especialmente entre los 20 y 30 años, se ven afectados con mayor frecuencia.

Conclusión: En este caso clínico, presentamos a una mujer de 29 años, previamente sana, que desarrolló hemofagocitosis al mismo tiempo que completó los criterios de diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. La hemofagocitosis asociada con el lupus es una entidad rara, potencialmente mortal, de diagnóstico diferencial complicado y, que requiere una intervención terapéutica urgente con corticoides y ciclofosfamida.



0077 TRAUMA TORÁCICO POR LESIONES DE ARMA DE FUEGO EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA: ANÁLISIS DE 153 CASOS

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D QUARANTA(1), J CAPELLA(1), M MOLINA(1), A PASQUINI(1), N TIRIBELLI(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

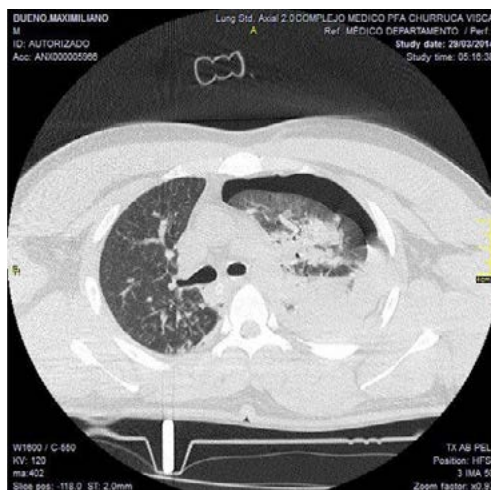
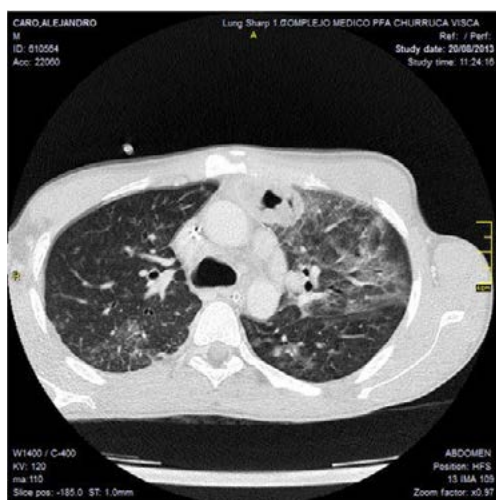
Introducción: Un traumatismo torácico es una lesión grave en el tórax, bien sea por golpes contusos o por heridas penetrante. La mortalidad en pacientes hospitalizados oscila entre 4 a 8% y aumenta a 35% si se ven afectados órganos extratorácicos.

Objetivo: Describir las características clínicas, tratamiento y resultados de pacientes con herida de bala (HB) en torax.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes ingresados por (HB) a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/10/1999 hasta 1/03/2014. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, TSR, lesiones torácicas, lesiones extra torácicas, tratamiento, complicaciones, días de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media \pm DS, mediana \pm RI y %.

Resultados: Ingresaron 426 pacientes con herido de bala, de los cuales 153 (36%) eran (HB) en torax, la edad fue de 39 ± 10 años, APACHE II fue de 14 ± 10 , TSR 6. Las complicación torácicas más frecuentes fueron: neumotórax 80 %, hemotórax 70%, contusión pulmonar 70%, fracturas costales 20% y fractura de clavícula 10%. Lesiones extra torácicas asociadas: abdominales 70 %, las que correspondían a lesiones de epiplón, diafragma, de bazo, hígado y estómago, traumatismo de cráneo 20 % y 10 % trauma raquimedular. En cuanto al tratamiento efectuado se realizó drenaje de torax con tubo de avenamiento pleural en el 80% de los casos, toracotomía con segmentectomía en el 15 % y lobectomía en el 5% de los casos. Las complicaciones más frecuentes fueron atelectasias 40%, neumotórax persistentes 30 %, derrame pleural 20 % y absceso pulmonar 10 %. Los días de ventilación mecánica fueron 6 [3-10]. Los días de UTI fueron de 12 [3-14] y la mortalidad fue del 12 %.

Conclusiones: En nuestro estudio y al igual que en la literatura, la gran mayoría de los pacientes con traumatismo torácico son del sexo masculino y con una edad promedio baja. En cuanto al tratamiento a diferencia del abdominal penetrante, 80% de los traumatismos torácicos pueden tratarse en forma conservadora con tubo de avenamiento pleural. El neumotórax fue la lesión torácica más frecuente.



0078 VALOR PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO.

ED VALENZUELA ESPINOZA(1), G ROLANDO(1), E AVID(1), S WELSH(1), D MASEVICIUS(1), A DUBIN(1)
(1) Sanatorio Otamendi Miroli.

Introducción: la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en pacientes sépticos es un fenómeno frecuente que se ha asociado a mayor mortalidad. Por el contrario, la disfunción diastólica no está adecuadamente estudiada.

Objetivos: caracterizar ecográficamente la función ventricular de pacientes sépticos y su asociación con la mortalidad.

Material y métodos: se estudiaron prospectivamente 53 pacientes sépticos. Se realizaron ecocardiogramas dentro de las 24 horas de la admisión a terapia intensiva luego de la reanimación inicial y entre el séptimo y el décimo día de internación. Se evaluó la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo mediante fracción de eyección (método de Simpson), onda S por Doppler tisular, índice cardíaco por integral de velocidad/tiempo y volúmenes telediastólico y telesistólico, así como sus variaciones en la segunda medición. También se evaluó la disfunción diastólica de ambos ventrículos por medio de relación E/A, E/e' y pendiente de desaceleración de la onda E, se compararon las variables ecocardiográficas entre sobrevivientes y no sobrevivientes, se realizó regresión logística para determinar marcadores pronóstico de mortalidad, se considero significativo $P < 0,05$.

Resultados: se analizaron 30 pacientes con sepsis severa y 23 con shock séptico, APACHE II 19 ± 5 y SOFA 7 ± 3 . No se encontró asociación entre la fracción de eyección biventricular, onda S, volúmenes telediastólico y telesistólico, y sus variaciones en la segunda medición, con mortalidad.

La regresión logística demostró que la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo es un indicador pronóstico de mortalidad ajustado a puntajes APACHE y SOFA (Odds ratio = 6,24, IC 95% = [1,02-37,98], $P = 0,047$).

Conclusión: En esta serie de pacientes sépticos, no encontramos ninguna asociación entre disfunción sistólica y mortalidad. Por el contrario, la disfunción diastólica del VI fue un indicador pronóstico independiente de mortalidad.

Tabla 1. Datos clínicos y epidemiológicos en sobrevivientes y no sobrevivientes

	Sobrevivientes n = 18	No sobrevivientes n = 35	P
Edad (años)	71 ± 15	76 ± 12	0,30
Sexo, masculino n (%)	31 (58)	22 (42)	0,19
APACHE II	18 ± 4	20 ± 5	0,10
SOFA	6 ± 3	8 ± 3	0,04
Internación en terapia intensiva (días)	29 ± 24	20 ± 14	0,10
Internación hospitalaria (días)	29 ± 23	22 ± 16	0,20
Ventilación mecánica (días)	23 ± 22	18 ± 12	0,30

Tabla 2. Valores ecocardiográficos en sobrevivientes y no sobrevivientes

	Sobrevivientes n = 18	No sobrevivientes n = 35	P
DDVI (mm)	47 ± 7	48 ± 6	0,40
DSVI (mm)	31 ± 8	33 ± 7	0,10
VFDVI (ml)	88 ± 60	87 ± 38	0,90
VFSVI (ml)	39 ± 39	42 ± 26	0,80
Fey del VI (%)	50 ± 10	53 ± 11	0,06
Onda S por DTI (cm/seg)	11 ± 3	10 ± 5	0,80
VFDVD (ml)	67 ± 29	63 ± 22	0,60
VFSVD (ml)	27 ± 17	27 ± 11	0,90
Fey ventrículo derecho (%)	62 ± 7	58 ± 10	0,10
ESPAT (mm)	23 ± 5	21 ± 4	0,20
Disfunción diastólica VI, n (%)	12 (29)	30 (71)	0,10
Pendiente onda E (cm/seg ²)	211 ± 42	211 ± 72	0,10
Onda e por DTI (cm/seg)	12 ± 4	13 ± 14	0,80
Relación E/A	1,0 ± 0,4	1,1 ± 0,5	0,40
Relación E/e'	6,6 ± 2,5	8,8 ± 2,9	0,01
Disfunción diastólica VD, n (%)	9 (24)	29 (76)	0,02

Definición de abreviaturas: VI (ventrículo izquierdo), DDVI (diámetro diastólico de fin de diástole del ventrículo izquierdo), DSVI (diámetro sistólico del ventrículo izquierdo), VFDVI (volumen de fin de diástole del VI), VFSVI (volumen de fin de sístole del VI), Fey (Fracción de eyección), DTI (doppler tisular), VFDVD (volumen de fin de diástole del ventrículo derecho), VFSVD (volumen de fin de sístole del ventrículo derecho), ESPAT (excursión sistólica plano del anillo tricúspideo).

0079 VALOR PRONÓSTICO DE HIPONATREMIA EN PACIENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS EN TERAPIA INTENSIVA

ED VALENZUELA ESPINOZA(1), M BENITES(1), ML CAMPASSI(1), NP RUBATTO(1), S WELSH(1), MX MIRANDA(1), E GUERRA(1), MC ZERPA(1), MF MOTTA(1), A RISSO VASQUEZ(1), A DUBIN(1), D MASEVICIUS(1)
(1) Sanatorio Otamendi Mirolli.

Introducción: la hiponatremia al ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI) es un marcador de la gravedad del paciente y un predictor independiente de mortalidad. En pacientes clínicos, los estímulos para la liberación de ADH actuarían en forma permanente y estarían vinculados con la gravedad de la enfermedad, mientras que en pacientes quirúrgicos, estos serían transitorios y adquiridos en el perioperatorio.

Objetivo: comparar el valor pronóstico de la hiponatremia en pacientes clínicos y quirúrgicos, al ingreso a UTI.

Materiales y Métodos: estudio observacional de una cohorte retrospectiva, durante el período 2010-2013. Hiponatremia fue definida como un valor de Na plasmático.

Se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para definir las variables paramétricas. Se empleó el test de Student para analizar variables continuas paramétricas, el test de Mann Whitney para variables no paramétricas y el test de Chi cuadrado para variables cualitativas. Se realizó un modelo de regresión logística para ajustar el evento de interés a distintas covariables. La medida de efecto utilizada fue el OR. Se calcularon los IC 95%. Se consideró como significativo un valor de p.

Resultados: se incluyeron 1106 pacientes, 561 (50,7%) clínicos y 545 (49,3%) quirúrgicos. 339 pacientes presentaron hiponatremia, 214 (63%) clínicos y 125 (37%) quirúrgicos. En el análisis univariado los pacientes hiponatremicos clínicos tuvieron mayores valores de

mortalidad (22 vs 6%, p < 0,01), APACHE II (12,9 ± 7,7 vs 8,7 ± 5,7, p < 0,01), SOFA (3,3 ± 3,1 vs 1,7 ± 2,0, p.

En el análisis multivariado, la mortalidad de los pacientes hiponatremicos clínicos, ajustada a SOFA y APACHE II siguió siendo mayor que los quirúrgicos, OR: 2,35 IC: 95% (1,01 - 5,48), p= 0,047.

Conclusión: la mortalidad asociada a la hiponatremia al ingreso a terapia intensiva es diferente en pacientes clínicos o quirúrgicos. Estos hallazgos podrían ser explicados por las diferencias en los tiempos de exposición a los efectos deletéreos de la hiponatremia.

0080 REPORTE DE CASO: ESTATUS EPILÉPTICO SUPER REFRACTARIO

S ABENTE(1), L FONTCLARA(2), H BIANCO(2), M VERA(2), C ARBO(2), M CABRERA(2), C RICARDO(2), N GALEANO(2), C AYALA(2), B FIGUEREDO(2), M DUARTE(2), J CODAS(2), M MOREL(2)

(1) Clínicas. (2) Hospital De Clínicas.

Introducción: Estado epiléptico refractario (RSE) es aquel que no responde a primera y segunda línea de drogas antiepilépticos (DAE). Existe poca evidencia para tratamiento de RSE.

Presentación del caso: Mujer, 35 años, antecedente de enfermedad celiaca, epilepsia focal del lóbulo temporal, trastorno depresivo, sospecha de vasculitis del SNC, tratada adecuadamente.

Luego de transgresión alimentaria y vómitos, presentó status convulsivo generalizado refractario a DAE de primera línea, ingresó a UTI, persistiendo el status a pesar del uso de drogas de segunda línea como Midazolam(0.3mg/kp/h), se inició inducción a coma barbitúrico(Tiopental hasta 4gr/día) lográndose patrón brote-supresión en el registro EEG continuo.

Se mantuvo Tiopental, con reaparición del RSE al disminuir la dosis, posteriormente sucesivos intentos de desmonte del coma fallidos manifestando actividad polipuntas difusas continuas. Fueron agregadas otras DAE como Valproato (1.5g/día) y Levetiracetam (3g/día).

Al 9º d se rotó a Propofol como droga de inducción anestésica (450mg/h), a la par se realizaron pruebas terapéuticas con otras DAE como Fenobarbital (600mg/día), Topiramato (600 mg/día) y Lacosamida (400mg/día), el RSE recidivaba con cada intento de retirar Propofol.

Desde el ingreso se intentó filiar causa del cuadro, se realizó 2 RM contrastadas y AngioRM, citoquímico/cultivo LCR, VDRL, ADA, látex para gérmenes encapsulados y Criptococo, Tinta china, PCR viral LCR, IgG-bandas oligoclonales, Leptospira IgM, Borrelia, HIV, perfil inmunológico, marcadores tumorales y test toxicológico, anticuerpos onconeurales y anticuerpos antineuropilo LCR. Todos negativos exceptuando el PCR para Herpes simple positivo en LCR, recibió Aciclovir por 21 días y luego profilaxis por 1 mes más. Se realizaron 5 pulsos de Metilprednisolona (2ºd- 1g/dosis), Inmunoglobulina Humana 5º-25ºd (400 y 800mg/kp/dosis respectivamente) y Ciclofosfamida 1g 23ºd.

44º d se repite RM contrastada, se observa isquemia núcleo caudado y regiones fronto-parieto-temporal derechas.

46º d al disminuir Propofol se constata cese de RSE, se suspende, quedando descargas paroxísticas en EEG. Paciente evolucionó favorablemente, secuela hemiplejía braquio-crural izquierda.

Discusión: Son pocos los casos reportados de RSE tan prolongados recuperados como esta joven, por lo que es importantísimo aprender el manejo de los mismos.

Conclusión: Nuestro caso pone de relieve la necesidad de una terapia agresiva continua y prolongada.

0081 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES POSTOPERATORIOS QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA: INFORME PRELIMINAR

A FELDMAN(1), V NUNES VELLOSO(1), G SIBILA(1), R ALVARADO(1), J CAPELLA(1), A PERAZI(1), N TIRIBELLI(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: Muchos de los pacientes postoperatorios de cirugía abdominal ya sea urgente o programada, requieren su ingreso en Terapia Intensiva para observación y tratamiento, por la complejidad de la operación o por otros factores de riesgo no abdominales
Objetivos: analizar la incidencia, variables clínicas y el pronóstico de los pacientes posoperatorios que requirieron ARM en la unidad de terapia intensiva (UTI).

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes postoperatorios ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/11/2013 hasta el 1/03/2014 que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) por más de 24 hs. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, motivo de ingreso, la tasa de extubaciones, % de traqueotomía, complicaciones, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 190 pacientes, un total de 98 pacientes (51%) requirieron asistencia respiratoria mecánica, de los cuales 35 (36%) eran postoperatorios, 7 (20%) heridos de bala en torax y abdomen. Presentaron shock 20%, falla renal 30% y SDRA 14%. La edad fue de 60±16 y el 70 % eran hombres. El APACHE II fue de 24±9 con un riesgo de mortalidad del 52%. El 68% fueron extubados, 8 % requirieron traqueotomía (TQT) de las cuales 67% fueron percutáneas, los días a TQT fue de 12 [9-14]. Los días de ARM fueron de 6 [3-10], la estadía en UTI fue de 9 [5-15] días y la mortalidad fue del 29%.

Conclusión: Los pacientes posoperatorios que requieren ARM son pacientes graves desde el ingreso, con muchas comorbilidades, presentan mediana edad, alto índice de complicaciones, sin embargo la mortalidad fue menor a la esperada.

0082 SINDROME CORONARIO AGUDO DURANTE EL EMBARAZO

JM BUSSO(1), M SUARES GAUNA(1), L CAMPUTARO(1), G SUTTON(1), C PERALTA(1), M GRECO(1)
(1) Sanatorio San Jose.

Introducción: El embarazo lleva a cambios fisiológicos sustanciales que requieren cierta adaptación del sistema cardiovascular. La cardiopatía es una de las principales causas de muerte materno-fetal durante el mismo. La enfermedad reumática y las cardiopatías congénitas son las más frecuentes. Por otro lado la incidencia de infarto agudo de miocardio es baja siendo mas frecuente en multiparas, tercera edad y durante el tercer trimestre. Distintos estudios reportan hasta un 40% de lesiones ateromatosas en la angiografía; el resto de los casos corresponden a disección de arteria coronaria y presencia de trombos.

Presentación del caso: 41 años de edad sin antecedentes coronarios conocidos. Gestas 5 Partos 4 Cursando semana 26 de su embarazo presenta cuadro de dolor precordial constatándose en electrocardiograma injuria subepicardica en territorio de arteria descendente anterior. Se realizó cinecoronariografía de urgencia evidenciándose disección de arteria descendente anterior requiriendo angioplastia primaria con stent convencional.

Discusión: La disección coronaria espontánea es una causa poco habitual de isquemia miocárdica aguda. Las etiologías secundarias deben ser excluidas antes de que la disección coronaria sea clasifica-

da como espontánea. Presentándose la misma como muerte súbita o evidenciándose en necropsia. En los casos que reciben atención médica, la cardiología intervencionista es fundamental para diagnóstico y tratamiento, así también como un equipo interdisciplinario para el manejo de esta grave situación con alta mortalidad materno-fetal.

La disección coronaria espontánea debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial, sobre todo en sujetos jóvenes, mujeres, sin factores de riesgo cardiovascular y en relación con el embarazo y puerperio inmediato.

0083 MONOGRAFÍAS CURSO SUPERIOR DE TERAPIA INTENSIVA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TEMAS ELEGIDOS DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS.

C PEREYRA(1), R REINA(1), A BADOLATI(2), G BORENSTEIN(2), G CHIAPPERO(2)

(1) Departamento De Docencia- Sati. (2) Departamento De Docencia-sati.

Introducción: El proceso de elaboración de una monografía o de una tesis resulta con frecuencia una experiencia desalentadora para el alumno que nunca ha recibido capacitación al respecto y enfrenta sin herramientas adecuadas su primer intento. Para quienes realizan el Curso Superior de la SATI, la elaboración y aprobación de una monografía forma parte del conjunto de requisitos que se requiere para obtener el título de especialista.

Objetivos: Analizar y comparar los temas monográficos elegidos según módulos temáticos de las cohortes de alumnos del Curso Superior desde 2011 al 2013.

Material y métodos: Estudio descriptivo, corte transversal. Se incluyeron todos los temas de monografía propuestos desde junio 2011 hasta febrero 2013. Exclusión: Todo alumno que no mantuvo la regularidad en el curso y/o no entregó el tema. Se analizaron los temas según la modalidad de participación de los alumnos: presencial (PRE) y videoconferencia (VDC) y según módulos temáticos. Los resultados se expresan en frecuencia y porcentajes.

Resultados: Un total de 266 alumnos de las 3 cohortes analizadas presentaron 270 temas. Tres alumnos no entregaron el tema y 4 temas fueron rechazados, finalmente se analizaron 263 temas. La siguiente tabla muestra el número de temas según cohorte y sedes.

COHORTE	Nº TEMAS	PRE	VDC
2010-2012	88	49	39
2011-2013	81	61	20
2012-2014	94	50	44
TOTAL	263	160	103

Los 5 módulos temáticos más elegidos fueron: Neurointensivismo 55 (21%), Neumonología 46 (17,5%), Infectología 27 (10,2%), Nefrología 21 (8%) y Shock/Sepsis 19 (7,2%). Los temas relacionados con Trasplante fueron elegidos en mayor proporción por el grupo PRE en comparación al grupo VDC (11% vs 2%). En contraste, hubo 14 (12%) temas de Nutrición en el grupo VDC y ninguno en el grupo PRE.

Se entregaron un total de 187 trabajos (71%) de los cuales 168 fueron aprobados (90%) de los cuales 60 trabajos (32%) fueron a revisión para su aprobación final.

Conclusiones: En la muestra analizada se observó una gran variedad de temas elegidos con predominio del área de neurointensivismo y neumonología crítica. El análisis de las preferencias de los alumnos por un área temática nos motiva a futuros investigaciones que permitan responder este interrogante.

0084 MONOGRAFÍAS CURSO SUPERIOR DE TERAPIA INTENSIVA. IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PEDAGÓGICA PARA OPTIMIZAR LA TASA DE CUMPLIMIENTO DE ENTREGA.

C PEREYRA(1), R REINA(1), A BADOLATI(1), G BORENSTEIN(1), G CHIAPPERO(1)

(1) Departamento De Docencia-sati.

Introducción: El proceso de elaboración de una monografía o de una tesis resulta con frecuencia una experiencia desalentadora para el alumno que nunca ha recibido capacitación al respecto y enfrenta sin herramientas adecuadas su primer intento. La elaboración y aprobación de una monografía forma parte del conjunto de requisitos para obtener el título de especialista. Desde el año 2011 se incorporaron estrategias pedagógico-educativas para el seguimiento de los alumnos hasta la entrega final.

Hipótesis: La implementación de un conjunto de estrategias pedagógico-educativas durante el proceso de elaboración de una monografía permite detectar las debilidades y fortalezas de los alumnos y asesorar tempranamente en caso que sea necesario.

Objetivos: Analizar la tasa de cumplimiento de las distintas etapas del proceso de elaboración de la monografía de las cohortes desde el año 2011 al 2013.

Material y métodos: Las estrategias implementadas fueron: 1. Designación de un integrante del Dto de Docencia para el seguimiento de los alumnos. 2. Incorporación del campus virtual como herramienta de comunicación e intercambio docente-alumno a través de foros de consultas con devolución. 3. Entregas preliminares para la corrección de diversos aspectos metodológicos del proceso (redacción, búsqueda bibliográfica, citas bibliográficas elegidas, etc). Inclusión: Todos los alumnos con condición regular que realizaron el Curso Superior tanto en modalidad presencial ó videoconferencia. El proceso de entregas incluye 3 etapas: 1° etapa TEMA. 2° etapa AVANCE. 3° etapa ENTREGA FINAL. Se analizaron cada una de las etapas expresando los resultados en frecuencia y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 266 alumnos, 160 (60%) modalidad presencial y 106 (40%) por videoconferencia. Fueron corregidos 187 trabajos, 168 (90%) fueron aprobados con una tasa de 30% de trabajos enviados a revisión. La tasa de desaprobados osciló entre 7-10%.

Cohorte	Alumnos	TEMA	AVANCE	ENTREGA
1	86	84 (98%)	57 (66%)	61 (71%)
2	83	81 (98%)	77 (93%)	66 (80%)
3	97	94 (97%)	89 (92%)	56 (58%)

Conclusión: En el grupo analizado, se observó un alto cumplimiento de la primera etapa (tema) y de la segunda (avance). La última etapa (entrega final) presentó disminución de la tasa de entrega. Esta observación genera nuevos desafíos para lograr que un mayor porcentaje de alumnos alcance completar todas las instancias de este proceso.

0085 SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE TERAPIAS INTENSIVAS DE GENERAL ROCA Y CIPOLLETTI

F MONESTEROLO(1), S VARGAS(1), J TOLEDO(1), A MORENO(2), MC ORLANDI(3)

(1) Clínica Roca. (2) Moguillansky. (3) López Lima.

Introducción: Burnout es una respuesta negativa al estrés laboral crónico. Afecta personas que trabajan en profesiones de asistencia. Estado de agotamiento mental, físico y emocional, con sentimientos y actitudes negativas hacia el trabajo, las personas con las que se trabaja y el propio rol profesional, ocasionado por la interacción del entorno laboral y las características personales del sujeto, fallando sus estrategias de afrontamiento, con consecuencias nocivas para el afectado y la organización.

Objetivos: Conocer su existencia en intensivistas de General Roca y Cipolletti. identificar sus síntomas y correlacionarlos con factores de estrés/satisfacción laboral.

Métodos: Se utilizó el cuestionario del "Maslach burnout inventory manual" (MBI), la encuesta hospitalaria de estrés/satisfacción laboral (HCJSSQ) y una autoevaluación del nivel de estrés/satisfacción. Se identificaron los profesionales que están por encima de la mediana de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (D) y por debajo de la de realización personal (RP). La presencia de las tres dimensiones definió la existencia del síndrome. Se correlacionaron las encuestas con el coeficiente PEARSON, para vincular el Burnout con los factores estresores/inhibidores.

Resultados: Contestaron 52 intensivistas, representando el 92 del total; 12/52 presentaron Burnout (21,4%), coincidiendo con la bibliografía; con mayoría de mujeres (58.33%). De los 12, 5 (41.7%) consideraron el estrés intenso, 6 (50%) moderado y 1 (8.33%) leve; el 60% de los afectados no reconocieron su existencia.

Los intensivistas de instituciones públicas manifestaron más afectación y fue mayor en las neonatologías y en Cipolletti.

Los factores estresores que correlacionaron con el síndrome fueron: falta de tiempo, mayor complejidad tecnológica, necesidad de cubrir guardias y dar malas noticias, amenaza de litigio, restricciones institucionales, conflictos con el equipo/colegas, falta de autonomía, exceso de responsabilidad y sensación de no hacer la tarea tan bien como se quería. Un factor de gran satisfacción fue el trabajo multidisciplinario.

Conclusión: Los resultados se acercan a la bibliografía en prevalencia y características demográficas. Es fundamental el rol institucional en la prevención y muy importante su reconocimiento y la utilización de estrategias de abordaje orientadas al afectado y a mejorar el clima organizacional, las condiciones laborales, la comunicación y el trabajo en equipo, para mejorar la calidad de vida de los profesionales y el servicio brindado.

0086 PRESENTACION DE UN CASO. ESTIMACION NO INVASIVA DE LA PRESION ENDOCRANEANA A TRAVES DE LA MEDICION ECOGRAFICA DEL DIAMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ OPTICO EN UN PACIENTE CON STROKE HEMORRAGICO DEBIDO A PLAQUETOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA.

D ARUFE(1), S VOMMARO(1), S LAMOT(1), JJ VEGA(1), S BELTRAMINO(1), V GARCIA FERNANDEZ(1), G BADARIOTTI(1), B DE DIEGO(1)

(1) Sanatorio Mater Dei.

Introducción: La hipertensión endocraneana (HTE) es una situación frecuente en terapia intensiva. El método gold standard para su detección es a través de la colocación de catéteres intraparenquimatosos o intraventriculares.

La vaina que envuelve al nervio óptico es una prolongación de la duramadre; por lo tanto, el espacio subaracnoideo se extiende a lo largo del nervio óptico (NO) y un aumento en la presión intracraneana (PIC) se transmitirá hacia la cabeza del NO con el consecuente ensanchamiento de la vaina.

Presentación del caso: Paciente de 68 años que 12 días previos se había realizado una artroplastia de rodilla recibiendo profilaxis antitrombótica con Enoxaparina 40 mg/día. Ingresó por deterioro del sensorio y hemiparesia braquiocrural derecha. Una tomografía de cerebro evidenció hematoma intraparenquimatoso con signos de HTE. En el laboratorio de ingreso se halló recuento plaquetario de 24.000 mm³. Requirió craniectomía descompresiva y evacuación del hematoma.

Una tomografía de control evidenció dilatación de ventrículos laterales con desviación de línea media. Se realizó medición ecográfica del diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) obteniéndose un valor de 0,66 cm. compatible con HTE. Simultáneamente se realizó punción lumbar (PL) objetivándose 25 mm. Hg de presión de apertura.

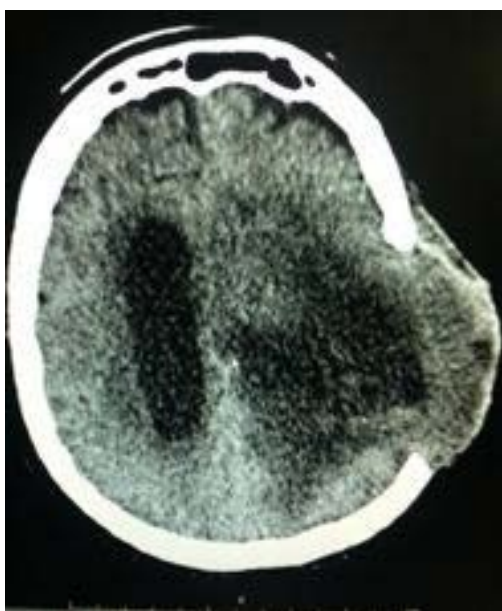
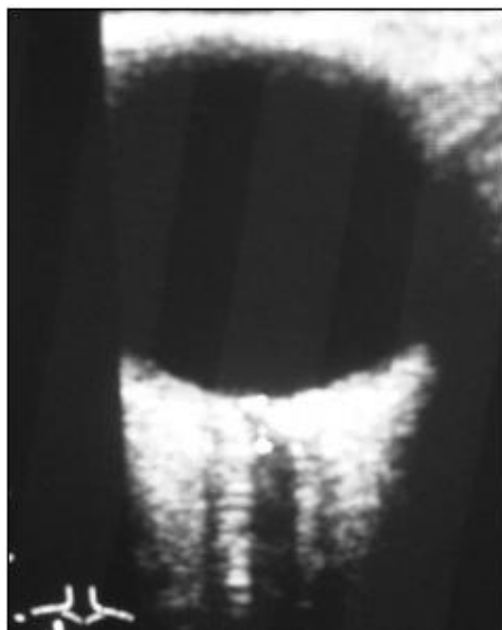
Evolucionó con estado mínimo de conciencia, sin cambios desde el punto de vista neurológico.

Discusión: El objetivo de la presentación del caso es mostrar la correlación entre la medición ecográfica del DVNO, los hallazgos tomográficos y la medición directa de la presión del líquido cefalorraquídeo.

La medición se realizó con un transductor lineal de 12 MHz obteniendo una media de 0,66 cm.

Rajajee estableció que el mejor valor de corte fue de $\geq 0,48$ cm. con una sensibilidad del 96 % (95 % IC 91-99%) y una especificidad de 94 % (92-96 %) y una curva ROC de 0.98 (95 % 0.96-0.99).

Conclusión: La medición ecográfica del DVNO tiene una buena correlación con la medición directa de la PIC. El desarrollo de esta técnica sería de gran utilidad ya que puede ser realizada al pie de la cama, ayudando a la detección e intervención precoz de HTE.



0087 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: PREDICTORES DE MORTALIDAD Y ESTADÍA PROLONGADA EN CUIDADOS INTENSIVOS

P GAUNA ANTONELLI(1), A RAMOS(1), P SANCHEZ(1), MC GONZALEZ(1), A DOGLIOTTI(2), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular De Rosario.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) afecta principalmente a personas jóvenes y se relaciona a una elevada morbimortalidad. Varias escalas y múltiples factores se han relacionado al pronóstico, complicaciones y discapacidad.

Objetivos: Identificar variables predictoras de mala evolución y determinar si las escalas de riesgo son predictoras de mortalidad o estadía prolongada en terapia intensiva (UTI).

Material y métodos: Se relevaron retrospectivamente los datos de individuos admitidos en UTI por HSA desde enero del 2007 hasta marzo del 2014. Se analizaron datos de ingreso de persona, de laboratorio, las escalas SAPS II, Glasgow, Rankin, Hunt, Hess y Fisher. El punto final primario fue muerte o estadía intrahospitalaria >5 días, el punto co-primario discapacidad (Rankin) >3. La adecuación de las escalas al evento primario fue el punto final secundario. Los puntos de corte >5 días y Rankin >3 fueron los de mayor sensibilidad y especificidad (área bajo la curva ROC).

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes. 56% fueron por causa aneurismática; 27,6% traumática y 16,9% de otro origen. El 41,3% presentó el evento primario y 32,2% el co-primario. Las variables registradas al ingreso se observan en la tabla 1.

El análisis de regresión múltiple (tabla 2) mostró que la glucemia, por encima de 120 mg/dl, por cada 1 mg de incremento se eleva 1,76% la probabilidad de muerte o estadía >5 días en UTI ($p=0,02$). La probabilidad de tener un Rankin >3 se asoció a accidente cerebral (ACV) previo ($p=0,02$), leucocitosis ($p=0,02$) y origen no traumático ($p=0,001$). Las escalas empleadas fueron buenas predictoras del evento primario sin diferencias significativas entre ellas (diferencias entre las áreas ROC) (Figura 1).

Tabla 1

	Con Eventos	Sin Eventos	p
Sexo femenino (%)	44	63	0,09
Causa traumática (%)	33	24	0,31
Localización anterior (%)	36	29	0,51
Tabaquismo (%)	17	18	0,91
Alcoholismo (%)	3		0,95
HTA (%)	44	35	0,38
DBT (%)	6	2	0,92
ACV previo (%)	11	2	0,81
Anticoagulación (%)	3	2	0,98
Anticonceptivos (%)		2	0,72
Edad - X (\pm DE)	52 (16)	48 (15)	0,1
Magnesemia - X (\pm DE)	1,96 (0,34)	1,94 (0,3)	0,0003
Natremia - X (\pm DE)	137 (6,2)	139 (2,9)	0,7
Leucocitos - X (\pm DE)	14.890 (6.052)	12.711 (4.019)	0,02
Hematocrito - X (\pm DE)	38 (6,5)	37 (4,2)	0,4
Presión art. sistólica - X (\pm DE)	141 (29)	141 (23)	0,9
Presión art. diastólica - X (\pm DE)	78 (19)	81 (15)	0,8

Tabla 2

Variable	Odds Ratio	95% CI	P
GLUCEMIA	1,0176	1,0061 to 1,0292	0,0026

Conclusiones: La hipergucemia se asoció a mayor mortalidad o estadía >5 días en UTI. ACV previo, leucocitosis y HSA no traumática fueron predictores de discapacidad.

0089 PREVALENCIA DE PACIENTES CON CONDICIONES CRÓNICAS COMPLEJAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

M ARIAS LOPEZ(1), A GATTARI(1), C CHAVES(1), G GONZALEZ(1), A NIEVA(1)

(1) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez.

Introducción: Los niños con condiciones crónicas complejas (CCC) que ingresan en terapia intensiva (UTI) han aumentado mundialmente en los últimos años. En Argentina hay escasos datos de prevalencia, características y evolución de esta población. Esta información es necesaria para planificar adecuadamente su atención.

Objetivos: determinar prevalencia de pacientes con CCC que ingresan en UTI de un hospital pediátrico argentino. Describir sus características demográficas, clínicas y evolución en UTI comparándolos con niños sin diagnóstico de CCC ingresados en igual período.

Material y métodos: diseño observacional retrospectivo. Análisis base de datos SATI-Q. Se incluyeron los registros de pacientes ingresados en UTI de un hospital pediátrico, entre 01-01-2013 y 31-12-2013. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la población y su evolución (media/DS; mediana/rango intercuartil; proporción). Para comparar pacientes con y sin CCC se utilizaron tests no paramétricos dada la distribución de las variables. Se utilizó χ^2 o Fisher para comparar variables categóricas. Se consideró valor $p < 0,05$ estadísticamente significativo.

Resultados: El 54,9% (220/401) de los pacientes ingresados presentaron al menos una CCC. 59,5% eran varones vs 40,45% de los niños sin CCC ($p=0,038$). La mediana de edad fue 69 m (11-149 m) vs 27 m (10-94 m) para la población previamente sana ($P>0,0004$). Las CCC más frecuentes fueron enfermedad maligna (21,46%), CCC neuromuscular (20,9%), hematológica-inmunológica (18,2%). Solo 5% tuvieron CCC respiratoria previa. El 48,6% de los pacientes con CCC procedían de salas generales del mismo hospital vs 27% de los pacientes sin CCC. El 24% procedían de quirófano programado y 6,8% de guardia vs 16% y 20% de los pacientes sin CCC respectivamente. Esta diferencia en procedencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,000$). Los principales motivos de ingreso fueron shock (35%) y monitoreo postquirúrgico (29,2%). El 55,5% de los pacientes requirieron ARM; 55,5% vía central; 59,5% acceso arterial, 61,8% sonda nasogástrica y 64,5% sonda vesical. Hubo diferencia estadísticamente significativa en días de uso de CVC siendo menor para los niños con CCC: 8d (2-19 d) vs 13 días (5-24 d) ($p < 0,02$). Durante la internación 42,3% de los niños con CCC requirieron inotrópicos y 18,2% presentaron infección intrahospitalaria. La mediana de estadía fue 3,5 días (1-15). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre niños con CCC y sin ella en uso de inotrópicos, infección nosocomial o estadía. La probabilidad de muerte por PIM2 fue 3,8% (0,4-9,7) para niños con CCC vs 2,9% (1-7,97) en aquellos sin CCC ($p=0,94$). Sin embargo, fallecieron 14,1% de los pacientes con CCC vs 4,4% de los niños sanos previo al ingreso ($p=0,001$; RR 3,18 IC95% 1,5-6,76).

Conclusiones: El 54,9% de los pacientes ingresados presentó alguna CCC. Su mortalidad fue significativamente mayor que la de pacientes sin CCC. Las neoplasias y enfermedades neuromusculares fueron las CCC más frecuentes.

0090 FACTIBILIDAD DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA POR MÉDICOS RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA

W DÁVALOS(1), M SIMIONATO(1), E DI BERNARDINO(1), C MORENO(1), L LANNOO(1), P CANAVESI(1), M COLOMBO(1), M ALMENDROS(1), F IGLESIAS(1), A PORCEL(1), S TAL BENZECRI(1), E VALGOLIO(1), L NAVEIRO(1), L DI LUCA(1), C LUCIA(1), H CANALES(1), A DAS NEVES(1), C LOUDET(1), C MARCHENA(1), AL GONZALEZ(1), L TUMINO(1), C BUSTAMANTE, S CARINO(1), G SAENZ(1), R REINA(1), E ESTENSSORO

(1) San Martín De La Plata.

Introducción: La traqueostomía percutánea por dilatación (TPCD) es un procedimiento mínimamente invasivo que se efectúa en la UTI.

Se recomienda su realización por expertos, pero un intensivista en formación debería realizar TPCD bajo supervisión (CoBatRiCe, Dominio 5.7). En nuestro hospital, las traqueostomías se efectúan en el quirófano por decisión del Servicio de Cirugía, y su implementación suele retrasarse por falta de turnos.

Objetivo: Implementar un plan de capacitación para realizar TPCD en los médicos residentes de Terapia Intensiva, con el fin de agilizar su práctica.

Métodos: Luego de una capacitación teórica, práctica y audiovisual, se implementó la TPCD según técnica de Ciaglia en los médicos residentes de 3er y 4to. año; supervisados por el mismo intensivista experto. La indicación de TPCD fue el requerimiento de VM prolongada; y las contraindicaciones, obesidad, alteraciones anatómicas, traqueostomía previa, o trauma raquímedular; y coagulopatías. Se registraron datos epidemiológicos y evolución de los pacientes; número de procedimientos/médico residente, y complicaciones. Se utilizó el dispositivo Blue Rhino® G2 (Cook Medicals).

Los datos se presentan según su naturaleza.

Resultados: Durante 1/1/10-31/12/13 ingresaron 1206 pacientes; 668 (55%) fueron ventilados; (15 ingresaron ya traqueostomizados); con 45±18 años; masculinos 67%, APACHE II 16±5; ingresos médicos/cirugía urgencia/cirugía electiva: 67% 22%/11%; 22% traumatismo craneoencefálico, y 21% SDRA.

En la UTI, fueron traqueostomizados 129 pacientes; 46(36%) con TPCD; a 4±1,8 procedimientos/residente. Las TPCD se efectuaron a 17±6 días de iniciada la VM. La duración de la VM, estadias en UTI y hospitalaria fueron de 35[27-58]; 39[30-59] y 48[30-85] días, respectivamente. La mortalidad fue de 47%.

Se registraron 3 complicaciones inmediatas (6%): una hemorragia, convertida a traqueostomía quirúrgica; un neumotórax, drenado; y una fistula traqueo-esofágica (en una 2da. traqueostomía), luego reparada quirúrgicamente. Durante un año de seguimiento post-alta, no se observaron complicaciones alejadas.

Conclusiones: 1) Fue posible implementar la realización de TPCD por los residentes avanzados.

2) Las complicaciones fueron semejantes a las habitualmente reportadas (<10%).

3) No se logró disminuir el tiempo de realización de traqueostomía (media histórica 16±6 días, Crit Care 2006, 10:R89)

0091 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL: IMPLEMENTACIÓN DE CONJUNTO DE MEDIDAS PARA REDUCIR SU INCIDENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

A PALAZZO(1), A SANTA MARÍA(1), M BERTÉ(1), C DE FILIPPO(1), V MAZZOLA(1), JA GUILLÉN ORDOÑEZ(1), C GAZZANO(1), A RAMOS(1), J LEMOS(1), S MAIMONE(1), J ALTCLAS(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: La Bacteriemia Primaria (asociada a catéter central) es una infección severa que incrementa la mortalidad, la estadía hospitalaria y los costos.

Objetivo: Cuantificar la utilidad de la implementación de un conjunto de medidas protocolizadas para reducir la incidencia de bacteriemia primaria.

Población y método: Estudio retrospectivo de incidencia de Bacteriemias Primarias según criterios de la National Healthcare Safety Network, en una UCI Médico/Quirúrgica docente de 20 camas, con una media de 5422 días paciente por año y una mortalidad predicha por SAPS II de 20,68%.

A partir de julio de 2013 se implementó un conjunto de medidas a fin de disminuir la incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC). Las medidas adoptadas fueron:

- Reentrenamiento del equipo de salud en el proceso de colocación del CVC.

- Control diario de guías y curación del catéter con imputación de fecha.

■ Resúmenes

- Incorporación de un enfermero LINK (facilitador de comunicación enfermeros-médicos) para docencia y control del cumplimiento de medidas.
- Antisepsia de la piel con Gluconato de Clorhexidina 2% en alcohol.
- Uso de una esponja con Gluconato de Clorhexidina sobre el CVC.
- Retiro precoz de CVC (evaluación diaria de la necesidad de continuidad).

Se compararon los períodos pre intervención (septiembre 2012 a junio 2013) y post intervención (julio 2013 a abril 2014), utilizando Chi cuadrado con corrección de Yates para el análisis estadístico.

Resultados: En el período pre intervención se registraron 9 episodios para 2617 días-CVC (3,43 % d/c), mientras que en el período de intervención se registraron 2 episodios para 3076 días-CVC (0,65 % d/c); $p:0,037$ (IC 95% 0,12 – 0,57).

La tasa de utilización fue de 51% para el período pre intervención y 61% para el período de intervención.

PERÍODO	EPISODIOS	DÍAS - CVC	TASA OBSERVADA	TASA UTILIZACIÓN CVC
	N	N	%	%
Sept 12'-Jun 13'	9	2617	3,43	51
Jul 13'-Abril 14'	2	3076	0,65	61

Conclusión: El uso protocolizado de un conjunto de medidas que aseguren una correcta colocación, mantenimiento y vigilancia de los catéteres centrales, disminuye significativamente la incidencia de bacteriemia primaria.

0092 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA: IMPLEMENTACIÓN DE UN CONJUNTO DE MEDIDAS PARA REDUCIR SU INCIDENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

M BERTÉ(1), A SANTA MARÍA(1), A PALAZZO(1), C DE FILIPPO(1), JA GUILLEN ORDOÑEZ(1), V MAZZOLA(1), N SEGURA(1), N TIRIBELLI(1), G NAHMÍAS(1), J LEMOS(1), S MAIMONE(1), J ALTCLAS(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: La Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (VAP) es la causa más frecuente de infección intrahospitalaria en las UCI y se encuentra relacionada con aumento en la mortalidad, tiempo de internación, ventilación mecánica y costos.

Objetivo: Cuantificar la utilidad de la implementación de un conjunto de medidas para reducir la incidencia de VAP.

Población y Método: Estudio retrospectivo de incidencia de VAP según criterios del National Healthcare Safety Network pre y post implementación de un conjunto de medidas para la prevención de VAP. Se realizó en una UCI Médico/Quirúrgica docente de 20 camas, con una media de 3067 días paciente ventilado por año y una media de mortalidad predicha por SAPS II de 20,68%.

Las medidas fueron:

- Higiene bucal por turno de enfermería con Clorhexidina al 0,12%, cepillo dental y cambio de fijación del tubo endotraqueal con cinta de diferente color posterior a cada higiene.
- Posición de cabecera a 30°
- Control de presión del balón del tubo endotraqueal o traqueostomía para mantener en 20 mmHg.
- Incorporación de "Enfermero link" (facilitador de comunicación enfermeros-médicos) para docencia y control del cumplimiento de las medidas.

Se compararon los períodos pre intervención (enero 2012 a mayo de 2013) y post intervención (junio de 2013 a abril 2014), utilizando Chi cuadrado con corrección de Yates.

Resultados: En el período pre intervención se registraron 29 episodios para 3672 días ARM (7,90% d/p/v), mientras que en el período de intervención se registraron 7 episodios para 2453 días ARM, (2,85% d/p/v); $p: 0,0183$ (IC 95% 0,07% - 0,50%).

La tasa de utilización de ARM se mantuvo constante: 45% para el período pre intervención y 44% para el período de intervención.

PERÍODO	EPISODIOS	DÍAS - ARM	TASA OBSERVADA	TASA UTILIZACIÓN ARM
	N	N	%	%
Enero 12'-Mayo 13'	29	3672	7,90	45
Junio 13'-Abril 14'	7	2453	2,85	44

Conclusión: La implementación sistemática de un conjunto de medidas simples como el control de la cabecera, la higiene bucal y una correcta presión del balón del tubo orotraqueal o traqueostomía, son medidas útiles que reducen significativamente la incidencia de VAP.

0093 UNA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR LOS COSTOS Y MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

RJ GARNICA(1), MA GONZÁLEZ(1), H MORENO ZILLI(1), G ROJO(1)
(1) Centro De Salud.

Introducción: Es conocido el aporte al diagnóstico y seguimiento de la Gasometría Arterial en el paciente crítico. La misma era realizada en nuestro hospital de lunes a viernes de 7 a 19 hs únicamente. Dependía del estado óptimo del equipo en laboratorio central. Como parte de una estrategia de gestión, el servicio de cuidados críticos plantea la necesidad de contar con un segundo equipo para Gasometría Arterial dentro del servicio; obteniéndose distintos presupuestos, existió una gran diferencia en costos con un equipo médico, por lo que se optó por un equipo de uso bioquímico COBAS b 121, cuyo mantenimiento y capacitación del personal médico estaría a cargo del bioquímico.

Objetivo: Optimizar el uso del equipo por medio de la capacitación del personal médico y mejorar la calidad de atención al paciente crítico.

Materiales y métodos: 1) Análisis FODA de la situación actual.

2) Planificación de los procesos a realizar, detección de puntos críticos.

La capacitación tuvo dos modalidades: a) Toma de muestras y procesamiento, b) Manejo del equipo.

El monitoreo del uso racional del recurso se realiza mediante el siguiente indicador:

Numero de gasometrías realizadas en horario nocturno / alteraciones / número total de gasometrías realizadas en horario nocturno x 100 con valor propuesto como estándar mayor al 90%.

Resultados: Se capacitaron 50 médicos, el impacto alcanzado se analizó teniendo en cuenta la cobertura horaria de 19 a 7 hs. En el período comprendido entre el 28 de mayo al 31 de octubre de 2013, se realizaron 189 gasometrías de las cuales solo el 7,4% no tenían ninguna alteración, el 92,6% presentaba alteraciones y de estas el 25,14% tenían valores críticos de acción terapéutica inmediata.

Conclusiones: La capacitación fue fundamental para poder dar cobertura a las urgencias e ingresos de pacientes en estado crítico, mejorando la calidad de la atención brindada. La implementación de un proceso de mejora continua, nos alienta a conseguir un equipo con mayores prestaciones de uso bioquímico capacitando a los profesionales médicos.

0094 FALLA ORGANICA MÚLTIPLE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LES EN PACIENTE EMBARAZADA

G PAGELLA(1), A CHENA(1), J MARENGO(1), G ZAKALIK(1), A SANCHEZ(1), C PELLEGRINI(1), C CASTRO(1), A MARTIN(1) (1) Lagomaggiore.

Introducción: La falla multiorganica con distress respiratorio de origen autoinmune en pacientes embarazadas es una entidad infrecuente en UTI.

Presentación: paciente de 16 años primigesta embarazada 27 semanas. Comienza 48 horas previa al ingreso con eritema facial, HTA, disnea, fiebre, oliguria y plaquetopenia. Diagnóstico presuntivo de HELLP.

Examen físico: Paciente lucida, febril, con eritema malar, edemas en miembros inferiores, taquipneica (30 rpm), SO₂: 88%, hipoventilación y rales en campo medio derecho. Taquicárdica 110 lpm, TA: 90/60, con R3.

Evolución: luego de 24 horas se solicita serología, panel viral, inmunológico completo. Debido a plaquetopenia (20.000), anemia hemolítica se inicia soporte transfusional, plaquetas, globulos rojos y plasma. Posterior al inicio de transfusión de plaquetas presenta taquipneica, desaturación e HTA, se realiza IOT constatándose hemoptisis, PAFI <200, se realiza maniobra de reclutamiento, con seteo decremental de PEEP según complacencia. Se inicia pulsos de corticoides y gammaglobulinas, 24 hrs más tarde plasmaferesis y hemodialisis, persiste con HTA sin respuesta al tratamiento. Se decide interrupción de embarazo con evolución favorable se realiza destete en VNI. Durante su evolución presenta 2 episodios respiratorios similares al inicial requiriendo intubación y Ventilación mecánica, se realiza nuevo ecocardiograma objetivándose FEVI baja. Se instaura tratamiento para insuficiencia cardíaca. 24 horas después es nuevamente destetada en VNI con evolución favorable

Exámenes complementarios: HTO 21% GB: 10.020, PLT: 20.000 esquistocitosis, Uremia 0.6 mg/dl, creatinina: 36 mg/dl, TP: 97, TTPK: 42, LDH 560, GOT 20, GPT 8 FAL 111. Inmunológico: C3: 10 mg/dl (VR: 84- 193), C4: 8 mg/dl (VR: 20 - 50), FAN: 1280 Homógeno, ac.ADN nativo: positivo, COOMBS: positivo +++, anticardiolipinas IgG, IgM: negativos, antifosfolípidos: negativos. Serología: HIV AG sup. Hepatitis B, Hepatitis C, VDRL, Mycoplasma, chlamidia, IgG IgM para CMV, VRA para Epstein Barr, influenza, parainfluenza y cointercial respiratorio: negativos. Hemocultivos negativos. BAL macrofagos con hemosiderina. orina: leucocituria, hematuria. Ecografía renal: signos de nefropatía aguda. Biopsia renal: nefritis lúpica grado IIIB. ECOCARDIOGRAMA: AI dilatada, VI normal, cavidades derechas dilatada, FEVI de 65% tricúspide insuficiencia moderada PSP 35 mm/hg. ECOCARDIOGRAMA: Dilatación de 4 cavidades, FEVI 40% hipo quinesia difusa, tricúspide insuficiencia PSP 25 mm/hg. TAC: Opacidad intersticio alveolar con áreas consolidativas y cavidad. Cardiomegalia y derrame pericárdico.

0095 DEMENCIA Y MIOCLONÍAS EN TERAPIA INTENSIVA: PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICO

F CABAÑUZ(1), L ROMERO(1), S MARE(1), O CARABELLO(1), G DE MARCHI(1) (1) Sanatorio Julio Mendez.

Introducción: las encefalopatías espongiiformes son enfermedades degenerativas, de incubación prolongada, curso progresivo, irreversiblemente mortal. Los cambios espongiiformes involucran corteza cerebral, ganglios basales y cerebelo, con depósito de material amiloideo, constituido por la proteína priónica. Presentamos un caso con esta patología.

Presentación del caso: Paciente femenina de 75 años de edad con antecedentes de HTA, hipotiroidismo, depresión.

Enfermedad actual: Deterioro cognitivo de 20 días asociado a mioclonias y espasticidad de miembro superior derecho. Resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía computada de cerebro sin

lesiones. Electroencefalograma (EEG): identificación generalizada inespecífica, sin evidencia de actividad comicial. Ingresó a terapia intensiva por deterioro neurológico, sensorio alterante, Glasgow 9/15, mutismo akinético, hemiparesia derecha. Tóxicos en orina positivo para benzodiazepinas, perfil tiroideo normal. Líquido cefalorraquídeo (LCR) con citotoquímico normal, cultivo, PCR para virus y tuberculosis negativos. Múltiples EEG con actividad epileptiforme difusa principalmente temporal izquierda, evolucionando a status epiléptico refractario. Nueva RMN con leucoaraiosis periventricular, hipertensidad marcada cortical bilateral a predominio izquierdo en secuencia de difusión, sospechando enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádico (ECJe), se obtuvo LCR para búsqueda de proteína 14-3-3 con resultado positivo. Fallece al 9° día por shock séptico a foco respiratorio.

Discusión: ECJe es la encefalopatía espongiiforme más frecuente en humanos, constituyendo el 85% de los casos (edad media de aparición 50-70 años). Es una demencia mioclónica rápidamente progresiva que combina elementos piramidales, extrapiramidales, afectación visual, cerebelosa y mutismo akinético. Puede presentar EEG típico (complejos periódicos trifásicos que se presentan solo en las 2/3 partes de los pacientes), y aumento de señal en T2, FLAIR y difusión en la zona ganglio-basal y corteza cerebral en RNM. En el caso presentado no se evidenciaron hallazgos característicos en los EEG. El mejor biomarcador premórtem disponible es la proteína 14-3-3 positiva en LCR.

Conclusión: La ECJe constituye un desafío para el médico intensivista dada su baja prevalencia y clínica multifacética. La alteración progresiva e irreversible de la conciencia asociada a mioclonias y descartadas otras patologías neurológicas e infecciosas, determinaron la presunción de ECJe. El EEG, la RNM en difusión y la proteína 14-3-3 en LCR constituyen herramientas fundamentales para el diagnóstico posible de esta entidad.

0096 GASTO ENERGÉTICO DE REPOSO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA EN VOLUNTARIOS SANOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA: VALIDACIÓN DEL MÉTODO.

P GUIMARAENS(1), N ROUX(1), E GOGNIAT(1), M CARIGNANO(1), C KECSKES(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1) (1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: hasta la fecha no ha sido validada una técnica simple y reproducible que permita medir el gasto energético de reposo (GER) en pacientes con ventilación espontánea y oxígeno suplementario. Este déficit dificulta la adecuación calórica en estos pacientes. **Objetivo:** validar el método de medición del GER por CI en voluntarios sanos utilizando VNI con FiO₂ 221% y FiO₂ 230%.

Materiales y Métodos: estudio observacional prospectivo de correlación. Se utilizó un calorímetro MedGraphics ULTIMA CPX006, un ventilador Maquet SERVO S, una boquilla MedGraphics, un clip nasal MedGraphics y una máscara de neoprene MedGraphics. Se evaluó la correlación del GER en sujetos sanos con VNI y en ventilación espontánea en tres escenarios diferentes: A) VNI-Boquilla-FiO₂ 221%, B) VNI-Boquilla-FiO₂ 230% y C) Máscara de neoprene ventilando aire ambiente. Se calculó el tamaño mínimo de la muestra de 20 individuos, asumiendo una correlación hipotética de 0,7 un nivel de seguridad de 0,95 y un poder estadístico de 0,95. Se expresan los resultados en porcentaje, media y desvío estándar (DS) según corresponda.

Resultados: se evaluaron 23 voluntarios sanos, de ellos fueron 12 mujeres (52%) y 11 hombres (48%). La media de edad fue de 32 (DS 4,7) años, y la media del índice de masa corporal (peso/talla²) de: 23,8 (DS 3,5). Se observó una correlación de 0,84 para el GER entre VNI-Boquilla-FiO₂ 221% y máscara de neoprene, y una correlación de 0,81 entre Boquilla-FiO₂ 230% y máscara de neoprene.

Conclusiones: La medición del GER por CI en sujetos sanos con VNI-Boquilla-FiO₂ 221% y/o VNI-Boquilla-FiO₂ 230%, correlación adecuadamente con el método estándar de máscara de neoprene, en ventilación espontánea y sin oxígeno suplementario.

En base a estos resultados y a la facilidad del método propuesto, estamos diseñando un estudio clínico para la medición de GER en pacientes con requerimientos de oxígeno suplementario o VNI, de modo de corroborar si los resultados obtenidos en el presente estudio con sujetos sanos son trasladables a la práctica clínica.

0097 EVALUACIÓN DE NUEVO SCORE PARA PREDECIR MORTALIDAD

G WERBER(1), G BADARIOTTI(1), S BELTRAMINO(2), P GUTIÉRREZ(3), A FERNÁNDEZ PAZOS(1), A JOHNSON(4), A GRINBERG(2), B DE DIEGO(1)
(1) Mater Dei. (2) Instituto Lanari. (3) Sanatorio Ateneo. (4) Oxford University.

Introducción: Los scores de gravedad son ampliamente utilizados en Terapia Intensiva (TI) para caracterizar la gravedad de la enfermedad del paciente, mortalidad hospitalaria, estancia en TI así como otros resultados relevantes para un paciente crítico.

Se han desarrollado distintos modelos para predecir dichos resultados. El APACHE II es el modelo más utilizado en el mundo, evaluando el peor valor de 14 variables que presenta el paciente a su ingreso a TI.

Se ha descrito recientemente un nuevo score llamado OASIS para predecir mortalidad que involucra 10 variables de las primeras 24 horas al ingreso a TI, fue evaluado en 72.474 pacientes en 49 TI de Estados Unidos evidenciándose una excelente correlación al comparar los resultados con APACHE IV.

Hemos llevado a cabo la recolección de datos prospectivos de pacientes correlativos para comparar la mortalidad real con la predicha por APACHE II y OASIS en 2 hospitales privados y un hospital universitario de la ciudad de Buenos Aires.

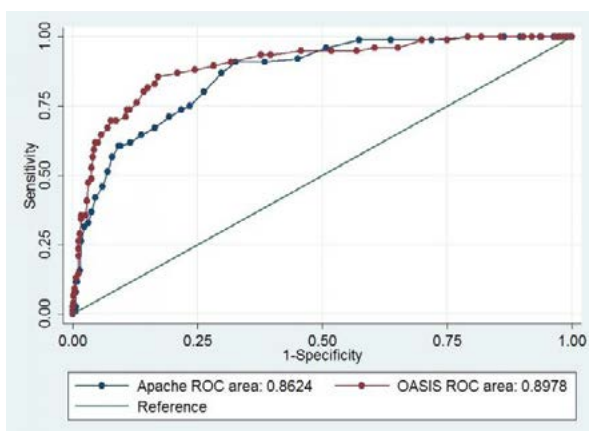
Objetivo: Evaluar la utilidad para predecir la mortalidad de 2 scores APACHE II y OASIS en pacientes de terapia intensiva en 2 hospitales privados y un hospital universitario de la ciudad de Buenos Aires.

Material y Método: Se realizó una recolección prospectiva de datos en pacientes consecutivos internados en TI en un período de tiempo de 6 meses, obteniéndose 500 pacientes desde 09/2013 hasta 02/2014. Se utilizó Stata 11.1 para el cálculo de resultados. Se calcularon áreas bajo la curva para cada score para predecir mortalidad y los intervalos de confianza.

Resultados: Tanto el APACHE II (AUC 0.8624 +- 0.02 95% IC: 0.82-0.90) como el OASIS (AUC 0.8978 +- 0.02 95% IC 0.85-0.93) permitieron predecir la mortalidad en esta población.

La mortalidad promedio observada fue 15%, la esperada calculada por APACHE II fue 15% y por OASIS 14%.

Conclusión: En nuestra población tanto el score APACHE II como OASIS permiten predecir con igual precisión la mortalidad en TI, con menor recolección de datos, de una manera más eficiente.



0098 VNI EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXEMICA NO HIPERCAPNICA

A MARTIN(1), J MARENGO(1), AM SANCHEZ(1), M MARENGO(1), AF CHENA(1), GN PAGELLA(1), C CASTRO(1), CA PELLEGRINI(1)
(1) Lagomaggiore.

Introducción: La VNI ha probado ser un método eficaz en el tratamiento de IRA en poblaciones seleccionadas como EPOC y EAP; sin embargo su uso en SDRA es controvertido; por eso realizamos este trabajo para conocer su eficacia en SDRA.

Objetivo: Evaluar uso de VNI como modo ventilatorio en SDRA
Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional, llevado a cabo en una UTI polivalente, entre mayo de 2009 y abril 2014. Fueron incluidos pacientes sometidos a VNI, se registró diagnóstico de ingreso, datos demográficos, APACHE II, estancia en UTI y hospital, motivo de colocación, comorbilidades, signos vitales basales y 2 horas de colocada la VNI, gasometría arteria basal y 2 hs de VNI, complicaciones de la VNI, interface utilizada y fracaso. Se analizó además el subgrupo de pacientes con PAFiO₂ < 300 no EPOC ni EAP. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar y para su análisis se utilizó U de Mann Whitney y las cualitativas como porcentajes, siendo analizadas mediante prueba de Chi². Se consideró significativa p ≤ 0,05.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes, con una edad promedio de 50,9 ± 17,4 años. La estancia promedio en UTI fue de 5,4 ± 6,02 días y la hospitalaria igual a 14,3 ± 10,8 días. El nivel de APACHE II promedio fue de 16,6 ± 5,3 y la mortalidad global alcanzó el 12,8%. El 85,1% fue ventilados con máscara oronasal. El porcentaje global de fracasos 14,9%. Los pacientes que fracasaron luego de 2 hs, mostraron significativamente mayor gravedad medida por APACHE II, mayor estancia en UTI y empeoramiento de la PAFiO₂ a las 2 hs. Analizando especialmente el subgrupo de pacientes con SDRA (PAFiO₂ < 300) y sin antecedentes de EPOC, asma, fibrosis pulmonar, EAP o ICC. El grupo estuvo constituido por 11 pacientes con una edad promedio de 50,1 ± 17,4 años; 6 pacientes pertenecían al sexo masculino. El nivel de gravedad medido por APACHE II fue de 16 ± 7 y su estancia en UTI alcanzó 9,1 ± 7,9 días. La mortalidad global fue de 9,1%. La mayoría de los pacientes fueron ventilados mediante máscara oronasal. Fracasaron 18,2%.

Conclusión: En nuestra población la VNI en SDRA muestra eficacia con bajo porcentaje de fracasos.

0099 REPORTE DE UN CASO: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS

V GINER(1), MV BELLO(1), P CALCAGNO(1), R BUFFA(1)
(1) Hospital J.b Iturraspe.

Introducción: Aunque rabdomiólisis fue descrita por primera vez con lesiones por aplastamiento y traumatismos, las causas más comunes en los pacientes hospitalizados en la actualidad incluyen medicamentos recetados y de venta libre, alcohol y drogas ilícitas. La sospecha clínica de esta complicación es fundamental porque requiere comenzar con medidas terapéuticas específicas para prevenir el FRA.

Presentación de caso clínico:

Paciente sexo masculino, 18 años de edad.

Consulta por episodio convulsivo.

Antecedentes tóxico: Consumo de Acido lisérgico- cocaína- marihuana

Examen Físico: Glasgow < 8, pupilas midriáticas hiporreactivas.

Repite 3 episodios de convulsiones tónico clónicas generalizadas que no ceden con medicación EV. Intubación orotraqueal.

Laboratorio:

Leucocitos 36300mm³ (NS 77%-NC 0%-L 18%-E 2%-M 3%)

Glucemia 208 mg/dl

Marihuana y cocaína (+) en orina

Tomografía computada de cerebro: Edema cerebral leve

■ Resúmenes

DIAGNOSTICO

Estado de mal epiléptico /Intoxicación por drogas.

A las 48 hs del ingreso presenta diuresis menor a 0,3ml/kg/h por 24hs. Afebril, normotenso, PVC 10cmH2O

Laboratorio

Uremia: 122mg/dl • Potasio: 6,2mEq/l

CPK: 7044. • Creatinina: 4,43mg/dl

EAB: Ph 7,25- pCO2 44- HCO3 19,2- EB (-) 6,1- pO2 67- sat 89%

ANION GAP aumentado (18)

Acido láctico: 1,25mmol/l.

APACHE II 29

DIAGNOSTICO

Falla renal aguda secundaria a rabdomiólisis por consumo de drogas y convulsiones

RIFLE: Falla renal

Se incrementa aporte de cristaloides. Se administra manitol, furosemida y beta agonistas, durante 12 hs sin respuesta favorable. Hemodiálisis intermitente diaria por un periodo de 13 días con mejoría clínica y de laboratorio.

Intercurrencia infectologica: NAVM

ARM durante 13 días

No repite episodio convulsivo.

Discusión: La revisión de los datos publicados revela una falta de evidencia de alta calidad para apoyar muchas de las intervenciones que a menudo se recomiendan para el tratamiento dirigido a la limitación en la progresión del daño muscular y prevención de la insuficiencia renal aguda, la reanimación temprana y agresiva de fluidos para restaurar la perfusión renal y aumentar el flujo urinario se acordó como la intervención principal.

Conclusión: Es importante de plantearse, de manera precoz, el diagnóstico presuntivo de rabdomiolisis ante la presencia de pacientes con probable consumo de drogas, que pueden llevar a la falla renal aguda, con el aumento de la morbimortalidad que esto implica.

0100 ASOCIACION ENTRE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA PERIMESENCEFALICA Y HEMATOMA SUBDURAL ESPINAL ESPONTANEO, REPORTE DE UN CASO.

S RACERO(1), C NOSTI(1), A HLAVNICKA(1), MJ LARREA CONTRERAS(1), P SZEKELY(1), D STURBA(1)

(1) Clínica De Los Virreyes.

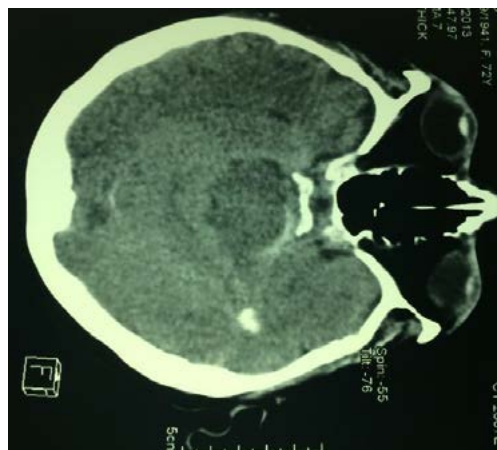
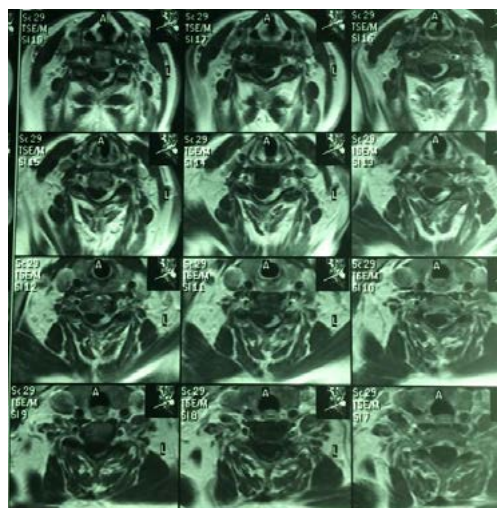
Introducción: El hematoma subdural espinal espontáneo es una patología poco frecuente. En este reporte se describe un caso asociado a hemorragia subaracnoidea perimesencefálica. Es de destacar que solo hay un reporte previo en la literatura de tal asociación.

Presentación del caso: Una mujer de 80 años, con antecedentes de migraña es derivada de otra institución por cuadro de cefalea, hipertensión arterial, náuseas y vómitos de 72 horas de evolución, con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea perimesencefálica (imagen 1). Al ingreso se encuentra lúcida, GCS 15/15, sin déficit motor ni sensitivo, hipertensa en tratamiento con nitroprusiato de sodio. Se realiza angiografía digital cerebral negativa y sin evidencia de vasoespasmio cerebral. Evoluciona a las 48 horas con nuevo episodio de cefalea y déficit motor y sensitivo izquierdo. Se realiza RMN de cerebro y de columna cervical observándose como dato positivo colección subdural que refuerza tras la administración de contraste a nivel de C3-C6 (imagen 2). Se efectúa laminectomía descompresiva y evacuación de hematoma subdural espinal a nivel de C3-C6. La paciente evoluciona posteriormente con mejoría del déficit neurológico. Se realiza en forma diferida angiografía digital cerebral de control sin cambios en relación a la previa y angiografía arterial digital medular negativa.

Discusión: En este reporte se describe la asociación entre hemorragia subaracnoidea perimesencefálica y hematoma subdural espinal en un paciente no anticoagulado a diferencia del único caso reportado previamente. La fisiopatología propuesta para explicar la formación del hematoma subdural espontáneo es el incremento súbito de la presión de los vasos intraespinales por aumento en

la presión intrabdominal o intratorácica que produce la ruptura de las venas radiculomedulares. En este caso podría explicarse la coexistencia de los sangrados por extensión de la hemorragia subaracnoidea craneal al espacio subdural espinal por laceración de la membrana aracnoidea.

Conclusión: En los casos de pacientes con hemorragia subaracnoidea perimesencefálica con angiografía digital cerebral y espinal negativas y en ausencia de vasoespasmio cerebral que evoluciona con déficit motor se debe plantear la realización de una RMN cervico-dorsal a fin de descartar un hematoma subdural espinal.



0101 INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA CON DIAGNÓSTICO DE SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DE ETIOLOGÍA NO CORONARIA: TAKO-TSUBO

A PEREZ(1)

(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

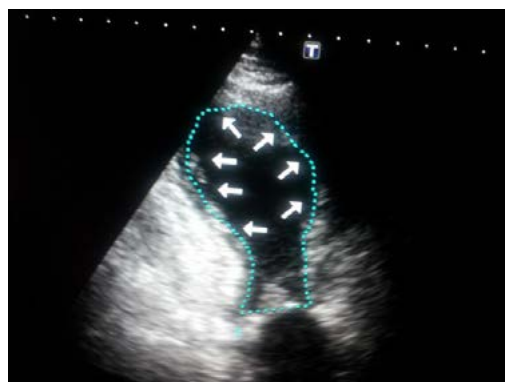
Introducción: Tako-tsubo es una miocardiopatía adquirida que se caracteriza por la aparición transitoria de acinesia o discinesia antero apical del ventrículo izquierdo, síntomas y cambios electrocardiográficos que simulan un síndrome coronario agudo, elevación de enzimas cardíacas y coronarias sin lesiones ateroscleróticas significativas. Si bien el pronóstico es benigno, los pacientes en la etapa aguda pueden presentar shock cardiogénico y arritmias severas. Su incidencia a aumentado en la última década, igual a lo sucedido en nuestro centro, pero solo se encuentran en la bibliografía series o reporte de casos.

Objetivo: Describir la incidencia y presentación crítica de miocardiopatía de Tako-tsubo en una cohorte contemporánea de pacientes ingresados para angioplastia primaria en una Unidad de Terapia Intensiva en la Provincia de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de datos obtenidos de registros clínicos. Se utilizaron medianas y rangos intercuartilo (RIQ) para describir datos continuos y números porcentajes para datos categóricos.

Resultado: Se incluyeron 60 pacientes con síndrome coronario agudo, con elevación del segmento ST (SCA EST) en el corriente año, correspondiendo a un 10% a miocardiopatía de Tako-tsubo. La mediana de edad fue de 70 años (RIQ 60-80) correspondiendo 6 casos a mujeres post menopáusicas (100%). En todos se encontró como factor de riesgo coronario hipertensión arterial, siendo el 100% de los eventos precedidos por stress físico emocional. La presentación clínica fue en el 100% de los casos con dolor precordial anginoso y solo un paciente evolucionó con insuficiencia cardíaca. Todos tuvieron marcadores enzimáticos positivos y disfunción sistólica moderada/severa del ventrículo izquierdo (VI) con mediana del 37% (RIQ 30-45%). Electrocardiograma evidenció en todos elevación del segmento ST en cara lateral con normalización progresiva del mismo en las primeras 48hs e inversión de ondas T al egreso. Se realizó cinecoronariografía en todos los pacientes la cuál evidenció arterias coronarias epicárdicas angiográficamente normales y discinesia de segmentos medios y apicales.

Conclusión: De todos los pacientes derivados a angioplastia primaria se observó un aumento de la incidencia de Tako-tsubo con una tendencia sorprendentemente mayor comparada a lo reportado en la bibliografía. Las características clínicas y su evolución no tuvieron cambios significativos.



0102 A PROPOSITO DE UN CASO: EMBOLIA AEREA CEREBRAL POR ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

M DEGUARDIA(1), TA SACCHETTI(1), IF GONZALEZ MARQUEZ(1), V OJEDA CHOQUE(1), AS RUSATTI(1), AM REQUENA BENITO(1), A ANTIK(1), AJ FIORANELLI(1)
(1) General De Agudos Carlos G. Durand.

Introducción: La embolia aérea se produce por comunicación directa entre una fuente de aire, los vasos sanguíneos, debiendo existir un gradiente de presión que favorezca el paso de aire a la circulación. Esta puede ser: venosa y arterial. La embolia aérea arterial puede producir isquemia en diferentes órganos como el cerebro.

Caso clínico: Mujer de 86 años, ingresa por hemorragia digestiva alta, se realizó endoscopia digestiva alta y baja: ulcera pilórica forrest III y diverticulosis colónica, evoluciona a las 48 hs con insuficiencia cardíaca, se le realiza ecocardiograma transtorácico que evidencia microburbujas abundantes en cavidades izquierdas con pocas microburbujas en cavidades derechas. Durante este procedimiento presentó deterioro del sensorio y hemiplejía facio-braquiocrural izquierda por lo que ingresa a unidad de cuidados intensivos, intercorre con convulsiones tónico-clónicas, postictal prolongado requirió asistencia respiratoria mecánica, se realizó TAC de cerebro: imágenes compatibles con embolia aérea en lóbulos frontal y temporal. A las 48 hs se realiza TAC cerebral control dentro de límites normales.

Discusión: La utilización de aire comprimido en los procedimientos quirúrgico-endoscópicos se asocia a la producción de embolias arteriales y venosa. La causa de embolias aéreas son numerosas dentro de ellas se encuentran las endoscopias gastrointestinales con un riesgo entre 5-25% para embolias.

Conclusión: La embolia aérea debe ser considerada como diagnóstico diferencial de cualquier accidente cerebrovascular si se desarrolla durante o después de un procedimiento diagnóstico o quirúrgico, ya que el diagnóstico efectuado en forma precoz nos permite iniciar un tratamiento específico y disminuir la morbimortalidad del cuadro.



0104 ¿CÓMO VENTILAMOS A LOS PACIENTES CON SDRA EN MAR DEL PLATA?

ME GIMENEZ(1), JL PONCE RAMOS(2), M FERRICIONI GERONES(2), R VARGAS MARTINEZ(2)
(1) Higa Dr Oscar Alende. (2) Higa Dr. Oscar Alende.

Introducción: Los avances tecnológicos y el conocimiento más acabado de la fisiopatología respiratoria han llevado a un cambio

paradigmático en la concepción de la ventilación mecánica (VM), que pasó de ser considerada solo como un medio de soporte vital a una forma de tratamiento en sí misma. Hoy podemos afirmar que la estrategia ventilatoria influye en la evolución del paciente con SDRA, pudiendo agravar o mejorar el pulmón dañado.

Objetivo: Conocer cómo utilizamos la VM en el paciente con SDRA en las terapias intensivas (TI) de la ciudad de Mar del Plata.

Material y métodos: Se analizaron 44 encuestas de 15 preguntas, anónimas, contestadas por médicos que trabajan en (TI).

Resultados: La población de médicos encuestada son en su mayoría especialistas en TI -63,6%-. El modo ventilatorio elegido es el modo CMV -68,2%. El vt elegido es de 6 a 8 ml/Kg -62,8%-, seguido de un vt < a 6 ml/Kg - 34,9%. Se calcula el peso ideal usando alguna fórmula -59,1%. La p plateau fue considerada como el factor pronóstico más importante por 56,8%; 65,9 % utiliza valores de peep entre 10 a 15 cmH20 y 47,8% selecciona el nivel de peep según potencial de reclutamiento. La ventilación en decúbito prono se utiliza como medida de rescate ante hipoxemia refractaria en 93,2%. Se utilizan protocolos de sedoanalgesia -70,5%- y vacaciones de sedación -77,3%-. El método preferido para weaning es disminución progresiva de la presión de soporte (PS) -54,5%- vs pba con ventilación espontánea -43,2%-. Hay un 27,3% que no utiliza la oximetría para disminuir la FIO2.

Conclusiones:

- La gran mayoría de los profesionales médicos (97,7 %) utiliza vt protectivo, métodos de ventilación por volumen y valores de PEEP medios/altos
- La mayoría considera la pr pl como principal elemento predictivo de mortalidad
- La VM en prono de forma "precoz" no es una práctica común entre los médicos de Mar del Plata
- La disminución progresiva de PS es el método de destete preferido
- La disminución de la FIO2 a partir de la oximetría, no es tomada en cuenta por un porcentaje importante de profesionales.

0105 PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO DE AORTA

G ALESSIO(1), Y DIAB(1), M MALDONADO(1), M RAMIREZ(1), L TALAMONTI(1)

(1) Sanatorio Rosendo Garcia.

Introducción: El traumatismo cerrado de aorta se presenta en menos del 1% de los accidentes de tránsito, siendo responsable del 16% de las muertes. El 80% de los pacientes fallece antes de llegar al hospital y la mayoría de los restantes muere antes de recibir un tratamiento definitivo.

El principal mecanismo de lesión es por desaceleración brusca del vehículo o por impactos directos laterales.

El 90% de las lesiones ocurren en el istmo aórtico, distal al origen de la arteria subclavia izquierda, donde la aorta se encuentra fija. El objetivo de esta presentación es exponer un caso de pseudoaneurisma aórtico traumático con escasa repercusión clínica y hemodinámica haciendo énfasis en el alto nivel de sospecha para establecer el diagnóstico e instaurar el tratamiento en forma precoz.

Presentación del caso: Varón de 23 años. Traumatismo cerrado de tórax por colisión lateral moto- auto a baja velocidad. Presentó dolor torácico anterior posterior, continuo, intensidad 5/10, exacerbado con los movimientos, sin hallazgos significativos en el examen físico y analítico. TAC tórax con contraste que informa contusiones pulmonares bilaterales, escasa cantidad de líquido periaórtico adyacente a la aorta torácica descendente. Por sospecha de lesión aórtica se realiza TC multicorte que muestra pseudoaneurisma de 2,5 cm a nivel de aorta descendente, distal a la arteria subclavia izquierda con sangrado periaórtico. Evoluciona estable hemodinámicamente, se instaura tratamiento con betabloqueantes. Al sexto día se realiza tratamiento endoluminal con implante de endoprótesis. Buena evolución.

Discusión: Ante la sospecha clínica se debe implementar el control inmediato de la presión arterial y frecuencia cardíaca con el fin de disminuir el estrés sobre la pared aórtica. La TC multicorte se convirtió en la prueba de elección para el diagnóstico, con una sensibilidad y especificidad cercana al 98%. Además la reconstrucción 3D es útil para la planificación del tratamiento.

Conclusión: El trauma cerrado de aorta representa una condición poco frecuente pero con alta tasa de mortalidad. La TC multicorte es superior a otros métodos de imágenes, incluyendo la aortografía. El advenimiento del tratamiento endovascular ha contribuido a reducir significativamente la morbimortalidad de esta entidad.

0106 CREACIÓN DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL PÚBLICO DESCENTRALIZADO DR. GUILLERMO RAWSON DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN. INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

MJ CAÑO NAPPA(1), MD ROQUE(1), RL CORTINEZ VILA(1), AD OVIEDO ABACA(1), LE ORTIZ(1), C ROMÁN(1)

(1) Hospital Dr. Guillermo Rawson- San Juan .argentina.

Introducción: Ante la necesidad de crear un espacio consultivo y deliberativo para la resolución de conflictos éticos relacionados con el campo de la atención médica y la investigación biomédica, se propuso la creación de un Comité Hospitalario de Bioética (CHB) en el Hospital Dr. Guillermo Rawson. Los integrantes deben reunir el requisito de la multidisciplinariedad. Por ello sus miembros deberán representar las principales áreas disciplinarias que conforman la comunidad hospitalaria.

La participación activa del personal del Servicio de Terapia Intensiva Adulto (STIA) es indispensable para el funcionamiento del comité, ya que el área de cuidados críticos en adultos es un espacio altamente conflictivo en temas bioéticos.

Objetivo: Generar un ámbito multidisciplinario para la consideración y el estudio de temas bioéticos, denominado CHB.

Constituir el CHB con personal de los diferentes saberes científicos desarrollados en el hospital.

Incorporar al personal de enfermería de la UTIA al CHB.

Material y método: Los integrantes del comité fueron seleccionados por el directorio del hospital, mediante una votación entre los interesados. Para elegir los miembros se siguieron los criterios de: Voluntad de integrar, participar y capacitarse formalmente para las actividades que demande el comité.

Los profesionales deberán representar las múltiples áreas disciplinarias que se desempeñan en el hospital.

Como mínimo deberá conformar el comité un profesional perteneciente a las áreas críticas de adulto, niño y neonatología.

Resultados: Se conformó el comité con 13 miembros, entre los que están dos profesionales de enfermería del STIA del hospital. El CHB es autónomo y con total independencia en el desarrollo de sus funciones.

Las funciones del CHB son de carácter consultivas, evaluativas, educativa y normativas. Debiendo reconocer como función principal el análisis, discusión y recomendaciones en los dilemas bioéticos clínicos.

De un total de 10 (100%) casos recibidos, en el periodo de un año, los profesionales de enfermería, miembros del comité han participado en la discusión y análisis del 100% de los casos

Conclusiones: El CHB constituye un genuino espacio multidisciplinario. La intervención de los profesionales de enfermería, representantes del área de TIA, ha sido de vital importancia en el análisis y resolución de los casos presentados al comité.

0107 VALOR PREDICTIVO DE LA HIPERLACTACIDEMIA ARTERIAL EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN CIRUGÍA CARDÍACA A CORAZÓN ABIERTO CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

D BOLZICCO(1), R GARCÍA TURIELLA(1), J MERELLO(1), M SECCHI(1)

(1) Instituto Universitario Italiano De Rosario.

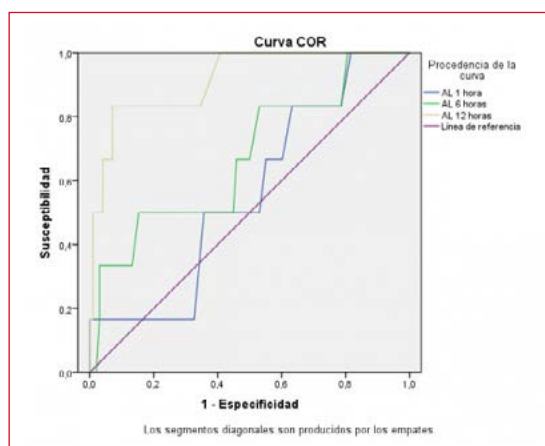
Introducción: El ácido láctico es considerado como un indicador temprano de supervivencia y/o mortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca a corazón abierto con circulación extracorpórea. En Argentina hay solo tres grandes registros multicéntricos de cirugía cardíaca, ninguno evalúa valores de lactato en relación a los tiempos de cirugía como índice de morbimortalidad en el posoperatorio cardiovascular.

Objetivo General: Establecer si los valores aumentados de ácido láctico seriado en el posoperatorio de cirugía cardíaca se correlacionan con complicaciones inmediatas y óbito.

Material y métodos: Estudio transversal, con 106 pacientes que cursaron estadia en UTI por posoperatorio de cirugía cardíaca. Variables: edad, sexo ácido láctico al ingreso, 6hs y 12hs, tiempo de perfusión y clampeo, estancia, evolución, complicaciones, tipo de cirugía. Análisis con Microsoft Office Excel 2013 y SPSS v18.

Resultados: El aumento de ácido láctico arterial se relacionó con complicaciones: requerimiento de inotrópicos, insuficiencia cardíaca y renal. Los pacientes que tuvieron complicaciones presentan niveles medios de ácido láctico superiores. No se encuentran diferencias en el promedio de ácido láctico al ingreso. Del 78% de pacientes con hiperlactacidemia al ingreso un 32% desarrolló complicaciones, 8% evolucionó al óbito. Se ajustaron modelos de regresión logística para predecir la aparición de complicaciones y óbitos en base a las otras variables estudiadas. Para las complicaciones, el modelo que ajustó los datos relaciona la aparición de complicaciones con los días de internación y el ácido láctico a las 12 hs. Este clasifica correctamente a un 82.7% de los individuos. Los resultados indican que por cada día de internación aumenta, el riesgo de complicaciones 2,5 veces (IC: 1,57 – 4,1). Para predecir óbitos, resultó ser el que incluye el ácido láctico a las 12hs. Para este se construyó curva ROC, obteniendo un área bajo la curva de 0.915. Se obtuvieron puntos de corte, resultando que si se toma como punto de corte un valor de ácido láctico de 3,45 se puede predecir óbito con sensibilidad 83% y especificidad 72,4%.

Discusión: En nuestro trabajo solamente tuvo valor predictivo de complicaciones y óbito el valor de ácido láctico a las 12 horas.



0108 SATURACIÓN VENOSA CENTRAL DE O₂ Y GRADIENTE VENOARTERIAL DE PCO₂ EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DE ALTO RIESGO

MH BENITES(1), Y ARZANI(1), L CAMPASSI(1), NP RUBATTO(1), MX MIRANDA(1), SP WELSH(1), ED VALENZUELA ESPINOZA(1), A RISSO VAZQUEZ(1), V KANOREE EDUL(1), FD MA-SEVICIUS(1), A DUBIN(1)

(1) Sanatorio Otamendi.

Introducción: se ha sugerido que el gradiente venoso central-arterial de PCO₂ (Pvc-aCO₂) tiene mayor sensibilidad que la saturación venosa central de O₂ (SvcO₂) para detectar estados de bajo flujo sanguíneo.

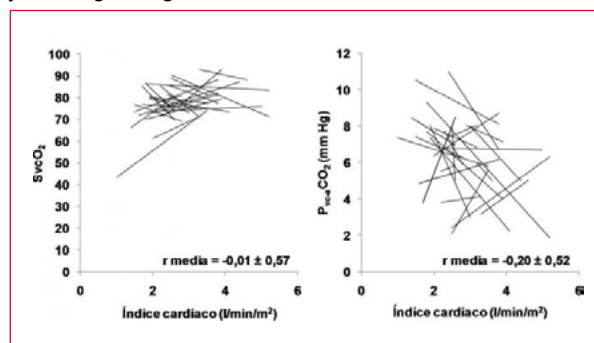
Objetivo: demostrar que la Pvc-aCO₂ tiene mejor correlación con el volumen minuto cardíaco que la SvcO₂, en pacientes quirúrgicos de alto riesgo.

Material y métodos: se incluyeron 26 pacientes quirúrgicos de alto riesgo. Se midieron volumen minuto cardíaco (Flo-Trac/VigileoTM, Edwards Lifesciences, Irvine, CA, USA) y gases y co-oximetría en sangre arterial y venosa central. Las determinaciones se realizaron en forma horaria, ante caídas del gasto cardíaco y en el período de recuperación. Se utilizó regresión lineal y correlación para evaluar las asociaciones de índice cardíaco con SvcO₂ y con Pvc-aCO₂. Se calcularon los coeficientes de correlación individual entre dichas variables. Se realizaron curvas ROC con SvcO₂ y Pvc-aCO₂ para determinar la capacidad de discriminar bajo gasto cardíaco (índice cardíaco <2,2 l/min/m²).

Resultados: tanto SvcO₂ como Pvc-aCO₂ mostraron comportamientos individuales variables en su correlación con el índice cardíaco (figura). Ambos parámetros tuvieron un bajo poder para discriminar a los pacientes con bajo índice cardíaco (AUC 0,57 y 0,58, respectivamente).

Conclusiones: SvcO₂ y Pvc-aCO₂ son pobres indicadores de volumen minuto cardíaco en pacientes quirúrgicos de alto riesgo.

Subsidio PICT-2010-0495, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.



0109 ¿ESTAMOS GENERANDO EXCESO CALÓRICO Y DÉFICIT PROTEICO CON LA ALIMENTACIÓN ENTERAL DEL PACIENTE CRÍTICO?

F CARDONE(1), J ALFONSO(1), F CASTAÑO(1), M ANTONINI(1), V CORTEGGIANO(1), G GONZÁLEZ(1), I PREVIGLIANO(1)

(1) J. A. Fernández.

Introducción: La subalimentación en el paciente crítico trae como resultado el déficit nutricional y el compromiso inmunológico. La sobrealimentación afecta negativamente el control glucémico, la composición corporal y conduce a un aumento de la carga de trabajo ventilatorio. El suministro de energía por encima de las necesidades y el déficit proteico se asocian con aumento de la morbimortalidad en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Esto es mayor en el paciente obeso.

Objetivo: Determinar si los volúmenes prescritos de nutrición en-

■ Resúmenes

teral (NE) en el paciente crítico corresponden con los requerimientos nutricionales.

Materiales y métodos: Diseño descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Muestreo no aleatorio por conveniencia. Se incluyeron pacientes internados en una UTI con indicación de NE exclusiva. Variables estudiadas: balance energético acumulado (BEA) y balance proteico acumulado (BPA), medidas desde el 3° al 10° día de internación. BEA y BPA se calculan en base a una fórmula que incluye el requerimiento y la prescripción de energía y proteína. Variable a controlar: obesidad. Variable de categorización: estado nutricional según valoración global subjetiva, edad, sexo, motivo de ingreso. El análisis estadístico se basó en el cálculo de frecuencia, mediana e intervalos de confianza.

Resultados: Desde el 01/10/13 al 28/02/14 se incorporaron 79 pacientes, de los cuales 52 fueron analizados. La tendencia mostró gran variabilidad intersujeto en los BEA de la muestra estudiada, presentando el 65,4% (IC95% 50,8/78,1) BEA positivo, siendo la mediana +1225Kcal (IC 95% 75/2064). Dicho valor resultó superior en los obesos que en los no obesos (+2690 IC 95% 2064/4768 vs +350 IC95% -875/1428). El 100% de la muestra presentó BPA negativo, con una mediana de -254,8g (IC 95% -307/-191), presentando mayor deuda en la prescripción proteica los pacientes obesos (-348,2 IC95% -450,5/-244,1 vs 193,4 IC95% -264,4/-115,5).

Conclusiones: Se evidenció sobreprescripción energética y subprescripción proteica, siendo más vulnerable el paciente obeso.

0110 PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPENICA Y EMBARAZO A PROPOSITO DE UN CASO

MN LLANOS(1), PA JUAREZ(1), C GABRIEL(1), R CARLOS MARTIN(1)

(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

Introducción: La PTT asociada a embarazo, es una enfermedad hematológica difícil de distinguir del síndrome de HELLP, sepsis, CID y SHU, asociado a elevada mortalidad materna y fetal si el tratamiento con plasmaféresis no se instituye de rápidamente.

Caso clínico: Femenina 24 años. Primigesta de 30,3 semanas, presenta ginecorragia súbita e HTA, se realizó cesárea de urgencia, se documentó DPPNI con sangrado estimado de 2,000cc aproximadamente. Presenta oligoanuria e ingresa a UTI. Al ingreso, vigil, SV: TA: 170/130. FC: 96. T°:36. FR: 18. SatO2: 97%. Palidez generalizada. Exploración neurológica: lúcida, orientada, sin signos neurológicos focales y reflejos normales.

Se instaura tratamiento con infusión de carga y mantenimiento de Labetalol y sulfato de magnesio. Transfusión: GRS y PFC. Dexametasona 8 mg cada 12 hs.

LBT: HTO: 18,7 %-Hb: 6,4. GB: 22,000 mm³. Plaquetas: 90,000 mm³. LDH: 960 U/L. Bb. Ind: 0, 3 GOT: 17 GPT: 8. TP: 83%. KPTT: 39". Creatinina: 1, 1 mg/dl. Pt.: 5, 6 Albumina: 3, 3. Na: 137 mEq/L. K: 3, 4. Prueba de Coombs: -24hr posteriores, persiste con trombocitopenia sin causa aparente (plaquetas de 42,000/mm³).

Frotis de sangre periférica: "Esquistocitos", que en asociación con niveles de LDH elevada, hiperbilirrubinemia indirecta y prueba de Coombs negativa, es compatible con "Anemia microangiopática trombótica. Se indica Prednisolona.

Persiste falla renal aguda. Evolucionan con sobrecarga hídrica y requiere ultrafiltración de urgencia.

Se decide su derivación a centro de mayor complejidad para plasmaféresis.

Discusión: En presencia de consumo plaquetario, se manejó con medidas de soporte. Tras la no mejoría clínica e incluso con cierta incertidumbre acerca del diagnóstico, se optó por el tratamiento con plasmaféresis, valorando los riesgos de esta última Vs riesgo potencial de un deterioro rápido y muerte asociada a la PTT.

Conclusión: Debido a la naturaleza potencialmente fatal de la PTT, el inicio del tratamiento es imperativo cuando el escenario clínico lo apoya y no en base, o, a pesar del nivel de la actividad del ADAMTS-13, enzima que realiza el diagnóstico de certeza.

0111 SINDROME DRESS INDUCIDO POR TRATAMIENTO ANTI-FIMICO

L GARCIA IRIARTE(1), JI MORENO(1), IR PRIETO(1), L RODRIGUEZ(1), A SHAER(1), JM BAZZANO(1), C WANDA(1), N JACOB(1), M TORRES BODEN(1), C COZZANI(1), E BRAÑA(1), M POMBO(1), G CUETO(1)

(1) Hospital General De Agudos "Dr. Cosme Argerich".

Introducción: DRESS por su acrónimo en ingles, Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms. Caracterizado por erupción mucocutánea, fiebre, linfadenopatía, alteraciones hematológicas y afectaciones viscerales, principalmente hepática. Potencialmente fatal, con una mortalidad del 10 al 20% y una incidencia de 1 entre 1.000 y 10.000 exposiciones a drogas. Más frecuente en adultos, sin predilección de sexo. Latencia de 3 semanas a 3 meses desde la exposición al fármaco. Un tercio de los casos están relacionados con anticonvulsivantes aromaticos, sulfonamidas y allopurinol. Se han descrito casos con drogas antifímicas, siendo la rifampicina la más frecuentemente involucrada.

Caso clínico: Mujer de 19 años, con diagnóstico de TBC bacilifera, en tratamiento con drogas de primera línea; internada por rash generalizado asociado a ictericia y hepatitis que evoluciona con coagulopatía, por lo que se deriva a UTI. Al ingreso se interpreta como hepatitis toxica, por lo que se rota a un esquema de segunda línea. Evolucionan con progresión del cuadro hepático asociado a eosinofilia, con solo serología positiva para HVS6. Por alta sospecha de DRESS se suspende el tratamiento e inicia corticoides. Intercurre con encefalopatía Grado III-IV y por falla hepática aguda se añade gamma globulina. Evolucionan favorablemente con normalización del coagulograma, hepatograma y series hematológicas, sin encefalopatía. Reinicia tratamiento con quinolonas, continuando recuperación en sala general.

Discusión: Se presenta un caso de una forma grave con encefalopatía y falla hepática severas que cumplió con todos los criterios de DRESS. Requiriendo medidas de soporte vital, tratamiento esteroideo y gamma globulina. El pronóstico se basa en el reconocimiento temprano del agente causal y su inmediata suspensión. Si bien menos frecuentes siempre deben considerarse los fármacos antifímicos.

El reinicio del mismo se hará con drogas de segunda línea, cuando se hallan resuelto las fallas orgánicas y la eosinofilia (eosinofilos < 50).

Conclusión: Considerando el aumento de su incidencia con tuberculostáticos y su potencial severidad, se debe estar alerta ante la aparición de las primeras manifestaciones de DRESS en dicho grupo de pacientes, además de considerarlo como diagnóstico diferencial de otras farmacodermias.

0112 LA VIOLENCIA SIMBÓLICA EN LOS MUROS: "REPERCUSIONES EN EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR A LA INTERNACIÓN Y MEDIO AMBIENTE ADVERSO EN EL CUIDADO ENFERMERO CENTRADO EN LA FAMILIA. MODALIDADES DE INTERNACIÓN ABIERTAS VS. CERRADAS"

J MENDIZÁBAL(1)

(1) Universidad Nacional De Mar Del Plata.

Introducción: Los servicios de terapia intensiva presentan escenarios complejos. Los cuidados del usuario, las complicaciones, el riesgo de infección sólo ocupan la dimensión biológica. La incertidumbre del pronóstico, la espera, el dolor y la muerte son sólo algunos de los aspectos que juegan en los usuarios (internado y su círculo íntimo). Enfermería tiene la responsabilidad ética y profesional de valorar ese universo y planificar cuidados. Las áreas cerradas sugieren un espacio aislado, conflictivo y deshumanizante.

Objetivos: Analizar la influencia de las Condiciones y medio ambiente de trabajo en las modalidades de internación cerradas vs. abiertas, sobre enfermeros/as y los familiares del internado a partir de un diagnóstico enfermero, taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association "Afrontamiento familiar" en Neonatología.

Población: Padres de niños ingresados en Neonatología, en dos instituciones del subsector privado de Mar del Plata. Julio-diciembre 2008. Enfermeros/as que ejercen en estas.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, analítico con metodología cuali – cuantitativa. Cuantificación mediante guía de valoración de afrontamiento familiar durante la internación de un hijo y su relación con los cuidados en ambas modalidades. Entrevistas a padres y profesionales de enfermería identificando las Cymat, el contexto, la influencia ideológica a partir del Modelo médico hegemónico y los cuidados centrados en la familia.

Resultados: La observación y entrevistas de 100 núcleos familiares mostraron mayores dificultades de afrontamiento familiar en la modalidad cerrada en comparación con la abierta en todas las variables analizadas. El diagnóstico de tipo ineficaz es más numeroso en horarios restringidos evidenciando en las entrevistas a enfermeros/as y familiares un escenario de insatisfacción laboral en los primeros y de cuidados deficiente en los segundos. Este obstáculo ambiental, agravado por horarios reducidos, las dificultades de afrontamiento y quienes sostienen el modelo médico hegemónico, adicionan a la situación compleja del internado una trama de asimetría de poder, angustia e impotencia situacional, estrés laboral, confusión y agotamiento relacional evidenciado en conductas violentas manifiestas.

Conclusiones: Las modalidades con horarios restringidos, construyen condiciones ambientales deshumanizantes que interfieren en el cuidado y dificultan el afrontamiento familiar a la internación. La violencia, es interna, subyace en viejos paradigmas ideológicos y de ejercicio.

0113 INVERSIÓN UTERINA AGUDA: UNA CAUSA POCO USUAL DE SHOCK EN EL PUERPERIO.

F ALMADA(1), D DIAZ(1), P URBINATI(1), S SOLI(1), V CLAIRON(1), D ROVIRA(1), E CAPPANERA(1), D FERNANDEZ(1)
(1) Sanatorio Los Alerces.

Introducción: El shock es un síndrome secundario a la hipoperfusión de los tejidos. En el puerperio las causas más frecuentes son las hemorragias y la sepsis. Otras menos comunes son: enfermedades cardíacas, embolismo de pulmón, la anafilaxia y la inversión uterina.

Presentación del caso clínico: 34 años, G3/P2, ingresó en trabajo de parto con 40 semanas de gestación, sin complicaciones, con alumbramiento prolongado. En pocos minutos, presentó dolor hipogástrico, hipotensión y obnubilación. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (clínico-quirúrgica) taquicárdica, taquipneica, hipotensa, palidez generalizada, obnubilada, dolor abdominal a la palpación, útero parecía retraído. Laboratorio: Hcto 19%, acidosis metabólica, ácido láctico 9,10mmol/L. Se administraron cristaloides, vasoactivos y hemoderivados. Ecografía: fondo uterino irregular de aspecto bilobulado. Con diagnóstico de inversión uterina se realizaron maniobras de reducción manual y nueva ecografía con silueta uterina acorde a un útero de puerperio inmediato. La mejoría clínica y hemodinámica fue rápida. Permaneció estable y pasa a sala general luego de 48 hora, con alta hospitalaria a 5 días del posparto.

Discusión: La inversión uterina puerperal es la invaginación total o parcial del fondo uterino a través del cérvix. Es una de las urgencias más graves del tercer período del parto. En su mayoría se producen durante el alumbramiento o en el puerperio. Son factores de riesgo: tracción exagerada del cordón umbilical, presión fúndica excesiva, cérvix, istmo y útero relajados, placenta accreta, cordón umbilical corto, anomalías congénitas uterinas, y el uso intraparto de sulfato de magnesio u oxitocina. La tríada diagnóstica es: hemorragia, dolor y el shock que es de causa mixta, hipovolémico y neurogénico. El tratamiento consta en manejo del shock y la reposición del útero por medio de maniobras manuales o quirúrgicas. Pueden utilizarse tocolíticos en principio (sulfato de magnesio u otros). Lograda la reposición debe evitarse la atonía uterina con oxitocina. Se recomienda tratamiento antibiótico profiláctico.

Conclusiones: La inversión uterina puerperal es una complicación rara del tercer período del embarazo, el diagnóstico es fundamen-

talmente cínico, se presenta con hemorragia severa y shock. El reconocimiento y el tratamiento temprano son la base para disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología.

0114 TRAQUEOTOMIA PERCUTÁNEA SIN BRONCOSCOPÍA: PRIMEROS RESULTADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SANTOJANNI

J VAZQUEZ(1), D FIRPO(1), S BORELLO(1), A PILIPEC(1), M ESTRIN(1), L SANTACRUZ(1), P DE VARGAS E GRANDO(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1)
(1) Santojanni.

Introducción: En los últimos años, la traqueotomía percutánea ha ganado gran aceptación como técnica alternativa a la quirúrgica. El presente trabajo tiene como objetivo cuantificar los resultados de dicho procedimiento llevado a cabo por un equipo de clínicos y kinesiólogos especialistas en medicina crítica sin apoyo broncoscópico

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo. En el que se registraron los datos demográficos y clínicos de un grupo de pacientes críticos sometidos a traqueotomía percutánea durante un periodo de estudio de 3 años.

Resultados: Entre el 01 de Enero del 2011 y el 31 de Enero del 2014 se realizaron un total de 127 traqueotomías percutáneas. Se tuvo éxito en 125 (98.4%) y fracasaron 2 procedimientos (1.6%). La cohorte estudiada estuvo conformada por 86 hombres (67.7%), con una edad promedio de 56.22 ± 18.5 años. La categorización de gravedad mostró APACHE II: 20.4 ± 6.04 , SAPS II: 38.05 ± 14.01 . Según la fecha de realización del procedimiento se constataron 14.7 ± 6.5 días de internación en terapia intensiva y 12.1 ± 7.3 días de ARM. El procedimiento fue exitoso en 125 pacientes (98,4%), 5 pacientes (3.9%) presentaron complicaciones siendo el sangrado leve y autolimitado la mas frecuente (3 pacientes, 2.36%) y la hipotensión arterial como consecuencia de la anestesia en 1 paciente (0.79%)

Conclusión: La traqueotomía percutánea parece ser un procedimiento seguro y con escasas complicaciones en pacientes críticos seleccionados. La misma se puede llevar a cabo sin broncoscopio por un equipo de clínicos y kinesiólogos

0115 ALTERACIONES TROMBOTICAS Y HEMORRAGICAS EN INFECCION AGUDA POR MICOPLASMA PNEUMONIAE.

E SANCHEZ(1), L TALAMONTI(1), G IZAGUIRRE(1), G GIOVANNINI(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1)
(1) Provincial De Rosario.

Introducción: la neumonía por micoplasma pneumoniae representa el 7-20% de las neumonías de la comunidad y raramente se observan manifestaciones extrapulmonares. Existen reportados sólo dos casos de trombosis intracardiaca y ninguno con hemorragia alveolar difusa concomitante.

Presentación del caso: masculino de 17 años de edad, sin antecedentes, consulta por cuadro de cuatro días de evolución de fiebre, decaimiento, mialgias generalizadas, exantema maculo eritematoso en palmas y plantas, y tos seca. Doce horas previas al ingreso agrega insuficiencia respiratoria y shock. Laboratorio: VES 43 mm/hr, GB 17000/mm3, plaquetas 88000/mm3, TGO 83 U/l, TGP 73 U/l, BR 1.6 mg/dl a predominio directa, lactato de 40 mg/dl. Radiografía de tórax con infiltrados intersticiales difusos mediobasales, bilaterales, PAFI 275. Recibe tratamiento empírico con piperacilina tazobactam, vancomicina, claritromicina y oseltamivir.

Serología positiva para micoplasma pneumoniae Ig M 1/20 – 1/80 – 1/30 con Ig G 1/30, crioagglutininas 1/66, anticuerpos anticardiopinas negativos. Cultivos para gérmenes comunes y micológico negativos, serología para FHA, Dengue, leptospirosis, chlamydia, HIV, influenza, VHB, VHC y laboratorio inmunológico negativos. Ecocardiograma observa ventrículo izquierdo dilatado, función sistólica global ligeramente disminuida con dos imágenes redondeadas ecogénicas, fijas, compatibles con trombos murales que asientan

en una zona de hipocinesia en ápex, observadas en varias ventanas. Luego de la primera dosis de enoxaparina agrega hemorragia alveolar difusa con hemoptisis, infiltrados pulmonares difusos, hipoxemia severa con caída del hematocrito. BAL: histiocitos cargados de hemosiderina. Suspende anticoagulación y realiza pulso de metilprednisolona durante 48 horas. Evoluciona favorablemente, pasando a sala general el décimo día de internación, normalizando posteriormente el ecocardiograma.

Discusión: los mecanismos por los cuales se generan las complicaciones extrapulmonares son desconocidos pero se cree que la invasión directa por el microorganismo, producción de toxinas, autoanticuerpos, formación de inmunocomplejos y microtrombosis participarían. Las crioglobulinas aparecen en más del 50% de las neumonías por micoplasma y se relacionan con la producción de anticuerpos anticardiolipinas, generando estados protrombóticos. Menos frecuentemente encontramos trombosis con anticuerpos anticardiolipinas negativos, como en este caso.

Conclusión: el caso reportado evidencia manifestaciones trombohemorrágicas poco frecuentes causadas por micoplasma pneumoniae que pueden complicar la evolución y el pronóstico de un paciente con neumonía atípica de la comunidad.

Tabla 1. Pacientes agrupados por patologías o principales signos clínicos, se discrimina entre sobrevivientes y fallecidos y se muestra el déficit de base promedio por enfermedad

Patología / principal signo clínico	Sobrevivientes		Fallecidos	
	Nº	Deficit	Nº	Deficit
Diagnóstico	6	-1,2	10	-2,7
Respiratorio	1	0,0	3	-0,3
Cardiovascular	0	0	1	-12,2
Trastorno de la conciencia	3	-2,9	2	-2,1
Choque	1	-1,1	1	-1,1
Insuficiencia renal	1	-1,1	1	-1,1
Neutrofilia	1	0,0	1	-1,1
Neutropenia	0	0	1	0,0
Leucopenia	1	-1,1	1	-1,1
Leucocitosis	1	0,0	1	0,0
Trombocitopenia	1	-1,1	1	-1,1
Trombocitosis	1	0,0	1	0,0
Disfunción hepática	1	-1,1	1	-1,1
Insuficiencia cardíaca	0	0	1	-1,1
Insuficiencia respiratoria	1	-1,1	1	-1,1
Hipertensión arterial	0	0	1	-1,1
Hipotensión arterial	0	0	1	-1,1
Alteración de la conciencia	0	0	1	-1,1
Alteración de la función renal	0	0	1	-1,1
Alteración de la función hepática	0	0	1	-1,1
Alteración de la función cardíaca	0	0	1	-1,1
Alteración de la función respiratoria	0	0	1	-1,1
Alteración de la función hídrica	0	0	1	-1,1
Alteración de la función inmune	0	0	1	-1,1
Alteración de la función endocrina	0	0	1	-1,1
Alteración de la función neurológica	0	0	1	-1,1
Alteración de la función genética	0	0	1	-1,1
Alteración de la función ambiental	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la piel	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los ojos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los oídos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la nariz	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la boca	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la garganta	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la tráquea	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los bronquios	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los pulmones	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los riñones	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los intestinos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los estómagos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los hígados	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los bazo	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los páncreas	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los ovarios	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los testículos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la hipófisis	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la tiroides	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la paratiroides	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de las glándulas salivales	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de las glándulas sudoríparas	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de las glándulas sebáceas	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la piel	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los ojos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los oídos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la nariz	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la boca	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la garganta	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la tráquea	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los bronquios	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los pulmones	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los riñones	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los intestinos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los estómagos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los hígados	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los bazo	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los páncreas	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los ovarios	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de los testículos	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la hipófisis	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la tiroides	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de la paratiroides	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de las glándulas salivales	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de las glándulas sudoríparas	0	0	1	-1,1
Alteración de la función de las glándulas sebáceas	0	0	1	-1,1

0116 CORRELACIÓN DE SHOCK ÍNDEX Y VALORES GASOMÉTRICOS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA EN CANINOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

PA DONATI(1), MADORNO M., TUNESI M. MORETTI J., GUEVARA J.M., GUILLEMI E. (1) Ucvet.

Introducción: La evaluación clínica puede no identificar en forma correcta pacientes en shock en sus fases precoces, por lo que actualmente se recomienda la utilización de marcadores bioquímicos, junto con el examen físico.

Tanto el lactato como el déficit de base han demostrado ser indicadores pronósticos de mortalidad en pacientes humanos ingresados a la unidad de cuidados intensivos

Objetivo: Objetivo primario, evaluar si existe correlación entre SI >1 al ingreso a la unidad de cuidados intensivos con mortalidad hospitalaria. Objetivo secundario, evaluar si existe correlación entre los parámetros gasométricos y clínicos al ingreso con la mortalidad hospitalaria.

Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva los pacientes ingresados a la clínica de cuidados intensivos veterinarios durante el período diciembre 2012 a enero 2014. Se evaluó la existencia de correlación entre PAS, SI >1, lactatemia, DB, saturación de oxígeno, pH, temperatura, frecuencia respiratoria, edad, sexo, con mortalidad hospitalaria. La metodología aplicada fue la correlación de variables.

Resultados: Se evaluaron un total de 849 pacientes durante el período de estudio, de los cuales 152 cumplieron los criterios de inclusión. Un total de 697 caninos fueron descartados. La mejor correlación con mortalidad la obtuvieron el DB de -0.471 (a menor déficit mayor mortalidad.), el DB extracelular con -0.450 (a menor déficit mayor mortalidad.) y el pH con -0.441 (a menor pH mayor mortalidad). Luego; en orden de importancia: saturación venosa con -0.271 (a menor saturación mayor mortalidad), shock index con 0.251 (mayor shock index mayor mortalidad), y la edad con 0.250 (cuanto mayor edad mayor mortalidad)

Al analizar los subgrupos de patologías más prevalentes, se observó una diferencia marcada entre el DB de los fallecidos y los sobrevivientes.

Conclusiones: En la población estudiada existió una clara correlación entre el pH y el déficit de base al ingreso de la unidad de cuidados intensivos veterinarios con la mortalidad hospitalaria. La saturación de oxígeno, el SI y la edad correlacionaron débilmente, y no se observó correlación con el valor de Lactato basal, temperatura, frecuencia respiratoria, edad, sexo y presencia o ausencia de castración.

0117 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA H3N2: A PROPOSITO DE UN CASO

L ONETO(1), P ARIAS(2), G RODRIGUEZ(2), G PALACIO(2), A GATTARI(2), E MORENO(3)
(1) Hospital De Niños Dr. Ricardo Gutierrez. (2) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez. (3) Hospital De Niños Dr. Ricardo Gutierrez.

Introducción: El Síndrome de Guillain Barre (SGB) es la causa más común de parálisis flácida aguda infantil. Su incidencia es 0.4 – 1.5/100.000 niños siendo su principal etiología post-infecciosa. Este cuadro ha sido descrito como una complicación neurológica poco frecuente del virus Influenza.

Caso Clínico: Paciente sexo masculino, 5 años de edad, sin antecedentes relevantes. Vacunación completa excepto antiinfluenza estacional. Inició 7 días previos al ingreso tratamiento con Amoxicilina con diagnóstico de otitis media aguda. En su evolución presentó episodios de pérdida del tono postural sin pérdida de conciencia, decaimiento general y dificultad respiratoria progresiva. Consulta a nuestro Hospital, encontrándose lúcido, mal perfundido, taquicárdico, taquipnico, saturación 85% (con oxígeno suplementario). Examen neurológico normal. Se planteó diagnóstico sepsis severa con foco respiratorio. Ingresó en Terapia Intensiva requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM), reanimación con fluidos e inotrópicos. Se toma hemocultivo, urocultivo, aspirado traqueal e inmunofluorescencia para virus respiratorios (IFI). Inició tratamiento antibiótico (Ceftriaxone, Claritromicina, Vancomicina). Presentó IFI positivo para Influenza A H3N2. Al día 14 de internación, en plan de retirada de ARM, se suspende sedación y relajación. Evidenciándose sensorio normal y ausencia de reflejos osteotendinosos. Con sospecha de SGB se realiza punción lumbar mostrando disociación albuminocitológica con cultivo negativo. Resonancia Magnética Nuclear con contraste y Electromiograma con signos compatibles con SGB. Recibió Gammaglobulina endovenosa 5 días, presentando mejoría clínica. Se realizó traqueostomía y rehabilitación. Al año retomó su escolaridad sin secuelas.

Discusión: El SGB es una complicación infrecuente de la infección por Influenza. El tiempo transcurrido entre la infección y el inicio de los síntomas es variable. Es más frecuente en niños no vacunados. La aparición de parálisis flácida arrefléxica, sensitivo motora ascendente requiere descartar el cuadro de Guillain Barré. La clínica y estudios complementarios del paciente presentado sustentan el diagnóstico, permitiendo descartar otras patologías.

■ Resúmenes

Las intervenciones necesarias para el manejo del cuadro respiratorio, pueden dificultar la exploración neurológica llevando a retraso diagnóstico.

Conclusión: El compromiso neurológico en el contexto de infecciones respiratorias virales es bajo. Sin embargo, es importante considerar el diagnóstico de SGB en un paciente que presente en su evolución parálisis flácida asociado a rescate de Influenza A.

0119 RELACION ENTRE EL METODO DE VALORACION NUTRICIONAL SUBJETIVA Y METODOS OBJETIVOS PARA LA EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS

DP CORBELLI(1), P CABRERA(1), P GUIMARAENS(1), MDLA CARIGNANO(1), MF GOLDÍN(1), C KECSKES(1), L RODOTA(1)
(1) Hospital Italiano.

Introducción: La mayoría de los métodos para evaluar el estado nutricional no han sido desarrollados ni validados en pacientes críticos. Es necesario contar con herramientas confiables para evaluar al paciente que ingresa a terapia intensiva.

Objetivo: Valorar la relación entre Valoración Global Subjetiva (VGS) y parámetros objetivos de valoración nutricional: Antropometría y Bioimpedancia (BIA), en pacientes críticos.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo. Se evaluaron 161 pacientes consecutivos dentro de las 48 horas de admisión (enero a marzo 2013). Registramos: NRS 2002, VGS, antropometría: Índice de masa corporal (IMC), Circunferencia braquial (CB), Circunferencia muscular del brazo (CMB), Pliegue tricipital (PT) y BIA: ángulo de fase (AF), masa grasa (MG) Kg y %, agua corporal total (ACT) %. Análisis estadístico: Chi 2, test Fisher, Kruskal-Wallis (STATA II). Se consideró significativa $p < 0.05$

Resultados: Edad 60 años (r 17 a 93). 54% masculino. Quirúrgicos 42%, Clínicos 40%, Neurológicos 16%, Politraumatismo 2%. VGS: A 65%, B 20% y C 15%. NRS $\geq 3 = 44%$. IMC = $27 \pm 5,9$ kg/m². Valores disminuidos de CB en el 21% de los pacientes, PT 17% y CMB 28% respectivamente. AF = $4,9^\circ \pm 2$, MG disminuida en el 53% de los casos. El 50% de las mediciones presentó aumento del ACT.

	VGAA (n=105)	VGS B (n=32)	VGS C (n=24)
Edad (años)	61	68,5	62 ^c
IMC	27,7	25,1	22,3 ^a
Pérdida de peso (%)	0%	4%	11,3% ^a
CB*	95%	59,4%	33,3% ^a
PT*	91,4%	75%	58,3% ^a
CMB*	79,5%	68,8%	45,8% ^a
MG (%)	16%	9,4%	12,5% ^b
MG (Kg)	17,6	13,8	14,4 ^d
AF (°)**	32,4%	37,5%	12,5% ^c

* referido como valores de percentilo >10 (rango normal según NANES II)

** referido como rango normal según NANES II

^a $p < 0,0001$ ^b $p 0,3$ ^c $p 0,1$ ^d $p 0,02$

Conclusiones: Hubo relación estadísticamente significativa entre VGS y parámetros antropométricos (CB, PT y CMB). Respecto a la BIA, los resultados no fueron significativos probablemente por el tamaño de la muestra; el AF muestra una tendencia a estar más bajo en la población de pacientes desnutridos al igual que la MG expresada en kg.

0120 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO EN CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS TRASPLANTES HEPÁTICOS ORTOTÓPICOS EN URUGUAY, DE LA UNIDAD BI-INSTITUCIONAL HOSPITAL DE CLINICAS-HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

J CASTELLI(1), N HERNÁNDEZ(1), K RANDO(1), I MARÍA(1), V MAINARDI(1), S GERONA(1), P SCALONE(1), M VALVERDE(1), J MEDINA(1), J MENÉNDEZ(1), A ETLLIN(1), M ALVEZ(1), M HARGUINDEGUY(1), A LEITES(1)
(1) Hospital Militar.

Introducción: La condiciones en las que ingresa el paciente sometido a Trasplante Hepático a Terapia Intensiva reflejan el manejo del paciente en el intraoperatorio. Las complicaciones y la evolución en terapia intensiva dependen de esta etapa previa y del manejo en el Centro de Terapia Intensiva (CTI). El Trasplante Hepático Ortotópico (THO), es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedades hepáticas, agudas y crónicas, progresivas e irreversibles, no curables con otros métodos, en pacientes con una sobrevida esperada menor del 50% a los 2 años.

Objetivo: Describir la evolución postoperatoria inmediata en el CTI de H.C.F.F.AA, de 91 THO realizados desde 14 de Julio de 2009 hasta 25 de mayo de 2014.

Material y Métodos: Diseño: Trabajo descriptivo retrospectivo. **Fuente de datos:** Historias clínicas. **Población:** 91 pacientes que se someten a THO. **Periodo:** Julio 2009 a mayo de 2015. **Lugar:** H.C.F.F.AA. **Equipo:** Unidad Bi-Institucional de Enfermedades Hepáticas Complejas.

Resultados: Son 91 pacientes entre 14 y 67 años, portadores de hepatopatías que requirieron THO. En 75 pacientes se realiza extubación precoz. La estadía en CTI promedio es 3,92 días. Las complicaciones médicas más frecuentes son: insuficiencia renal aguda, edema pulmonar, infecciones, e hiperglicemia. Tres pacientes presentan disfunción primaria del injerto (DPI), 1 fallece, 2 se retrasplantan y sobreviven. Se reoperan 11 pacientes, 6 por sangrado, 2 trombosis de Vena Porta, 1 estenosis Arteria Hepática, 1 obstrucción de vía biliar, 1 por colección abdominal infectada. La mortalidad global es de 10,98 %, la de los THO por hepatopatías crónicas es 6,6 %. Se realizaron 3 trasplantes hepato- renales con una sobrevida de 100 %.

Conclusiones: El 82 % ingresan extubados de block, con hemodinamia estable, la estadía en CTI es breve. El 3,29 % presenta DPI. La sobrevida de los trasplantes hepato- renales es del 100%. Se reoperan 11 pacientes. La mortalidad total es de 10,98 % comparable con centros de referencia a nivel mundial.

0121 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

S VIRGILIO(1), ML GIMENEZ(2), I SALVATI(3), G VERDE(1), C IRRAZABAL, G CARQUEJEIDA ROMAN(3), A CURA(1), P BUSTAMANTE, M BEZZI(3), M VILLARRUEL(1), W TOZZI, N TIRIBELLI(3), G MUHAFARA(1), N IEZZI, S BORELLO(3), MN NOVO(1), N GOLFARINI, P PEDACE(3), L GAREGNANI(1), G MARINO, F ESMORIS(3), L TUYA(1), L PIPOLO, S MARTINEZ VENTIMIGLIA(3), G PAZ(1), A COTERO, C AGUIRRE(3), G BATAGLIA(1), E PEREZ, A OCCHIUZZI(3)
(1) Piñero. (2) Clínicas "José De San Martín". (3) Santojanni.

Introducción: la ventilación mecánica invasiva (VMI) es uno de los procedimientos más comunes en el manejo de los pacientes críticamente enfermos. Sin embargo, se desconocen las características y los factores que intervienen en la evolución de los pacientes sometidos a VMI en nuestro país.

Objetivo: describir las características epidemiológicas, la prevalencia y las variables que influyen en la evolución de los pacientes mayores de 18 años que requieren VMI por más de 12 horas en tres unidades de terapia intensiva (UTIs) de la Ciudad Autónoma

de Buenos Aires (CABA). Secundariamente se analizarán a aquellos pacientes que logran la desvinculación exitosa de la VMI.

Materiales y método: estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo y longitudinal en tres hospitales ubicados en la CABA, desde el 1° de agosto de 2013 al 31 de enero de 2014. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0,05$. Aquellas variables que presenten una $p < 0,10$ serán incluidas en un análisis de regresión logística multivariado.

Resultados: el 29,69% ($n=316/1064$) de los pacientes que ingresaron a las UTIs requirieron VMI por más de 12 horas. Los principales motivos de VMI fueron insuficiencia respiratoria aguda y coma. La mediana de días de VMI fue de 4 (RIQ: 2-10) y de estadía en UTI de 6 (RIQ: 3-14). La mortalidad en UTI fue del 45,2%. Se halló asociación estadística entre mortalidad en UTI y la edad estratificada en años (<40 ; $40-75$; >76 años) ($OR=1,86$; $IC95\%: 1,30-2,67$). El 57,6% ($n=182/316$) de los pacientes incluidos se desvinculó de la VMI, categorizándose en weaning simple, dificultoso y prolongado el 52,2%, 25,8% y 22% respectivamente. Se halló un aumento del promedio de días de VMI de 3,5 cada vez que cambió la categoría (Coeficiente B: 3,5; SE 0,6). Aquellos pacientes que fallaron la extubación presentaron mayor riesgo de realizar weaning prolongado ($OR=23$; $IC95\%: 3,55-149,45$). No se encontró asociación entre mortalidad y tipo de weaning ($OR=0,68$; $IC95\%: 0,31-1,51$).

Conclusión: se halló que la edad es un factor independiente para predecir mortalidad en sujetos sometidos a VMI. Las estadías en VMI y UTI presentaron valores similares a lo publicado mientras que la mortalidad encontrada fue superior. No se halló asociación entre mortalidad y tipo de weaning.

0122 REPORTE DE UN CASO: INTOXICACION CON PARAQUAT

P CALCAGNO(1), V GINER(1), MV BELLO(1), R BUFFA(1)
(1) Hospital J.b Iturraspe.

Introducción: Teniendo en cuenta la limitada experiencia, debido a la baja incidencia, presentamos este caso por el uso de este herbicida en nuestra zona, cuya principal actividad es la agropecuaria, por la alta mortalidad que presenta la intoxicación en el intento de suicidio y la escasa eficacia de los tratamientos existentes.

Caso clínico: Paciente masculino, 28 años, derivado de zona rural tras ingesta intencional de paraquat (herbicida biperidílico). FC 95; TA 150/70mmHg; T 36,2° C; FR 16; SO2 98%. Lúcido, vigil, pupilas midriáticas reactivas, sialorrea, quemaduras en mucosa yugal, rostro, tórax y miembros superiores. Lavado gástrico con carbón activado, vómitos y convulsiones tónico clónicas generalizadas, intubación orotraqueal. A las 24 horas fiebre, se pancultiva e inicia tratamiento con ampicilina sulbactam. Al segundo día, inestabilidad hemodinámica, requerimiento de vasopresor. Fiebre persistente. Sin respuesta a estímulos alérgicos, pupilas mióticas, hiporreactivas. Tomografía computada cerebro, normal. Fibroendoscopia: erosiones esofágicas en todo su trayecto, friables y sangrantes. Ecocardiograma: normal. Electroencefalograma: normal. Radiografía tórax: infiltrado aleveolointersticial en base pulmonar derecha. Neumonía asociada a ventilación mecánica, pancultivos y rotación antibiótico Piperacilina-Tazobactam. 10° día, fallo renal agudo, comienza hemodiálisis, once sesiones. Cuadriparesia. Traqueostomía. 23° día, buena evolución neurológica. Neumonía asociada a ventilación mecánica, secundaria a P. Aeruginosa e infección asociada a catéter por Cándida spp. Rotación antibiótico a Vancomicina, Imipenem, Fluconazol. 28° día, alta.

Discusión: La falla multiorgánica aumenta en frecuencia cuando no se administra de forma adecuada el tratamiento destinado a disminuir la absorción y aumentar la excreción del tóxico. En nuestro caso, hubo un déficit en cuanto a la dosis de los catárticos y resinas de intercambio iónico, lo que aumentó la probabilidad de desarrollo de falla renal aguda y hemodinámica.

Conclusión: Resaltamos la ausencia de protocolo de tratamiento temprano, basado en la evidencia, para la intoxicación con herbicidas, siendo el lavado gástrico un pilar fundamental del mismo.

0123 PREVALENCIA Y EVOLUCION DEL SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SEGUN LA DEFINICION DE BERLIN: ESTUDIO RETROSPECTIVO

ML GIMENEZ(1), NH IEZZI(1), N GOLFARINI(1), G MARIANO(1), LS PIPOLO(1), A COTERO(1), RJ FAMILIETTI(1), K MIRALLES(1), EA PEREZ(1), E BONA(1), JI CAMPOT(1), E DANTAZ(1), N NICODEMES(1), MF JANSMA(1), AP BUSTAMANTE(1), W TOZZI(1), J ARMELINO(1), F MURA
(1) Hospital De Clinicas Jose De San Martin.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una de las patologías de más difícil manejo en las unidades de cuidados intensivos (UCI). En el año 2012, en el Consenso de Berlín se actualizó su definición. Numerosos estudios han criticado las variables utilizadas, sin embargo los estudios epidemiológicos que describen prevalencia y evolución de esta entidad son escasos.

Objetivo: Describir prevalencia y evolución del SDRA según la definición de Berlín en pacientes internados en la UCI de un hospital escuela.

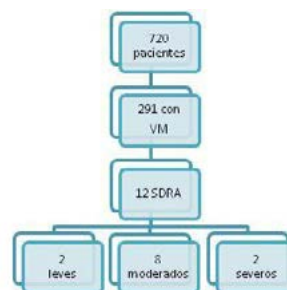
Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y observacional donde se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de SDRA constatado en la historia clínica entre el 1 de septiembre de 2012 y el 31 de agosto de 2013. Los resultados fueron expresados en media \pm desvío estándar, mediana (rango mínimo y máximo) y porcentaje en función de la distribución de la muestra.

Resultados: La prevalencia del SDRA sobre el total de la población admitida en UCI fue del 1,6% (12/720) y sobre aquellos que requirieron ventilación mecánica fue del 4% (12/291). El 66,7% de los pacientes desarrollaron SDRA moderado, mientras que las categorías de leve y severo tuvieron un porcentaje de 16,65% cada grupo. A las 24 hs del diagnóstico, el 66,7% de los pacientes fueron recategorizados (2 leves, 4 moderados y 2 severos). En cuanto a la evolución a los siete días 5 pacientes fallecieron (2 severos y 3 moderados). Al diagnóstico la media de volumen tidal fue $7,08 \pm 1,42$ ml/kg y la de PEEP de $10,83 \pm 3$ cmH₂O. La mediana de días totales de internación un UCI fue 9,5 (R 3-28), días libres de ventilación mecánica a los 28 días fueron 0 (R 0-24) y los días totales de VM fueron 8,5 (R 3-22). La mortalidad en UCI, hospitalaria y a los 90 días fue de 58,33%, 33,33% y 91,67% respectivamente.

Conclusión: La prevalencia de SDRA en nuestro hospital es inferior a la reportada por la literatura. En las 24hs posteriores al diagnóstico se produjo una recategorización del estadio inicial, evolucionando dentro de los 90 días con una elevada tasa de mortalidad.

Edad (media \pm DS)	71,83 \pm 15,75
Genero	6 hombres / 6 mujeres
APACHE II (media \pm DS)	18,08 \pm 5,56
Motivo de ingreso (N° de pacientes)	6 IRA 2 POP 1 PCR 1 ACV hemorrágico 1 Shock séptico 1 NAC
Severidad del SDRA al inicio (N° de pacientes)	2 Leves 8 Moderados 2 Severos

DS: desvío estándar. IRA: insuficiencia respiratoria aguda. POP: post operatorio. PCR: paro cardíaco respiratorio. NAC: neumonía de la comunidad. ACV: Accidente Cerebro Vascular.



0124 ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES CON HIV/SIDA QUE INGRESAN A NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A GARAY(1), F LIPOVESTKY(1), D PEREYRA(1), S ARCIERI(1), F ROTRING(1), L VASTA(1), J MORALES(1), J UGARRIZA(1), C AVILA(1), C CHIMA(1), C VELAZQUEZ(1)
(1) Hospital Uai.

Introducción: En los últimos años hemos estado asistiendo pacientes con infección del virus de Inmunodeficiencia Humana HIV/SIDA. En la era preterapia antirretroviral (TARV) estos pacientes cuando ingresaban a UTI presentaban alta morbimortalidad. Pero la calidad de esta población fue mejorando sobre todo desde la aparición de TARV

Objetivos: Caracterizar condiciones clínicas y determinar estadio de la enfermedad al ingreso. Analizar causas más frecuentes de internación y comorbilidades

Material y Método: En forma prospectiva durante 1 año pacientes con HIV/ SIDA en UTI. Analizamos pacientes con diagnóstico de HIV/ SIDA con características demográficas y comorbilidades (Estado nutricional subjetivo, adicciones a drogas, alcoholismo, Diabetes, otros). Valoramos el estadio de la enfermedad según Albúmina y Proteína C Reactiva (PCR), Recuento de CD4. Analizamos adherencia al TARV. APACHE II y SOFA al ingreso, motivo de internación, requerimiento de Ventilación mecánica, complicaciones, estadía en UTI y mortalidad. Análisis estadístico a través del chi cuadrado y desvío estándar

Resultados: En nuestra UTI clínicoquirúrgica, ingresaron en total 229 pacientes. Masculinos 54%, APACHE II: 16, SOFA: 5, estadía: 6,54 días, edad promedio de 64,5 años, Mortalidad total 16;61 %. Ingresamos 21 pacientes con HIV/SIDA (7,86 %), los cuales presentaron las siguientes características: APACHE II: 12,1, SOFA: 5,75. Motivo de internación más frecuente fueron los síndromes neurológicos (33.3%) y síndromes respiratorios (14.3%). valores de Albumina, el 52,4% se hallaban bajos de lo normal, PCR: 62,5% aumentada, el 66,7% ingresó con recuento de CD4 menor a 100 células/mm³. El 61,9% no se hallaba con TARV. Las comorbilidades fueron mayormente la desnutrición (34%), adicción a las drogas (19%). Los que necesitaron de VM fueron el 61,9%, la estadía en UTI fue de 12,5 +/- 10,4 días. La mortalidad fue de 57,1%.

Conclusiones: la mortalidad sigue alta. Los pacientes ingresados tenían deterioro del estado general. hay tendencia al abandono de su TARV. destacamos comorbilidades, desnutrición por sobre la adicción a las drogas. concluimos que en estos pacientes es necesario se tome conciencia que es una enfermedad con un tratamiento viable y depende de su calidad de vida futura. Es necesario una mayor contención social para la continuidad del tratamiento y controles médicos frecuentes.

0126 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA Y MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE GRAVE SIN TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO. SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA: UN DIAGNÓSTICO PROBABLE.

A SCHAER(1), L GARCIA IRIARTE(1), J BAZZANO(1), L RODRIGUEZ(1), M POMBO(1), N MOLINA(1), A STEINBERG(1), P IGNACIO(1), E BRAÑA(1), C COZZANI(1), G CUETO(1)
(1) Argerich.

Introducción: El embolismo graso de causa traumática se produce en el 90% de los pacientes con trauma múltiple. El síndrome de embolia grasa (SEG) sólo en un 4%. El SEG es una entidad clínica caracterizada por hipoxemia (100%), alteraciones neurológicas (80%) y exantema petequeal (30%). Es más frecuente en fracturas cerradas que abiertas y su mortalidad alcanza al 86%.

Reporte de un caso: Varón de 27 años que ingresa con trauma múltiple por aplastamiento. Presenta Glasgow 15/15, estabilidad hemodinámica, múltiples fracturas y contusión pulmonar bilateral. LA TC no tiene evidencias de lesión abdominal, cerebral ni de columna vertebral. Se realiza toilette de las fracturas y fasciotomía completa.

Horas más tarde evoluciona con SDRA, SIRS y shock vasopléjico. Al quinto día presenta exantema petequeal en dorso y signos de hipertensión endocraneana (HEC). TC con isquemia cerebral occipital derecha y edema. Ecodoppler de vasos de cuello normal. Se coloca catéter de PIC con presiones mayores a 30mmHg. Se indica craneotomía descompresiva pese a lo cual evoluciona con HEC refractaria y muerte encefálica.

Discusión: Sus múltiples fracturas constituyeron un factor causal para el desarrollo del SEG. El SDRA tuvo concordancia tanto con el mecanismo lesional (contusión pulmonar) como con la etiología embólica. La gravedad del mismo fue determinante en limitar la evaluación neurológica por imágenes, la estabilización de las fracturas y el manejo de la HEC. El cuadro neurológico, en ausencia de injuria encefálica, orientó a la presunción de embolia cerebral grasa (ECG) en el contexto del SEG, en donde la hipertensión endocraneana refractaria determinó su evolución fatal.

Conclusión: La ECG severa no es una habitual presentación clínica dentro del infrecuente SEG. Sus manifestaciones son muy heterogéneas, yendo desde formas leves y reversibles, hasta el coma profundo con severa dishabilidad y muerte cerebral. La presentación del SEG tiene una latencia de entre 12 hs y 14 días posteriores al trauma inicial, mientras que la ECG aparece dentro de los 2 ó 3 días posteriores a la injuria. En este caso la precocidad en la aparición del SDRA fue un factor clave en la severidad de la lesión encefálica de la ECG.

0127 PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES INGRESADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

S SOLI(1), P URBINATI(1), D DIAZ(1), V CLAIRON(1), D ROVIRA(1), E CAPPANERA(1)
(1) Sanatorio Los Alceres.

Introducción: La enfermedad hipertensiva del embarazo es la tercer causa de muerte materna en nuestro país. Las formas severas de esta patología, son la preeclampsia (PE) y eclampsia (E), complican del 3 al 14% de los embarazos, aumentando 20 veces la mortalidad materna y neonatal. Se la considera altamente prevenible. Es importante contar con datos locales para la optimización de la atención.

Objetivos: evaluar las características clínicas y la evolución de las pacientes ingresadas a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) clínico-quirúrgica, con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia (PE-E). Determinar la mortalidad neonatal asociada.

Materiales y métodos: estudio prospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal. Se incluyeron las pacientes con diagnóstico de PE-E que ingresaron a la UCI desde el 01/06/2010 al 01/06/2013.

Resultados: ingresaron 15 pacientes a la UCI, correspondió al 0,7% del total de los ingresos. Características personales: edad 28,1±6,9 años, condiciones médicas preexistentes 3(20%), PE-E embarazo previo 3(20%), primigestas 6(40%), edad gestacional 33,5±4,6. 100% ingresó en el posparto, 14(93,3%) finalizó en cesárea. Características clínicas: PAs 175,3±22,6; PAd 104±18,05; edemas 13(86,7%), dolor abdominal 10(66,7%), cefalea 9(60%), náuseas 8(53,3%), vómitos 6(40%), visión borrosa 2(13,3%) y convulsiones 1(6,7%), APACHE II: 11,6±6,3 (rango 7-28). Los diagnósticos fueron: PE severa 53,3%, PE-E 26,6%, y eclampsia, PE sobrepuesta a HTA crónica y PE leve 1(6,7%) cada una. Complicaciones presentadas: HELLP 11(73,3%); alteración de la función renal 7(46,7%); neurológicas 4(26,7%); distrés respiratorio y disfunción multiorgánica 3(20%) cada una; CID y EAP 2(13,3%) cada una; ruptura hepática 1(6,7%). Tratamientos realizados: sulfato de magnesio EV 15(100%), antihipertensivos 9(60%), ventilación mecánica, vasoactivos 3(20%) y diálisis 1(6,7%). Días de internación UCI y hospitalaria: 4,3±5,9 y 8,1±6,85 respectivamente. Mortalidad materna 2(13,3%) y neonatal 4(28,6%).

Conclusión: Las pacientes admitidas en esta serie, constituyen una población especial por su gravedad y compromiso orgánico ma-

terno. La alta proporción de HELLP, aumenta las posibilidades de complicaciones y la severidad del cuadro. De esto podría explicarse el mayor porcentaje de terminación del embarazo en cesáreas, la mortalidad materna y neonatal.

0128 VENTILACION MECÁNICA NO INVASIVA: USO EN TRES UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA SITUADAS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

I SALVATI(1), ML GIMENEZ(2), S VIRGILIO(3), G CARQUEJEDA ROMAN(1), J ARMELINO, G VERDE(3), MB IBÁÑEZ(1), MF JANSMA, A CURA(3), M COTIGNOLA(1), F MURA(2), W TOZZI(3), MC MARTIN(1), R FAMILIETI(2), C GROSSI(3), JM CARBALLO(1), K MIRALLES(2), MA TICAK(3), MC PITA(1), E BONA(2), D FELICI(3), ME CROATTINI(1), JI CAMPOT(2), I CHIAVARO(3), M ELIAS(1), E DANTAZ(2), F ESPERON(3), C BROVIA(1), N NICODEMES(2), M ALI(3)
(1) Santojanni. (2) Clínicas "José De San Martín". (3) Piñero.

Introducción: la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una herramienta en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda en pacientes admitidos en la unidad de terapia intensiva (UTI). Sin embargo se desconocen las características y la evolución de los mismos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Objetivo: describir las características epidemiológicas y la prevalencia de los pacientes mayores de 18 años que requirieron VMNI por más de 1 hora en tres unidades de terapia intensiva (UTIs) de la CABA.

Materiales y Método: estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo y longitudinal en tres UTIs ubicadas en la CABA, el período de estudio comprende del 1° de agosto de 2013 al 31 de enero de 2014. Los resultados obtenidos se expresaron en mediana (rango intercuartil 25-75) o media (±DS) según distribución.

Resultados: la prevalencia de VMNI fue del 5,6% (59/1069). La mediana de edad de estos pacientes fue de 71 (25-92) años con un APACHE II de 16,99 ±6,1 puntos. Los principales motivos de VMNI fueron la falla cardíaca con el 33,8%, seguida de EPOC reagudizado con un 20,3%. En el 49,2% de los pacientes, se utilizó como interfaz la máscara oro-nasal, implementándose a través de ventiladores microprocesados en el 62,7% del total de pacientes. Los días en VMNI y en UTI fue de 2 (1-3) y 5 (3-11) respectivamente. La mortalidad global en UTI fue del 20,3% (12/59). El 32,2% (19/59) falló la VMNI, presentando una mediana de edad de 71 (36-91) años y una media de APACHE II de 19 ±6,5. Se halló a la mitad de los pacientes EPOC dentro de este subgrupo. La mediana de días de VMNI de los pacientes que fallaron la misma fue de 1 (1-2). La mortalidad en UTI para este subgrupo fue del 36,8%.

Conclusión: la prevalencia encontrada es inferior a la reportada por otros autores mientras que la edad y estadía de VMNI son similares. La mitad de los pacientes que requirieron VMNI por falla hipercapnica debieron ser intubados. Se observó mayor mortalidad y estadía en UTI en aquellos pacientes que fallaron a la VMNI.

0129 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS. UN AÑO DE ANÁLISIS

MN NOVO(1), A CURA(1), G VERDE(1), W TOZZI(1), G MUHAFARA(1), M VILLARRUEL(1), S VIRGILIO(1), G BATAGLIA(1), L GAREGNANI(1), A TASSARA(1), L AREAS(1), M FERRERO(1), P PROS(1), C GROSSI(1), L TUYA(1), G PAZ(1), MA TICAK(1), D FELICI(1), I CHIAVARO(1), F ESPERON(1), M ALI(1), L FINN(1)
(1) Piñero.

Introducción: los estudios epidemiológicos sobre ventilación mecánica invasiva (VMI) posibilitan conocer características de la pobla-

ción en estudio con el objetivo de establecer estrategias terapéuticas en relación a los eventos analizados durante la misma.

Objetivo: describir las características epidemiológicas, la prevalencia y variables que influyen en la evolución de los pacientes que reciben VMI por más de 12 hs en una unidad de terapia intensiva (UTI) polivalente de adultos de un hospital general de agudos.

Pacientes: cohorte de pacientes mayores de 18 años que recibieron VMI por más de 12 horas entre el 1° de agosto del año 2012 al 31 de julio del año 2013.

Materiales y métodos: estudio descriptivo longitudinal prospectivo. Variables registradas: edad, sexo, APACHE II, días y motivos de VMI, estadía en UTI y hospitalaria, mortalidad en UTI a los 28 días y hospitalaria. Tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM), número de extubaciones (deseadas y no deseadas), tipo de weaning, tasa de traqueostomía. Las variables serán expresadas en mediana y rango intercuartilico.

Resultados: la prevalencia de VMI fue 62,75% (155/247), cuya mediana de edad fue de 53 años RIQ [32-67], y el 60,64% perteneció al género masculino. La mediana de APACHE II al ingreso fue 17 RIQ [0-21]. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (29,7%) seguida de historia de consumo de drogas ilícitas y/o alcohol (27,7%). El principal motivo de VMI fue Insuficiencia Respiratoria Aguda (73,55%). La mediana de días de VMI fue 4 RIQ [2-8], estadía UTI 10 RIQ [4-19,5] y estadía hospitalaria 18 RIQ [8-39]. Tasa de NAVM fue 25,2%. Realizaron weaning 48 pacientes (35,4% simple, 37,5% dificultoso y 27,1% prolongado). El 92,31% de las extubaciones fueron deseadas de las cuales 29,5% se reintubaron. Tasa de Traqueostomía del 27,1%. La mortalidad en UTI fue del 38,26%. La mortalidad hospitalaria del 53,55%.

Conclusión: este trabajo nos permitió conocer el perfil de los pacientes que reciben VMI en nuestra UTI, donde la prevalencia y la mortalidad hallada fueron superiores a las publicadas por otros autores. Por otra parte la estadía en VMI y UTI se encuentra dentro de lo publicado.

0130 NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR

S GONZALEZ(1), C BALASINI(1), A FELDMAN(1), G VALIDO(1), M TURINA(1), C GARBASZ(1), J DOMINGUEZ(1), G MENDOZA(1), B SABASTANO(1)
(1) Pirovano.

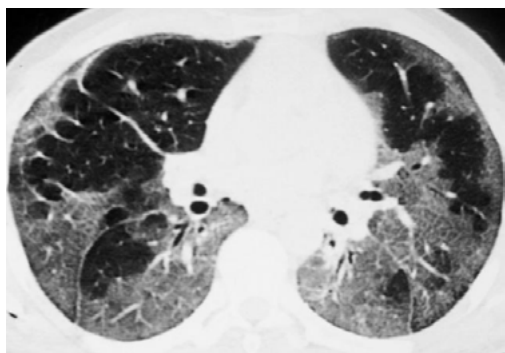
Introducción: Las tasas de neumonía asociada al respirador (NAR) es un indicador muy importante de calidad en UTI

Objetivo: Evaluar la epidemiología de los pacientes ventilador, la tasa de NAR, gérmenes más frecuentes y outcome.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo observacional de pacientes >18 años ingresados a UTI que requirieron ARM desde 1/1/13 al 30/3/14. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, diagnóstico, NAR (definición del CDC), gérmenes, días de VM, estadía en UTI, mortalidad en UTI. Los datos se presentan como media ± DE, mediana + RI o %. La tasa se evalúa en relación a los 1000 días de paciente ventilado.

Resultados: Ingresaron a UTI 345 pacientes, 163 (47%) requirieron VM por más de 24 hs. La edad promedio 58±19, 61% hombres, 44% clínico, 39% cirugía de urgencia, 17% cirugía electiva, APACHE II 20±7, riesgo de mortalidad 32%, SOFA 6±3. La tasa de NAR fue de 15/ 1000 días ARM, 64% polimicrobianas, 73% Bacilos negativos, 20% acinetobacter, 20% klebsiella, 20% estafilo aureus, 16% pseudomona. Los días de ARM 7[3-15], los de estadía 9[4-18], la mortalidad fue del 37%.

Conclusión: La tasa de utilización de ARM y de NAR fue parecida a la media nacional reportada en el programa VIHDA. La población fue críticamente enferma por su alto APACHE y SOFA, la mortalidad fue menor a la predicha. Los gérmenes fueron preferentemente BGN. Este trabajo nos permitirá realizar estrategias para mejorar la calidad de atención.



0132 PRESENTACION DE 2 CASOS CLINICOS DE BOTULISMO POR HERIDAS EN PEDIATRIA

S REGLINER(1), C PIANELLI(1), G GONZÁLEZ(1), D ALLENDE(2)
(1) Clínica Juan XXIII. (2) Policlínico Neuquén.

Introducción: El botulismo por heridas (BH) es raro en niños, y se observa más en adultos adictos con inyectables (heroína). En un tejido necrótico con anaerobiosis los clostridios sintetizan neurotoxinas que provocan parálisis descendente.

Presentación de los casos: 1) Niño de 8 años con trauma previo suturado en cuero cabelludo. 6 días después fue tratado como sinusitis por decaimiento y cefalea. Posteriormente desarrolló hipotonía generalizada, disartria y convulsiones requiriendo intubación. TAC de cráneo: fractura temporal, esquirlas y burbuja de aire. El neurocirujano retiró esquirlas de duramadre, derivándose a la UTIP del Sanatorio Juan 23. Ingresó con deterioro neurológico, hipotonía marcada, sialorrea persistente, oftalmoplejía y RFM lento. El LCR normal descartó meningoencefalitis, pero dos electromiogramas (EMG) fueron compatibles con botulismo. La muestra serológica enviada al Instituto Malbrán fue negativa. Requirió ARM prolongada (66 d). Alta sin secuelas neurológicas.

2) Niño de 4 años con trauma por caída de bicicleta y excoiación en rodilla derecha. 5 días después presentó decaimiento general, hipotonía generalizada y trastornos en la marcha. Ingresó a UTIP lúcido, con sialorrea, hipotonía, ptosis palpebral y RFM lento, sin inflamación de rodilla. TAC normal; EMG y muestra serológica confirmaron BH por toxinas tipo A. Requirió 45 d de ARM, con excelente evolución.

Discusión: Ambos niños tuvieron cuadro clínico de BH con EMG compatible: típicos potenciales en escalera; el segundo se confirmó bacteriológicamente. El BH postrauma es raro (1,9% de 1408 casos de botulismo, CDC 2010). Presentamos los primeros casos en niños de Río Negro y Neuquén, con registros frecuentes de botulismo infantil. Diagnóstico Diferencial: S. Guillain-Barré, COFA, miastenia, encefalitis. En tejidos lacerados y en medio cerrado los clostridios sintetizan neurotoxina botulínica en 4 a 14 días, provocando parálisis progresiva. El tratamiento de sostén adecuado evita la mortalidad y secuelas neurológicas. La antitoxina conviene utilizarla antes de 4 días de los síntomas.

Conclusión: Ante un cuadro de parálisis de nervios craneales e hipotonía generalizada posterior a una herida traumática, se debe sospechar BH. Los clostridios sintetizan toxinas en la lesión, desarrollando la enfermedad. El EMG es fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz, pues la serología es tardía.

0134 EVALUACION DEL DIAMETRO DEL NERVIÓ OPTICO EN VOLUNTARIOS ADULTOS SANOS

J TEVES(1), M CHOY(1), L ZACARIAS(1), J PONCE(1), J HADDAD(1), G RODRIGUEZ(1), E GIMENEZ(1), M TARTARA(1)
(1) H.i.g.a Oscar Alende.

Introducción: El aumento del diámetro del nervio óptico (DNO) se correlaciona bien con la hipertensión endocraneana y es por ello que puede utilizarse tanto para el diagnóstico como seguimiento de aquellos pacientes con injuria neurológica que no se puede medir la presión intracraneana en forma invasiva. Debido a que los valores de normalidad son variables en la bibliografía se sugiere que cada laboratorio valide sus propios datos de acuerdo a la técnica y al equipo que utilice.

Objetivo: Establecer los valores de normalidad del diámetro del nervio óptico en una población de voluntarios adultos sanos

Material y método: Estudio prospectivo observacional que evalúa el DNO en individuos sanos en decúbito supino medido a 3.5 mm de la papila en forma trasversal con un transductor lineal de 7.5 MHz SonoSite Titan por dos observadores entrenados. (30 ultrasonografías con un mínimo de 10 positivas para hipertensión endocraneana).

Resultados: Se efectuaron 120 mediciones en 30 individuos adultos, 18 mujeres, 12 varones, edad media 40.3 años (DS 9.91). Las mediciones fueron satisfactorias en todos los casos.

Los valores obtenidos fueron: DNO 4.49 mm. (DS 0.5)

	media	DS	25%	75%	mediana
OD	4.45	0.56	4.05	4.85	4.53
OI	4.53	0.54	4.05	4.95	4.65

Los valores del DNO fueron mayores en varones que mujeres: 4.75 mm (DS 0.46) vs. 4.32 (DS 5.3). Las diferencias interobservador fueron menores de 0.30 mm. No se encontraron diferencias entre OD y OI mayores de 0.75 mm.

Conclusiones: La medición invasiva de la PIC es una herramienta fundamental en el neuromonitoreo.

LA medición del DNO no pretende sustituir a la misma sino que es una herramienta complementaria

Los valores hallados en nuestro laboratorio en individuos sanos son concordantes con los datos disponibles en la literatura.

Una adecuada variabilidad interobservador garantiza la fiabilidad del método.

0135 TRAUMATISMO DE ABDOMEN: DIFICULTADES EN EL SOPORTE NUTRICIONAL

N RISSO(1), G CAPURRO(1), G NUÑEZ(1), ME GIMENEZ(1), J TEVES(1), J HADDAD(1), L ZACARIAS(1), J PONCE(1), M FERRICIONE(1)
(1) Higa Dr Oscar Alende.

Introducción: el traumatismo de abdomen es una causa frecuente de internación en Terapia Intensiva (TI). El abdomen es la tercera región más afectada de en los politraumatismos. "En la actualidad el número de traumatismos de abdomen está en aumento".

El soporte nutricional de estos pacientes es complejo debido a la presencia de laparotomías múltiples, ileo post operatorio prolongado, alto residuo gástrico (ARG) y sepsis.

En el trauma de abdomen cada paciente es único y debe ser abordado de manera multidisciplinaria para prevenir la progresión de la respuesta inflamatoria sistémica y el hipermetabolismo.

Objetivo: describir las características epidemiológicas en pacientes

con traumatismo de abdomen en relación con el soporte nutricional.

Material y método: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en una unidad de terapia intensiva polivalente, de pacientes con trauma de abdomen ingresados consecutivamente desde enero de 2011 a mayo de 2014.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, Apache II, TISS, SOFA, mortalidad, el tiempo de inicio de la nutrición enteral y el requerimiento de nutrición parenteral (NPT), episodios de ARG, suspensiones mayores (periodo de cesación >12hs/día o Nutrición enteral efectiva <50%) y duración de la NE.

Resultados: 36 pacientes, 16 traumas cerrados (44%) y 20 trauma penetrante (66%), 80% de herida de arma de fuego y 20% de herida de arma blanca. Edad promedio 35,2 (rango 14-81); Apache II promedio 18,6(DS:7,5); TISS: 26,6(DS:6,5); SOFA: 7,1(DS:2,1); 22 pacientes (61%) requirieron múltiples laparotomías; mortalidad 38,9%.

La nutrición enteral temprana se implementó en solo el 22,2% (8pts.); y tardía en 77.8%, con un día de inicio de NE promedio de 6,25 días. 15 pacientes (41,7%) presentaron ARG, el 92% de los pacientes presentó episodio de suspensión mayor (2,8 episodio/paciente, DS:1,94); la duración de la NE fue de 20,51 días (DS13,9). 12 pacientes (42%) recibieron NPT.

El trauma de abdomen fue la indicación más frecuente de NPT en nuestra UTI.

Conclusiones:

- La NE se pudo realizar en forma temprana en pocos pacientes.
- El inicio de la NE se implementó alrededor del día 7.
- Casi todos los pacientes presentaron episodios de suspensión mayor.
- La tasa de uso de NPT fue alta.

0137 IMPACTO DEL ULTRASONIDO EN LAS DECISIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS: ANALISIS DE LOS PRIMEROS ESTUDIOS.

J TEVES(1), M CHOY(2), M FERRICIONI(2), N RISSO(2), M BERNADÓ(2), G BÁSCOLO(2), M CORNELIO(2)

(1) H.i.g.a Oscar Alende Mar Del Plata. (2) H.i.g.a Oscar Alende.

Introducción: La ecografía es una técnica de gran utilidad en los pacientes críticos. Integrada a la exploración física permite obtener información relevante en forma rápida, no invasiva y reproducible. La ultrasonografía del paciente crítico se diferencia de los estudios convencionales en que busca en un corto período de tiempo respuestas específicas que ayudan en la toma de decisiones con base en los resultados obtenidos

Objetivo: Analizar los resultados de los estudios realizados por médicos intensivistas y su impacto en la toma de decisiones en una UCI polivalente.

Material y método: Estudio de tipo retrospectivo para evaluar la utilización del ultrasonido bedside realizado por médicos intensivistas previamente entrenados. Las variables analizadas son las relacionadas a los diferentes tipos de estudios y el impacto de las mismas en la toma de decisiones. Los mismos fueron realizados con un equipo SonoSite Titan por dos operadores simultáneamente para mejorar la confiabilidad.

Resultados: En un periodo de 3 meses febrero-abril de 2014 se realizaron 103 estudios: 34 ecocardiogramas (33%) 29 eco pulmonares (28%) 13 eco vasculares (12.5%) 12 eco de nervio óptico (11.7%) 10 FAST (9.7%) y 5 eco riñón-vía urinaria (4.9%). Se consideraron satisfactorios el 97% de los estudios. 14 estudios necesitaron de la confirmación del resultado por un especialista (13.4%). (la mayor para ecocardiograma 10 de 34 (29.3%)) Y en estos la correlación fue buena en el 71%. El tratamiento fue modificado por la información del estudio en el 45.1% de las veces. Para ecocardiograma en 11 (32%) (expansión-diuréticos-inotrópicos), el eco vascular (13) detectó 1 AAA como causa de shock, 2 TVP seguidas de anticoagulación y dirigió la colocación de 9 CVC. Con la evaluación del DNO (12) se indicó la colocación de 2 catéteres de PIC. Los 29 eco

pulmón determinaron 14 acciones (maniobras de reclutamiento-cambio decúbito-drenaje pleural). 4 de 10 FAST fueron positivas para líquido libre.

Conclusiones: La utilidad de la ecografía en pacientes con patología crítica es incuestionable

Nuestros resultados muestran un fuerte impacto del ultrasonido en la toma de decisiones al lado de la cama del paciente.

0138 TRAUMA PENETRANTE POR LESIONES DE ARMA DE FUEGO EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D QUARANTA(1), J CAPELLA(1), M MOLINA(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1) (1) Churrucá.

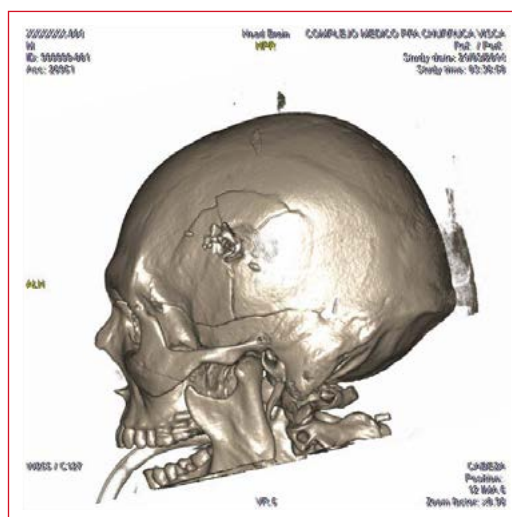
Introducción: La herida por arma de fuego es un tipo de traumatismo causado por un objeto penetrante que transfiere su energía al tejido circundante. Es posible que la bala se fragmente antes de chocar con el cuerpo causando varios orificios que van a provocar muerte instantánea o lesiones agudas. El sitio de la lesión, la velocidad de la bala y la distancia son factores para determinar la gravedad de la lesión.

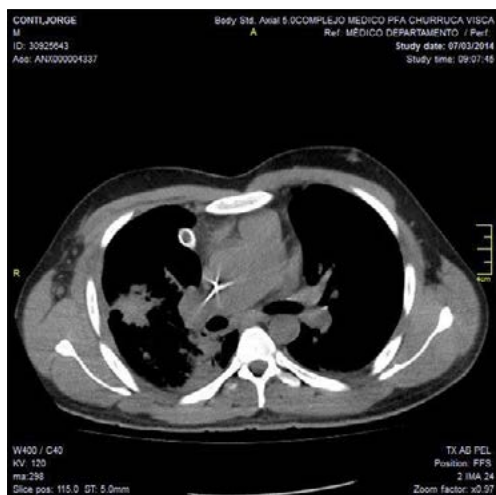
Objetivo: Describir las lesiones del trauma penetrante por arma de fuego durante diez años en nuestro hospital.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes ingresados por (HB) a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/03/2004 hasta 1/03/2014. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, TSR, ISS, lesiones, necesidad de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media \pm DS, mediana \pm RI o %.

Resultados: Ingresaron a la Terapia Intensiva 243 heridos de arma de fuego. La edad promedio fue de 40 \pm 16, APACHE II fue de 18 \pm 14, trauma score revisado (TSR) 6, Injury Severity Score (ISS) 19. El 80% fueron hombres. La localización de las lesiones son: cráneo (23%), cuello (7%), lesiones infra diafragmáticas y de miembros inferiores (36%), lesiones supra diafragmáticas y de miembros superiores (26%) y (8%) lesiones mixtas (combinadas). Requirieron ARM 136 (56%) pacientes. El traslado se realizó en helicóptero (46%), en ambulancia (43%) y en vehículo (11%). Los días de internación fueron 7[3-14] y la mortalidad fue del 52% en heridas de bala en cráneo, 18% en cuello, 12% heridas supra diafragmáticas y miembros inferiores, 20% infra diafragmáticas y 24% mixtas. La mortalidad global fue del 24%.

Conclusiones: Las heridas por arma de fuego son el mecanismo de trauma más frecuente en nuestro medio, si bien el apache fue alto la mortalidad fue menor a la esperada. La lesión más frecuente fueron las lesiones infra diafragmáticas y de miembros inferiores. La resucitación, el soporte vital, la intervención quirúrgica inmediata y un equipo multidisciplinario son los pilares para el tratamiento de estos pacientes.





0139 SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS CON SINDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

S MENTA(1), A MENCHACA(1), S MERCADO(1), M RUIBAL(1), E BENECH(1), A AKIKI(1), I MOREIRA(1), P ESTOL(1)
(1) Pereira Rossell.

Introducción: Estudios en adultos que padecieron síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) documentaron alteraciones en la función pulmonar y en la esfera neurocognitiva, afectando la calidad de vida.

En niños no hay trabajos publicados, planteamos que presenten alteraciones similares.

Objetivo: Evaluar la repercusión funcional respiratoria y el desarrollo en niños que presentaron SDRA.

Material y método: Estudio prospectivo, descriptivo e intervencionista. Se incluyeron niños ingresados en UCIN con criterios diagnósticos de SDRA, entre el 1° de enero de 2012 y 30 de abril de 2013, a partir de datos y resultados obtenidos en trabajo piloto realizado en esta población e incluyendo los pacientes que ingresaron posteriormente.

Criterios de exclusión: patología pulmonar crónica, prematuros, cardiopatías, toracopatías y asmáticos.

Se citaron al año del alta hospitalaria y se realizó: valoración clínica, cardiológica, respiratoria y test de la marcha a mayores de 3 años. A partir de febrero del año 2014 se incluyó en el trabajo a equipo de Organización no gubernamental (ONG), "Uruguay Crece contigo", para lograr mejor concurrencia de los pacientes a los controles, basado en la dificultad de la misma observada en trabajo piloto.

Resultados: Ingresaron en el periodo de estudio 1410 pacientes. Se diagnosticó SDRA en el 5%. La mortalidad en este grupo fue 17%. Se controlaron hasta entonces 11 pacientes. La media de edad fue 32 meses. Promedio de días de internación 16. La causa de SDRA: pulmonar en 66%. En 77% se emplearon maniobras de reclutamiento. Un paciente requirió O2 al alta.

En todos la oxícapnografía, electrocardiograma y ecocardiograma fueron normales.

En 32% se constataron radiografía patológicas.

En cuanto a la función respiratoria, 6 presentaron patrón obstructivo y dos patrón mixto con respuesta variable a los broncodilatadores.

Conclusiones: Este estudio muestra una aproximación sobre la evolución de los niños con SDRA, observándose que la mayoría presenta función pulmonar alterada sin poder predecir la repercusión sobre la calidad de vida de los mismos.

0140 MIOPATÍA INFLAMATORIA CON COMPROMISO PULMONAR, ¿DERMATOMIOSITIS?

NC MARIASCH(1), A SAVIA(1), G FERRARA(1), G ESTERKIES(1), F LONGO(1), P DESMERY(1), JL SCAPELLATO(1), E SORAIDE(1)
(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: las miopatías inflamatorias son un grupo de patologías que se manifiestan por debilidad muscular predominio proximal que puede producir compromiso cutáneo como es el caso de la Dermatomiositis. Puede presentar un curso agudo, subagudo o crónico. Se presenta un caso con poco frecuente compromiso pulmonar y evolución tórpida.

Presentación: varón de 61 años, astenia, adinamia, hiporexia, artalgias, artritis metacarpofalángicas e interfalángicas proximales bilaterales, registros febriles vespertinos y posterior debilidad muscular proximal de cintura escapular, pelviana y de músculos del cuello asociado a lesiones cutáneas en frente codos, rodillas y base de primera metatarsal bilateral en escote y cuello y en chall de un mes de evolución. A su ingreso a guardia, afebril con crepitantes bibasales, lesiones cutáneas eritematopapulosa no pruriginosas en frente, codos, rodilla, base de primera metatarsal bilateral, eritema en escote y en chall con debilidad muscular de músculos flexores de cuello, cintura pelviana y escapular. Laboratorio gpt93 got124 VSG26 PCR11.1 CPK303 aldolasa6 GB4900N66%Ly21% FAN+1/320 nuclear moteado fino antiRO+ Se solicita RNM miembros superiores e inferiores con STIR para realizar biopsia muscular dirigida que evidencia hiperintensidad de las diversas estructuras musculares tanto cintura escapular como pelviana con compromiso músculos deltoides ambos psoas, iliacos, aductores, pectíneos, glúteos medio y menor, sartorios rectos anteriores y obturadores. Evoluciona con disnea súbita con desaturación se descarta TEP por TC y se evidencian imágenes vidrio esmerilado se realiza BAL y HMC que descartan proceso infeccioso. Se interpreta el cuadro como dermatomiositis probable y se indica 3 pulsos de metilprednisolona con mejoría enzimas musculares y de fuerza muscular pero progresión de la disnea y progresión de los infiltrados pulmonares por tomografía por lo que recibe gammaglobulina endovenosa y ciclofosfamida ev. Pasa a UTI, se coloca en ARM, intercorre con HDA; continúa con evolución tórpida durante 30 días con empeoramiento de parámetros ventilatorios y PCR.

Conclusion: Se presenta una posible dermatomiositis con afectación pulmonar y mala evolución pese al tratamiento instaurado; se hace énfasis en la importancia del diagnóstico precoz e inicio de tratamiento con esteroides y eventual inmunosupresión según evolución del paciente; en nuestro caso se iniciaron los corticoides previos a la biopsia y electromiograma por lo que los hallazgos no fueron definitivos.

0141 SDRA: ¿CUÁL ES LA PRESIÓN PLATEAU SEGURA?

N PISTILLO(1), O FARIÑA(1)
(1) Alta Complejidad El Cruce.

Objetivo: Evaluar la seguridad de 30 cmH₂O de Pplat en pacientes con SDRA.

Materiales y Métodos: Ingresaron pacientes con SDRA primario, según definición de Berlin. Se excluyó: EPOC, neumotórax o condición de inestabilidad. Los pacientes fueron ventilados en VCV con Vt: 6 ml/kg. Luego de una maniobra de reclutamiento, se ajustó PEEP para obtener 30 cmH₂O de Pplat. Se midieron presiones transpulmonares (PTP) y se realizó una TAC de tórax, con pausa inspiratoria y espiratoria. La compliance estática pulmonar (Csl) se clasificó en: baja ≤35 ml/cmH₂O o alta >35 ml/cmH₂O. Para la evaluación de riesgo de VILI, se midió el volumen pulmonar no aireado (NA: -100 a 100 UH) y se calculó atelectrauma (AT: NAesp - NAinsp/NAesp). También se midió el pulmón hiperinsuflado (HI: -1000 a -901 UH) y se cuantificó la hiperinsuflación estática (Hlesp/EELV) y dinámica (HIinsp/EILV). Para calcular *strain* regional se amplió el rango de sensibilidad de hiperinsuflación: pulmón distendido (PD): -1000

■ Resúmenes

a -850 UH. Consideramos: *strain* regional: (PD_{insp} – PDesp)/EELV, *stress*: PTP_{insp} y riesgo de colapso alveolar a la PTP_{esp} negativa.

Estadística: Datos: mediana ±ES, se utilizó *Mann-Whitney* para comparar los grupos.

Resultados: Los SDRA con pulmones más duros (Csl: 34,3 ±0,5 ml/cmH₂O), requirieron menor PEEP para alcanzar la PPlat objetivo (12 ±1 vs. 16 ±0,5 cmH₂O, p=0,02). A pesar de que no hubo diferencias en la PTP_{esp} (baja: 6,3 ±1,2 vs. alta: 5,1 ±0,7 cmH₂O), dicho grupo presentó mayor riesgo de atelectrauma (baja: 19,6 ±1,6 vs. alta: 1,8 ±1,6%, p<0,01). Aunque el *stress* fue equivalente en ambos grupos (PTP_{insp}: alta: 16 ±1 vs. baja: 16,2 ±2 cmH₂O), los SDRA con pulmones más blandos (Csl: 46,5 ±2,3 ml/cmH₂O) manifestaron mayor riesgo de volutrauma (*strain* regional: 19 ±2 vs. 2,8 ±0,2%, p<0,01 e hiperinsuflación dinámica: 7,4 ±2 vs. 0,1 ±0,01%, p<0,01). El EELV (*baby lung*) fue similar para ambos grupos (baja: 1591 ±247 vs. alta: 1725 ±373 ml), no así la relación PaO₂/FIO₂

2 (baja: 140 ±17 vs. alta: 208 ±9, p<0,01).
Conclusiones: Definir un valor de PPlat seguro depende de la Csl, 30 cmH₂O pueden resultar insuficientes en los pacientes con pulmones “más duros” y excesivos en los “más blandos”.

0142 REPORTE DE DOS CASOS DE SÍNDROME DE PERCHERON

MA VELASQUEZ(1), C OCAMPO(1), M MORALES(1), J HERNADEZ(1), MB LLAPUR(1)

(1) Sanatorio Ntra. Sra. Del Rosario.

Introducción: Los infartos talámicos bilaterales sincrónicos son infrecuentes y de difícil diagnóstico clínico, representando el 0,6% de todos los primeros episodios de accidente vascular cerebral. Se contempla la posibilidad de subdiagnóstico histórico y que con el mayor empleo de estudios por imágenes como la resonancia magnética de cerebro (RMN) la incidencia pueda incrementar, ya que la tomografía de cerebro (TAC) inicial tiene baja sensibilidad. Su causa es la oclusión de la arteria de Percherón, una variante anatómica que permite la irrigación bilateral de ambos tálamos a partir de un tronco común de origen asimétrico en la arteria cerebral posterior.

Presentación: Ambos pacientes tenían factores de riesgo cardiovascular.
Caso N°1: hombre de 55 años cursando cuarto día postoperatorio de reperfusión miocárdica presenta trastorno del estado de la reactividad y déficit braquial izquierdo que mejora en el transcurso de las primeras 24 horas. TC de cerebro inicial sin alteraciones. RMN de cerebro: isquemia aguda talámica bilateral. Evoluciona con mala recuperación en la esfera cognitiva. Fallece luego de 2 meses por causas infecciosas.

Caso N°2: hombre de 84 años ingresa por coma, con déficit braquial derecho que mejora luego de 48 horas permaneciendo vigil aunque sin conexión con el entorno. TC de ingreso sin hallazgos relevantes. TC a las 48 horas: infarto talámico bilateral. Presenta diferentes intercurencias. Después de 45 días de estado de mínima conciencia se decide límite terapéutico.

Discusión: Pudiéndose descartar etiologías toxico-metabólicas, infecciosas o comiciales, un gran compromiso del estado de la reactividad con foco neurológico poco significativo orienta a topografías vasculares basales, siendo infrecuente tal clínica cuando el infarto afecta estructuras de un solo hemisferio.

Conclusión: El infarto talámico paramediano bilateral sincrónico constituye un síndrome de presentación variable por lo que ante alteraciones del estado de la reactividad con foco neurológico de baja expresión y difícil topografización, su diagnóstico deberá ser considerado y la confirmación por RMN o perfusión por TC brinda una oportunidad diagnóstica precoz para mejorar la implementación de un tratamiento oportuno.

0143 PREECLAMPSIA Y SU MANEJO ANTI HIPERTENSIVO

A MARTINUZZI(1), G BAEZA(1), J FIERRO(1), M SEPULVEDA(1), M ARAGÜES(1), M CORNÚ(1), B GONZALES ORE(1), M GIMARAYZ(1), J VARGAS(1)
(1) Cmic.

Introducción: La pre-eclampsia (PE) es una trastorno hipertensivo multisistémico de origen multifactorial cuyo tratamiento definitivo es la finalización de la gesta. El manejo antihipertensivo tiene el uso de labetalol como droga de primera indicación por su margen de seguridad y eficacia.

Objetivo: Comparar la eficacia de distintas drogas anti-HTA recomendadas para el control de la HTA en la pre-eclampsia.

Material y métodos: Trabajo descriptivo observacional, retrospectivo, realizado entre 2011 y 2013, incluyendo pacientes con diagnóstico de PE, Eclampsia (EC) o HELLP. Los datos fueron cargados en base Excel y los resultados expresados en valores absolutos o porcentaje según corresponda.

Desarrollo: Durante el estudio, se asistieron 30 gestantes en UCI por PE 80%, HELLP 16,7% y 3,3% EC. La edad fue 32±6,5 años, Apachel 6 +/- 3,4. Con una edad gestacional de 31,8±4,5 semanas, el 25% eran HTA previas, y 19,4% habían cursado PE en embarazos anteriores, 32,3%. No hubo mortalidad materna.

Como anti-hipertensivos se uso: Labetalol (LBT) 33,3%(10), alfa-metildopa (AMD) 26,7% (8), enalapril (postcesarea) 26,7% y otros 13,2%.

El comportamiento de la TA fue: TAS ingreso(i) 171 mmHg±22 TADi 99±15 TAMi 125±18, a las 24hs se obtuvieron valores de: TAS24 137±18 TAD24 85±14 TAM24 101±16. Una reducción en la media de 25 mmHg con IC95 de 15,2-32,8.

Comparando el LBT y la AMD para el control de la TA, no hubo diferencias epidemiológicas entre los grupos. Respecto al manejo de la HTA se encontró: con LBT una reducción de la TAM de 29 mmhg IC95 15-42 vs AMD con reducción de 29 mmhg IC95 12-45.

En el grupo de LBT se observó una internación materna(IM) de 6,6±2,3 días, internación del neonato (IN) de 14±10 y una mortalidad fetal de 30%. En el grupo de AMD se observó IM 3,7±1,5 días, IN 21±17, y cero mortalidad.

Conclusiones: No hubo diferencias entre el LBT y AMD para el control de la TAM, la TAD se mantuvo en margen de seguridad sin poner en riesgo la circulación uteroplacentaria. Se observó una asociación a mayor mortalidad del feto en el grupo LBT, por lo pequeño de la muestra no es prudente generalizar hasta realizar un prospectivo correctamente diseñado.

0145 CRIPTOCOCOMA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO

D BARACAT(1)

(1) Enrique Vera Barros.

Introducción: La criptococosis es la infección oportunista producida por un hongo que se disemina por la inhalación de esporas que se encuentran en el polvo y heces de aves. El *C. neoformans* afecta a pacientes inmunocomprometidos; se conocen dos variedades: *C. grubii*, infecta a pacientes con VIH, y el *C. gattii* produce criptococomas pulmonares y compromiso neurológico en inmunocompetentes.

Caso clínico: Joven de 25 años inmunocompetente consulta por cefalea holocraneana de intensidad 5/10 de 2 meses de evolución, en la última semana haciéndose hemisferial derecho, acompañada de vómitos. TAC de cerebro: lesión nodular paraventricular derecho con edema, y dilatación ventricular; examen físico normal, laboratorio normal.

RMN *g* gadolinio: LOE intraparenquimatoso paraventricular derecha con edema periférico, desplazamiento de línea media y captación de contraste periférico.

Se realiza exeresis tumoral parcial, se toma biopsia.

Dos días después presenta cefalea y vómitos, en fondo de ojo: ede-

ma de papila con hemorragias y exudados con tortuosidad vascular; TAC: hipodensidad secular, desplazamiento de línea media. Punción lumbar: LCR amarillento (glu:6; prot:100; cel:200 PMN; levaduras con tinta china (+) Identificación: *Cryptococcus gattii*. Tratamiento: anfotericina B y corticoides.

Biopsia: criptococoma.

Presenta lesiones papulares en región malar pruriginosas, progresión de edema de papila en fondo de ojo seriados, síndrome de hipertensión endocraneana, visión borrosa.

Tratamiento: punciones lumbares evacuadoras, dosis máxima de anfotericina B y fluconazol.

Evoluciona con paresia fasciobraquiocrural izquierda. TAC: protrusión de craneotomía, se realiza ampliación de craneotomía. Se agrega baclofeno por pasticidad braquial.

Luego de 56 días se obtiene LCR con tinta china (-) y por buena evolución pasa a sala común.

Discusión: Los corticoides controlan el efecto de masa y edema, pero debe evitarse en hipertensión intracraneal, para lo cual se recomienda como primera medida la punción lumbar a repetición Al paciente no se le administró flucitosina, por falta de disponibilidad.

Conclusión: No hay datos en inmunocompetentes de presentación clínica, supervivencia, pronóstico y prevención.

La meningitis criptocócica debe considerarse como diagnóstico diferencial en inmunocompetentes con cefaleas crónicas. Muchos están expuestos, pero no se sabe por qué sólo algunos se enferman. El *C. gatti* se encuentra en regiones tropicales y subtropicales. Y el cambio climático puede haber contribuido a su propagación.

0146 EFECTO DE LAS MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO EN LA LESIÓN PULMONAR AGUDA EXPERIMENTAL COMPARADO CON DIFERENTES NIVELES DE PEEP.

C ENRIQUE(3), CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA, FCM, UNLP, D SOTELO(1), M BELDARRAIN(2), L VECCHIO(3), CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA, FCM, UNLP, P STRINGA(3), CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA, FCM, UNLP, F PONISIO(3), CÁTEDRA DE FISIOLÓGÍA, FCM, UNLP, J LOFEUDO(7), FCM, UNLP, G LAGUENS(10), FCM, UNLP, J MARCOS(13), HIGA GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN, LA PLATA., L VITTONI(16), FCM, UNLP.

(1) El Cruce. (2) Hospital Municipal Ramón Santamarina. (3) Grupo De Trabajo En Fisiopatología Pulmonar Experimental. (4) Cátedra De Fisiología. (5) Fcm. (6) Unlp.. (7) Bioterio Central. (8) Fcm. (9) Unlp.. (10) Cátedra De Patología A. (11) Fcm. (12) Unlp.. (13) Servicio De Reumatología. (14) Higa General José De San Martín. (15) La Plata.. (16) Cátedra De Fisiología Y Física Biológica. (17) Fcm. (18) Unlp..

Introducción: La estrategia de ventilación protectora, empleando bajos VT y altos niveles de PEEP, ha demostrado ser el modo más idóneo de ventilar pacientes con SDRA. Las maniobras de reclutamiento alveolar (MR) se han propuesto como medidas adicionales en el manejo ventilatorio de estos pacientes. Sin embargo, existen escasas evidencias que demuestren el efecto beneficioso de estas maniobras en el campo experimental. El objetivo del presente trabajo es estudiar el daño histológico de diferentes niveles de PEEP y MR en un modelo experimental de SDRA en ratas.

Materiales y métodos: Se utilizaron 18 ratas Wistar, se canalizó carótida, yugular y se ventilaron inicialmente con un VT 8ml/kg, PEEP 5 Cm H₂O y FiO₂ 0.4. La lesión pulmonar se provocó aplicando HCl (pH 2) 1ml/kg por la cánula de traqueotomía. Los animales fueron randomizados en 3 grupos (N=6 cada uno) Grupo 1: LVT (8ml/kg) + PEEP 10, Grupo 2: LVT + PEEP 15, Grupo 3: LVT + PEEP 10 + MR. Las MR consistían en ventilar durante 40 segundos en CPAP con una presión de 40 cm de H₂O, cada 20 minutos.

Se evaluó daño histológico medido según Villar et al, distensibilidad pulmonar y hemodinamia medida con presión arterial media (PAM) en los diferentes grupos. Los datos fueron analizados con test de t y p significativa <0,05.

Resultados: Luego de 2 hs de ventilación, la puntuación histológica pulmonar se incrementó gradualmente en el grupo 2 y 3. Los animales mostraron inflamación aguda, infiltrados y edema perivascular. El grupo 1 tuvo pequeños focos hemorrágicos con menor daño significativo.

Figura 1

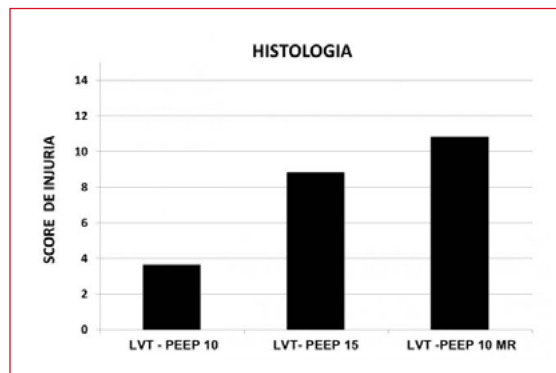
La PAM fue significativamente reducida en el grupo MR comparado con los grupos PEEP 10 – 15. Después de la MR los animales mostraron niveles adecuados y estables de PAM, aunque siguieron siendo inferiores a la línea de base.

Tabla I

Conclusión: Los resultados sugieren que a las 2 horas de VM en un modelo de injuria pulmonar las MR como el uso de PEEP 15 empeoran la lesión histológica pulmonar inflamatoria, comparado con el uso de PEEP 10. En estas condiciones experimentales, las MR contribuyen a empeorar tanto la hemodinamia como el daño histológico pulmonar.

Financiado parcialmente por el Honorable Senado de la Nación Argentina.

Grupos		1	2	3
		LVT PEEP 10	LVT PEEP 15	LVT PEEP 10 + MR
Histología		4,5 ± 0,7	n 10 ± 0	# 9 ± 0
Crs (ml/cmH ₂ O)	Basal	0,33 ± 0,07	0,25 ± 0,21	0,3 ± 0,10
	2 hs	0,38 ± 0,26	0,21 ± 0,071	0,25 ± 0,05
PAM (mmHg)	Basal	111,17 ± 17,6	112 ± 10,29	121,5 ± 7,07
	Post Tto	67,33 ± 6,65	58,16 ± 21,56	* 17 ± 9,89
p		# 0,0004	# 0,0034 (comparado con G1)	* 0,0007 (comparado con basal)



0147 SINDROME DE LEMIERRE A SAMR-CA

LGC OJEDA CASTILLO(1), S ESCOBAR(1), R DIAZ(1), G VELAZQUEZ(1), G GAMARRA(1), S OKINAKA(1), C ORTIZ(1), S SANCHEZ(2)

(1) Ips-central. (2) Ips_central.

Introducción: Síndrome de Lemierre, enfermedad séptica grave caracterizada por la triada de tromboflebitis supurada de la vena yugular interna, bacteriemia y émbolos sépticos, relacionadas a infecciones otorrino-laringológicas.

Caso clínico: Mujer de 37 años sin comorbilidades previas, post picadura de insecto en región infraauricular izquierda presenta fiebre, sepsis y celulitis con edema en cuello y potencial requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, además neumonía necrotizante, trismus, disartría, disfagia y afectación del XII par craneal bilateral y del VI par craneal izquierdo, con aislamiento de SAMR-CA en hemocultivos seriados, compromiso de ambas yugulares internas observadas por ecoDoppler de cuello y angioTAC y angioRMN sin afectación del seno cavernoso por imágenes, requirió anticoagula-

ción plena y terapia antimicrobiana 21 días de Clindamicina, 30 días de Vancomicina y 14 días de Rifampicina y Gentamicina, con alta hospitalaria y recuperación de ingesta oral y mejoría de la disartria pero persistencia de parálisis del VI par. No requirió asistencia ventilatoria mecánica ni vasopresores en su internación.

Discusión: Paciente con inflamación de partes profundas del cuello que justifica el trismus, disartria, disfagia y afectación del XII par craneal, afectación del VI par craneal que podría corresponder a expresión incompleta del síndrome cavernoso que no se pudo constatar por imágenes (angioTAC y angioRMN) pero no se descarta porque se realizaron a los 13 días de inicio de la anticoagulación y 22 días del inicio del cuadro. La persistencia del estado de hipercoagulabilidad requirió anticoagulación plena, y terapia antimicrobiana agresiva a *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR-CA), además fue recientemente descrito en EUA y en Argentina focos de piel y partes blandas como sitio de infección primaria. La ligadura de la vena yugular fue considerada, pero descartada.

Conclusión: El síndrome de Lemierre es una patología muy infrecuente en la época actual, pero muy grave, y siempre debe considerarse ante un cuadro de fiebre, tumefacción laterocervical a lo largo del músculo esternocleidomastoideo y signos de sepsis. El diagnóstico de este síndrome es fundamentalmente clínico, y las pruebas complementarias tan sólo ayudan a confirmar el cuadro, y el tratamiento precoz disminuye la mortalidad.

Palabras Claves: Síndrome de Lemierre (SL), SAMR-CA.

0148 VARIABLES CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO. ESTUDIO DE COHORTE OBSERVACIONAL DE 7 AÑOS EN CENTRO ÚNICO

R SANTA CRUZ(1), R HEREDIA(1), V FIGUEROA(1), R GUZMAN(1), M ARAUJO(1), MJ RONDINA(1), V ALVAREZ(1)
(1) Hospital Regional Rio Gallegos.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es un evento agudo asociado con significativa mortalidad, donde últimamente se han evidenciado mejores resultados. Sin embargo, la mayoría de dichos resultados provienen de estudios multicéntricos, de unidades de referencia terciarias u hospitales universitarios que muchas veces no reflejan los resultados de una población no seleccionada de pacientes críticos. Por tal motivo se decidió realizar un estudio en un centro único.

Objetivos: Objetivo principal: determinar mortalidad hospitalaria en pacientes con injuria pulmonar aguda (IPA) y SDRA. Objetivos secundarios: determinar mortalidad a los 28 días, identificar variables asociadas con mortalidad y comparar características clínicas y mortalidad por estadios (leve, moderado y severo) según la nueva definición de Berlín de SDRA.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado desde el 01 de septiembre de 2005 hasta el 30 de septiembre de 2012. Ingresaron pacientes bajo ventilación mecánica con IPA/SDRA. Se recolectaron datos al primer y tercer día. Se realizó estadística descriptiva y las siguientes pruebas: Chi2, Fisher, Wilcoxon, Kruskal Wallis y análisis multivariado según corresponda. Una $p < 0,05$ fue considerada significativa.

Resultados: En el estudio ingresaron 93 pacientes. Al ingreso: edad: 44 ± 16 (31% sexo femenino), APACHE II: 14 ± 7 , score de injuria pulmonar (LIS): 2.2 ± 0.7 , PaO₂/FiO₂: 169 ± 61 , relación arterio-alveolar de oxígeno (a/A): 0.26 ± 0.1 , el 62% utilizaron inotrópicos. Al tercer día: score de disfunción orgánica múltiple (SDOM): 5.6 ± 2.6 , score de valoración orgánica secuencial (SOFA): 6.6 ± 3.1 . Factor de riesgo más frecuente: neumonía (38%). Mediana de internación: 10 días. Mortalidad hospitalaria; 37,6%, mortalidad a los 28 días: 30,1%. Edad y PaO₂/FiO₂ fueron variables asociadas con mortalidad. Según estadios (Berlín) hubo diferencias en LIS, PaO₂/FiO₂, a/A y PaCO₂, SDRA moderado fue el más frecuente y la mortalidad hospitalaria fue significativamente menor en SDRA leve.

Conclusiones: El estudio demostró: a) la prevalencia de mortalidad

en IPA/SDRA está en relación con otros estudios de centros únicos, b) edad y PaO₂/FiO₂ estuvieron asociadas con mortalidad, c) según estadios (Berlín) hubo diferencias en variables respiratorias d) SDRA leve se diferenció significativamente de SDRA moderado y severo.

0149 LIBERACION DE LACTATO PULMONAR (LLP) EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA (POP-CC) CON CIRCULACION EXTRACORPOREA (CEC)

JC PENDINO(1), L HESS, G ALDAMIZ, S BELTRAME, J TRUJILLO
(1) Centenario.

Introducción: El pulmón es una importante fuente de producción de lactato cuando es injuriado como es el caso del SDRA y se correlaciona con la magnitud del daño. La causa por la cual se produce este fenómeno no es del todo clara. En el POP-CC con CEC se ha descrito LLP y se ha relacionado a daño pulmonar vinculado a la respuesta inflamatoria generada por la CEC y/o el trauma quirúrgico. Hay opiniones contradictorias entre el vínculo existente entre la LLP, la severidad de la hipoxemia y otras variables.

Objetivos: En razón de diferentes hallazgos en trabajos previos, decidimos realizar nuestra experiencia en cuanto a la LLP en un grupo de pacientes que cursaban el POP-CC inmediato con CEC.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron 36 pacientes monitorizados con catéter en la arteria pulmonar (CAP). Se extrajo sangre a través del canal distal del CAP y de la línea arterial para medición de lactato y se realizaron las mediciones hemodinámicas de rutina. El cálculo para describir la LLP fue el siguiente: índice cardiaco (IC) x ([lactato en arteria radial] - [lactato en arteria pulmonar]) Análisis estadístico: coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Los valores de las variables estudiadas fueron: a) gradiente transpulmonar de lactato (GTPL) = $0,16 \pm 0,28$ mmo/L, b) LLP = $0,84 \pm 1,53$ mmo/L/min/m² c) PaO₂/FiO₂ = 234 ± 116 . El PaO₂/FiO₂ no se correlacionó con ninguna de las siguientes variables: LLP, SvO₂, lactato arterial, tiempo de CEC, tiempo de isquemia, tiempo total de ventilación mecánica, estadía en UTI y hospitalaria total.

Conclusiones:

1. En este grupo de pacientes, observamos que en el pulmón se produce lactato.
2. No observamos correlación entre la PaO₂/FiO₂ y otras variables que pudieran relacionarse a alteraciones en el intercambio gaseoso como el tiempo de CEC y la SvO₂.
3. No observamos correlación entre variables que reflejan disfunción pulmonar como la PaO₂/FiO₂ y la LLP.
4. Planteamos la posibilidad de que el lactato producido en el pulmón pudiera ser a consecuencia del proceso inflamatorio que se generaría en el POP de CCV con CEC.

0150 PROFILAXIS ANTICONVULSIVANTE EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS. ES TIEMPO DE UNIFICAR NUESTROS CRITERIOS

V MARQUEVICH(1), V VILLAR FREULER(1), S COSENZA(1), L BALLESTRACCI(1), J ALVAREZ(1), L FERRUCCI(1), R DE ROSA(1), G PIROLO(1), JA BUERI(1), M CORDOBA(1), P PRATESI(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: El uso de drogas antiepilépticas (DAE) comúnmente usadas para profilaxis de convulsiones en pacientes (p) neurocríticos no es claro.

Objetivo: Describir características clínicas de población de p neurocríticos, profilaxis anticonvulsivante instaurada, incidencia de convulsiones y tiempo de tratamiento. Revisión bibliográfica para unificar criterios al momento de instaurar profilaxis para convulsiones, mediante la realización de una guía de práctica clínica (GPC).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte. Se analizaron 132 historias clínicas de p neurocríticos internados consecutivamente en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Médico/Quirúrgica (UCIAMQ) entre 01/2013-03/2014.

Resultados: Promedio de edad 50 años. El 51,65% sexo femenino. La mediana de estadia en UCI fue 5 días. La media de Glasgow 13±4 y de APACHE II 10±6. La tasa de mortalidad global 7.69%. El 63% de los p incluidos recibieron profilaxis anticonvulsivante (n=58) utilizándose en el 97% levetiracetam. El 4% de los p presentaron convulsiones durante la internación. Los p con Accidente Cerebrovascular Isquémico (12%), 17% recibió profilaxis con DAE sin presentar convulsiones, TEC grave (22%) el 90% recibió profilaxis con levetiracetam por periodo >30 días, el 25% por 7 días y el 25% restante por periodos variables. Un 10% presentaron hemorragia intracerebral de los cuales 11% presento evento convulsivo. Ningun p con HSA (12% de los analizados) presentaron convulsiones y todos recibieron profilaxis con levetiracetam por periodo minimo de 3 días. De los 16p sometidos a cirugía para resección de tumor supratentorial 63% recibió profilaxis anticonvulsivante. El tiempo fue variable, 7p fueron tratados por >30 días, 1p por 21 días, 2p por 7 días. El 6%(n=1) presentó un evento convulsivo encontrándose bajo profilaxis con DAE.

Conclusión: Se observó una gran variabilidad en el uso de DAE como profilaxis anticonvulsivante. Se realizó una guía de manejo con el fin de unificar criterios estableciendo en la misma los días requeridos de profilaxis anticonvulsivante en los distintos subgrupos de p neurocríticos siendo la droga anticonvulsivante de elección el levetiracetam, esperando lograr que los pacientes tratados en nuestra institución reciban las mismas terapéuticas.

0151 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE SECUNDARIA A BRONQUITIS PLÁSTICA EN POSTOPERATORIO DE ESOFAGECTOMIA

M GLEMON(1), L EBEBEKE(1), A FERRE(1), M MARTINEZ(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), A NIEPONICE(1), F KLEIN(1)
(1) Fundación Favalaro.

Introducción: La bronquitis plástica es una rara y grave entidad que causa cuadros de hipoxemia severa ocasionalmente fatal. Se la identifica por la formación de moldes bronquiales blanquecinos, elásticos, que simulan la anatomía de la vía aérea. Se la relaciona con enfermedades como asma, fibrosis quística, trauma quirúrgico del sistema linfático peribronquial, infecciones respiratorias por *Haemophilus Influenzae* y *Klebsiella Pneumoniae*.

Caso clínico: Varón de 60 años sometido a esofagectomía y vaciamiento ganglionar por adenocarcinoma de esófago semidiferenciado. Cursa el postoperatorio con disnea de reposo, sibilancias y tos con expectoración llamando la atención la expulsión espontánea y a través de la aspiración traqueal de moldes bronquiales blanquecinos.

Ingresó a UTI por insuficiencia respiratoria con hipoxemia refractaria requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realizó angiotomografía de tórax, que demostró enfisema pasaseptal biapical e infiltrado bilateral en vidrio esmerilado. Una fibrobroncoscopia (FBC) permitió la extracción de moldes bronquiales cuya anatomía patológica fue positiva para células inflamatorias a predominio polimorfonuclear. Se descartó- fistula entre el tubo digestivo y la vía aérea a través de VEDA.

Las constantes impactaciones mucosas bronquiales dieron lugar a atelectasias masivas a repetición requiriendo múltiples fibrobroncoscopias (8) A pesar del tratamiento fluidificante, mucolítico e antiinflamatorio requirió ARM prolongada y traqueotomía.

Fue decanulado exitosamente y egresó a los 58 y 68 días respectivamente.

Discusión: La Bronquitis Plástica se clasifica en tipo I o "inflamatoria" (como en el caso que nos ocupa) con moldes de fibrina e infiltrado eosinofílico, y tipo II "acelular" con moldes de mucina y escaso infiltrado celular. Intervienen en su formación el transporte mucociliar inadecuado, la deshidratación excesiva y la concentración elevada de células en las secreciones bronquiales. El tratamiento se limita a las remociones con FBC, kinesioterapia respiratoria, la administración de mucolíticos, corticosteroides y antibióticos.

Conclusión: No se hallaron en la literatura casos de bronquitis plástica asociada a cirugía de esófago. El caso presentado se trata de una bronquitis plástica tipo I adjudicable al trauma de los vasos linfáticos secundario a la linfadenectomía realizada como parte del tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de esófago.

0153 VARIABLES ANALIZADAS EN EL PROCESO DE DECANULACIÓN. ¿QUÉ ROL JUEGA EL PICO FLUJO TOSIDO?. ENCUESTA NACIONAL A PROFESIONALES DE LA SALUD.

M REINOSO(1), M DE CRISTOFARO(1), P EZCURRA(1), G MAYER(1), E GOGNIAT(1), N ROUX(1), A MIDLEY(1), S GIANNASI(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: Existe información limitada sobre el proceso de decanulación, basada en estudios epidemiológicos, observacionales y encuestas de opinión. El estudio experimental realizado por Bach y col. (1996) identificó un valor de Pico de Flujo Tosido (PFT) mayor a 160L/min como predictor de éxito. Dado que no se especificaron claramente las condiciones de la medición, hay discrepancia entre estudios posteriores y en la práctica diaria. Mediante comunicación con el autor nos informamos que el PFT fue evaluado retirando la cánula, ocluyendo el ostoma y utilizando una máscara oro-nasal/pieza bucal.

Objetivos: *Primario:* Conocer la forma en que el PFT es valorado durante el proceso de decanulación por profesionales de la salud de la República Argentina.

Secundario: Analizar las variables consideradas durante el proceso de decanulación.

Materiales y Métodos: Corte transversal utilizando una encuesta anónima enviada vía e-mail a profesionales de la salud registrados en la base de datos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Se recolectaron respuestas entre el 4 de Abril y el 3 de Mayo de 2014.

Resultados: Se recibieron 120 encuestas, 4 se excluyeron por no participar en el proceso de decanulación y 4 fueron eliminadas por incompatibilidad en las respuestas. De las 112 encuestas restantes, 42 (37.5%) evaluaron PFT al decanular, de las cuales el 69% buscaron un punto de corte mayor a 160L/min y solo el 20,6% de éstas lo midieron en las mismas condiciones que el trabajo reportado. De las 70 encuestas que refirieron no medir PFT, se atribuyeron como posibles causas la falta de capacitación (30%) y la escasez de materiales (27%).

El nivel de conciencia (76.4%) y la cantidad de secreciones (79.1%) fueron las principales variables consideradas durante el proceso de decanulación. Las diferencias halladas entre médicos y kinesiólogos fueron la oxigenación (79.5%vs36.4% p<0.01), tolerancia a la oclusión de la cánula (40.9%vs72.7% p<0.01) y PFT (6.8%vs59.1% p<0.01).

Conclusiones: Se priorizan diferentes variables al momento de la decanulación, los profesionales que miden PFT lo toman en distintas condiciones buscando un valor de corte mayor a 160L/min. Dada la desigualdad de criterios, la realización de una guía/recomendación podría facilitar el proceso de decanulación.

0154 CARDIOMIOPATIA INDUCIDA POR ESTRES EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

R TORREZ(1), C ORSOLINI(1), T LUNA(1), C ARCE(1), R LIGARDA(1), L URANGA(1), S ZIDARICH(1)
(1) Hospital Italiano.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) se asocia a complicaciones del sistema cardiovascular. La cardiomiopatía inducida por estrés en HSA es una disfunción del ventrículo izquierdo reversible, se presenta en el 8% de los pacientes. La mitad eleva los marcadores biológicos (CPK-MB, LDH, Troponina, proBNP) y alrededor del 30% pueden presentar síntomas. La fisiopatología estaría relacionada a descarga hiperadrenérgica luego de la ruptura aneurismática 1.

Presentación del caso: Paciente, sexo femenino, 45 años, ingresa a UTI por HSA Hunt y Hess III Fisher IV.

Se realiza tratamiento endovascular de aneurisma comunicante anterior en las primeras 48hrs. Al 5to día de sangrado evoluciona con shock cardiogénico que requiere ARM, refractariedad a drogas vasoactivas; ecocardiograma 2D con hipoquinesia global y deterioro severo de función ventricular (FE 23%) sin evidencia de isquemia en electrocardiograma. Monitoreo hemodinámico: Wedge: 22 mmHg, IC: 1.8 L/m². Troponina I 0,8ng/dl CPK-MB 6156U/L, LDH 1949U/L, proBNP 1500 pg/ml, Lactato 3,8mmol/L, GOT 237U/L, GPT 390U/L, GGT 455U/L.

Evoluciona con mejoría de la función ventricular tras 15 días de manejo hemodinámico con recuperación de FE a 47% y de parámetros de perfusión. Traqueotomía precoz y gastrostomía. Responde órdenes, afasia motora con paresia moderada braquío crural izquierda. Alta de UTI al día 28.

Discusión: La disfunción severa del VI debido a actividad hiperadrenérgica (*miocardio estresado*) después de HSA dificulta optimizar parámetros de perfusión cerebral como así también el manejo protocolizado del vasoespasmo.

Los autores diferencian el término miocardio *estresado* de *aturdido* (Takatsubo) donde se observa isquemia miocárdica reversible sin enfermedad coronaria.

Es necesario diagnosticar precozmente esta entidad y poder diferenciarla para el manejo correcto de las complicaciones.

Conclusión: La miocardiopatía por estrés con disfunción del VI en HSA dificulta el manejo hemodinámico, requiere extremar el monitoreo de la perfusión cerebral y sistémica para preservar y proteger el cerebro crítico con alto riesgo de vasospasmo.

Bibliografía: 1. Hinson H, Sheth K. Manifestations of the hyperadrenergic state after acute brain injury. *Curr Opin Crit Care* 2012; 18:139-145.

2. Perkes IE, Menon DK. Paroxysmal sympathetic hyperactivity after acquired brain injury: a review of diagnostic criteria. *Brain Inj* 2011; 25:925-932

0155 DIAGNOSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN EMBARAZO COMPLICADO CON PANCREATITIS AGUDA

Y BOTASSO(1), S DIAZ(1), S MOYA(1), J RAIMONDI(1), E RIVERA(1), J RUANO(1), L SOLIS(1), E VANZETTI(1), G PASTORINO(1), J CULASSO(1), U FESSER(1), R CANTERO(1), M AGUSTINOY(1)
(1) H. Materno Provincial.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune; incidencia en pacientes obstétricas de 1:1600 a 3000 partos que es asociada a alto riesgo de morbilidad materna-fetal. El diagnóstico es basado en la presencia de eritema malar, lupus discoide, fotosensibilidad, úlceras orales y nasofaríngeas, artritis no erosivas, serositis, proteinuria, convulsiones o psicosis, anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia y alteraciones inmunológicas.

Presentación de caso: Paciente de 30 años, multigesta, multipara (5G) cursa embarazo de 28 semanas por FUM, sin antecedentes patológicos conocidos. Ingresó con anemia (Hto 14, Hb 4,9) y poliartalgias. Laboratorio: urea 49 mg/dl, creatinina 1,07mg/dl, Proteinuria 24 hs 830 mg%, Filtrado Glomerular 31ml/min. Se solicitan estudios de Síndrome Antifosfolípido y LES.

En UTI presenta dolor abdominal intenso en epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas, vómitos y melena. Ecografía abdominal: Microlitiasis vesicular, páncreas edematoso, líquido libre subhepático escaso. Laboratorio: Acidosis metabólica, amilasa 733, Bilirrubina Total 1,60 - BD 1,29, LDH normal. Se inicia Nutrición Parenteral Total. Mala evolución, al tercer día fallo multiorgánico, injuria pulmonar, ARM. Se realiza cesárea, (nace niño prematuro, 1500 grs, con cardiopatía congénita compatible con LES neonatal). Pancultivo, comienza tratamiento antibiótico (Imipenem 500mg c/8hs). Presenta oligoanuria, con hemodiálisis, sangrado por drenajes y requeri-

miento de inotrópicos. Se realiza laparotomía, se resuelve sangrado por brecha uterina; observándose páncreas indurado edematizado, sin citoesteatonecrosis.

Presenta mejoría hemodinámica, se inicia weaning, requiere hemodiálisis diaria, Laboratorio: normaliza amilase y enzimas hepáticas, trombocitopenia persistente; inmunológico: anticuerpos antinucleares (+ 1/1280), antidna (+ 1/2560), anticardiolipina IgG (2UI/ml) IgM (2UI/ml), B2 glicoproteína IgG (2UI/ml), complementemia (5,3UCH50) con actividad hemolítica. Se inicia metilprednisolona 500mg c/24hs. Presenta convulsiones, se suspende Imipenem a los 15 días.

Estado crítico, se suspende weaning, continúa trombocitopénica sin respuesta a transfusiones, al día 25 de internación presenta hemorragia digestiva, paro cardiorrespiratorio, óbito.

Discusión: Paciente que ingresó al hospital con sospecha clínica de LES asociado a Pancreatitis Aguda. Se priorizó tratamiento para la patología pancreática y al corroborar el diagnóstico de enfermedad autoinmune se inició tardíamente el tratamiento para LES, con óbitos materno-fetal.

Conclusión: El LES no diagnosticado y sin tratamiento a tiempo en el embarazo conlleva a un aumento de la morbilidad materna-neonatal.

0156 MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

S FREDES(1), M BOSSO(1), M OJEDA(1), G AVACA(1), A GOLDBERG(1), A GARCÍA(1), P GIMÉNEZ(1), G NAHMÍAS(1), F GHELLINAZA(1), A SANTAMARÍA(1), M BERTÉ(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1), N TIRIBELLI(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: Durante los períodos iniciales de conexión a ventilación mecánica invasiva (VM) en los pacientes críticos, la utilización de modos controlados, la supresión de la actividad muscular por los sedantes y analgésicos y la posición supina disminuyen el volumen pulmonar. Recientemente se ha descrito una maniobra para la obtención de la Capacidad Inspiratoria (CI, el volumen pulmonar por encima de la capacidad residual funcional), que podría dar información acerca de la magnitud de caída del volumen pulmonar. La CI no está estudiada en una población general de pacientes en VM sin patología pulmonar y no hay descripciones de la mecánica pulmonar durante la aplicación de esta maniobra.

Objetivo: Medir la CI en pacientes sin patología pulmonar al inicio de la VM.

Comparar la CI medida (CI Med) con valores de CI predicha (CI Pred). Describir el comportamiento de la mecánica pulmonar durante la maniobra, y la aparición de complicaciones (barotrauma, hipotensión, asincronías).

Material y método: Se incluyeron 27 pacientes ingresados en forma consecutiva a la UCI que recibieron VM por causas médico-quirúrgicas, que no poseían patología pulmonar previa. Se calculó la CI Pred según fórmula (Lisboa 2007).

Dentro de las primeras 48 horas, con los pacientes en niveles de sedación profunda, se colocó un balón esofágico. Se midió CI Med (Mattingley 2011) como el volumen corriente inspirado en modo PC-CMV, con presión inspiratoria 40 cmH₂O, PEEP 0, tiempo inspiratorio 5 segundos, frecuencia respiratoria 5 por minuto.

Durante la maniobra se registraron los valores de presión en la vía aérea y esofágica, y se calculó la Presión Transpulmonar Inspiratoria (Ptp Insp) y espiratoria (Ptp Esp). Se registraron las complicaciones durante el procedimiento.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Se reportan media (DS) e intervalo de confianza o proporciones según corresponda. Las comparaciones se realizaron mediante prueba t de Student para una muestra. Se consideró significativo una p<0.05.

Resultados: Las características de los pacientes se muestran en Tabla 1. La CI Med fue de 2.17± 0.79 litros y la CI Pred fue de 3.57 ±1,03 litros. La diferencia de medias fue de 1.38 litros (IC 1.7-1.07, p=

0.00) (Figura 1). La CI Med fue 35% menor que la CI Pred (CI Med / CI Pred 0.65, IC 0.54-0.77).

La Presión Inspiratoria aplicada durante la maniobra fue de $40,49 \pm 1,15$ cmH₂O. La Ptp Insp desarrollada fue de $17,44 \pm 5,44$ cmH₂O mientras que la Ptp Esp fue de $-9,02 \pm 5,36$ cmH₂O.

No se registraron complicaciones durante la medición de la CI.

Conclusiones: En pacientes sedados, bajo VM y sin patología pulmonar, la CI Med se encuentra disminuida comparada con los valores predichos.

La Ptp Insp alcanzada durante la maniobra se encuentra dentro de rangos fisiológicos.

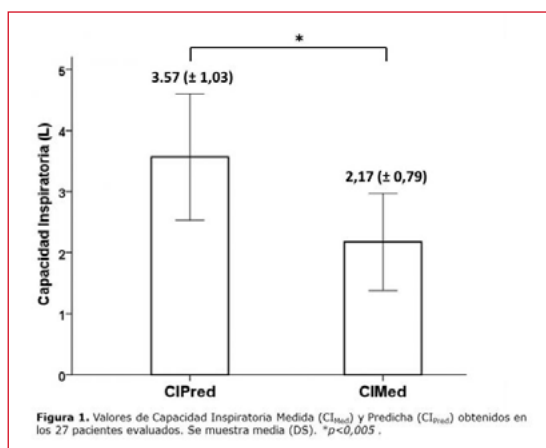


Figura 1. Valores de Capacidad Inspiratoria Medida (CI_{Med}) y Predicha (CI_{Pred}) obtenidos en los 27 pacientes evaluados. Se muestra media (DS). *p<0,005.

N°	27
Edad	59,03 ± 15,1
Sexo	
Masculino	21 (77)
Femenino	6 (23)
SAPS II	43,6 ± 15,6
Altura	1,69 ± 11,83
Peso	84,16 ± 30,53
IMC	29 ± 9
PCP	64 ± 11,88
Motivo VM	
Sepsis	10 (37)
Coma	7 (25)
Pop	6 (22)
Trauma	2 (7)
Neumonía	2 (7)

Tabla 1. Características de los 27 pacientes incluidos en el estudio. Se reporta media (DS) o número (%) según corresponda. SAPS II=Simplified Acute Physiology Score II, IMC= Índice de masa corporal, PCP=Peso corporal predicho.

0157 EMBARAZO ABDOMINAL REPORTE DE CASOS

P CANAVESI(1), M SIMIONATO(1), W DAVALOS(1), C MORENO(1), E DI BERARDINO(1), M COLOMBO(1), MM ALMENDROS(1), L LANOO(1), F IGLESIAS(1), L TUMINO(1), AL GONZÁLEZ(1), S CARINO(1), R REINA(1), E ESTENSORO(1) (1) Higa San Martín.

Introducción: El embarazo ectópico abdominal es uno de los tipos menos frecuentes de embarazos extrauterinos. Presentamos el caso de una paciente con embarazo abdominal complicado.

Presentación del caso: Paciente de 32 años de edad, se desconocía embarazada al momento del diagnóstico y consulta en institución por cuadro de dolor abdominal donde se medica con buscapina y se le da el alta. A las 48 horas ingresa a servicio de emergencias de

otra institución con cuadro clínico de shock. Se realiza ecografía abdominal diagnosticándose el embarazo abdominal y líquido libre. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia con histerectomía subtotal más ooforectomía con colocación de packing y cirugía de control de daño, reinterviniéndose el mismo día por persistencia de sangrado y shock con requerimientos de altas dosis de vasopresores, recolocándose 4 packing quedando con abdomen abierto y contenido. Requiere politransfusiones. Ingres a UTI hemodinámicamente inestable, en ARM. A las 48 horas por persistencia febril se cultiva e inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona bien clínicamente, se retiran packing se cierre el abdomen. Posteriormente se extuba y se le da el alta al servicio de obstetricia.

Discusión: La gestación abdominal es una variante rara del embarazo ectópico. Como factores de riesgo se cita antecedentes de infección pélvica, endometriosis, embarazo ectópico previo, cirugía uterina previa y técnicas de reproducción asistida. Las manifestaciones clínicas abarcan desde enfermedad asintomática a shock hipovolémico, muerte materna y fetal. El diagnóstico se realiza mediante exploración ginecológica y dosaje de bHCG diario, pero lo más preciso es la ecografía endovaginal que permite la visualización del saco gestacional implantado fuera del útero. El tratamiento puede ser expectante ya que puede ocurrir regresión espontánea, con control muy estricto tanto clínico como determinaciones seriadas de bHCG y ecografías. En pacientes estables y con un embarazo no complicado puede intentarse tratamiento médico con metrotexato intramuscular. El tratamiento quirúrgico se reserva para pacientes hemodinámicamente inestables o cuadros complicados.

Conclusión: El embarazo abdominal es una variante de la gestación ectópica, con baja incidencia y de rara presentación pero que conlleva una alta mortalidad materna y fetal cuando se compara con embarazo ectópico anexial y con embarazos intrauterinos.



0158 REPORTE DE CASOS: PURPURA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA EN PACIENTE CON LINFOMA NO HODGKIN DE BAJO GRADO

C CANTELI(1), MC GOMEZ(1), B PALOU(1), D MONZÓN(1), JL FEDELE(1) (1) "Sanatorio Los Arroyos".

Introducción: La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una enfermedad de baja frecuencia y alta mortalidad, caracterizadas por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, compromiso neurológico, renal y fiebre, en ausencia de otra causa que lo explique.

El diagnóstico es clínico, pero se ha asociado con el déficit de una proteasa, ADAMT 13 que degrada el factor de Von Willebrand, mecanismo fisiopatológico en pacientes con PTT primaria.

La PTT secundaria relacionada con múltiples factores como drogas, trasplante, infecciones y enfermedades malignas, su relación con la ADAMT 13 todavía es controvertida.

Presentación del caso: Mujer de 66 años con antecedente de Linfoma no Hodgkin de bajo grado en tratamiento trimestral con Rituximab, ingresa por cuadro de diarrea y vómitos.

Examen Físico: TA 120/80 T°36 FC 88 FR 16. Vigil. Abdomen difusamente doloroso.

Laboratorio al ingreso: datos positivos GB 21,09mil/mm³, GR 4,94mil/mm³ Hemoglobina 14,50g%, Hematocrito 39,50g%, Plaquetas 91,00mil/mm³, urea 63mg/dl, Velocidad de eritrosedimentación 15mm, Sodio 126mEq/l.

Radiografía de abdomen: normal.

Inicia tratamiento: Ciprofloxacina/Metronidazol. Pendiente coprocultivo.

24hs despues agrega palidez mucocutanea, desorientación témporo-espacial, afasia de expresión y mioclonias que evoluciona a estatus convulsivo y posteriormente coma (Glasgow 6/15), se realiza Tomografía axial computada de Sistema Nervioso Central sin lesión orgánica, sangrado ni edema.

Se instauró tratamiento anticomial e ingresa a cuidados críticos donde requiere intubación orotraqueal.

Laboratorio: GB 11,25mil/mm³, Hemoglobina 8,20g%, Hematocrito 22,30g%, Plaquetas 38,00mil/mm³, Urea 158mg/dl, Bilirrubina total 1,95(Indirecta 1,54) LDH 2740 Creatinina 1,86mg/dl, Sodio 129mEq/l.

El frotis de sangre periférica mostró abundantes esquistocitos, se interpreta como PTT e inicia plasmaferesis, presenta insuficiencia renal con requerimiento dialítico, respuesta parcial al tratamiento instaurado y se decide tratamiento inmunosupresor con corticoides. La paciente presenta episodios de convulsiones tónico-clónicas generalizadas por lo cual se modifica tratamiento. Resonancia magnética nuclear de SNC muestra aumento del brillo cortical, hiperintensidad a nivel insular bilateral.

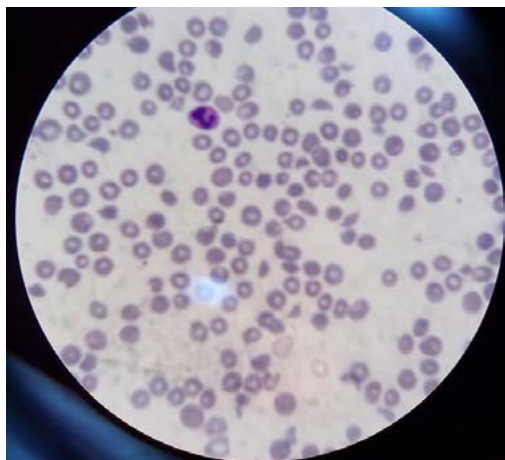
Posteriormente agrega fiebre, se toman cultivos (hemocultivo, urocultivo, puncion lumbar) y se comienza con meropenem/vancomicina, sin rescate bacteriológico.

El día 21 fallece por status epileptico refractario.

Discusión: La PTT es una enfermedad rara, que requiere de una alta sospecha clínica para el diagnóstico, tiene una mortalidad del 90% si no se inicia un tratamiento oportuno.

Puede ser de causa idiopática, relacionada con un déficit severo (<5%) de ADAMT 13, en la PTT asociada a cáncer la fisiopatología es desconocida, incluyendo como causas émbolos tumorales, neoangiogenesis, invasión tumoral de la medula, complicaciones de la quimioterapia. En el cáncer la deficiencia de ADAMT 13 es controvertida, ya que puede ser normal o mínimamente reducida. En nuestra paciente no pudimos dosar la proteasa. Respecto a su enfermedad de base, se encontraba estable y en tratamiento, sin compromiso sistémico. Por lo que nos planteamos la duda si el cuadro que la llevo al deceso fue una PTT primaria por déficit de ADAMT 13 o se debió al linfoma a pesar de encontrarse en tratamiento con rituximab.

Conclusión: Establecer la relación entre PURPURA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA, LINFOMA NO HODGKIN DE BAJO GRADO.



0159 COINFECCION AGUDA BRUCELOSIS-HEPATITIS E CON MANIFESTACIONES GRAVES: PANCITOPENIA, FUGA CAPILAR Y HEPATITIS AGUDA GRAVE

L RODRIGUEZ(1), LM RODRIGUEZ(1), L GARCIA IRIARTE(1), A SCHAER(1), JM BAZZANO(1), J MORENO(1), IR PRIETO(1), N MOLINA(1), A STEINBERG(1), C COZZANI(1), G CUETO(1), M TORRES BODEN(1), ME BRAÑA(1), W CORNEISTEIN(1), N JACOB(1) (1) Argerich.

Introducción: Brucellosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el género *Brucella* spp. Las especies patógenas humanas son abortus, mellitensis, suis y canis. Es una zoonosis con dos patrones epidemiológicos (urbano-alimentario y rural-laboral). En Argentina se asocia al ganado caprino, vacuno y porcino. Posee un período de incubación de 1 a 3 semanas, evolucionando en forma subclínica, aguda y/o crónica. Los síntomas son fiebre, cefalea, fatiga, diaforesis, mialgias, pérdida de peso y astenia. Las manifestaciones focales se evidencian como colecciones.

El virus de la hepatitis E se considera una zoonosis de transmisión fecal-oral. Sus signos y síntomas son ictericia, anorexia, hepatomegalia y fiebre con un período de incubación de aproximadamente 40 días. Ambas se diagnostican por clínica, epidemiología, serología, técnicas moleculares y en brucellosis también microbiológicamente.

Caso clínico: Mujer de 49 años, enfermera de Neonatología, ingresa a UTI derivada por falla hepática aguda (FHA) y fiebre de 10 días. Antecedentes: reciente viaje a Bolivia, hipotiroidismo, cervicalgia y consumo de AINES durante 15 días. Presentaba SIRS, ictericia, petequias en miembros inferiores, hipoventilación bibasal, pancitopenia (hipoplasia medular) y coagulopatía. Inició empíricamente piperacilina-tazobactam. Ante el resultado de HMC 2/2 con desarrollo de coccobacilos Gram-negativos que luego se identificaron como *Brucella* mellitensis biovar 1A, y serodiagnóstico positivo, se modificó tratamiento a doxiciclina, gentamicina y rifampicina. Intercurró con hemoptisis y falla respiratoria que requirió AVM. Ecocardiograma normal, se interpreta como síndrome de fuga capilar. Se extuba a los 11 días, con requerimiento de VNI por 48hs. Evolucionó favorablemente y pasó a sala, con seguimiento por Infectología al alta donde se recibió resultado de PCR VHE positiva.

Discusión: La paciente es derivada por FHA, se constata hepatitis aguda grave (HAG). Se hallan dos etiológicas no frecuentes de infección coexistente: brucellosis y VHE. Presentó eventos graves e infrecuentes de brucellosis como pancitopenia, edema pulmonar y espondilodiscitis cervical.

Conclusión: Brucellosis es frecuentemente subdiagnosticada, desconociéndose su prevalencia real. Se han reportado muy pocos casos de fuga capilar, pancitopenia y HAG en brucellosis, por lo que ante la presencia de estos debe considerársela como diagnóstico diferencial. Se desconoce el impacto de la coinfección en las manifestaciones clínicas y la evolución.

0160 DIAGNOSTICO DE ANOMALIA VENOSA PULMONAR ASINTOMATICA MEDIANTE LA COLOCACION DE CATER VENOSO CENTRAL, REPORTE DE UN CASO.

F VILLARREAL(1), GJ CHAPARRO(1), EDV CORTEZ(1), R ESCARAY(1), L COSCARELLI(2), W CHILON(1), JM HARISTOY(1) (1) Instituto Medico Platense. (2) Universidad Nacional La Plata.

Introducción: La colocación de catéter venoso central en terapia intensiva es una práctica habitual. Las anomalías venosas pulmonares representan menos del 1% de las malformaciones cardiovasculares congénitas. Se reporta el diagnóstico incidental de drenaje venoso del lóbulo superior izquierdo pulmonar a la vena innominada, asintomático, a través de la colocación de catéter yugular interno izquierdo. Justifica esta presentación el no encontrarse casos reportados en la literatura.

Presentación del caso: Mujer de 80 años internada por infección respiratoria que requiere ventilación mecánica y colocación de catéter yugular interno izquierdo, sin dificultades por operador entrenado.

El control radiológico demostró el catéter en posición anómala. Ante esta situación se realizaron:

Nomograma de muestra del catéter (pO₂ 154 mmHg, pCO₂ 38 mmHg SatO₂ 99.3%), compatible con sangre venosa pulmonar y radiografía de tórax con contraste de catéter, evidenciando catéter en lecho vascular pulmonar.

TAC tórax con contraste a través del catéter, se confirma conexión venosa anómala parcial del sistema venoso apical izquierdo con la vena innominada.

Ecocardiograma: cavidades cardiacas de dimensiones y masa normal. Disfunción diastólica leve. No se visualizó imagen de catéter en cavidades cardiacas. Tabiques indemnes.

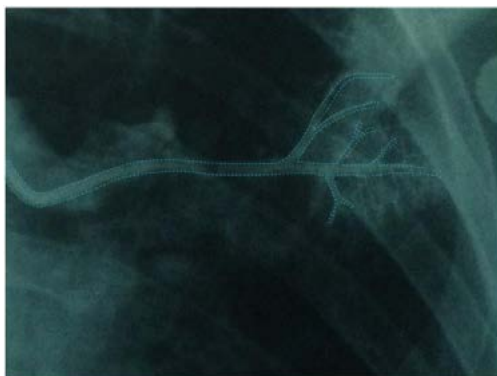
Se retiró el catéter.

Discusión: CONEXIÓN VENOSA PULMONAR ANÓMALA PARCIAL

Definición y anatomía

Todas las anomalías de drenajes de las venas pulmonares se deben a una alteración precoz en el desarrollo embrionario de las venas pulmonares (derechas o izquierdas) mientras están presentes aún conexiones con venas sistémicas (cardinal, umbilicovitelinas). Es una anomalía congénita en la cual una o más de las venas pulmonares están conectadas a una vena sistémica, a la aurícula derecha (AD) o al seno coronario. Las venas del lóbulo superior se conectan vena innominada a través de una vía presente en el periodo embrionario, la *vena vertical*.

Conclusión: Ante la sospecha de haber realizado un procedimiento traumático, se procedió a utilizar recursos, haciendo diagnóstico de sistema venoso pulmonar anómalo. Esta anomalía congénita deberá ser tenida en cuenta en próximos procedimientos invasivos e incorporarlo al diagnóstico diferencial de complicación grave de colocación de catéter venoso central.



0161 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO, PATOLOGÍA INFRECUENTE DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO. REPORTE DE UN CASO.

PA JUAREZ(1), MN LLANOS(1), CM ROLDAN(1), RD GARCIA(1)
(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

Introducción: Es una rara condición clínica que se presenta al final del embarazo o en los cinco primeros meses del postparto. La incidencia exacta es desconocida. Actualmente, considerada la primera causa de mortalidad materna por enfermedad cardíaca (20%). El objetivo de este reporte de caso es brindar una revisión del síndrome, para lograr diagnóstico oportuno, y terapéutica eficaz con un abordaje multidisciplinario.

Caso clínico: Paciente de 20 años, embarazo controlado, sin APP, primigesta primípara, post-cesárea; derivada desde hospital zonal nivel 2, por presentar, en puerperio inmediato (4 hs) disnea grado IV, hipoxia, se intuba y se traslada a nuestro servicio de uti obstétrica. Al ingreso se conecta a arm, paciente hipotensa, edemas en MMII +++/+++; hipoventilación pulmonar bilateral, ruidos cardíacos hipofonéticos.

Rx tórax: cardiomegalia e infiltrados parahiliares bilaterales. ECG: T – en V1- V2 Ecocardiograma: FEy 37%, FAc 18%, disfunción severa del VI, función del VD conservada, sin signos de HTP, derrame pericárdico leve, y derrame pleural leve. Eco doppler MMII: ausencia TVP.

Discusión: Se interpreta el cuadro clínico, como fallo de bomba agudo en periparto, se instaura tratamiento para insuficiencia cardíaca aguda y se inhibe la lactancia.

A las 24 hs, paciente anúrica, se realiza hemofiltración. Con estabilización hemodinámica se extuba a las 72hs; continúa: diuréticos, vasodilatadores, βbloqueantes, carbegolida, enoxaparina y dieta hiposódica.

Al egreso Ecocardiograma: FEy 48%, FAc 23%. Luego de dos sesiones de hemofiltración, se restablece la diuresis, función renal ad integrum y se retira catéter de hemodiálisis.

Conclusión: La ocurrencia de edema, disnea súbita y fatiga en el último mes de embarazo o puerperio en mujeres sin patología cardíaca previa debe hacer sospechar de la instalación de una miocardiopatía periparto (MCP) precozmente, teniendo en cuenta que las tasas de mortalidad por la enfermedad han disminuido de un 40% en 1971, hasta un 9-15% en 2005, cuando se realiza un diagnóstico y manejo temprano.

0162 EXTUBACIÓN NO PLANEADA INTENCIONAL, NECESIDAD DE REINTUBACIÓN Y DISFUNCIÓN LARÍNGEA ASOCIADA

Z GALLARDO(1), ME BAHAMONDES(1), GN BARBOZA(1), P LACOMBE(1)

(1) Municipal De Urgencias. Córdoba. Argentina.

Introducción: la extubación no planeada, sea intencional / espontánea o accidental es un índice de calidad de cuidados y se encuentra asociada a la necesidad de reintubación y a disfunción laríngea (respiratoria, esfinteriana, fonatoria).

Objetivos: Evaluar la incidencia de las extubaciones no planeadas intencionales en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba, la relación con la necesidad de reintubación y la evolución con disfunción laríngea.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en pacientes ingresados a Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Urgencias con requerimiento de intubación orotraqueal entre el 01/09/2012 y el 01/05/2014 que presentaron evento de extubación no planeada intencional registrando la necesidad de reintubación y la disfunción laríngea asociada.

Resultados: De un total de 114 pacientes intubados, 11 pacientes presentaron extubación no planeada intencional (12,5%), estando todos en plan de destete (100%) requirió de reintubación dentro de las 24 horas y 4 pacientes (36%) presentó disfunción laríngea asociada.

Conclusiones: La incidencia de la extubación no planeada intencional

nal es poco frecuente en nuestra terapia. Sin embargo la necesidad de reintubación se presentó en la totalidad de los casos. Por otro lado la disfunción laríngea no tuvo en todos los casos relación directa con la extubación no planeada ni con la necesidad de reintubación. En relación con otras publicaciones se encontró que las cifras de extubaciones no planeadas intencionales son similares a las registradas en el presente trabajo, no así la necesidad de reintubación, la cual es más frecuente en las extubaciones accidentales.

0163 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE ESOFAGECTOMIA EN UTI

J HAGEL(1), N CIARROCCI(1), J SINNER(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)
(1) Hospital Italiano Buenos Aires.

Introducción: La esofagectomía es el tratamiento de elección del cáncer de esófago debido a su demostrado beneficio en términos de sobrevida además de ser la única opción curativa. Sin embargo, por su complejidad técnica, conlleva una morbilidad y mortalidad asociadas no despreciables.

Objetivo: Determinar la incidencia de complicaciones posoperatorias de las esofagectomías en nuestro centro, y en relación a la técnica quirúrgica utilizada.

Material y método: Se realizó una serie de casos retrospectiva de 57 pacientes sometidos a esofagectomía en el periodo correspondiente entre enero del 2010 a marzo del 2014. Los datos fueron recabados a través de la historia clínica electrónica. Los mismos se expresan en porcentaje y promedio.

Resultados: El análisis evidencia que se trata de una población con edad promedio de 62 años, el 41 fueron hombres. Presentaron apache promedio de 7, con charlson de 4. La morbilidad global fue de 52% (30 p). De estos pacientes, el 57% tuvo complicaciones respiratorias (n:17), el 30% cardiovasculares (n:9), el 20% infecciosas (n:6), el 47% quirúrgicas(n:14), el 13% falla renal con hemodiálisis y el 30% (n:9) otras. Ambas técnicas quirúrgicas presentaron la misma morbilidad global, pero la técnica transhiatal presentó más eventos respiratorios (58% vs 41%). Los pacientes presentaron un promedio de estadía en UTI de 20,11 días, y hospitalaria de 25 días. La cantidad de días de ARMi promedio fue 18, los días de VNI 1,25. La mortalidad global fue del 7%.

Conclusiones: Esta serie tiene una morbi-mortalidad similar a la reportada en la literatura con una alta incidencia de complicaciones respiratorias. Estas fueron más frecuentes en la técnica transhiatal. Faltan trabajos prospectivos que relacionen los antecedentes de los pacientes, la técnica quirúrgica, y si se encuentra una manera de prevenirlas. Los cuidados posoperatorios en UTI, son la piedra angular para una adecuada evolución.

0164 CONSTIPACIÓN EN LA UTI: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO E IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

P GUIMARAENS(3), D BAJO(1), X BERDULLAS(2), M CARIGNANO(3), M GOLDIN(3), D CORBELLI(3), C KECSKES(3)
(1) Hospital C. Argerich. (2) Hospital J. Fernandez. (3) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: los trastornos de la motilidad gastrointestinal son frecuentes en pacientes críticos. Múltiples factores se asocian con éstos. Reportes informan su impacto negativo en los resultados clínicos.

Objetivo: conocer la incidencia de constipación en una UTI de adultos en un hospital universitario. Conocer la relación entre hiperglucemia, opioides, vasopresores, NE precoz, dexmedetomidina, constipación y constipación refractaria. Evaluar su impacto clínico: días de AVm y estadía en UTI (LOS UTI).

Materiales y Métodos: estudio observacional prospectivo. Análisis de registros en historia clínica electrónica durante 6 meses conse-

cutivos. Se consideró **constipación:** ausencia de catarsis \geq tres días consecutivos; **constipación refractaria:** persistencia $>$ 48hs a pesar del uso de laxantes. Se excluyeron pacientes (p) con cirugías abdomino-pelvianas. Resultados expresados en media y desvío estándar (DS) o mediana y rango según corresponda. Análisis con paquete estadístico STATA2. Se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados: se evaluaron 303p; se eliminaron 123p. Motivos de eliminación: 75% $<$ 72hs en la UTI, 23% uso precoz de laxantes, 2% complicaciones abdominales. Se analizaron 180p, 49% masculinos, edad: 60 años (19-86); APl: 11.8 (DS8.2), SOFA 3.3 (DS3.5). Etiologías: neurocrítico 36.7%, clínico 33.3%, quirúrgico 23.9%, trauma 6.11%. Prevalencia de constipación: 83% (n=149), 46% utilizaron laxantes (n=82). Dentro de los constipados, presentaron constipación refractaria: 29,2% (n=24). No se encontró asociación entre constipación y opioides, hiperglucemia, vasopresores, dexmedetomidina y NE precoz. Entre hiperglucemia y constipación refractaria, se halló asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). LOS UTI de los pacientes constipados refractarios fue mayor ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas para días de AVm.

Conclusiones: encontramos elevada incidencia de constipación en la UTI, sin asociación con los factores de riesgo evaluados. Posiblemente la constipación refractaria, sea expresión de la disfunción gastrointestinal presente en algunos pacientes críticos, no contemplada en ningún score de gravedad en uso, motivo por el cual se pudo encontrar una asociación entre constipación refractaria, hiperglucemia y mayor estadía en UTI.

0165 CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD PARA PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA

JP SUAREZ(1), M KHOURY(1), R LOPEZ(1), A GRINBERG(1), I TELIAS(1), S BELTRAMINO(1), R FREUE(1), G DE FEO(1)
(1) Lanari.

Objetivo: Identificar factores que predicen probabilidad de muerte en pacientes internados en terapia intensiva (TI).

Material y métodos: Se identificaron 2020 pacientes internados en (TI) entre agosto de 2009 y abril del 2014 revisando la base de datos. Se excluyeron registros con datos faltantes en edad y sexo. Las variables numéricas se informan como mediana y percentilos 25 y 75 (P25-P75). Para analizar la relación con mortalidad de utilidad regresión logística univariada y múltiple. Se dividió la muestra en forma aleatoria en un set de derivación, con 2/3 del total, para generar un modelo predictivo con selectores automáticos de variables (Stepwise) y un set de validación, con 1/3 del total, para evaluar el ajuste. Se testeó poder de discriminación de los modelos con el área bajo la curva ROC (A-ROC) y la bondad de ajuste con el test de Hosmer y Lemeshow (HL). Se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 2008 pacientes con mediana de edad de 76 años (P25- P75=69 -82), el 35.21% eran >80 años y el 47,06% varones. El 29.48% de los ingresos correspondieron a cuadros quirúrgicos. La mediana del Apache II fue de 12 (P 25-P75= 8-18). El 25.77% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM). La mortalidad durante la internación en TI fue del 11.55 %.

En el análisis univariado, cuadros no quirúrgicos, Apache mayor a 12, ARM y requerimiento de inotrópicos se asociaron en forma estadísticamente significativa con mortalidad, mientras que el sexo y el ser >80 años resultaron no significativas.

En set de derivación (n=1338) el modelo predictivo estuvo formado por: ARM (OR=7,06; IC=4,02-12,38; $p > 0,0001$), Requerimiento de inotrópicos (OR=5,71; IC=3,23-10,06; $p > 0,0001$) y Apache > 12 (OR=2,42; IC=1,49-3,92; $p < 0,0001$). A-ROC=0,89; HL con $p=0,29$. En set de validación (n=670) las tres variables mantuvieron significación estadística; A-ROC=0,91 y HL $p=0,56$.

Conclusiones: El Apache II > 12 y el requerimiento de ARM o inotrópicos resultaron los mejores predictores de mortalidad en pacientes internados en TI. Acorde a los resultados, el pronóstico parece

estar relacionado con la gravedad del cuadro más que con que el paciente ingrese por patologías no quirúrgicas o sea octogenario.

0166 SINDROME DE REALIMENTACION: REPORTE DE UN CASO

I AVERSA(1), L BUDROVICH(1), L SCALISE(1), L CAPDEVILLE(1), I PREVIGLIANO(1)

(1) Fernandez.

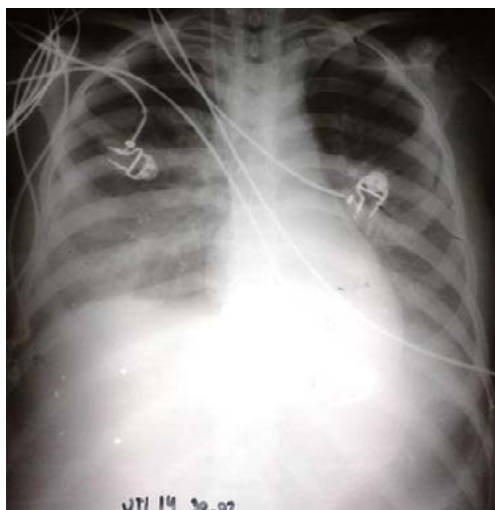
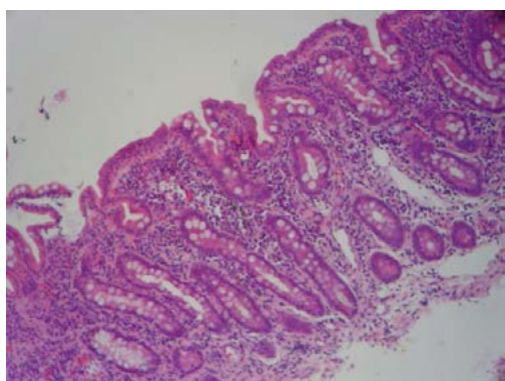
Introducción: El síndrome de realimentación es una alteración hidroelectrolítica que aparece en pacientes malnutridos que inician apoyo nutricional. Su alteración principal es la disminución de los valores plasmáticos del fósforo, electrolitos y vitaminas con disfunción de órganos y sistemas. Se presenta el caso de una paciente con desnutrición severa por enfermedad celiaca con el fin de evaluar el síndrome de realimentación.

Caso clínico: Paciente femenina de 20 años con antecedente de parto normal, que evoluciona con vómitos, diarrea, astenia, adinamia y pérdida de 30kg de peso en el puerperio. Ingresó a guardia presentando desnutrición severa, acidosis metabólica, insuficiencia renal aguda, anemia macrocítica, hipokalemia e hiponatremia. TC de tórax, abdomen y pelvis sin alteraciones, test de HIV negativo. Se interna en Terapia Intensiva donde inicia alimentación enteral con agravamiento de la diarrea. Posterior al inicio de la alimentación parenteral evoluciona con hipokalemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia, bicitopenia, aumento de transaminasas y hemoglobinuria. Presentó SDRA y derrame pleural bilateral (trasudado). En ECG aplanamiento de ondas T con ecocardiograma normal. Neurologicamente delirio con alucinaciones visuales y parestesias en miembros inferiores.

Se diagnostica enfermedad celiaca por biopsia duodenal y anticuerpos positivos. Durante su internación presenta cuadro de sepsis a foco endovascular. Evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico, soporte nutricional progresivo y aporte de electrolitos según necesidad.

Conclusiones: El síndrome de realimentación se caracteriza por alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas al iniciar la alimentación en enfermos desnutridos. Cuando se reintroduce la alimentación, aumenta la secreción de insulina que favorece el anabolismo y la entrada de electrolitos al interior celular, originando un descenso en sus concentraciones plasmáticas. Clínicamente se caracteriza por depleción de ATP secundario a hipofosfatemia que aparece 72hs posteriores al inicio del soporte nutricional. La misma causa insuficiencia respiratoria aguda por disfunción diafragmática y de músculos intercostales, hipoxia cerebral con diversas manifestaciones clínicas, disfunción medular, necrosis tubular aguda con mioglobinuria y hemoglobinuria e insuficiencia cardíaca.

El síndrome de realimentación en una entidad subdiagnosticada en los enfermos críticos, que se asocia a un aumento de la morbimortalidad y es prevenible con el estricto monitoreo de la concentración de electrolitos en plasma.



0167 USO DE ECMO EN LA TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS (UTIA)

N CIARROCCI(1), MS VENUTI(1), MJ LAS HERAS(1), SD VILLARROEL MENDOZA(1), SE GIANNASI(1), JE SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La utilización de ECMO ha ganado espacio en el manejo de la insuficiencia respiratoria y hemodinámica de múltiples causas. Hay pocos datos respecto a su uso en UTIA de nuestro país, por lo que investigación epidemiológica es necesaria para conocer sus alcances y limitaciones.

Objetivos: Describir indicaciones, complicaciones y resultados de la utilización de ECMO en una UTIA de la CABA.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes tratados con ECMO en los últimos cuatro años. De un total de 23 pacientes, 2 se encontraban internados al momento del análisis y uno corresponde a una patología muy poco prevalente (proteínosis alveolar), por lo que fueron excluidos.

Resultados: En la tabla 1 se observan los datos de la población. En 13 pacientes se usó en perioperatorio de trasplante pulmonar, y en 7 con hipoxemia refractaria. En la tabla 2 se observan las complicaciones presentadas durante la internación. La mortalidad fue de 35%; las principales causas fueron por hipoxemia, FMO y shock séptico. La mortalidad entre pacientes trasplantados fue del 23% y en no trasplantados 57%.

Tabla 1. Población

	N	%
Sexo Masculino	8	40
HTA	3	15
DB	1	5
EPOC	5	25
Edad (media/min/max)	36 (19-67)	
Charlson (media/min/max)	1 (0-7)	
Apache II (media/min/max)	19 (11-38)	
Trasplante Pulmonar	13	65
ECMO Venó-Venoso	17	85

Tabla 2. Complicaciones relacionados al ECMO

	N	%
Disfunción de Canula	1	5
Hemorragia	11	55
Trombocitopenia	11	55
Coagulopatía	5	25
Isquemia MMII	2	10
Complicaciones NO relacionados al ECMO		
NAV	9	45
Falla Renal Aguda	9	45
Hemodialisis	8	40
Neumotorax	6	30
Arritmias	5	25
Infección Partes Blandas	3	15

Conclusión: Dada la gravedad que tienen los pacientes en lo que se usa ECMO, este soporte es seguro y con baja incidencia de complicaciones graves. Las complicaciones hemorrágicas fueron frecuentes aunque con poca repercusión clínica. La mortalidad se encuentra dentro de los niveles reportados, sin embargo entre los No transplantados es elevada, esto nos obliga a discutir el momento de la instauración y el modo ventilatorio utilizado, entre otras.

0168 UTILIZACION DE ECMO PARA LA REALIZACION DE LAVADO PULMONAR TOTAL BILATERAL, EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXEMICA SECUNDARIA A PROTEINOSIS ALVEOLAR

MJ LAS HERAS(1), SD VILLARROEL MENDOZA(1), SE GIANNASI(1), JE SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La proteinosis alveolar (PAP) es una enfermedad pulmonar difusa caracterizada por la acumulación de material lipoproteínico en los espacios aéreos distales. PAP puede evolucionar con insuficiencia respiratoria aguda hipoxemia (IRAH), en estos casos el tratamiento más efectivo es el lavado pulmonar total (LPT), una terapéutica imposible de realizar en pacientes con hipoxemia crítica.

Caso Clínico: Ingresó al hospital una paciente de 46 años, ex tabaquista y con diagnóstico presuntivo de EPOC. Cuatro meses antes había requerido internación en otro centro por IRAH de causa no aclarada y ventilación no invasiva (VNI). Se dio alta con oxigenoterapia y corticoides sistémicos.

Ingresó a nuestra institución por un nuevo episodio de IRAH, en la TC de tórax presentaba: infiltrado difuso bilateral con patrón "crazy paving". Requiere intubación y VM. En la fibrobroncoscopia se obtuvo material denso color marrón claro, PAS (ácido periódico de Schiff) positivo, compatible con PAP. A las 48 horas persistía con PAFI < 100, y previa colocación de ECMO se realizó LPT. Se necesitaron 17 litros de solución salina para pulmón derecho y 13 litros para pulmón izquierdo. A las 48 horas se retiró el ECMO y a los 7 días se extubó. Se dio alta a domicilio sin oxígeno y en buen estado general.

Discusión: Cuando la PAP se asocia a IRAH la opción terapéutica es el LPT, sin embargo este no puede ser realizado con VM convencional. La utilización de ECMO en casos seleccionados permite mejorar la condición del paciente para aplicar dicha intervención. El LPT como el ECMO no solo conllevan posibles graves complicaciones, sino que también plantean retos logísticos que requiere del esfuerzo combinado de los equipos participantes.

Conclusión: Si bien no existe clara indicación del uso de ECMO como soporte para la realización de este tipo de procedimiento, hay reportes en situaciones similares a la presentada. La ECMO nos permitió el soporte vital de nuestra paciente durante la etapa más

crítica de la enfermedad y la realización del tratamiento definitivo, sin complicaciones.

0169 MIOPATIA NECROTIZANTE AGUDA. A PROPOSITO DE UN CASO

SEP VARGAS GUZMAN(1), N DIAZ(1), E SALCEDO(1), A TEMBRAS(1)
(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: La miopatía necrotizante aguda es una entidad incluida dentro de las miopatías inflamatorias, se caracteriza por un cuadro de debilidad simétrica aguda con predominio proximal rápidamente progresiva, acompañada de mialgias, llegando a afectar la musculatura respiratoria y faríngea, además de elevación de enzimas musculares.

Presentación del caso: Paciente masculino de 58 años con antecedentes de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma pobremente diferenciado estadio III, 3 ciclos de quimioterapia con leucovorina, 5 fluorouracilo y Oxaliplatino. Presenta 3 meses de mialgias y debilidad simétrica en los cuatro miembros a predominio de cintura escapular y pelviana que llegan a limitar la marcha. A su ingreso valores elevados de creatinafosfoquinasa (CPK 4668,4 UI/l), aldolasa (33.40 UI/l), deshidrogenasa láctica (1603UI/l) y transaminasas (TGO322UI/l, TGP 160UI/l), test HIV (-).

Se realizó electromiograma: miopatía inflamatoria proximal con signos leves de polineuropatía axonal.

Paciente progresa con dificultad deglutoria a líquidos con regular manejo de secreciones, continua CPK en ascenso. Con sospecha de miositis inespecífica se efectúa biopsia muscular cuádriceps derecho detectándose múltiples fibras necróticas con macrófagos y regeneración CUADRO COMPLATIBLE CON MIOPATIA NECROTIZANTE. Recibe tratamiento con prednisona a 1mg/kg/día y posteriormente con gammaglobulina sin mejoría. El paciente se niega a continuar medidas invasivas, fallece a los 30 días de internación.

Discusión: El cuadro de debilidad simétrica a predominio proximal y valores elevados de enzimas musculares nos llevo al diagnóstico principal de miositis, por lo que se empezó a estudiar las posibles causas. En la literatura se reportan casos asociados al uso de d-penicilamina, zidovudine, en particular al de estatinas. La neurotoxicidad relacionada con el oxaliplatino, se debe tener en cuenta ya que es frecuente pero se presenta con disestesia y parestesias. Todas estas causas medicamentosas se descartaron con la anamnesis. Así la rápida progresión y los valores de laboratorio nos llevaron a pensar en una miopatía paraneoplásica, como la miopatía necrotizante, teniendo la biopsia como prueba definitiva.

Conclusión: La miopatía necrotizante puede preceder o aparecer después del diagnóstico del cáncer, su pronóstico es malo ya que no se ha demostrado tratamiento eficaz, pero se ha reportado mejoría en algunos casos aislados con corticoides y con inmunoglobulina.

0170 IMPACTO DEL USO DE SS-BLOQUEANTES EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON SEPSIS

JM DIANTI(1), S DI STEFANO(1), N FUENTES(1), S GIANNASI(1), JE SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Bs As.

Introducción: La sepsis es una enfermedad de alta prevalencia y elevada mortalidad y la falla miocárdica es una complicación conocida de la misma. Estudios de ciencia básica, y recientemente un estudio prospectivo randomizado, sugieren cierto efecto cardioprotector de los β -bloqueantes (BB) en pacientes sépticos con compromiso miocárdico en agudo. Sin embargo no es claro si los mismos logran disminuir la mortalidad en estos pacientes.

Objetivo: Comparar la mortalidad intrahospitalaria y la severidad de la sepsis (sepsis severa, shock séptico, FMO) de pacientes con sepsis del Registro Institucional de Sepsis de Hospital Italiano (RISHI) que recibían BB crónicamente vs pacientes que nunca recibieron BB.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte de paciente con y sin uso crónico de BB (3 o más consumos consecutivos de BB en los 3 meses previos al ingreso por sepsis) sobre el RISHI durante el período 2007-2013. Se comparó la mortalidad hospitalaria y severidad de la sepsis mediante test de Chi-cuadrado y Mann Withney, de acuerdo al tipo de variable. Se realizó ajuste para el riesgo diferencial del consumo de BB mediante Propensity Score (C estadístico 0,68) que incluyó como variables cardiopatía isquémica, HTA, edad y sexo. Se consideró estadísticamente significativa una p de 0,05 y se presentaron los OR con su IC.

Resultados: Se incluyeron 3619 pacientes de los cuales 185 cumplieron con el criterio de uso crónico de BB. El OR crudo para mortalidad intrahospitalaria fue 0.029 (CI 95% 0.004-0.209), el de shock séptico fue 0.329 (CI 95% 0.199-0.773), el de sepsis severa fue 0.523 (CI 95% 0.341-0.803) y el de FOM fue 0.358 (CI 95% 0.188-0.681). El OR de mortalidad ajustada por PS fue 0.03 (CI 95% 0.004-0.02). El OR de mortalidad ajustada por PS fue 0.03 (CI 95% 0.004-0.2). El OR ajustado de shock séptico fue 0.370 (CI 95% 0.187-0.733), el de sepsis severa 0.505 (CI 95% 0.327-0.780) y el de FMO 0.363 (CI 95% 0.189-0.695).

Conclusiones: Observamos una disminución de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sepsis y consumo crónico de BB. A su vez se observó una disminución del riesgo de presentar sepsis severa, shock séptico y FOM.

	No BB	BB
Edad Media (min-máx), años	73.94 (18-102)	76.55 (51-96)
Sexo Masculino, N° (%)	1468 (42.55)	85 (45.9)
Charlson Media (min-máx)	2.12 (0-12)	1.7 (0-10)
Enfermedad Oncológica, N° (%)	800 (23.4)	26 (14.1)
Internación UTIM, N° (%)	486 (14.2)	26 (14.1)
Internación UTIA, N° (%)	513 (15)	13 (7)
Internación UCIC, N° (%)	374 (10.9)	29 (15.7)
EPOC, N° (%)	558 (16.3)	28 (15.1)
Cirrosis, N° (%)	35 (1)	2 (1.1)
Coronariopatía, N° (%)	470 (13.7)	61 (33)
Demencia, N° (%)	647 (18.9)	10 (5.4)
Antecedente TBQ, N° (%)	1450 (42.8)	88 (47.8)
ICC, N° (%)	549 (16)	34 (18.4)
IRC, N° (%)	563 (16.5)	34 (18.4)
Trasplante, N° (%)	19 (0.6)	1 (0.5)
DB II, N° (%)	469 (13.9)	34 (18.7)
Dislipidemia, N° (%)	1506 (47.7)	123 (74.1)
HTA, N° (%)	2499 (73.2)	180 (97.8)
IAM, N° (%)	227 (6.6)	28 (15.1)
Neutropenia, N° (%)	128 (3.8)	3 (1.6)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TBQ: tabaquismo; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; IRC: insuficiencia renal crónica; DB II: diabetes tipo II; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; UTIA: unidad de terapia intensiva de adultos; UTIM: unidad de terapia intermedia; UCIC: Unidad de cuidados intensivos cardiológicos.

0171 EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: IMPLEMENTACIÓN DEL NRS 2002 Y VGS POR UN EQUIPO DE SOPORTE NUTRICIONAL

P GUIMARAENS(1), M CARRIGNANO(1), P CABRERA(1), D CORBELLI(1), A MARTINEZ(1), M GOLDIN(1), C PEREZ(1), F CANDIA(1), C KECSKES(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: existen varias herramientas de screening y diagnóstico nutricional para aplicar en la UTI. El *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002) y la Valoración Global Subjetiva (VGS) son 2 de ellas. El NRS 2002 define riesgo y determina necesidad de intervenir o no a los pacientes. La VGS define diagnóstico nutricional.

Objetivo: describir los resultados del uso de dos herramientas de evaluación nutricional (NRS 2002 y VGS) en una población de pacientes (p) críticos, a cargo de un equipo de soporte nutricional, en un hospital universitario de CABA.

Materiales y métodos: análisis retrospectivo de registros en historia clínica electrónica de carga estructurada ad hoc. Se evaluaron ingresos a UTI/UTIM durante 1 mes. Se incluyeron mayores > 18 años y se eliminaron los que permanecieron < de 48hs. Se registraron resultados del NRS 2002 < 3 puntos: no requiere intervención o ≥ 3 sí la requiere; resultados de VGS A: normonutrido, B: sospecha

de desnutrición/desnutrición moderada, C: desnutrición severa. Intervención: nutrición enteral (NE), nutrición parenteral (NP), suplementación oral (SO) o alguna combinación. Resultados en media y DS, o mediana y rangos según corresponda.

Resultados: ingresaron 200p, 160 a UTI, 40 a UTIM. Permanecieron > de 48hs 178p y se evaluaron 157(88.2%). Edad: 62(DS 19,8)años, 83p(53%) masculinos. Grupo etiológico: clínico 77p(49%), quirúrgico 74p(47%), trauma 6p(4%). NRS < 3: 98p(62.4%) y NRS 2002 ≥3: 59p(37.6%). EGS A: 105p(67%), EGS B: 31p(20%), EGS C: 21p(13%). Se intervinieron 116p(74%) con NE 84p(72.4%), NP 24p(20.6%), SO 7p(6%), NP+NE: 1p(1%). Recibieron adecuación de la VO sin indicación de SN 41p(26%).

Conclusiones: se aplicaron ambas herramientas en casi 90% de los ingresos a UTI/UTIM. A pesar de haber obtenido NRS 2002 ≥3 en 37,6%, y VGS B+C en 33%, recibieron SN 74% de los pacientes evaluados. El NRS 2002 logra identificar pacientes en riesgo, pero no sería útil por sí sola para definir necesidad de una intervención. El diagnóstico nutricional por VGS tampoco sería suficiente. Es útil y necesaria la aplicación de alguna herramienta para definir riesgo y diagnóstico nutricional, pero no alcanzarían para determinar la necesidad de una intervención.

0172 PREVALENCIA DE UROCULTIVOS POSITIVOS EN PACIENTES INGRESADOS CON CATÉTER URINARIO A CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SAN LUIS

M VILLEGAS(1), ML GONZALEZ(1), YV QUIROGA(1), MB FERNANDEZ(1)
(1) Hospital San Luis.

Introducción: Unidad Cuidados Intermedios (UCI) junto con Unidad Terapia Intensiva (UTI) forman el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital San Luis. Durante el año 2012 el Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias detectó un franco aumento de infecciones urinarias en pacientes con catéter urinario de dicha Unidad a pesar de las estrictas normas de bioseguridad que el servicio cumple.

Objetivo: Determinar la cantidad de pacientes que ingresan al servicio con catéter urinario y que porcentaje presentan urocultivos positivos a la admisión a UCI.

Materiales y métodos: Se realizó estudio de investigación prospectivo, transversal y descriptivo durante el año 2013.

Criterio de Inclusión: Pacientes con catéter urinario derivados de distintos servicios.

Criterio de Exclusión: Pacientes que ingresan y permanecen sin catéter urinario. Pacientes que se les coloca catéter urinario luego de ingresar a UCI.

Toma de muestra: al ingreso del paciente, previa higiene, se recambia sonda vesical y se toma muestra estéril según protocolo.

Resultados: Durante el año 2013 ingresaron a UCI 313 pacientes = 125 (40 %) ingresaron con catéter urinario fueron incluidos en el estudio y 188 (60 %) cumplieron criterios de exclusión.

125 PACIENTES (40 %)			
	Uro cultivos Positivos	Uro cultivos negativos	
	42 (33,6 %)	83 (66,4 %)	
Servicio de origen	Total ingresos	Uro cultivos positivos	%
UTI	33	17	51,5 %
GUARDIA CENTRAL	64	15	23,4 %
QUIROFANO	8	2	25 %
CLINICA	16	6	37,5 %
CIRUGIA	4	2	50 %

Germenes encontrados

1º	Escherichia Coli	13 (31 %)
2º	Candidas	9 (21,4 %)
3º	Klebsiella Pneumoniae	8 (19 %)
4º	Enterococo	7 (16,6 %)
5º	Stafilococo Aurius	3 (7,2 %)
6º	Stafilococo Coagulasa neg	1 (2,4 %)
7º	Gardenella	1 (2,4 %)

Conclusiones: Se observa que el 40 % de los pacientes admitidos en UCI desde otros servicios ingresan con catéter urinario y el 33,6 % de los mismos ya presentan urocultivo positivo en su admisión. La mayor cantidad de pacientes ingresados a UCI con catéter urinario son de Guardia Central. El servicio con mayor porcentaje de urocultivos positivos es Terapia Intensiva. Cultivos predominantes: E. Coli, Candidas y Klebsiella Pneumoniae, 71,4 % de los casos. Se presentan los resultados del estudio al Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias para que se vean medidas de bioseguridad en los distintos servicios involucrados.

0173 MIELONISIS EXTRAPONTINA; REPORTE DE UN CASO POSTERIOR A CORRECCION ADECUADA DE HIPONATREMIA
SEP VARGAS GUZMAN(1), N DIAZ(1), E SALCEDO(1), A TEMBRAS(1)

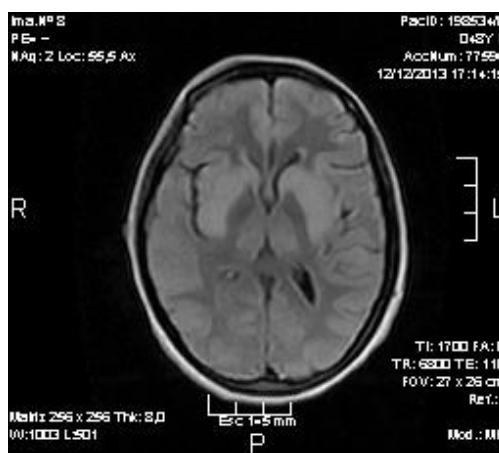
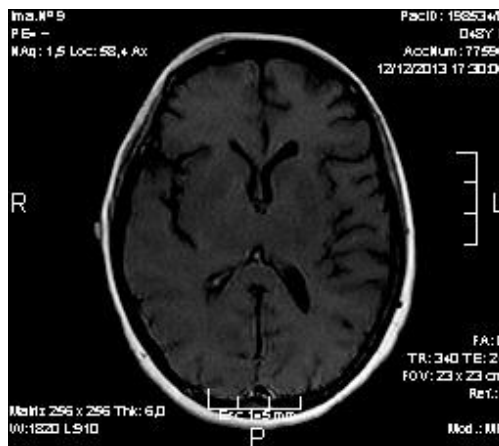
(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: La mielínolisis extrapontina (MEP) es una rara entidad causada por trastornos hidroelectrolíticos graves; siendo la corrección rápida de la hiponatremia la principal. Afecta principalmente tálamo, cuerpos geniculados, estriado, cápsula interna y externa, puede iniciarse con encefalopatía y posteriormente desarrollar déficit cognitivos de perfil difuso, trastornos extrapiramidales o córtico-bulboespinales. El diagnóstico se realiza por resonancia magnética.

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años con antecedentes de hipotiroidismo y síndrome depresivo. Derivada de otro centro donde ingresa por cuadro de astenia y adinamia en laboratorio constatan hiponatremia severa (110mEq/l), solicitan dosaje de cortisol y ACTH resultados compatibles con insuficiencia suprarrenal primaria, inicia tratamiento con corticoides más correcciones de sodio con controles séricos cada 6 horas, ajustándose el velocidad de infusión intravenosa de solución ClNa al 3%, asegurándose una elevación gradual del sodio sérico de 0.5mEq/hr llegando a 121mEq/l en 24 horas y en las siguientes 48 horas a valores de 130mEq/l, evoluciona con cuadriparesia, realizan RMN sin evidencia de alteraciones. Ingres a nuestro centro hemodinamicamente estable sin alteraciones metabólicas, vigil, con mínima respuesta al medio. Nueva RMN evidencia lesiones hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y Flair bilaterales simétricas en ambas cabezas de núcleo caudado, brazo anterior de capsula interna, globo pálido y putamen, no modifica su señal con medio de contraste.

Discusión: La MEP es parte del síndrome de desmielinización osmótica, siendo una complicación del tratamiento de pacientes con hiponatremia severa, los factores que incrementan su riesgo incluyen: Alcoholismo crónico, desnutrición, uso prolongado de diuréticos, trasplante hepático y quemaduras extensas, ninguno de los factores presentados por nuestra paciente, evolucionando de igual manera a la desmielinización osmótica con graves secuelas neurológicas, a pesar de reposiciones acorde a las recomendaciones.

Conclusión: La MEP es una complicación devastadora, teniendo una alta tasa de morbimortalidad y de secuelas neurológicas que en la mayoría de los casos llegan a ser permanentes. Si identificamos factores de riesgo para su desarrollo podríamos prevenirla realizando correcciones electrolíticas más controladas. En pacientes sin los factores establecidos en la literatura, podríamos pensar en marcadores de LCR para inferir con más certeza el riesgo de desarrollar esta patología.



0174 CARACTERÍSTICAS DE LOS FLUJOGRAMAS DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA POR DOPPLER TRANSCRANEAL EN PACIENTES SOMETIDOS A SISTEMAS DE ASISTENCIA CIRCULATORIA

G TUHAY(1), A FERRE(1), L AGUIRRE(1), M PERADEJORDI(1), D ABSI(1), A BERLOTTI(1), F KLEIN(1)
(1) Fundación Favaloro.

Introducción: Se han descrito extensamente los gráficos de velocidad de flujo sanguíneo cerebral del doppler transcerebral(DTC) en paciente normales y con patología cerebral. Sin embargo, no existen descripciones detalladas sobre los hallazgos en DTC en enfermos sometidos a asistencia circulatoria mecánica, membrana de circulación extracorpórea(ECMO) y balón intraórtico de contrapulsación(BCIA).

Presentación de casos: descripción de los hallazgos por DTC en una serie de pacientes, bajo asistencia circulatoria y ARM.

Paciente 1: Masculino(M), 56 años, con miocardiopatía dilatada con coronarias normales, en shock cardiogénico con asistencia ventricular(AV) izquierda con bomba centrífuga a 2000 rpm, VM 2.3 l/min.

Flujograma de cerebral media(FCM) con flujo con sístole y diástole
Paciente 2: M, 64 años en shock cardiogénico por miocarditis aguda de células gigantes con asistencia biventricular con bomba centrífuga. AVD 2.9 l/m AVI 3.1 l/min Noradrenalina(Na) 0.4 mcg/kg/min FCM con patrón de flujo continuo.

Paciente 3: M, 56 años, shock cardiogénico de etiología isquémica con tormenta eléctrica refractaria, bajo ECMO Venó-Arterial 4200rpm, VM 6.4lts/min. Na 0.15 mcg/kg/min. Fibrilación ventricular.

FCM con patrón de flujo continuo

Paciente 4: M, 22 años, 10° día post trasplante bipulmonar por hipertensión pulmonar idiopática con injuria de reperfusión, neumonía y dehiscencia de sutura bronquial con ECMO veno-arterial: 3180 rpm VM 4.28 l/min. Na 0.03 mcg/kg/min

FCM con patrón de flujo con sístole y diástole

Paciente 5: F, 57 años con fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar secundaria.

Hemodinámicamente estable. ECMO V-V: 3180rpm, VM 4.44 l/min FCM con patrón de flujo con sístole y diástole

Paciente 6: M, 57 años portador de miocardiopatía dilatada isquémico-necrótica con shock cardiogénico con BCIA 1:1. Milrinona 0.75mcg/kg/min. NPS 1mcg/kg/min

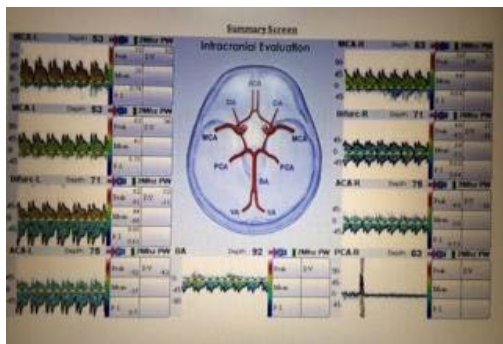
FCM con pico sistólico normal, disminución de la velocidad de fin de diástole y pico de aumentación diastólico, tal como se describe para el BCIA

Tabla 1: Características de los DTC

Paciente	ACMI	IP izquierdo	ACMD	IP derecho	Patrón de Flujo
1	69/37	1,03	65/39	0,87	sístole - diástole (S-D)
2	27/25	0,08	66/58	0,12	continuo
3	35/31	0,06	42/41	0,1	continuo
4	165/97	1,28	133/51	2	S-D
5			64/32	1,38	S-D
6	71/53	0,74	59/44	0,64	aumentación diastólica

ACMI: arteria cerebral media izquierda, IP: índice de pulsatilidad, ACMD: arteria cerebral media derecha.

Conclusión: Se describen los valores y patrones gráficos de velocidad de flujo en una serie de 6 pacientes sometidos a asistencia circulatoria mecánica incluyendo ECMO, BCIA y AV con bomba centrífuga.



0175 MALFORMACIÓN ARTERIO VENOSA MEDULAR TIPO III JUVENIL METAMÉRICA DE MAL PRONÓSTICO (MAVs III)

EA QUISPE LÓPEZ(1), D OTERO(1), J ECHAVE(1), F PODESTÀ(1), A SANCILIO(1), L BARRIOS(1), G BARBERO(1), L MORENO(1), K FIQUEPRON(1), K CINQUEGRANI(1), M RZPESKI(1) (1) El Cruce.

Introducción: las MAVsIII del cordón espinal complejas, son poco frecuentes, se presentan con déficit neurológico progresivo o en forma aguda. El compromiso puede variar desde una simple fístula a una malformación compleja. Las estructuras adyacentes pueden estar involucradas.

Cuadro clínico: niña de 9 años, sana, ingresó con debilidad progresiva en miembros inferiores, dolor dorsal y en miembros superiores de 24 hs de evolución. Arreflexia, ausencia de respuesta motora simétrica en 4 miembros, babilinski positivo. Evolucionó a cuadriplejia y compromiso de esfínteres vesical y anal, insuficiencia respiratoria

con requerimiento de AVM. En líquido cefalorraquídeo disociación albumino citológica. Con diagnóstico presuntivo de síndrome de Guillan Barre inició tratamiento con gammaglobulina. Se realizó traqueostomía temprana.

Luego de 21 días continuó con parálisis flácida en miembros inferiores con recuperación progresiva y parcial de reflejo aquiliano, rotuliano y **persistencia** de vejiga neurogénica. Se solicitó TC y RNM de columna que informaron malformación arterio venosa tipo III juvenil metamérica, confirmando el diagnóstico con angiografía de medula espinal. Lesión a nivel de C5.

Evolución: remisión de la parálisis de miembros superiores y recuperación de la función ventilatoria. Paraplejia y vejiga neurogénica.

Discusión: la paciente presenta al inicio parálisis flácida ascendente. Según epidemiología y estudios complementarios se inició tratamiento correspondiente. Luego de 21 días de persistencia de síntomas neurovegetativos (vejiga neurogénica), se realizaron estudios complementarios en búsqueda de diagnósticos diferenciales, con el hallazgo de malformación arterio venosa medular.

Conclusión: las malformaciones arterio venosas medulares metaméricas tipo III, son consideradas inoperables y de mal pronóstico debido a que el ovillo vascular anormal llena casi un segmento del canal espinal y contiene tejido del cordón. Debe sospecharse ante niños o jóvenes con síntomas neurológicos progresivos sin causa aparente, o como diagnóstico diferencial de otras entidades.

0176 TRASPLANTE HEPÁTICO ABO INCOMPATIBLE EN HEPATITIS AGUDA FULMINANTE

Y ASIS(1), O ROLON(1), L PEREZ IILIDGE(1), M MARTINEZ(1), A FERRE(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), M CARVALHO DORADO(1), S YANTORNO(1), P BARROS(1), F KLEIN(1) (1) Fundación Favaloro.

Introducción: Frente a la escasez de órganos disponibles, el trasplante hepático (TH) con injerto ABO incompatible así como el uso de órganos marginales y el de donantes vivos relacionados constituyen una alternativa en la falla hepática aguda.

Caso Clínico: Varón, 51 años de edad, portador de VHB. Con diagnóstico de hepatitis aguda sobre crónica y encefalopatía grado II (MELD 35) ingresa en lista de emergencia, evolucionando, rápidamente con progresión de su encefalopatía, requiriendo ventilación mecánica, vasopresores y hemodiálisis. A las 48 hs y debido a su estado crítico, se realizó TH con donante cadavérico heterogrupo (donante A+ / Receptor 0). Se realizó inducción con metilprednisolona intraoperatoria y anticuerpo monoclonal anti CD25. Posteriormente fue sometido a 7 sesiones de plasmaféresis e infusión de inmunoglobulina hiperinmune recibiendo gammaglobulina anti HBV, logrando títulos de Ig G anti A menores a 1/8. La función hepática mejoró rápidamente con normalización de los tiempos de protrombina e INR. Requirió relaparotomía exploradora al 8° día post TH por hematoma subcapsular, evolucionando con disfunción orgánica múltiple, exceptuando falla hepática, en el contexto de infección por sepsis a germen multiresistente.

Discusión: Existen pocos reportes de TH ABO incompatible en falla hepática fulminante al ser considerado una contraindicación relativa dada su alta tasa de complicaciones vasculares y de la vía biliar. La alta carga de inmunosupresión necesaria en estos casos favorece también el desarrollo de sepsis y disfunción multiorgánica, siendo éstas las causas más frecuentes de mortalidad. La plasmaféresis a fin de reducir títulos de anticuerpos Anti-A y el Rituximab hasta alcanzar la modulación inmunológica son las mejores armas disponibles para lograr el éxito del trasplante evitando el rechazo humoral, pudiendo iniciarse antes del trasplante, no en nuestro caso debido a la emergencia.

Conclusión: Se realizó TH con incompatibilidad ABO dado al estado crítico del paciente y planteado como puente al TH definitivo, el que no pudo ser alcanzado, a pesar de la mejoría de la función hepática, dada la evolución a sepsis severa. El TH con órganos ABO incompatibles es una alternativa válida en la emergencia en pacien-

■ Resúmenes

tes con rápido deterioro neurológico, entendiendo que presenta una tasa de mortalidad mayor.

0177 DIAGNOSTICO PRECOZ DE LOS ANEURISMAS DE LA ARTERIA ESPLENICA EN PACIENTES CIRROTICOS EN LISTA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

O ROLON(1), Y ASIS(1), C PEREZ ACOSTA(1), A FERRE(1), L AGUIRRE(1), P ROMERO(1), G TUHAY(1), F GRUZ(1), G GONDOLES(1), F KLEIN(1)
(1) Fundación Favaloro.

Introducción: Entre los aneurismas abdominales, el de la arteria esplénica, es el de mayor frecuencia en la población general (1%), sin embargo, su incidencia es hasta de un 12 % en pacientes con hipertensión portal (HP).

Caso clínico: Mujer, 25 años, con cirrosis por hepatitis autoinmune y síndrome hepatopulmonar. CHILD A, MELD 23. Ingresó electivamente para trasplante hepático (TH). Estudios previos: ecodoppler abdominal con HP, ecocardiograma con foramen oval permeable, centellograma con shunt A-V pulmonar. Se realizó TH Split, con donante cadavérico, complicado al 1° día con paro cardiorrespiratorio por shock hipovolémico en contexto de ruptura de aneurisma de la arteria esplénica (AAE), con requerimiento de embolización y posterior re TH (4° día) por trombosis de la arteria hepática, requiriendo pancreatometomía corpocaudal y esplenectomía, por la distribución de sus aneurismas múltiples.

Discusión: Los AAE, son más frecuentes en mujeres y en pacientes con HP, sugiriendo una relación entre la formación del aneurisma, el flujo arterial y el exiguu drenaje portal.

La mayoría son clínicamente silentes, y su riesgo de ruptura es bajo aumentando con su diámetro y el postoperatorio en general, incluyendo el TH. Otros factores de riesgo son el uso de corticoides, el trauma quirúrgico del aneurisma y la coagulopatía.

La arteriografía es el gold estándar diagnóstico para localizar la fuente de sangrado y evaluar el flujo colateral. La ecografía doppler y la angio TAC son también de utilidad.

El tratamiento quirúrgico o endovascular se recomienda en pacientes con síntomas, aneurismas >2 cm, mujeres en edad fértil y candidatas a TH. Las opciones terapéuticas incluyen la laparotomía, resección o exclusión por laparoscopia y terapéutica percutánea mediante stent o embolización, con riesgo de infarto esplénico.

Conclusión: El AAE es una complicación subdiagnosticada por su baja frecuencia aún en pacientes con cirrosis. Dado el mayor riesgo de ruptura y su elevada mortalidad, los pacientes en lista de TH deberían ser evaluados con técnicas por imágenes capaces de diagnosticarlo precozmente y/o ser buscados en el post trasplante x potencial desarrollo posterior.

0178 UTILIZACION DE CPAP DE BURBUJA EN EL WEANING DE PACIENTES PEDIATRICOS EN POSTOPERATORIO CARDIOVASCULAR

C MARAZZI(1), ME PAGNONI(1), MV LLUGDAR JURI(1), G PLOTNIKOW(1), KN ABRACAITE(1), C QUIROGA(1), MS FERNANDEZ(1), C FACHAL(1), JL SCAPELLATO(1), V ALTUNA(1), R POTERALA(1), L SOTO(1), D TURINA(1), A CARNIE(1)
(1) Anchorena.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una herramienta comúnmente utilizada para la prevención de falla respiratoria aguda (FRA) postextubación. Dentro de este método se incluye al CPAP de burbuja, el cual es un método sencillo que frecuentemente se utiliza en los pacientes neonatos.

Objetivo: Describir la utilización de CPAP de burbuja como método preventivo de FRA post-extubación en niños cursando postoperatorio cardiovascular (POPCV).

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Realizado en la UTIP del Sanatorio Anchorena desde Abril del 2009 hasta abril 2014.

Se incluyeron todos los pacientes ≥ 1 mes y ≤ 1 año de vida, cursando POPCV, que ingresaron a la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) por mas de 48hs, y a los cuales al momento de la extubación se les realizó CPAP, según criterio médico, como método preventivo de FRA post-extubación.

Resultados: Se analizaron 16 pacientes con una mediana de edad de 3,75 meses (RQ 2,1-5,4) los cuales cumplieron con los criterios de inclusión.

Todos los pacientes fueron extubados con una mediana de 10 [4,7-31,2] días de AVM. Luego de la extubación, la mediana de CPAP inicial fue de 8 [6,7- 8,2] cmH₂O y la final de 6.5 [6-7] cmH₂O. El tiempo de utilización fue de 3 [1-14]días, con 24 [7,5 -59] hs de mediana de duración. El 31,3% de los pacientes fueron reintubados. Entre las causas de fracaso encontramos que la principal fue insuficiencia respiratoria aguda (18,8%). La mediana de estadía en UTIP y hospitalaria fue de 28.5 días [18-55,2] y 47.5 días [26,5-69,5] respectivamente. La mortalidad fue del 18,8% (3 pacientes).

Conclusiones: La utilización del CPAP de burbuja podría ser un método eficaz para evitar la FRA post-extubación en pacientes POPCV.

0180 REPORTE DE CASO. PRESENTACION ATIPICA DE BOTULISMO DEL LACTANTE

L BARRIOS FERRO(1), D OTERO(1), J ECHAVE(1), F PODESTÀ(1), A SANCILIO(1), E QUISPE LÓPEZ(1), A PICCIRILLI(1), P CASTELLANI(1), K FIQUEPRON(1), MJ WERNISCH(1), M RZPESKI(1)
(1) El Cruce.

Introducción: El botulismo del lactante es una intoxicación poco frecuente, potencialmente grave, causada por la ingestión de esporas de clostridium botulinum, siendo el principal reservorio el suelo, polvo ambiental, alimentos contaminados y algunas hierbas medicinales. La mortalidad puede ser alta sin diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. En nuestro país el serotipo A ES el mas frecuente.

Presentación del caso: Paciente de 5 meses, comenzó con apatía, sensorio alternante, rechazo alimentario y constipación. Con diagnóstico de síndrome encefalítico se deriva a centro de mayor complejidad.

Ingresó en mal estado general, con sensorio deprimido, mal manejo de secreciones e hipotonía generalizada por lo que requirió intubación endotraqueal y avm. Recibió antibióticos y antivirales. Antecedentes: ptosis palpebral, pérdida de sosten cefálico e ingesta de te de manzanilla. Se plantearon como diagnósticos diferenciales miller fisher y botulismo. Se tomaron muestras de suero y materia fecal por enema y se inició tratamiento con gammaglobulina en dos días. Se recibe resultado negativo de toxina botulínica en sangre. Se realizó traqueostomía a los 12 días de internación. Permaneció en avm 15 días

A los 24 días de ingreso se recibe resultado positivo para toxina botulínica tipo a en materia fecal.

Presentó buena evolución neurológica y respiratoria. Actualmente se encuentra traqueostomizado, respirando aire ambiente. Alimentándose por sonda nasogástrica en su domicilio.

Discusión: la alteración del sensorio motivó plantear como diagnóstico inicial encefalitis, lo cual retrasó la oportunidad de tratamiento con suero específico. Contribuyó a ello el resultado negativo de serología y la demora en obtener el resultado en materia fecal.

Conclusión: El botulismo del lactante, es una enfermedad neuroparlítica potencialmente letal, tratable y prevenible, de notificación obligatoria que requiere alto índice de sospecha. La forma de presentación habitual en el lactante es hipotonía sin alteración del sensorio. El éxito dependerá de una terapia de apoyo priorizando soporte nutricional y ventilatorio.

0181 EVALUACION DE LA CINÉTICA DE BIOMARCADORES SÉRICOS Y SU RELACIÓN CON DESENLACES ADVERSOS EN LA NEUMONIA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA EN UCI

M ESPERATTI(1), M ESPERATTI(3), M FERRER(2), G LI BASSI(2), ME GONZALEZ(3), MS URBANO(3), A GABARRUS(2), A TORRES(2)

(1) Hospital Privado De Comunidad. (2) Clinic Barcelona. (3) Privado De Comunidad.

Introducción: Diversos biomarcadores han sido evaluados como marcadores pronósticos en la neumonía adquirida en UCI (NAUCI), sin embargo ningún estudio ha evaluado un extenso set de biomarcadores en la misma población de pacientes.

Objetivos: Determinar si los niveles y la cinética de diferentes biomarcadores evaluados tempranamente se asocian a desenlaces adversos ulteriores en la NAUCI.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional en una cohorte de pacientes con diagnóstico de NAUCI. Los días 1 y 3 se realizaron mediciones de proteína-C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT), proadrenomedulina (PADM), interleuquinas 6 y 8 (IL6, IL8), factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) y receptor soluble del activador de plasminógeno (suPAR). Los niveles absolutos y el delta entre los días 1 y 3 fueron analizados en relación con la mortalidad al día 28.

Resultados: De 179 pacientes incluidos, 61 (34%) murieron al día 28. El día 1 los pacientes que murieron presentaron mayores valores que los sobrevivientes en los niveles de PCT ($p=0.002$), PADM($p=0.001$), IL6($p=0.017$), IL8($p=0.005$), TNF α ($p<0.001$) y suPAR($p<0.001$); el día 3 presentaron mayores valores de PCT($p=0.008$), PADM($p=0.007$), TNF α ($p<0.042$) y suPAR($p<0.004$). La proporción de pacientes en quienes se elevaron los niveles de biomarcadores entre los días 1 y 3 no difirió entre los muertos y sobrevivientes. Las áreas bajo la curva (ROC) con significación estadística el día 1 fueron PADM, IL8, TNF α y suPaR (AUC 0.618, 0.641, 0.659, 0.658, respectivamente) y el día 3 PTC, PADM, y suPAR (AUC 0.621, 0.633 y 0.624, respectivamente). En el análisis multivariado, las variables asociadas independientemente con mortalidad al día 28 fueron la ausencia de mejoría del SOFA score entre los días 1 y 5 (OR=1.20, IC=1.03-1.39, $p=0.018$), la ausencia de mejoría de la PaO₂/FiO₂ entre los días 1 y 3 (OR=2.65, IC=1.16-6.05, $p=0.021$) y la disminución de los niveles de TNF α (OR=0.89, IC=0.83-0.95, $p<0.001$).

Conclusión: Aunque los niveles absolutos de los biomarcadores fueron mayores en los días evaluados, la cinética de los mismos y su rendimiento evaluado por curvas ROC fueron pobres predictores de mortalidad al día 28. El monitoreo de variables clínicas de bajo coste (SOFA score, PaO₂/FiO₂) podrían ser preferibles como marcadores pronósticos.

0182 MEDIASTINIS NECROTIZANTE DESCENDENTE. REPORTE DEL PRIMER CASO DE LA LITERATURA SIN RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

E SERRA(1), M DOTTO(1), J BALBI(1), J DOTTI(2)

(1) Sanatorio Fuegoينو De Diagnostico Y Tratamiento. (2) Sanatorio San Jorge.

Introducción: La mediastinitis necrotizante descendente es una enfermedad poco frecuente y su incidencia no esta clara. En diferentes publicaciones se le atribuye una alta mortalidad cercana al 50%. Hay menos de cien casos publicados en la literatura inglesa. En 1983 Estrera determino los criterios diagnósticos. El examen diagnóstico de elección es la tomografía axial computada cervicotorácica. Pearse describe una mortalidad del 35% en los pacientes tratados con cirugía y del 85% en aquellos pacientes que recibieron solo tratamiento médico.

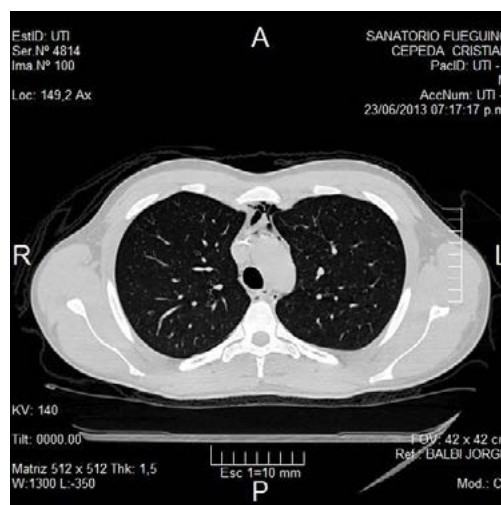
Caso clínico: Paciente de 24 años que comienza un mes previo a la internación con otalgia de oído derecho, no consultando con ningún profesional. 48hs previo al ingreso, por persistencia de signos/sintomatología faríngea consulta con especialista en otorrinolarin-

gología, quien decide internación en sala general para tratamiento ATB EV. A las 48hs presenta evolución tórpida, se decide realización de TAC que informa importante cantidad de aire por fuerza de la vía aérea que disecciona las estructuras vasculares y partes blandas en cuello y a sentido caudal compatible con mediastinitis. Laboratorio GB 16000, bilirrubina total 1.38, bilirrubina directa 0.13, bilirrubina indirecta 1.25, bicarbonato 19.6, EB -6, láctico 1.44. Se interpreta como mediastinitis descendente necrotizante y se decide su ingreso a UTI iniciándose tratamiento con imipenem 4gr/d + clindamicina 2.4gr/d.. Se decide realización de nueva TAC con contraste EV en donde se objetiva progresión a mediastino inferior y se solicita derivación a centro con especialista en cirugía de tórax. Permanece 5 días donde realiza tratamiento antibiótico endovenoso sin complicaciones, rotándose a levofloxacina 750mg via oral día.

Discusión: Estos cuadros precisan de un tratamiento multidisciplinar basado en el soporte en la unidad de Terapia Intensiva, una antibioticoterapia agresiva y el desbridamiento quirúrgico del foco inicial y del mediastínico.

Si bien no existe total acuerdo acerca de la técnica quirúrgica estándar de las MND, los autores recomiendan el enfrentamiento agresivo del cuadro.

Conclusión: A pesar de no cumplir con uno de los criterios de Estrera y col. (Demostración de lesión mediastínica necrosante en el acto quirúrgico, en el examen post-mortem o en ambos), consideramos que es el primer caso de MND que se publica sin necesidad de requerir intervención quirúrgica.



0183 SINDROME CONVULSIVO EN MUJER JOVEN CON GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA CON DIAGNOSTICO FINAL DE VASCULITIS SISTEMICA. PRESENTACION DE CASO

ND DIAZ PRIETO(1), SP VARGAS GUZMÁN(1), E SALCEDO NORIEGA(1), D FELLER(1), A TEMBRAS BELLO(1)

(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: En el paciente crítico, el estudio de patologías como vasculitis, plantea múltiples dificultades. Las vasculitis pueden ser confundidas con otras enfermedades sistémicas, sintomatología inespecífica por lo que se dificulta aún más su diagnóstico.

Caso: Femenina de 17 años. Antecedentes negativos. Ingres a UTI con diagnóstico de IRA con Glomerulonefritis Rápidamente progresiva confirmada por biopsia. Presenta movimientos anormales único episodio. TAC y RMN normales. Recibió tratamiento con dosis 500 mg de Ciclofosfamida, además de inmunoglobulina dosis de 2 gr. total. Reingresa el 04 de enero por convulsiones. Punción lumbar normal. Serologías y cultivos negativos. Laboratorios normales. RMN con lesiones hiperintensas en FLAIR y t2 predominio posterior derecho parietal, frontal derecha y corticostriatal izquierda. ANCA C neg. ANCA patron P (+). AC-ANTI MIELOPEROXIDASA (MPO) 6,10 positivo. Dexametasona amp 32 mg EV c/ día. Imágenes no se puede descartar absceso en la lesión parietal profunda por lo que se inicia Meropenem - Vancomicina ajustados a ClCr. Se adiciona Aciclovir por 21 días. Requiere Tiopental y Propofol; presenta depresión miocárdica. Se descarta ciclofosfamida como tto inicial. Azatioprina como inmunomodulador por menos efectos cardiotóxicos. Lesión cerebral, coagulopatía severa impide biopsia. RMN encéfalo control reaparición de lesiones con aumento en la extensión. En Ateneo se define inicio de ciclofosfamida 1 gr EV. c/mes x 6 meses. Alta de UTI al día 84.

Discusión: Las vasculitis necrotizantes sistémicas constituyen un grupo heterogéneo de procesos que se definen por inflamación y necrosis de la pared vascular acompañada o no de infiltrados inflamatorios en los tejidos circundantes. Las vasculitis anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA)-asociadas se caracterizan por la afectación de pequeño vaso y la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos del citoplasma de los neutrófilos (los llamados ANCA), con especificidad frente a mieloperoxidasa (MPO) o proteinasa 3 (PR3).

Conclusión: Nuestra paciente pertenece al grupo de vasculitis con afectación sistémica, con una historia de la enfermedad que inicia con GNRP, convulsiones por afectación SNC y finalmente afectación pulmonar. Dentro de los grandes síndromes la catalogamos como vasculitis de vasos de mediano y pequeño calibre.

0184 CASOS DE TUBERCULOSIS QUE REQUIERON TERAPIA INTENSIVA.

A PEREZ(1), M CARRASCO(1), R CURIMAN(1), F PEJENAU-TE(1), L CORSIGLIA(1)

(1) San Juan De Dios.

Objetivo: Describir las características, evolución y factores predictores de mortalidad en pacientes ingresados a Terapia Intensiva con diagnóstico de tuberculosis.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de datos obtenidos de 100 pacientes con diagnóstico probable o confirmado de tuberculosis (Junio a Diciembre de 2013). Los datos se volcaron en una base Excel. Comparamos población de pacientes tuberculosos con serología positiva para VIH (VIHP) con pacientes tuberculosos con serología negativa para VIH (VIHN). Utilizamos un modelo multivariable por regresión logística múltiple de predictores de mortalidad considerándose significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Confirmamos tuberculosis en 17 pacientes, VIHP 40% ($p0.05$) y VIHN 60%. Requieron ARM 73,3%(VIHP 45,45%, VIHN 54,55%), $p < 0.01$. Sin ARM 26,7%(VIHP 25%, VIHN 75%). Mediana

de edad: VIHP 32 (25-76), VIHN 37(20-62), $p=0.32$. Adicciones: VIHP 24%, VIHN 10%. Causas más frecuentes de ingreso: insuficiencia respiratoria VIHP 23%, VIHN 30,33%, $p<0.01$; shock séptico VIHP 23,69%, VIHN 21,96 %. Diagnóstico de neumonía: 88,72%, $p<0.01$. Patrón radiológico más frecuente, intersticio bilateral (42%); VIHP 30%, VIHN 12%. Score de Gravedad APACHE II(promedio): VIHP 19,66 puntos, VIHN 16,66 puntos; $p < 0,0001$. La ventilación mecánica fue un factor asociado a mortalidad tanto en VIHP (82,10%) y VIHN (80,12%), $p < 0,0001$.

Mortalidad global: 45,45% siendo la sepsis la causa más frecuente (60,19%). La mediana de edad en fallecidos 40 y en vivos 39; $p < 0,0001$. Mediana de APACHE II 18 puntos en fallecidos y 12 puntos en vivos con requerimiento de ventilación mecánica 73,30% los fallecidos y 26,70% los vivos. Predictores de mortalidad (IC 95%): ventilación mecánica (OR 24,10- $p < 0,0001$), edad > 30 años (OR 2,27- $p < 0,001$) y APACHE II > 12 puntos (OR 3,5- $p < 0,009$). VIHP o VIHN no fue predictor de mortalidad, 45 % y 41% respectivamente; $p < 0.60$.

Conclusiones: El APACHE II, la edad y la ventilación mecánica fueron predictores de mortalidad estadísticamente significativos, no siendo así la coinfección con VIH.

0185 CRIPTOCOCOSIS MENINGEA PERSISTENTE EN UNA CEPA SENSIBLE A ANFOTERICINA B. REPORTE DE UN CASO

S RACERO(1), C NOSTI(1), A HLAVNICKA(1), P BRUNETTI(1), S MONTONE(1), MJ LARREA CONTRERAS(1), P SZEKELY(1), D STURBA(1)

(1) Clínica De Los Virreyes.

Introducción: Existen reportes de persistencia y recaída de los pacientes con meningitis criptocócica. La mayoría de los casos están relacionados a resistencia a fluconazol. En este caso se describe una meningitis criptocócica persistente en paciente VIH relacionado a tolerancia a anfotericina B.

Presentación del caso: Mujer de 43 años con diagnóstico reciente de VIH sin adhesión a tratamiento antirretroviral, ingresa derivada de otra institución por convulsiones tónico clónicas y deterioro del sensorio que requiere asistencia ventilatoria mecánica. Se realiza TC de cerebro sin contraste sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio, TC de tórax con infiltrados bi basales, PL con presión de apertura de 25 cm H₂O, examen directo de LCR positivo para criptococo. Se coloca drenaje ventricular externo. Inicia tratamiento con anfotericina B liposomal 5 mg /kg/día. Se realiza laboratorio: carga viral 989000, CD4 2%. Evolución con estado epiléptico refractario; recibe tratamiento con levetiracetam, fenitoína y midazolam a dosis de supresión con buena respuesta. Cumple tratamiento con anfotericina B por 60 días con persistencia de crecimiento en directo y en cultivos de criptococo. Pruebas de sensibilidad CIM (mg/l): anfotericina B = 0.13 (sensible), fluconazol = 16 (resistente), Voriconazol = 0.25; Curva de letalidad: anfotericina B no inhibe desarrollo luego de 72 horas de incubación, anfotericina B asociado a Rifampicina inhibe desarrollo luego de 12 horas de incubación manteniéndose a las 72 horas. Se agrega al tratamiento Rifampicina que cumple durante un mes, luego se rota el tratamiento antimicótico a Voriconazol 5 mg /kg/día con persistencia de cultivos positivos para criptococo. La paciente evoluciona con estado de conciencia mínima. Posteriormente presenta shock séptico a foco respiratorio y fallece.

Discusión: En algunos casos de meningitis criptocócica persistente en pacientes VIH puede no observarse resistencia a la anfotericina B, a diferencia de otros reportes publicados. En este caso fue útil la utilización de curva de letalidad para modificar el esquema de tratamiento.

Conclusión: En casos de meningitis criptocócica persistente en pacientes VIH donde no se observa en pruebas de sensibilidad resistencia a la anfotericina B debería solicitarse curva de letalidad para anfotericina B.

0186 LEUCOENCEFALITIS DESMIELINIZANTE AGUDA POR VIRUS H1N1. REPORTE DE CASO

ND DIAZ PRIETO(1), SP VARGAS GUZMÁN(1), E SALCEDO NORIEGA(1), A TEMBRÁS BELLO(1)
(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: El término encefalomiелitis diseminada aguda, cuyo acrónimo en inglés es ADEM, implica el concepto de una respuesta autoinmune monofásica post infecciosa, post alérgica o post inmunización que afecta a la sustancia blanca del SNC provocando desmielinización.

Caso: Femenina de 56 años con antecedentes: diabetes tipo II, obesidad y lesión pustulosa en cuello. Ingresó a la UTI. Requiere ARM, evoluciona con compromiso hemodinámico. Se inició tratamiento con Tazonam y Vancomicina. LABORATORIO: Leucocitos 17000 urea 90 cre 2,7 GLU 270 Na 138 K 3,1 CL 91 FAL 500 Bt: 0,7 BD: 0,4. Progresa a SDRA. Hemodinámicamente inestable. Hemocultivos SAMS 2 x 2, se rota ATB a CEFAZO-CLIDA ajustado a CICr. **Hisopado positivo para H1N1** por lo que se adiciona OSELTAMIVIR. ETE normal. Paciente deteriora a SDOM, IRA oligoanúrica, HEMODIALISIS. Traqueostomía. **CONVULSIONES TÓNICO CLÓNICAS GENERALIZADAS.** Tratamiento BDZ y DFH. TC ENCEFALO sin alteraciones. PL: hiperproteinorraquia. CULTIVOS NEG. EEG bajo tratamiento médico, Estatus epiléptico no convulsivo, se realiza coma barbitúrico. RMN inicial de encefalo: áreas de hiperintensidad en t2 y flair en sustancia blanca bitemporal, corona radiata y focos desmielinizantes en la sustancia gris. **LEUCOENCEFALOMIELITIS DESMIELINIZANTE AGUDA.** Serologías LCR neg. Tratamiento DEXAMETASONA 32MG c/día. RMN control con desaparición de lesiones hiperintensas. Paciente con polineuropatía del paciente crítico. Al día 38 de la convulsión se decide paso a piso para continuar rehabilitación.

Discusión: Es una enfermedad inflamatoria de naturaleza autoinmune que compromete predominantemente la sustancia blanca del SNC y cuya lesión fundamental es la desmielinización. Habitualmente está precedida por procesos infecciosos (virales, bacterianos, parasitarios) o la colocación de vacunas. El mecanismo inmunopatológico está basado en una respuesta de tipo autoinmune por antígenos autólogos. La presentación clínica de la ADEM comienza frecuentemente 1 a 4 semanas después de un cuadro febril. En la ADEM post infecciosa, los síntomas se inician con la resolución del cuadro febril. RMN con lesiones desmielinizantes, hiperintensas en t2 y flair, con frecuencia bilateral, mayor en sustancia blanca.

Conclusión: En este caso se asocia a la infección por virus H1N1, que al ser un tipo de influenza puede generar alteraciones en el sistema de respuesta inmune y explica la aparición del ADEM.

0187 GESTIÓN DE STOCKS DE ANTIINFECCIOSOS EN CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL CENTRO DE SALUD "ZENÓN SANTILLÁN" DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN

AC ALBORNOZ(1), MC JUÁREZ DE GUERRERO, M GONZÁLEZ(1)
(1) Centro De Salud "zenón Santillán".

Introducción: La gestión de stocks es el procedimiento que asegura la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención de los pacientes, buscando garantizar la calidad, suficiencia y oportunidad de la farmacoterapéutica.

Cuando no se puede satisfacer la demanda de un insumo determinado por falta de su existencia en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC) o en farmacia, se produce una rotura de stock; por lo tanto se debe procurar mantener un nivel de stock óptimo, suficiente para evitar dicha rotura por un lado y un excesivo stock inútil por otro.

Objetivo: Proyectar las necesidades de antiinfecciosos en UCC para lograr la dispensación oportuna de los mismos, brindando información y evitando la rotura de stock, que ocasionaría la discontinuidad farmacoterapéutica en los pacientes.

Materiales y Métodos: Se clasificaron los medicamentos antiinfecciosos (1).

Se cuantificó la demanda anual de medicamentos antiinfecciosos de la UCC en el año 2013.

Se calcularon, con los criterios de la OPS(2), los Consumos Promedios Mensuales (CPM) de los antiinfecciosos; Stock mínimo (S_{mín.}) cantidad mínima de producto recomendada a tener en inventario para evitar desabastecimiento; Stock máximo (S_{máx.}) cantidad máxima de producto recomendada para evitar obsolescencia; stock crítico o Punto de Reposición (PR) cantidad en inventario que indica cuándo debe iniciarse el trámite de adquisición para evitar desabastecimiento y el Tiempo de Reposición (TR) tiempo requerido para realizar el proceso de adquisición, desde la determinación de necesidades hasta que el producto se encuentra disponible en la unidad.

Resultados: Con la aplicación de las fórmulas correspondientes, se obtuvo valores de CPM, S_{mín.}, S_{máx.}, PR para los medicamentos antiinfecciosos (Tabla 1) y el TR general 0,93.

Tabla 1. Valores de Consumo Promedio Mensual, Stock mínimo, Punto de Reposición y Stock máximo

Antibacterianos	Demanda Anual	CPM	S _{mín.}	PR	S _{máx.}
Amikacina 500mG	384	32.00	30	60	122
Ampicilina 1000 mG	210	17.50	17	33	67
Ampicilina+ Sulbactam 1500mG	1976	164.60	154	307	624
Cefalotina 1G	129	10.75	10	20	41
Ceftazidima 1G	36	3.00	3	6	12
Ciprofloxacina 200mG	1019	84.90	79	158	322
Claritromicina 500mG	1065	88.75	83	166	337
Clindamicina 600mG	819	68.25	64	127	259
Colistina 100mG	1796	149.60	140	279	567
Imipenem+Cilastatin 500mG	4913	409.40	381	762	1552
Levofloxacina 500mG	101	8.40	8	16	32
Meropenem 500mG	203	16.90	16	32	65
Meropenem 1G	324	27.00	26	51	103
Ornidazol 1G	84	7.00	7	14	27
Piperacilina+Tazobactam 4,5G	5376	448.00	417	834	1698
Vancomicina 1G	2177	181.40	169	338	688
Antiviricos	-	-	-	-	-
Aciclovir 500mG	111	9.25	9	18	36
Antifúngicos	-	-	-	-	-
Anfotericina 50mG	130	10.80	11	21	41
Fluconazol 200mG	1061	88.41	83	165	336

Conclusiones: A partir de la demanda anual de antiinfecciosos de la UCC y aplicando criterios técnico-farmacéuticos de gestión, se obtuvieron parámetros requeridos por la Unidad, para evitar la discontinuidad de la farmacoterapia en los pacientes.

Referencias: (1) Clasificación Antiinfecciosos-Clínica Universitaria de Navarra.

(2) Manual operativo unidad móvil de Salud-OPS (Organización Panamericana de la Salud).

0189 REPORTE DE CASO: TETANOS, UNA ENFERMEDAD TO-DAVIA EXISTENTE

P AVILA(1), W SERRA(1), A ARTAYETA(1), L TALAMONTI(1), G IZAGUIRRE(1), S SÁNCHEZ(1), G ELÍAS(1)
(1) Provincial De Rosario.

Introducción: El tétanos es un trastorno neurológico caracterizado por aumento del tono muscular, espasmos y disautonomía, provocado por la tetanospasmina, una toxina elaborada por el *Clostridium tetani*. Afecta a personas con inmunización ausente o inadecuada. Mayor incidencia en ancianos y neonatos, con vivienda y educación precarias. En Argentina, durante el año 2012 se recibieron en el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles la notificación de 10 casos de tétanos. Actualmente, existen generaciones de médicos que no han vivido la experiencia de enfrentar un paciente con esta enfermedad.

Presentación del caso: Mujer de 88 años que habitaba vivienda con piso de tierra, presentó una semana previa al ingreso herida cortante en tibia izquierda contra el zócalo de la puerta, agregando 5 días después trismus, disfagia no selectiva, alteración de estado de conciencia y movimientos tónico-clónicos generalizados. Tomografía de cráneo y punción lumbar sin alteraciones.

Laboratorio: leucocitos 18.400/mm³, CPK 1885 UI/l, LDH 1232 UI/l, uremia 60 mg %, creatinemia 1,6 mg %.

Dosaje sérico de Anticuerpos Anti-Toxide Tetánico: 0.06 UI/ml que se interpreta como carente de protección inmunitaria segura.

Tratamiento: aislamiento acústico, lumínico, sedoanalgesia, ARM, bloqueo neuromuscular, metronidazol y gamma globulina humana hiperinmune con actividad antitetánica y traqueostomía.

Presentó como complicación neumonía asociada a ventilador. Fallece al día 14 de internación.

Discusión: El tétanos es, en nuestros días, una enfermedad poco frecuente y en su forma generalizada presenta una elevada letalidad. Su diagnóstico es clínico sobre una base epidemiológica. En nuestro caso la paciente pertenecía a un grupo socioeconómico y etario de riesgo con inmunización insuficiente. La presentación fue típica, identificándose la puerta de entrada y síntomas cardinales como trismus y disfagia. Se descartaron otros diagnósticos como convulsiones, intoxicaciones, meningitis, encefalitis, absceso cerebral e hipocalcemia. El tratamiento específico en estos casos debe instaurarse inmediatamente. Están recomendados además la sedoanalgesia y disminución de estímulos ambientales para disminuir los espasmos musculares. La traqueostomía debe ser precoz. La neumonía asociada a ventilador es una complicación frecuente.

Conclusión: A pesar de ser infrecuente, el tétanos es una enfermedad existente en nuestro medio, es importante sospecharla, conocerla y tratarla correctamente.

0191 EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA VHIDA PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE NEUMONÍAS ASOCIADAS AL RESPIRADOR

A LOJO(1), G LEVY(1), R KARATANASOPULOZ(1), M PAIZ(1), L GOSSEN(1), R BAEZ(1), N JONATAN(1), G CORIA(1), FREBORATTI(1), C JOACHIN(1)
(1) Vidal.

Introducción: La NAVM es aquella que se produce en pacientes con intubación endotraqueal (oro-traqueal o traqueotomía) y que no estaba presente 48 horas previas a la intubación, incluyendo a las neumonías diagnosticadas hasta las 72 horas posteriores a la extubación. Las tasas de NAV calculadas actualmente, oscilan entre 14 y 17 episodios por 1000 días de VM, hasta el año 2009 en el que aumento hasta 12 episodios más, coincidiendo con la epidemia de gripe A H1N1. Como consecuencia de ello se imponen medidas de prevención como la implementación del programa VHIDA (Programa nacional de vigilancia de infecciones Hospitalarias de Argentina), actualmente participan de VHIDA 120 hospitales en forma activa, pertenecientes a las 24 jurisdicciones del país, que incluía el

aporte de elementos de asepsia, medidas de educación, control y seguimiento al personal de salud.

Objetivo: Comparar dos periodos de tiempo similares donde en uno de ellos se aplicó el programa VHIDA en nuestro centro, para la prevención de la neumonía asociada al respirador

Material y métodos: Se evaluaron los pacientes en dos periodos de tiempo, el primero sin la aplicación del programa VHIDA (periodo 1) y el segundo con la aplicación del mismo (periodo 2).

En el periodo (1), 200 pacientes de enero a diciembre del año 2008 y en el periodo (2) 336 pacientes, de enero a diciembre del 2013. Para el diagnóstico de NAV se utilizó el Score Clínico de Infección Pulmonar (CIPS) evaluando diariamente temperatura, recuento de glóbulos blancos, Secreción Bronquial, PaO₂/FIO₂, radiografía de tórax y Cultivo de Aspirado Traqueal.

Resultados: En el periodo 1 se observaron 17 episodios de NAV cada 1000 días de ARM, disminuyendo a 13 episodios en el periodo 2

Conclusión: La aplicación del programa VHIDA fue útil en disminuir la incidencia de NAV en pacientes de terapia intensiva

0192 CETOACIDOSIS DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: REPORTE DE CASO

C GAZZANO(1), D NOVAL(1), A PALAZZO(1), A SANTAMARIA(1), M BERTE(1), J GUILLEN(1), V MAZZOLA(1), N SEGURA(1), O KOCH(1), D MANSILLA(1), I KLYMENCO(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: La Cetoacidosis del tercer trimestre del embarazo (CTE) es una entidad infrecuente, considerada emergencia médica por poner en riesgo la vida de la madre y del feto. La mayoría de los casos evolucionan favorablemente con tratamiento médico.

Presentación del caso: Paciente de 21 años de edad, apendicectomizada, cursando embarazo de 31.5 semanas, atendida en un centro por cuadro de vómitos incoercibles de 6 horas de evolución, sedimento urinario patológico, leucocitosis y cetonuria +++. Interpretándose pielonefritis, inicia tratamiento antibiótico. Evaluada por obstetra, sin alteraciones en el examen.

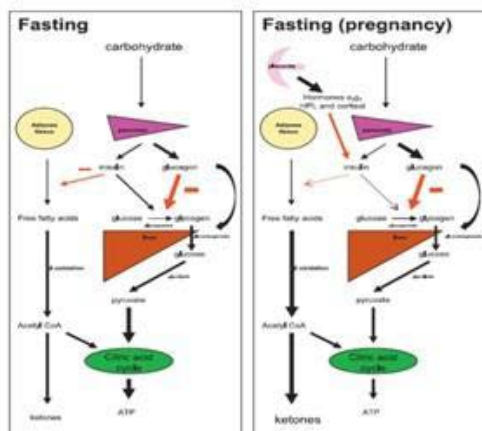
Derivada a nuestro centro para estudio. Ingresó con contracciones, se confirma óbito fetal por ecografía con membranas indemnes. Se realiza cesárea de urgencia y apertura peritoneal con dilatación colónica como único hallazgo patológico. Pasa a UCI.

Evolucionó con shock y acidosis metabólica con pH: 7.2, HCO₃: 9, ácido láctico: 9, GAP: 22 y cetonemia 7 hs más tarde: negativa. Se realiza intubación oro-traqueal, reanimación agresiva con cristaloides y tratamiento antibiótico. Estudiada con ecocardiograma que informa depresión moderada de la función sistólica e hipoquinesia global.

Por persistencia de shock se realiza TAC de abdomen que evidencia líquido libre. Se realiza relaparotomía con hallazgo de placa isquémica colónica que se interpreta como secundaria, realizándose imbricación de la misma. Cultivos negativos. Evolucionó con estabilidad hemodinámica, logrando ser extubada. Egresó de la UCI al día 11. La anatomía patológica del feto y la placenta no mostraron signos de infección.

Discusión: La CTE se presenta como un cuadro de acidosis metabólica severa con GAP elevado en embarazadas que realizaron ayuno inclusive de pocas horas. La producción de cuerpos cetónicos es secundaria a la resistencia relativa a la insulina provocada por hormonas placentarias que inducen el metabolismo de ácidos grasos. La muerte fetal se debería a una disminución del flujo uterino, pasaje placentario de cuerpos cetónicos con acidosis, hipoxemia y daño neuronal. El tratamiento consiste en aporte de hidratos de carbono. Debíó ser descartado en nuestro caso el shock séptico como diagnóstico diferencial.

Conclusión: La CTE es una entidad grave e infrecuente, dispone de tratamiento específico simple que disminuye la mortalidad materna y fetal cuando es realizado a tiempo.



Tomado de: Charlotte J. Frisera, Lucy Mackillop a, Karen Joash b, Catherine Williamson c. Starvation ketoacidosis in pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013. 167:3

0193 UTILIZACION DE TROMBOELASTOGRAFIA PARA GUIAR SOPORTE TRANFUSIONAL EN PACIENTES CRITICOS

J PAGES(1), GC JESICA(1), VF VERONICA(1), S MARTIN(1), GM AGUSTINA(1), B LAURA(1), C FEDERICO(1), J MICAELA(1), T OMAR(1), F PABLO(1), C SEBASTIAN(1), P PABLO(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: Los trastornos de la coagulación son frecuentes en los pacientes críticos. Su evaluación se realiza tradicionalmente mediante TP/KPTT/RIN y recuento plaquetario. Los resultados de estas pruebas deben ser interpretados con cautela debido a que dejan de lado la funcionalidad plaquetaria y la interrelación entre los componentes de la coagulación.

El examen de tromboelastografía permite identificar trastornos como déficit de factores de coagulación o alteración plaquetaria y evaluar la relación entre plaquetas, fibrinógeno y proteínas de la coagulación.

El uso racional de hemocomponentes permite optimizar la coagulación y disminuir el riesgo asociado a la terapia transfusional.

Objetivos: Describir las modificaciones en la estrategia transfusional posterior a la incorporación de la tromboelastografía. Estudiar la costoefectividad del método.

Material y Métodos: Estudio de costo minimización prospectivo observacional de paciente admitidos a unidad de cuidados intensivos de adultos durante el periodo 10/2013 -5/2014. Se incluyeron los pacientes con requerimiento transfusional estándar para corrección de coagulopatía. Se realizó análisis de medias, desvío estándar (DE) y relaciones porcentuales.

Resultados: Se analizaron 28 muestras en 21 pacientes. La media de TP 38% (DE 21), KPTT 56 seg (DE 29), RIN 2,64 (DE 1), recuento plaquetario 91.000/mm³ (DE 82.000/mm³). La media de edad fue 57 años (DE 14). El Apache II promedio fue 17 (DE 8,2).

El tromboelastograma fue normal en 13 muestras (46%). Se administraron hemocomponentes en 14 casos de 15 muestras anormales. La tromboelastografía evitó las transfusiones en 12 pacientes.

El costo transfusional teórico en este último grupo sería \$97.525. El costo de utilización del ROTEM por muestra fue \$900.

Se generó un ahorro transfusional de 60U de plasma fresco congelado y 23U de plaquetas que representaron un ahorro económico de \$72.325.

No se evidenciaron modificaciones en las tasas de sangrado relacionadas a la utilización de este método.

Conclusiones: La tromboelastografía aporta información adicional sobre los trastornos de coagulación y funcionalidad plaquetaria de forma individualizada. De esta manera nos permitió realizar

una terapéutica transfusional dirigida a los defectos hemostáticos específicos, generando reducción en el requerimiento transfusional total, disminuyendo los riesgos asociados a la terapéutica y produciendo ahorro en los costos.

0194 INTOXICACION POR METANOL EN TERAPIA INTENSIVA. UN ASESINO ENCUBIERTO

M GARCIA(1), RA QUINTEROS(1), EF GARCIA(1), JD FERNANDEZ(1), JC CELIA(1), RS ROJAS(1), L MACHUCA(1), MS CARRIZO(1)

(1) Regional De Comodoro Rivadavia.

Introducción: El metanol es inofensivo, pero sus metabolitos: el formaldehído y el ácido fórmico son en extremo tóxicos. De uso habitual en productos industriales, laboratorios y en el hogar; existiendo también un uso clandestino en bebidas alcohólicas. La exposición se da predominantemente por vía oral, aunque la absorción inhalada o transdérmica puede producir intoxicación. Se considera tóxico el consumo entre 20-50 ml de metanol puro; a pesar de los diferentes tratamientos, la mortalidad oscila entre 26-50% y en los casos restantes existe una gran cantidad de secuelas neurológicas y visuales.

Es nuestro objetivo destacar la importancia de la sospecha precoz, la cual permite instaurar un tratamiento adecuado con el fin de disminuir la alta morbimortalidad.

Caso Clínico: Paciente de 46 años, antecedentes de enolismo crónico e internaciones reiteradas por síndrome de abstinencia, ingresa al servicio de clínica médica con diagnóstico de acidosis metabólica severa (PH: 7.18, PCO: 33, PO2: 110, Bic.: 12, EB:-14, sat: 96%, Láctico: 9.3) acompañado de náuseas, letargia y taquicardia sinusal. Por sus antecedentes se solicita tóxicos en orina y metanol en sangre, dando este último positivo. A las 12 hs ingresa a UTI por insuficiencia ventilatoria, requiriendo VM. Con diagnóstico de intoxicación con metanol, se inicia tratamiento específico con etilterapia vía gástrica y endovenosa sin respuesta. Persistiendo con acidosis metabólica severa se realiza hemodiálisis. Obita a las 36 hs de ingreso.

Comentario: A pesar del diagnóstico temprano, mediante la determinación cualitativa de metanolemia, se retrasó inexplicablemente el inicio del tratamiento específico con etanol.

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los hospitales de nuestra zona no contamos en forma rutinaria con la detección de metanol, debe prevalecer la sospecha clínica ante pacientes con alteración del estado mental, disturbios visuales, dolor abdominal, acidosis metabólica con anión gap elevado y aumento del delta gap para el inicio precoz del tratamiento; el cual consiste en inhibir la transformación de metanol en sus metabolitos. Para que sea efectivo debe instaurarse de forma temprana, antes de que se haya formado una cantidad importante del metabolito tóxico.

Es recomendable tener una alta sospecha clínica para realizar un abordaje intensivo y temprano.

0195 DURACIÓN DEL VASOESPASMO CEREBRAL EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

E AMUNDARAIN(1), JP ROMERO(2), N GALLUCCI(2), K BUSTAMANTE(2), M CASANOVA(2), O FARIÑA(2), B DORFMAN(2)
(1) El Cruce De Florencio Varela. (2) El Cruce.

Introducción: El vasoespasmo cerebral (VC) posterior a hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática está asociado a mortalidad y déficit neurológico permanente. No existen grandes series que detallen su persistencia más allá del día 21 post sangrado (PS).

Definimos vasoespasmo prolongado (VP) aquel diagnosticado por Doppler Transcraneano (DTC) o arteriografía después del día 21 PS.

Objetivos: 1) Determinar la incidencia del VP. 2) Evaluar factores asociados. 3) Medir el impacto sobre la mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, sobre una base prospectiva, descriptivo y observacional, de pacientes ingresados entre

noviembre de 2010 y abril de 2014. **Criterios de inclusión:** > 18 años con diagnóstico tomográfico de HSA y vasoespasmo diagnosticado por DTC o por arteriografía. **Criterios de exclusión:** embarazadas, evolución a la muerte encefálica (ME) antes de las 24 hs o ingresados después del día 21 PS. Definimos VC por DTC: velocidades medias de ACM > 120 cm/seg con índice de Lindegaard > 3; por angiografía: disminución en un 50 % el diámetro arterial. Se definió como finalización del periodo de VC al último DTC con patrón compatible. Variables analizadas: edad, sexo, TBQ, HTA, diabetes, alcoholismo, resangrado, DVE, craneotomía descompresiva, hipertensión endocraneana, hidrocefalia, volumen de sangrado, H-H y WFN. Los datos se expresarán como media +/- SD ó mediana e intervalos intercuartiles para variables continuas y porcentajes para variables categóricas. La asociación de variables con VP se realizó con *t Test* o *Runk Test* para datos cuantitativos y *Chi2* para las variables cualitativas. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Analizados: 120 pacientes, 4 excluidos. 90 pacientes (77 %) presentaron VC.

VP fue hallado en 24 pacientes (26 %), con una mediana de 32 días (26-49). Variables asociadas al VP: sexo masculino $p0.006$ (OR: 0.36, IC: 0.07-0.69), TBQ $p0.037$ (OR: 0.36, IC: 0.13-0.85) y volumen de sangrado: Fisher 3+4 $p0.005$ (OR: 3.9, IC: 1.28- 12.4)/Fisher Modificado 4 $p0.03$ (OR: 2.9, IC: 1.04-4.6). Mortalidad $p0.54$ (OR 2.17 IC95: 0.13-36).

Conclusiones: La incidencia de VP fue del 26 %. Los hombres y/o TBQ presentaron menor duración del VC; y el volumen de sangrado se asoció con VP. No se encontró diferencia significativa en la mortalidad entre ambos grupos.

0196 ENTEROBACTERIAS KPC EN EL INGRESO A UTI

C BALASINI(1), S GONZALEZ(1), A FELDMAN(1), M TURINA(1), J DOMINGUEZ(1), G VALIDO(1), G MENDOZA(1), B SABASTANO(1)
(1) Pirovano.

Introducción: La KPC es un germen multirresistente que produce colonización e infección de pacientes críticos con gran morbilidad y mortalidad.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de colonización en pacientes que ingresan a UTI con más de siete días ingresados al hospital.

Materiales y Métodos: Pacientes mayores de 15 años ingresados consecutivamente a la UTI del Hospital Pirovano desde 01/01/13 a 31/3/14 que tengan estancia hospitalaria mayor a 7 días.

Las variables evaluadas fueron las epidemiológicas, scores de gravedad, y de resultado. Se realizó hisopados rectales al ingreso de pacientes y semanalmente en UTI.

Los datos se expresan en media±DS, Mediana, RI, y %.

Resultados: Durante el período estudiado ingresaron 132 pacientes con más de 7 días de estancia hospitalaria, 13 (9%) pacientes presentaron colonización al ingreso por enterobacterias KPC. Los datos epidemiológicos de los positivos y negativos se presentan en la tabla 1.

	KPC positivos P=13	KPC negativos P=119	p
edad	66±18	60±16	NS
masculinos	38%	60%	NS
APACHE II	18±7	13±6	0.01
SOFA	3±2	5±1	NS
Mortalidad	4 (31%)	18(15%)	0.12
Días UTI	11[5.5-27]	3[2-7]	0.003

Conclusiones: El 9% de los pacientes que ingresan a UTI tuvieron colonización por enterobacterias KPC, con mayor gravedad al ingreso, más tiempo de internación y mayor mortalidad aunque este resultado no es estadísticamente significativo seguramente por una *n* pequeña.



0197 COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA CONGENITA CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

MV LLUGDAR JURI(1), C MARAZZI(1), ME PAGNONI(1), G PLOTNIKOW(1), KN ABRACAITTE(1), C QUIROGA(1), C FACHAL(1), MS FERNANDEZ(1), JL SCAPELLATO(1), V ALTURNA(1), R POTERLA(1), L SOTO(1), D TURINA(1), A CARNIE(1)
(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: En la Argentina el 40% de la mortalidad infantil es debida a cardiopatías congénitas vasculares (CCV). La asistencia ventilatoria mecánica (AVM), generalmente es necesaria en el postoperatorio cardiaco. Su prolongación está relacionada a múltiples factores y se asocia a mayor morbi-mortalidad. El conocimiento de indicadores podría ser de ayuda para orientar al equipo de salud en la toma de decisiones.

Objetivo: Describir las complicaciones y resultados clínicos de los pacientes pediátricos mayores a un mes de vida en el postoperatorio (POP) de CCV que ingresan a la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) con requerimiento de AVM.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de marzo de 2009 a marzo de 2014 llevado a cabo en la UTIP del Sanatorio Anchorena. Se incluyeron niños ≥ 1 mes en el POP CCV correctora inmediata, que ingresen a la UTIP con intubación orotraqueal en AVM. Se excluyeron niños con cirugía cardiaca y traqueostomía previa al ingreso y re intervención quirúrgica cardiovascular en la misma internación.

Resultados: Se intervinieron quirúrgicamente 24 pacientes con una mediana de edad de 4 [2-9] meses, 50% hombres, mediana de peso 4,2 [3-6,6] kilogramos. El 25% presentó comunicación interventricular (CIV). Entre las principales complicaciones POP, el 28.5% presentó Sepsis/Shock y el 12,5% arritmias con necesidad de marcapaso. La mediana de duración en AVM fue 5 [1-10] días. Se extubó al 83,3% de los pacientes, de los cuales el 65% requirió ventilación mecánica no invasiva. La reintubación fue del 25%.

Como complicación respiratoria, el 21,5% de los pacientes desarrolló neumonía asociada a ventilación mecánica y otros 21,5% neumotórax.

La mortalidad en UTIP fue del 16,7%. La mediana de internación fue 14 [8-40] días en la UTIP y de 25 [9-50] días en el Sanatorio.

La regresión logística no halló correlación entre ninguna de las variables.

Conclusión: Al igual que en otros centros nacionales e internacionales, la CIV se encuentra dentro de las patologías cardíacas operadas con mayor frecuencia en nuestro sanatorio. A diferencia de éstos, nosotros encontramos en nuestros pacientes, un mayor porcentaje de complicaciones y mortalidad asociadas a la severidad de la patología quirúrgica.

0198 INSUFICIENCIA VENTILATORIA POR DÉFICIT DE CPT2

G FERNANDEZ, V CUELLAR(1), G CARRIZO(1), MJ GANDINI(1), H GARCÍA(1), R LÓPEZ(1), S VIERA(1), P ZENÓN(1), J DOUMIC(1)
(1) CI Puyrredón.

Introducción: La CPT2 es la forma miopática del déficit de carnitina palmitoiltransferasa II (CTPII), enfermedad metabólica hereditaria que afecta a la oxidación mitocondrial de los ácidos grasos de cadena larga. La literatura describe solamente 300 casos gatillados por ejercicio extremo, hipertermia e infecciones virales.

Presentación de caso: Internación en 2009 paciente masculino de 25 años con IVAS en tratamiento antibiótico durante 5 días. Ingresó con fiebre, mioartralgias, y orina oscura. Examen físico: aleteo nasal, regular mecánica ventilatoria, debilidad generalizada. Presenta opacidades perihiliares bilaterales. CPK:41000 UI/l Creat:1,19 mg/dl SO: cilindros granulosos, GR ++, transaminasas x 10. Tendencia a hipercapnia sin hipoxemia. Como antecedente relevante, el paciente refiere que presentaba luego del ejercicio orinas oscuras por lo que tenía restricción al mismo. Evoluciona en horas con mala mecánica respiratoria PH:7,25 PCO2:54 PO2:200 con máscara. Requiere intubación orotraqueal. A las 24hs presenta CPK:128000 UI/l LDH:1763 Aldolasa:960 Mioglobulinuria >1000, e IRA oligúrica. Reanimación con cristaloides alcalinizando la orina. No requirió hemodiálisis. Inicia tratamiento para NAC con ceftx-claritro- oseltamivir (epidemia H1N1). No se aísla germen. Serología para HIV, triquinosis, leptospirosis, dengue e hisopado H1N1 negativos. Evoluciona con descenso progresivo de CPK persistiendo con miopatía. Biopsia muscular sin cambios estructurales. Sospecha clínica de CPT 2 por ser la causa más común de mioglobulinuria y extremo aumento de CPK. Realiza estudio genético en España que lo confirma. En 01/2013 repite cuadro clínico. Hipertransaminasemias x 15. CPK:4000. Evoluciona rápidamente a insuficiencia ventilatoria con requerimiento de ARM e IRA oligúrica con requerimiento de Hemodiálisis. CPK >150000 UI/l. Destete dificultoso y NAVM. Alta de UTI a los 22 días.

Discusión: El déficit de CPT2 es patología caracterizada por ataques recurrentes de rabdomiólisis de curso benigno según la bibliografía. Los episodios de rabdomiólisis están asociados a elevación extrema de CPK (reportes hasta 60000), mioglobulinuria (75%) e IRA (8-25% de casos, raramente necesitan diálisis). En nuestro paciente la mayor destrucción muscular (CPK >150000 U/L) conlleva a un cuadro de mayor compromiso respiratorio y renal, con aumento de la morbimortalidad.

Conclusión: En pacientes con déficit de CPT2 podríamos inferir que un mayor valor de CPK podría estar asociado con peor evolución, por mayor compromiso respiratorio y renal.

0199 MONITOREO HEMODINÁMICO UTILIZANDO VARIABILIDAD DEL VOLUMEN SISTÓLICO COMO PARÁMETRO PARA GUIAR EL MANEJO DE LÍQUIDOS EN PACIENTES SÉPTICOS

V AQUINO(1), H BIANCO(1), F FERREIRA(1), A FRETES(1), B FIGUEREDO(1)
(1) Hospital De Clinicas.

Introducción: La clave en el tratamiento inicial de la sepsis es el manejo de los líquidos corporales y conocer la cantidad exacta de fluidos a administrar es un desafío en cada paciente. La precisión de las variables estáticas como objetivo en la reanimación, tales como la frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial media (TAM) y presión

venosa central (PVC), pareciera ser limitada en comparación a las dinámicas como la variabilidad del volumen sistólico (VVS). El uso de dichos elementos nos orientaría con certeza hacia el manejo óptimo de la volemia.

Objetivo: Determinar el nivel de volemia en pacientes con sepsis severa luego de la resucitación inicial utilizando la VVS para dicho efecto.

Materiales y métodos: Diseño observacional, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes en el periodo comprendido entre marzo y junio del 2013, sin patología de base, que ingresaron a la Unidad de terapia intensiva de adultos del Hospital de Clínicas, FCM-U.N.A. con sepsis severa y requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Luego de haberse realizado la resucitación inicial siguiendo las guías de la campaña sobreviviendo la sepsis4, se midió la VVS con el *Clinic Platform EV 1000* mediante el sensor *Floctrac* como parámetro para valorar el volumen del líquido intravascular teniendo como punto de corte para déficit de volumen una VVS >13%.

Resultados: Se incluyeron 3 pacientes de sexo masculino que ingresaron a terapia intensiva, con edad media 29,3 años (16-43), con diagnóstico de sepsis severa a punto de partida abdominal. Luego de la resucitación inicial presentaron las siguientes variables promedio: FC 94,3 latidos x minuto (73-110), TAM 82,3 mm Hg (70-95), PVC 15,3cm H

20 (rango 13-18). Sin embargo, la VVS fue 20% (17-26).

Discusión: Se observó en todos los casos que la volemia no era óptima luego de la resucitación habitual. Mientras que los objetivos de PVC, FC, TAM estaban dentro de los parámetros óptimos, la VVS sugería hipovolemia. Se concluye que es de gran utilidad contar con parámetros dinámicos para monitorizar la resucitación en los pacientes sépticos pero se requieren más estudios para corroborar estos hallazgos.

0200 NUEVO ALGORITMO PARA LA MEDICIÓN AUTOMATIZADA DEL SWING DE PRESIÓN ESOFÁGICA, PRODUCTO PRESIÓN-TIEMPO Y LA FRECUENCIA RESPIRATORIA UTILIZANDO ÚNICAMENTE LA SEÑAL DE PRESIÓN ESOFÁGICA

M MADORNO(1), I TELIAS(2), E SOBRINO(2), G BADARIOTTI(2), G MONTIEL(3)
(1) Itba. (2) Sanatorio Mater Dei. (3) Sanatorio Julio Méndez.

Introducción: Para medir el swing de presión esofágica (SwingPes) y el producto presión-tiempo (PTP) es necesario analizar las curvas de presión esofágica-tiempo (Pes-T) y flujo-tiempo (F-T). Postextubación o durante la falla respiratoria aguda, la medición del flujo espirado a través de una boquilla o máscara conectada a un neumotacógrafo puede resultar difícil o perjudicial para el paciente. El objetivo del trabajo es validar un algoritmo automatizado para calcular el SwingPes, el PTP y la frecuencia respiratoria (FR) utilizando únicamente el trazado de Pes-T en pacientes con esfuerzo respiratorio aumentado.

Métodos: Se comparó el promedio de SwingPes, PTP y FR por minuto de 2100 respiraciones obtenidas (luego de filtrar los artefactos) en 17 mediciones realizadas en 3 pacientes en tubo en T y 3 pacientes obesos ventilando espontáneamente en distintas posiciones. Se utilizó el trazado de F-T y Pes-T con el algoritmo del monitor FluxMed (basado en el descripto por Jubran y Tobin) y un nuevo algoritmo utilizando únicamente el trazado de Pes-T.

Éste reconoce un esfuerzo inspiratorio cuando la amplitud de la curva construida con la derivada de cada punto de la curva de Pes-T supera un umbral negativo y luego un umbral positivo. Luego realiza un análisis retrospectivo de la segunda derivada de los puntos de la curva de Pes-T para detectar el inicio del esfuerzo (Pes 0), siendo éste el punto en que la segunda derivada es mínima. El final del esfuerzo inspiratorio se reconoce cuando la Pes iguala a Pes 0 o 0,5 segundos después del punto en que se reconoce la presencia de una inspiración. El SwingPes es la diferencia entre el inicio del esfuerzo

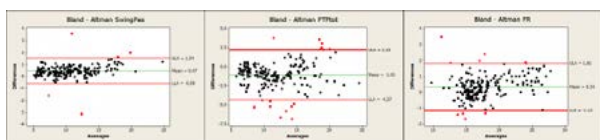
y el nadir en la curva Pes-T. El PTP es la integral de la curva de Pes-T entre el inicio y el final del esfuerzo inspiratorio.

La comparación se realizó a través de un análisis de correlación de Pearson y un gráfico de Bland-Altman para cada variable.

Resultados: Se obtuvo una correlación y un Bland-Altman de 0,983 ($p < 0,001$) y $0,34 \pm 0,75$ resp/min; $0,990$ ($p < 0,001$) y $0,47 \pm 0,54$ cmH₂O; $0,919$ ($p < 0,001$) y $-1,01 \pm 1,66$ cmH₂O.s para FR, SwingPes y PTP respectivamente.

Conclusión: La medición automatizada del esfuerzo respiratorio en términos de swing de presión esofágica y producto presión-tiempo, así como de la FR utilizando las curvas de F-T y Pes-T es análoga a la realizada a través de análisis únicamente de la curva de Pes-T en pacientes con esfuerzo respiratorio aumentado.

La aplicación del nuevo algoritmo tiene utilidad en la medición del esfuerzo respiratorio en quienes no se puede obtener una curva de F-T y la evaluación de la frecuencia respiratoria en pacientes ventilados durante la realización de esfuerzos inspiratorios inefectivos.



0201 REPORTE DE UN CASO: NEUMONITIS POR COLESTEROL

I GONZALEZ MARQUEZ(1), M DEGUARDIA(1), VJ OJEDA CHOQUE(1), TA SACCHETTI(1), J AGUILERA(1), B QUINTANA(1), A RUSATTI(1), AJ FIORANELLI(1)
(1) General De Agudos Carlos G. Durand.

Introducción: La neumonía lipóidea es una enfermedad rara causada por el depósito de lípidos en los alveolos pulmonares, puede ser de causa endógena (trastornos de almacenamiento, embolia grasa pulmonar o proteinosis alveolar, otras); de causa exógena por ingesta de laxantes, aspiración o inhalación de aceites minerales, vegetales o de origen animal.

Caso clínico: Paciente femenina de 48 años, diabética, obesa mórbida, insuficiente renal crónica, tos crónica y postrada. Ingresó a Unidad de Terapia Intensiva por insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica. Radiografía de tórax: infiltrados bilaterales intersticiales tipo reticulonodular con diagnóstico presuntivo de neumonía aguda versus Tuberculosis pulmonar.

Inicio de tratamiento con tuberculostáticos, y antibióticos, evolución con síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Minibal negativo para Bacilos ácido alcohol resistente; 70 días de tratamiento con tuberculostáticos sin respuesta al mismo, se realiza biopsia pulmonar: exhibiendo en el interior alveolar e intersticial cristales de colesterol, presencia de células gigantes e incremento del tejido fibroso intersticial. Se suspenden drogas tuberculostáticas, e inicia tratamiento con corticoides. Al tercer mes de internación se decánula con retiro definitivo de la asistencia ventilatoria mecánica.

Discusión: La neumonía lipóidea es una entidad crónica. No tiene un patrón radiográfico patognomónico. La sospecha clínica y los antecedentes son claves para el diagnóstico, el lavado broncoalveolar o biopsia de pulmón establecen el diagnóstico definitivo. Como tratamiento se utilizan los corticoides y el lavado pulmonar total.

Conclusión: Es una patología con escasos síntomas, subdiagnosticada e infrecuente, y la mejor terapéutica es la suspensión del agente causal.

0203 ADHERENCIA Y UTILIDAD DE LOS REGISTROS INFORMATIZADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA

MI VEGA ORIHUELA(1)
(1) Italiano.

Introducción: En nuestro hospital, (universitario de la CABA, Argentina), la Historia clínica electrónica (HCE) conforma un modelo único

de trabajo que engloba a todas las áreas, incluida enfermería. Los registros de enfermería son el soporte documental sobre valoración, ejecución y evolución del paciente. Incluye el registro de datos estructurado, semiestructurado y a texto libre. En nuestro servicio se generó una sistematización del registro informático estandarizado (RIE) en texto libre que incluye la valoración por sistemas, el registro de ejecución de procedimientos. Siendo evaluada la adherencia del personal de enfermería, la calidad de los registros y la utilidad para otros profesionales del servicio.

Objetivos: 1.- Determinar la adherencia de enfermería al RIE. 2.- Conocer la percepción de otros profesionales de la UTIA sobre RIE en texto libre acerca del uso y utilidad de los datos.

Material y método: Se realizó un estudio, descriptivo, transversal. Se evaluaron RIE de la totalidad de enfermeros del servicio (90) entre Abril y Mayo de 2014. Se consideró que el enfermero era adherente cuando el registro era correcto en tres evaluaciones distintas.

Para conocer la opinión de los profesionales sobre la utilidad de los RIE, se invitó a participar de una encuesta a 61 profesionales del servicio.

Resultados: Evolución por sistemas y ejecución de procedimientos Se realizaron tres observaciones por enfermero, un total de 270. 75 enfermeros evolucionaron por sistemas y anotaron procedimientos, mientras que 15 enfermeros hicieron solo una de ellas.

Percepción de profesionales interdisciplinarios

De n=61; (44) profesionales interdisciplinarios utilizan y consideran útil el RIE, mientras (17) no lo hacen.

Influencia en Profesionales interdisciplinarios

De n= 61; el 41% (25) continuaron o cambiaron el tratamiento a partir de los datos obtenidos del RIE, 54% (33) lo hicieron a veces, el 5% (3) no lo hicieron.

Conclusiones: La Adherencia ante RIE es alta en enfermería, evitando la pérdida de información. Los profesionales interdisciplinarios opinan que RIE facilita la búsqueda de datos, permite continuar o cambiar el tratamiento. La implementación de RIE como tipo de Registro estandarizados tiene la ventaja de tener registros ordenados, secuenciales, precisos, completos, de fácil acceso y comprensión.

0204 FUNCIONALIDAD E INDEPENDENCIA AL AÑO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS, LUEGO DE UNA INTERNACION EN TERAPIA INTENSIVA

P MASKIN(1), P RODRIGUEZ(1), I BONELLI(1), S ATTIE(1), S KOTSIAS(1), R VALENTINI(1)
(1) Cemic.

Introducción: La población está envejeciendo, y un porcentaje de la misma requiere cuidados críticos. Este grupo tendría alta morbilidad, y el beneficio de la terapéutica intensiva, en términos de calidad de vida a largo plazo no está adecuadamente estudiado en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la funcionalidad e independencia de los pacientes mayores de 80 años, a los 6 y 12 meses posteriores a una internación en terapia intensiva (UTI). Secundariamente, conocer la sobrevivencia de este grupo etario al año de internación.

Materiales y métodos: Se enrolaron pacientes adultos consecutivos ≥ 80 años que ingresaron a UTI entre Sept/2011 y Mar/2013. Se registraron edad, sexo, APACHE II, SOFA (días 1, 3 y 7), enfermedades concomitantes, scores de McCabe y Charlson, y diagnóstico de ingreso. Se realizaron scores de funcionalidad (ADL y Lawton) al ingreso, y por medio de una entrevista telefónica a los 6 y 12 meses. Se definió mal pronóstico a los 12 meses, como muerte o disminución de $ADL > 1$. Datos continuos expresados como mediana (IQR25%-75%), y analizados con test de Chi cuadrado o Fisher según corresponda, mientras que variables no paramétricas con t-test o Wilcoxon según sea apropiado.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes, edad: 85(82-88), 66% femenino. Charlson: 3(2-5), siendo las principales comorbilidades enfermedad coronaria (22.7%) y cáncer (16%). La principal causa de internación fue médica (69.3%), siendo sepsis el principal diag-

nóstico (27.3%). Estada en UTI: 3(2-6) días. APACHE II: 17(14-25), SOFA D1: 4(2-6), D3: 3(1-6), D7: 4(1-6). Mortalidad en UTI: 14% (mortalidad < 80 años: 11%, p0.53), hospitalaria: 25.3%, y al año 44%. Se evidenció un descenso del ADL y Lawton a los 6 y 12 meses (p < 0.001 en ambos casos). Mal pronóstico fue observado en 57.3% asociándose APACHE II (p < 0.001), SOFA D1 (p < 0.001), SOFA D3 (p < 0.001), Lawton al ingreso (p < 0.001), y score Charlson (p < 0.003).

Conclusiones: Los pacientes mayores de 80 años internados en UTI no poseen mayor mortalidad, pero presentan una disminución significativa de su independencia y funcionalidad; 57.3% tienen mal pronóstico, y solamente 22.6% son completamente independientes al año.

0205 PURPURA TROMBOCITOPÉNICA Y LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN UCI: EXPERIENCIA DEL H.G.A. DR. J. M. RAMOS MEJÍA DE LA C.A.B.A.

V TADEO(1), JP ROSSINI(1), A GELOSO(1)
(1) Ramos Mejía.

Introducción: La Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) se caracteriza por púrpura trombocitopénica, anemia hemolítica microangiopática, fiebre, insuficiencia renal y déficit neurológico mayoritariamente fluctuantes. Su asociación con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se reconoció en la literatura médica en 1939. Las dos enfermedades presentan manifestaciones clínicas similares por lo que en ocasiones es difícil la detección de PTT en un paciente con LES activo. La identificación de esquistocitos en frotis de sangre periférica es crucial para el diagnóstico así como la reticulocitosis marcada y reacción de coombs directa negativa.

Objetivos: Reportar una patología poco frecuente.

Métodos: Serie de casos. Prospectivo. Se analizaron las internaciones consecutivas de pacientes con LES y PTT que ingresaron al servicio de UCI desde 11/2012 a 05/2013.

Los datos que se recolectaron fueron edad, sexo, APACHE II, presentación clínica y estabilidad hemodinámica al ingreso a guardia, complicaciones, tiempo de estadía en UCI, mortalidad en UCI.

Resultados: Ingresaron a UCI 3 pacientes (ptes) con PTT y LES. La mediana de edad fue 33 años y todos eran mujeres. APACHE II: 21. Todas ingresaron a guardia por compromiso renal, evolucionaron con inestabilidad hemodinámica por lo que requirieron IOT de urgencia en sala y a 2 ptes se realizó hemodiálisis.

En todos los casos se realizó tratamiento con inmunosupresores. Se utilizó para el diagnóstico: laboratorio; frotis de sangre periférica (esquistocitos), reacción de coombs directa negativo, LDH aumentado.

En dos ptes. se realizó plasmaféresis (promedio 25 sesiones) periodos cortos de mejoría. Todas evolucionaron con Sepsisendovascular (cook) requirieron soporte con vasoactivos y transfusión de hemocomponentes. Una pte fallece antes de tratamiento.

La mediana de días de internación en UCI fue 25 días.

Conclusiones: La asociación de PTT y LES es poco frecuente generalmente se encuentra en etapa avanzada del LES o en autopsia. La incidencia reportada, pueden presentarse en meses o años esto dependería de la injuria las células endoteliales vinculadas al sistema inmune hiperactivo del LES podría ser el desencadenante del proceso trombótico característico de la PTT. También estaría atribuido a la presencia de anticuerpos fosfolipídicos.

0206 COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR CEPAS HIPERVIRULENTAS DE C. DIFFICILE DE LA COMUNIDAD

MA VELASQUEZ(1), MG MORALES(1), J HERNANDEZ(1), MB LLAPUR(1), C OCAMPO(1)
(1) Sanatorio Ntra. Sra. Del Rosario.

Introducción: La diarrea por C. difficile (CD) adquirida en la comunidad aumentó su incidencia en los últimos años. La magnitud de la repercusión clínica depende de características del huésped y de

la cepa infectante, reportándose casos de cepas hipervirulentas con incidencia en ascenso, llamada "BI/NAP1/027", la cual produce una mayor cantidad de toxinas A y B, con una mayor cantidad de esporulación, además de producir una tercer toxina llamada binaria, la cual incrementa su virulencia. Es probable que algunos factores del huésped contribuyan al aumento de su incidencia, por lo que se han identificado factores de riesgo fundamentales como exposición a antibióticos, inmunodepresión, uso de inhibidores de la bomba de protones entre otros.

Presentación: Paciente inmunocompetente, de 21 años de edad que es medicada ambulatoriamente con quinolonas por gastroenteritis. Evoluciona con profundización de síntomas gastrointestinales requiriendo internación por síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, insuficiencia renal aguda y respiratoria. Se detecta toxina de cepa hipervirulenta de CD. Requiere estadía prolongada en UTI para soporte vital, evolucionando con íleo, distensión abdominal, necesidad de alimentación parenteral, por lo cual se realiza TAC de abdomen con engrosamiento de paredes intestinales, asas dilatadas y ascitis. Al cabo de 20 días de tratamiento con vancomicina enteral asociado a metronidazol oral y EV, presenta mejoría de los síntomas gastrointestinales y es dada de alta.

Discusión: Las diarreas nosocomiales, en pacientes con factores de riesgo, siempre conducen al equipo médico tratante a sospechar la posible etiología infecciosa por CD. Caso contrario ocurre en pacientes con antecedente de uso previo de antibióticos, con características clínicas similares pero de la comunidad, inmunocompetentes los cuales son subdiagnosticados y tratados de manera incorrecta.

Conclusión: El aumento de la incidencia de diarreas por CD en pacientes de la comunidad debe conducir a la sospecha diagnóstica y eventual tratamiento empírico con fármacos específicos ya que no existe una prueba diagnóstica ideal y el laboratorio muchas veces no es concluyente. Se debe considerar dicha terapéutica cada vez que éstas se presenten con gran compromiso sistémico y exista un factor de riesgo para su adquisición.

0208 MIDRIASIS BILATERAL PARALITICA SECUNDARIA A INFUSIÓN DE TIOPENTAL

R GÓMEZ PAZ(1), H FERRARO(1), IN NIHANY(1), F RODRIGUEZ LUCCI(1), MA TOLEDO(1), S DIAZ KRAIL(1), ME PRIETO(1), RE SENESTRARI(1), FM IRAZOQUI(1), GR OYHANARTE(2), JN MARTINEZ NEHIN(2), MI MARTINEZ NAVARRO(2), AA FERRE CONTRERAS(2), BA PAZAN REYES(2)
(1) Sanatorio Finochietto. (2) Oyhanarte.

Paciente con internación en terapia intensiva con diagnóstico de status convulsivo superrefractario de 1 mes de evolución, que por persistencia del estado convulsivo tanto clínico como por electroencefalograma inicio infusión de tiopental. La dosis del mismo se fue incrementando hasta 9 mg/kg/hora para una paciente de 50 kg (10,8 gramos/día). Lográndose abolir el status convulsivo, tanto clínico como eléctrico. A las 24 horas de continuar con esta dosis de tiopental la paciente presenta midriasis bilateral paralítica, con reflejo corneano presente, se realizó tomografía de encéfalo donde no se observan lesiones agudas. Doppler transcraneano con presencia de flujo en arterias conservado. Electroencefalograma con actividad lenta sin presentar paroxismos. Ante la sospecha de causa farmacológica se suspende la infusión de tiopental en primera instancia. A las 24 horas de suspendida la infusión de tiopental la midriasis bilateral paralítica revierte, presentando pupilas intermedias iguales hiporeactivas.

La midriasis bilateral sin reactividad pupilar tiene causas tanto orgánicas como farmacológicas, de estas últimas causas la midriasis secundaria a infusión de tiopental se encuentra escasamente descrita y en la literatura (areactive bilateral midriasis and thiopental in neurologic intensive care ANN Fr Anesth Reanim 1984;3(6):470) figura en reportes de casos como efecto no deseado poco frecuente. La suspensión del fármaco en forma única con reversión del cuadro clínico nos orienta hacia el origen del mismo.

Las causas de midriasis son múltiples, ante la presencia de la misma se debería además de descartar lesión encefálica aguda grave y causas metabólicas, se debería descartar causas farmacológicas. Cuando se sospecha causas farmacológicas poco frecuentes se deben suspender los fármacos en forma progresiva (1 fármaco por vez) y aguardar resultado si el estado del paciente lo permite.

0209 DEBILIDAD ADQUIRIDA: SCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL Y EXTUBACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

J PEREYRA(1), D GELABERT(1), ME GIMENEZ(1), J MANSILLA(1), MI JAUREGUI(1), L ALVAREZ(1), A FIADONI(1)
(1) Higa Dr Oscar Alende.

Introducción: La extubación del paciente conectado a ventilación mecánica (VM) puede ser dificultosa asociada a debilidad muscular adquirida en el paciente crítico. El diagnóstico de la participación respiratoria - neuromuscular usualmente recae en los resultados de debilidad motora de las extremidades. El Score Medical Research Council (MRC) es útil para valorar la fuerza muscular de las extremidades y se correlacionaría con la fuerza de los músculos respiratorios, tomando como punto de corte 48/60, aquellos pacientes con valores inferiores a 48 puntos permanecerían más tiempo en VM.

Objetivo: Evaluar a través del Score MRC como influye la debilidad adquirida en pacientes en VM al momento de la extubación.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes extubados exitosamente ingresados en un periodo de enero a abril de 2014. Las variables analizadas fueron: edad, categoría diagnóstica, días de ventilación mecánica, uso de relajantes neuromusculares, escala de sedación RASS previa a la prueba de ventilación espontánea, PiMax, PeMax, y valoración de debilidad muscular según MRC total y discriminado en extremidades superiores e inferiores.

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes extubados exitosamente, edad promedio 46,22 (rango 25-79); días de VM 7 (rango 4-9) en ningún paciente se utilizaron relajantes neuromusculares, RASS en valores de (+1a-1); y prueba de respiración espontánea (PRE) exitosa; 9 pacientes(56,25%) fueron postquirúrgicos, 7 pacientes(43,75%) presentaron trauma; 9 pacientes (56,25%) con MRC < a 48, Score MRC media 36,22 (DS5,3); PiMax media -29(DS9,5); PeMax media 38(DS14,57), 7 pacientes(43,75) con MRC > 48; PeMax 50,71(DS21); PiMax -48,71(DS19).

Conclusiones:

- Los pacientes con MRC > 48 se extubaron sin dificultad.
- Los pacientes con MRC < 48 se extubaron exitosamente, cuando no tuvieron más de 7 días de ventilación mecánica, no recibieron relajantes neuromusculares, el RASS fue de (+1 a -1), y la categoría de ingreso fue post quirúrgicos o trauma.
- La rehabilitación precoz, intensiva, diaria y al despertar asociado al trabajo multidisciplinario favoreció una extubación exitosa.

0210 ESTADO DE MAL EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO ASOCIADO A ANTICUAEEROS ANTI NMDA

R GÓMEZ PAZ(1), H FERRARO(1), IN NIHANY(1), FM RODRIGUEZ LUCCHI(1), MA TOLEDO(1), MH AYUSO(1), DM MAGO SEVICH(1), A FERNANDEZ(1), J GALVÁN(1), F LASCAR(1), G LEIVA(1), E PALACIOS(1)
(1) Sanatorio Finochietto.

Paciente femenina de 24 años oriunda de la provincia de San Juan con antecedentes de 1 gesta 1 cesárea 2010. Comenzó con alucinaciones auditivas y delirio de características místicas, evolucionando a los 15 días con movimientos disquinéticos que ceden con diazepam. Se le realizó RMN donde no se observan lesiones agudas. Evolucionó con movimientos involuntarios faciales y de miembros superiores que alternaban "sacudidas clónicas" y luego evoluciona con deterioro del sensorio y coma, requiriendo internación en terapia intensiva con diagnóstico de Estatus Epiléptico, inicio tratamiento con drogas anti

comiciales e infusión de barbitúricos no revirtiendo el estado convulsivo. Se realizaron serologías en LCR para virus herpes 1 y 2, Epstein Barr, enterovirus, parotiditis, negativas; ANCA, FAN, informan negativos. Complemento C3 C4 informan dentro de valores normales. Derivada a CABA con diagnóstico de estado de mal epiléptico.

Por la respuesta al tratamiento y el tiempo transcurrido se realiza diagnóstico de Estado de mal Epiléptico Súper Refractario, continúa con tratamiento para el mismo con drogas anti comiciales y anestésicos endovenosos. Luego de descartar causas infecciosas, farmacológicas y tóxicas. Con diagnóstico presuntivo de encefalitis se solicita proteinograma, Anticuerpos Anti-Cardiolipinas IgG Anticuerpos Anti-Cardiolipinas IgM ANTICUERPOS ANTI RECEPTORES DE LA UNIÓN DE TSH Anti Tiroglobulina Ultrasensible V.D.R.L. Cualitativa Anti Yo HU (ANNA-1) AC. HU (anna-1) Cadenas livianas kappa en suero Anti-NMDAR Anti-AMPA1 Anti-AMPA2 Anti-CASPR2 Anti-LGI1 Anti-GABA-R

Por la alta sospecha clínica, con presentación inicial con alucinaciones auditivas y cuadro de delirio y las convulsiones de comienzo en cara y miembro superior características de la encefalitis asociada a anticuerpos se inicio tratamiento con corticoides y luego gammaglobulinas 2 ciclos y luego plasmáferesis. Resultado de Anticuerpo Anti-NMDAR positivo débil. A la fecha la paciente continúa con status por EEG.

La encefalitis mediada por anticuerpos Anti-NMDA es una causa de estatus epiléptico superrefractario poco frecuente, con asociación a enfermedad neoplásica de ovario, timo o pulmón. Se debe plantear el diagnóstico diferencial en los pacientes con diagnóstico de status superrefractario.

0211 PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA SECUNDARIA A PANCREATITIS AGUDA, UNA INFRECUENTE ASOCIACIÓN

V CUELLAR, G CARRIZO(1), G FERNÁNDEZ(1), MJ GANDINI(1), H GARCÍA(1), R LÓPEZ(1), S VIERA(1), P ZENÓN(1), R FERRERA(1)
(1) CI Pueyrredón.

Introducción: La Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) es un raro síndrome de causa desconocida con incidencia de 1 caso por millón. Se caracteriza por 5 síntomas cardinales: trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática, cambios neurológicos, disfunción renal, y fiebre. La pancreatitis aguda es descrita como consecuencia de PPT(en un 2%), sin embargo la pancreatitis como gatillante de PTT es poco común.

Presentación de caso: Paciente femenina de 58 años, hipotiroidea, consulta en guardia por dolor abdominal y vómitos de 48 horas de evolución. Laboratorio de ingreso: Amilasa:5320, LDH:1286, Creatinina:3.4 mg/dl, Plaquetas 100.000, Hiperbilirrubinemia a predominio indirecto, Hematocrito:42 % Glóbulos blancos:11.400. Ecografía abdominal:vesícula con múltiples litiasis en su interior.Tomografía: Baltazar C. Impresión diagnóstica:pancreatitis aguda biliar con 1 criterio de Ranson al ingreso. A las 48 horas evoluciona con deterioro del sensorio, confusión y caída del hematocrito (24 %), trombocitopenia (50.000), LDH 5500 asociado a hiperbilirrubinemia a predominio indirecto, con hallazgo de esquistocitos en frotis de sangre periférica. Reimpresión diagnóstica: PTT iniciándose plasmáferesis. A las 96 horas evoluciona con hipoxemia secundario a TRALI. Posterior a ARM PCR con 40 min RCP. Fallece al octavo día de internación por encefalopatía post anóxica.

Discusión: Diversos factores podrían gatillar PTT: embarazo, cáncer, infecciones y drogas.Mayormente idiopático.

La PTT secundaria a pancreatitis se desarrolla entre las 48 a 72hs del inicio de los síntomas, sin asociación con la etiología del proceso pancreático. Escasa información respecto etiopatogenia de la asociación entre estas 2 entidades. Dos hipótesis:una postula el daño endotelial por citocinas proinflamatorias estimulando la liberación del factor de Von Willebrand; la otra indica que las proteasas pancreáticas en sangre modifican el factor de VonWillebrand circu-

lante, produciendo agregación plaquetaria (forma adquirida de deficiencia de ADAMTS 13).

El reconocimiento precoz de ésta entidad en asociación con cuadro de pancreatitis modifica la sobrevida de la enfermedad.

Conclusión: La PTT es un desorden infrecuente, pero es muy importante tenerlo considerarlo en el diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal y plaqueta peina n pacientes con pancreatitis aguda, ya que sin tratamiento tiene una mortalidad del 90% . Undiagnóstico precoz con inicio temprano de la plasmaféresis cambia el pronóstico, con una supervivencia entre el 80 al 90%.

0212 ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB (ECJ) ASOCIADO A STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO (SENC).

JM BAZZANO(1), A SCHAER(1), L GARCÍA IRIARTE(1), L RODRIGUEZ(1), J MORENO(1), N MOLINA(1), A STEINBERG(1), M POMBO(1), I PRIETO(1), W COX(1), I CHOQUE(1), W CORNISTAIN(1), M TORRES(1), E BRAÑA(1), C COZZANI(1), G CUETO(1)
(1) Argerich.

Introducción: Las prionopatías constituyen un conjunto de enfermedades neurodegenerativas producidas por el acúmulo de una isoforma anormal de la proteína priónica celular (PrPc). Una manifestación clínica común es el desarrollo de demencia rápidamente evolutiva.

Caso clínico: Mujer de 68 años, española, con antecedentes de HTA y cuadro depresivo. Ingres a guardia por presentar deterioro cognitivo rápidamente progresivo de 5 meses de evolución. Al examen físico se constata Glasgow 9/15, síndrome piramidal generalizado, parálisis del VII par derecho, mioclonias y mutismo aquinético. Se interna en sala general. Se le realiza TAC de cerebro sin particularidades. Salud mental descarta patología psiquiátrica. Neurología solicita EEG, RM con gadolinio para descartar enfermedad priónica. La VDRL, HIV, TSH, PL y neurovirus en LCR resultaron negativos. El EEG informa un registro desorganizado de base lenta con descargas punta-onda generalizado a predominio izquierdo compatible con status, por lo que se indica valproato. A la semana, un nuevo EEG resultó similar, derivándose a UTI. Se decide IOT y ARM, se aumenta la dosis de valproato y se asocia tiopental. Una TAC de cerebro, tórax y abdomen resultó no relevante. Se solicita proteína 14.3.3 en LCR que fue positiva. Se agrega levetiracetam y se suspende el tiopental. Un nuevo EEG mostró persistencia de paroxismos de ondas lentas polipuntas, periódicas e hipovoltaje. Intercurre con múltiples infecciones, con episodio de shock séptico. Fallece tras 2 meses de internación.

Discusión: Si bien no habitual, la enfermedad de ECJ puede presentarse como un SENC, que deberá sospecharse cuando otra búsqueda etiológica, pruebas de laboratorio, LCR y neuroimágenes sean negativas. Especialmente si hay discordancia entre la resolución de la actividad epileptiforme y la persistencia de un deterioro clínico progresivo a pesar de un tratamiento óptimo. En este caso la clínica, el EEG y la proteína 14.3.3 apoyan altamente el diagnóstico presuntivo de la enfermedad.

Conclusión: La enfermedad por priones es poco frecuente. Es importante tenerla presente ante un enfermo con demencia rápidamente progresiva. El diagnóstico temprano puede evitar procedimientos médicos agresivos y fútiles en un paciente de mal pronóstico y con riesgo biológico.

0213 REVISIÓN DEL MANEJO POST QUIRURGICO INMEDIATO DE ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA CON NITROGLICERINA EN INFUSION CONTINUACOMO ALTERNATIVA

C ORSOLINI(1), G JHONERETH(1), R LIGARDA(1), L URANAGA(1), S ZIDARICH(1)
(1) Italiano De Cordoda.

Resumen: La manipulación quirúrgica del seno carotideo es responsable de fluctuaciones en la tensión arterial, su pinzamiento caroti-

deo desactiva los baroreceptores mientras que el despinzamiento los reactiva. El objetivo de la cirugía es prevenir el infarto cerebral. Una vez finalizado el acto quirúrgico los pacientes que ingresan a UTI presentan una elevación de la Tensión Arterial para lo cual requieren manejo estricto antihipertensivo para prevenir el síndrome de reperfusión cerebral y esto se realiza mediante antihipertensivos por vía endovenosa e infusión continua.

Objetivo: Es demostrar la utilización de NTG en infusión continua en pacientes que se encuentran cursando su post quirúrgico inmediato con hipertensión, en lugar de usar el beta bloqueante en infusión (Labetalol) que es lo que recomiendan las guías de manejo de endarterectomía, o usarlo tan solo como bolo dependiente de la Tensión Arterial.

Material y Métodos: Es un estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal en base a historias clínicas en un año.

Resultados: Se analizan 21 endarterectomías carotídeas sucesivas, realizadas 21 pacientes en un periodo de 12 meses desde abril del 2013 a abril del 2014. Un 76.19% era de sexo masculino y la edad promedio fue 72 años, el 100% de los pacientes tenía hipertensión arterial de Base polimedicados; con un promedio de estadía en UTI de 2,3 días. Un paciente (4.7%) presento una complicación hematólogica (hematoma). No hubo morbilidad neurológica o mortalidad operatoria. Ningún paciente ha tenido eventos isquémicos de origen carotideo. El uso de NTG en el post quirúrgico inmediato fue durante 1,7 días. El uso de antihipertensivos orales como terapia coadyuvante a la NTG una vez reestablecida en un 96,4%. La PAM que se manejo fue de 98,96.

Conclusiones: La mitad de los pacientes en los cuales se les realizó la endarterectomía carotídea presentaban antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, el sexo masculino presenta mayor incidencia de ateromatosis carotídea. Otro punto que se vio fue el uso de NTG por vía endovenosa en infusión continua se realiza por al menos durante la mitad de la estadía en UTI y que además es necesario el tratamiento por vía enteral de antihipertensivos orales para el correcto manejo de la hipertensión.

0214 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE: SINDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO PRIMARIO

M RABINO(1), A BORDOGNA(1), P BRESSO(1), O AMOREO(1), A SANCILIO(2)
(1) Hiaep Sor María Ludovica. (2) Hospital Evita.

Introducción: El Síndrome nefrótico congénito primario (SNCP) es una enfermedad infrecuente, de pobre pronóstico, caracterizada por proteinuria masiva, hipoalbuminemia y edema antes de los 3 meses de vida. La mayoría son causados por defectos genéticos en los componentes de la barrera de filtración glomerular. Puede ser parte de asociaciones malformativas u originados por infecciones perinatales.

Las formas genéticas no responden al tratamiento inmunosupresor, siendo efectivo sólo el trasplante renal.

Presentación del caso: Lactante de 2 meses, que ingresa por apnea que responde a estímulo. Presenta acidosis metabólica con acidemia, hiperleucocitosis, anemia e hiperplaquetosis. Se interpretada como sepsis severa, se cultiva y medica con antibióticos, expansión con volumen, corrección de bicarbonato y transfusión de glóbulos rojos sedimentados. Surge del interrogatorio la ingesta de té de manzanilla. Evoluciona desfavorablemente con edema generalizado, acidosis metabólica persistente y oliguria por lo que solicita su derivación.

Ingresa en asistencia respiratoria mecánica, en anasarca, con persistencia de acidosis metabólica y signos de bajo gasto cardiaco, con requerimiento de inotrópico y diálisis peritoneal. Aspirado traqueal + Haemophilus influenzae. Ecografía renal con hiperecogenicidad bilateral sin diferenciación corticomedular. Al 4° día de internación se constata hipoalbuminemia (12.1g/l), hipoproteinemia (25g/l), hipercolesterolemia (290mg/dl), anemia (hto 20%) y proteinuria en rango nefrótico. Se descartan

■ Resúmenes

metabolopatías, intoxicación, infecciones congénitas y lupus eritematoso sistémico.

Permaneció 9 días en diálisis peritoneal, con mejoría transitoria. A las 72hs. reagudiza el cuadro, presenta edema agudo de pulmón y fallece. Se confirma el diagnóstico de SNCP, sospechando esclerosis mesangial difusa.

Discusión: Las formas de presentación de SNCP pueden ser diversas. Nuestro paciente se presentó con acidosis metabólica refractaria, planteándose distintos diagnósticos diferenciales, como causas infecciosas, reumatológica, metabólica y tóxica.

Conclusión: A pesar que las presentaciones atípicas son infrecuentes, el SNCP debe ser siempre sospechado ante todo paciente con hipoalbuminemia y proteinuria masiva, aún sin presencia de edema. La presentación clínica es variable según la etiopatogenia y las posibles injurias agregadas que incluso pueden desencadenarlo.

0215 TRATAMIENTO NO CONVENCIONAL DE LA HIPOXEMIA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA: ÓXIDO NITRICO

M MENDOZA(1), A BORDOGNA(1), A SILVESTRE(1), M RABINO(1), N TODARO(1)

(1) Hiaep Sor María Ludovica.

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (IRAH) continúa siendo asociada a altas tasas de mortalidad y morbilidad. El óxido nítrico inhalado (ONi) es un vasodilatador que podría revertir el fenómeno protector vasoconstrictor que produce la hipoxia en unidades pulmonares mal ventiladas en pacientes con IRAH, produciendo una mejoría transitoria en la oxigenación luego de su administración al reducir las alteraciones de la relación ventilación/perfusión.

Presentación del caso: Niña de 12 años asmática que ingresa por dificultad respiratoria grave que no responde a tratamiento con salbutamol, corticoide y sulfato de magnesio por lo que se traslada a unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) donde ingresa en ARM presentando patrón obstructivo, se medica con antibióticos y requirió soporte inotrópico. Al 3° día presenta distress respiratorio. A los 14 días se agrega neumonía asociada al respirador por Klebsiella pn. Y Pseudomona sp. derivando en hipoxemia refractaria al tratamiento convencional con hipertensión pulmonar moderada, constatada por ecocardiograma. Se decide, ante la imposibilidad de realizar ECMO, iniciar tratamiento con óxido nítrico a 20ppm luego de 48 hs. Se constata a los 20 minutos mejoría del índice de oxigenación del 23.8%, iniciando el descenso paulatino del ONi hasta suspender a las 72 hs. Evoluciona favorablemente, por fallos reiterados en la extubación se traqueostomiza, retrasándose 7 días por trastornos psicorgánicos. Permaneció 28 días en UCIP siendo dada de alta hospitalaria luego de 105 días.

Discusión: El ONi puede ser útil como un tratamiento de rescate durante un periodo de tiempo corto (24-96 horas). De acuerdo a la bibliografía no parece tener un efecto estadísticamente significativo sobre la mortalidad y faltan datos para la mayoría de los puntos que tienen relevancia clínica (mortalidad, días sin ventilador, tiempo de estancia en cuidados intensivos y en el hospital y seguimiento a largo plazo)

Conclusión: Si bien nuestra paciente tuvo una respuesta favorable al uso de ONi, aún son necesarios más estudios para poder recomendar su utilización, debiendo ser una opción solo ante la falta de respuesta al tratamiento convencional

0216 MEDICIÓN DE AMONIO EN ORINA COMO INDICADOR DE LA RESPUESTA RENAL A LA ACIDOSIS METABÓLICA

SP WELSH(1), N DOLCEMÁSCOLO(1), V RODRIGUEZ(1), DE VALNZUELA(1), FD MASEVICIUS(1), A DUBIN(1)

(1) Sanatorio Otamendi.

Introducción: La respuesta renal frente a la acidosis metabólica es la mayor excreción urinaria de amonio ([NH₄⁺] urinario). Esta

respuesta no ha sido evaluada en pacientes críticos debido a que la medición de [NH₄⁺] urinario en los laboratorios de guardia es técnicamente dificultosa. Como enfoque alternativo, se ha utilizado el anión gap urinario ([AG] urinario).

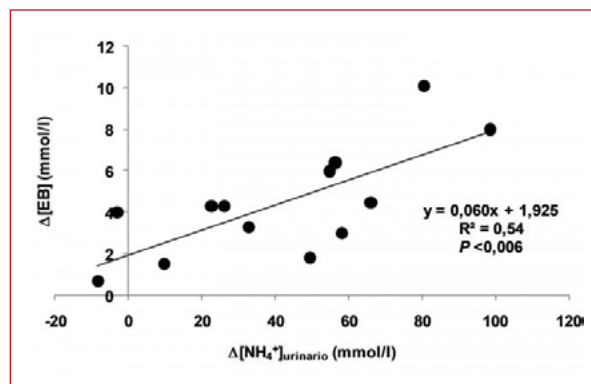
Objetivos: a) demostrar la asociación entre la excreción de [NH₄⁺] urinario y la evolución de la acidosis metabólica; b) establecer la correlación entre [NH₄⁺] urinario con el [AG] urinario.

Métodos: Se incluyeron 13 pacientes con acidosis metabólica simple. Se excluyeron pacientes con trastornos ácido-base respiratorios asociados e insuficiencia renal (creatinina >1,7 mg%). Al ingreso y 24 hs. después, se determinaron gases e ionograma en sangre arterial, ionograma urinario y [NH₄⁺] urinario. Se calcularon las diferencias entre las horas 0 y 24 en el exceso de base (Δ [EB]), como indicador de la evolución de la acidosis metabólica, y en el [NH₄⁺] urinario (Δ [NH₄⁺] urinario), como indicador de acidificación renal. También se calculó el anión gap urinario ([AG] urinario = [Na⁺] urinario + [K⁺] urinario - [Cl⁻] urinario). Las diferencias entre horas 0 y 24 se analizaron con test t para datos apareados. Se efectuaron regresiones lineales.

Resultados: entre la hora 0 y la hora 24, se produjeron aumentos en pH, bicarbonato y [EB] arterial (tabla). Los mismos se asociaron con incrementos en [NH₄⁺] urinario. El [AG] urinario no tuvo cambios significativos. El Δ [EB] correlacionó con el Δ [NH₄⁺] urinario (figura).

	Hora 0	Hora 24	p
pH	7.31 ± 0.04	7.39 ± 0.04	< 0.01
Bicarbonato (mmol/L)	18.2 ± 4	21.6 ± 3	< 0.01
[EB] (mmol/l)	-7.2 ± 3.4	2.7 ± 2.4	< 0.01
[NH ₄ ⁺] urinario (mmol/l)	24 ± 26	66 ± 31	< 0.01
[AG] urinario (mmol/l)	32 ± 26	19 ± 44	0.40

Conclusiones: en esta pequeña serie de pacientes críticos, el incremento en [NH₄⁺] urinario durante el primer día de internación explicó la mayor parte de la corrección de la acidosis metabólica. Por el contrario, el [AG] urinario falló para reflejar estos cambios.



0217 ESTATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO A PROPÓSITO DE UN CASO

C CEREZO(1), S ALBANESE(1), R AVILA(1)

(1) Cullen.

Introducción: el Estatus Epiléptico Súper Refractario, es definido como el estatus que continúa o se repite 24hs o más luego de recibir terapéutica anestésica. La incidencia es del 10-15%, la mortalidad del 30-50%, considerándose una emergencia médica, requiriendo diagnóstico y tratamiento precoz (el tiempo es cerebro), en la unidad de cuidados críticos.

Presentación del caso clínico: paciente de 19 años que ingresa por síndrome febril y depresión del sensorio requiriendo ventilación mecánica con remifentanilo. Se realiza laboratorio, punción lumbar

y pancultivos, ecocardiografía, ecografía abdominal, TAC cerebral (normal). Por sospecha de meningoencefalitis se comienza con ceftriaxona y aciclovir; esperando resultados. A las 48hs comienza con estatus convulsivo tónico-clónico generalizado no respondiendo a medidas de primer y segundo orden. Persistiendo las convulsiones se comienza con propofol y midazolam, sin respuesta a dicho tratamiento en las posteriores veinticuatro horas. Se decide interconsulta con neurología quienes realizan electroencefalograma informando: trazado normovoltado, organizado, simétrico con actividad irritativa temporal bilateral y paroxismos de ondas en polipunta generalizados intermitente, sugiriendo llevar a dosis máxima la terapéutica implementada. Se complica con rhabdomiolisis, hipertermia y fallo renal requiriendo hemodiafiltración, suspendiéndose propofol y ajustando dosis de antiepilépticos. Recuperada la función renal se reinicia propofol, midazolam, fenobarbital y levetiracetam. Se realiza RMN: observándose áreas de inflamación temporoparietal bilateral. Ante la persistencia de las convulsiones Neurología propone realizar terapia electroconvulsiva por 10 días, evolucionando luego a una mejoría neurológica con apertura ocular, respuesta al dolor, respiración espontánea y crisis parciales aisladas. Se da alta de cuidados críticos con pase al Servicio de Neurología medicado con clonazepam y levetiracetam.

Discusión: La etiología de nuestro caso es de carácter idiopático, a pesar de la batería de estudios realizados (cultivos, EEG, TAC, RMN, tamizaje para tóxicos, trastornos metabólicos, AVC, alcohol, TEC y tumores) en la literatura mundial representa el 1%.

Conclusión: Nos encontramos con un subdiagnóstico de esta patología, el algoritmo de tratamiento se basa en reporte de casos y opinión de expertos, sin un consenso y con discrepancias en el mismo; la terapéutica va desde el uso de fármacos (benzodiazepinas y antiepilépticos) en forma escalonada hasta drogas y gases anestésicos.

0219 SEDACION EN LA UCI: UN PROCESO DE CALIDAD DE ATENCION CON NECESIDAD DE MEJORA. DIAGNOSTICO DE SITUACION

N ZULJEVIC(1), MC MARCHENA(1), N AGUILERA(1), D BUSTAMANTE(1), M CASTILLO(1), N LIPORACE(1), J BORGHET(1), A PORCEL(1), C BUSTAMANTE(1), F IBARRA(1), P MARGUELICHE(1), A KRUTIUK(1), C SOTOMAYOR(1), D FERNANDO(1), M RAMIREZ(1), F FERNANDEZ GARCÍA(1), A CARRERA(1), L MILANESIO(1), L TUMINO(1), AL GONZALEZ(1), S CARINO(1), G SAENZ(1), R REINA(1), E ESTENSSORO, C LOUDET (1) San Martín De La Plata.

Introducción: La gestión de calidad para mejorar procesos de atención resulta prioritaria en las UCIs. En un estudio previo en nuestra UCI, se habían detectado problemas vinculados a la sedación en pacientes críticos. En la actualidad, no existe un protocolo de sedación dirigida por objetivos.

Objetivo: Determinar la incidencia de Sedación Inadecuada en pacientes críticos, los factores relacionados y los problemas de calidad vinculados a la administración de sedo-analgésia.

Métodos: Cohorte prospectiva en UCI médico-quirúrgica de 14 camas. **Inclusión:** Pacientes consecutivos con requerimiento de VM >48hs y sedo-analgésia en infusión continua. Período: 15enero-15mayo 2014. Se conformó un grupo de "Mejoramiento de Procesos" con 8 enfermeros entrenados para manejo de escalas de sedación, 2 médicos residentes, 4 médicos de planta. Se realizaron mediciones diarias del grado de sedación con escala de RASS, estableciéndose por consenso el valor de RASS apropiado para cada situación. Se consideró "Sedación adecuada" según criterios de SEMICYUC (80% de mediciones de RASS dentro de la meta deseada). Se compararon datos demográficos y de resultado considerando sedación adecuada o no. Se registraron dosis diarias en mg/mcg día de benzodiazepinas y opioides considerando dos instancias: dosis diaria prescrita, y dosis-diaria recibida. Datos analizados según su naturaleza. Programa STATA11.1

Resultados: Ingresados 65 pacientes, 47 con VM, 35 VM >48hs con sedo-analgésia en infusión continua. Se realizaron 357 mediciones de RASS. 13 pacientes (37%) presentaron Sedación adecuada y 22 (63%) inadecuada.

En la Tabla 1 se presentan las características comparativas entre pacientes con sedación adecuada vs inadecuada.

	SEDACION ADECUADA (112 mediciones)	SEDACION INADECUADA (245 mediciones)
Edad	35±18	38±17
APACHE II	14 [10-21]	19 [12-21]
SOFA	8 [5-9]	9 [7-11]
ARDS ingreso	3 (25)	3 (14)
TEC ingreso	1 (8)	8 (36)
Días VM	10 [7-28]	15 [12-30]
Días UCI	18 [9-29]	21 [12-35]
Mortalidad UCI	1 (8)	6 (27)
RASS	0 [-1, 0]	-4.5 [-2 -5]
Sólo analgesia (% días)	28 [22-55]	12 [0-22]

Datos presentados como media ±DS, mediana [p25-75] o N (%)

En la tabla 2 se presentan las comparaciones entre dosis en mg/mcg indicada y recibida en 24 hs de benzodiazepinas y opioides.

SEDACION ADECUADA (112 mediciones RASS)

Droga	Dosis día indicada	Dosis día recibida	Valor de p	Indicado/ recibido (%)
Midazolam*	120 [75-150]	120 [60-225]	0.54	119%
Fentanilo [§]	1000 [500-1200]	1250 [750-3000]	0.32	125%

SEDACION INADECUADA (245 mediciones RASS)

Droga	Dosis día indicada	Dosis día recibida	Valor de p	Indicado/ recibido (%)
Midazolam*	225 [150-300]	255 [120-450]	<0.05	152%
Fentanilo [§]	2000 [1000-3000]	2500 [1500-4500]	<0.05	158%

* Dosis mg/ día - [§] Dosis mcg/día

Datos presentados como mediana [p25-75]

Conclusiones:

-Los pacientes con Sedación Inadecuada recibieron 55% más de sedo-analgésia respecto a los objetivos programados.

-Si bien este exceso de sedación podría deberse a una mayor gravedad de los pacientes, es probable que se deba a un problema de calidad pasible de una intervención de mejora.

0220 ESTUDIO DEL ESTRÉS LABORAL EN MÉDICOS Y ENFERMOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y DEPARTAMENTOS DE URGENCIAS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

P VALDEZ(1), V SÁNCHEZ(1), L PIERINI(1), C SIMÓN(1), MDR BRUNO(1), J RODRÍGUEZ PAVÓN(1), V PAVÓN(1), D ELISABE(1) (1) Vélez Sarsfield.

Introducción: El estrés laboral, medido a través de la escala de burnout, tiene alta prevalencia en los trabajadores de salud en general y en los de áreas críticas en particular.

Objetivos: Determinar factores predictores/asociados a desgaste en las 3 dimensiones del síndrome de burnout: despersonalización (DP), realización profesional (RP) y cansancio emocional (CE).

Material y métodos: Diseño prospectivo, observacional, longitudinal, analítico. Se estudiaron 98 médicos (M) y enfermeros (E) de Cuidados Intensivos y Departamento de Urgencias del Hospital

Vélez Sarsfield. 2013-2014. 55.10% mujeres. Muestreo azarizado. Encuesta anónima autoadministrada.

Resultados: DP: 9.77 ± 0.66 , RP: 34.54 ± 0.92 y CE: 27.77 ± 1.10 . DP superior en varones (10.47 vs. 9.20, $p = 0.0002$). Edad, antigüedad profesional y antigüedad institucional: 41.22, 14.31 y 10.66 años respectivamente, menor edad es predictora de DP ($p = 0.03$) y menor antigüedad profesional predictora de DP ($p = 0.03$) y de CE ($p = 0.03$). RP enfermeros intensivistas vs otros: 29.14 ± 2.88 vs 38.08 ± 1.65 , $p = 0.02$. Presentaron alto desgaste el 51.02% en DP, el 37.75% en RP y el 56.12% en CE; el 24.48% tiene las tres dimensiones quemadas. En pareja/casado (60.20%), tuvo menor DP y mayor RP respecto a solteros (8.47 ± 0.91 vs 11.17 ± 0.93 , $p = 0.04$ y 35.57 ± 1.28 vs 32.97 ± 1.25 , $p = 0.04$ respectivamente). El 69.38% relata haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo, pNS M vs E, la presencia de errores se asoció a DP ($p = 0.001$), a CE ($p = 0.001$) y a RP ($p = 0.01$). El menor apoyo extralaboral es predictor de CE ($p = 0.008$) y la menor satisfacción laboral es predictora de DP ($p = 0.02$) y de CE ($p = 0.04$). Las alteraciones de salud acontecidas luego del inicio laboral se presentaron con una media 4.80 ± 0.26 , CE y RP fueron predictoras del número de problemas de salud ($p = 0.0000$ y 0.03 respectivamente). El mayor tiempo de viaje fue predictor de CE ($p = 0.02$).

Conclusiones: Asocian alta DP: varones, menor edad, menor antigüedad profesional, solteros, presencia de errores, menor satisfacción laboral. Asocian baja RP: enfermero intensivista, solteros, presencia de errores, cantidad de problemas de salud. Asocian alto CE: menor antigüedad profesional, presencia de errores, menor satisfacción extralaboral, menor satisfacción laboral, cantidad de problemas de salud.

0221 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTORA.

N TIRIBELLI(1), M BOSSO(1), S FREDER(1), G AVACA(1), A GOLDBERG(1), G NAHMÍAS(1), P GIMÉNEZ(1), A GARCÍA(1), M OJEDA(1), A CEJAS(1), C DE FILIPPO(1), A PALAZZO(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: La mortalidad de los pacientes con SDRA es elevada. Hay discusión acerca de los resultados de la ventilación mecánica (VM) protectora fuera de los ensayos clínicos. En nuestro país, los reportes de la evolución de los pacientes con SDRA son escasos.

Objetivo: Reportar la evolución y los resultados de la implementación de VM protectora en pacientes con SDRA.

Material y método: Estudio retrospectivo. Se analizó la base de datos de VM de una UCI médico quirúrgica docente durante 2012 y 2013. Se incluyeron pacientes con SDRA (Definición de Berlín JAMA 2012). Se utilizó el protocolo de VM del Servicio: VC-CMV, VT 6 ml/kg PCP, PEEP titulada según ExPress (JAMA 2008). Si la $PaO_2/FiO_2 \leq 100$, PEEP por presión transpulmonar (PTP, Talmor NEJM 2009), y/o o decúbito prono, y/o maniobra de reclutamiento alveolar progresiva. Se registraron variables demográficas, SAPS II, motivo de VM, presencia de SDRA, duración de la VM, weaning y extubación, TQT, mecánica respiratoria, intercambio gaseoso, días de UCI. Se evaluó mortalidad al alta de UCI y del Sanatorio.

Resultados: Requirieron VM invasiva 488 pacientes. Se incluyeron 53 pacientes con SDRA (10,8%), 30 con SDRA moderado (56,6%) y 23 severo (43,4%) (tabla 1).

Causas de VM: SDRA 8, neumonía 14, sepsis 8, Trauma 7, coma 6, POP 5, aspiración 4, otra 1.

Se desvincularon de la VM 33 pacientes (62,3%): weaning simple 17 (51,5%), dificultoso 5 (15,2%), prolongado 11 (33,3). Extubados 22 (41,4%), reintubados 3 (13,6%). Se derivaron 2 a cuidados crónicos ventilados.

Los parámetros ventilatorios y la oxigenación se muestran en tabla 2. En 12 casos (22,6%) se utilizó PEEP por PTP, y posición prona en 4 pacientes (7,5%).

8 pacientes (15,1%) tuvieron hipoxemia refractaria (necesidad de utilizar una $FiO_2 \geq 0.8$); fallecieron 4 (50%), 2 por hipoxemia refractaria.

La mortalidad en UCI fue 33,9%, similar a la de los pacientes en VM sin SDRA (35,3%, $p = 0.97$). De los fallecidos 7 tenían SDRA moderado y 11 severo. Luego del egreso de UCI fallecieron en el Sanatorio 3 pacientes (total 21 pacientes, 39,6%).

Conclusión: La mortalidad de este grupo de pacientes con SDRA fue baja. Los pacientes que sobrevivieron fueron más jóvenes y su estadía en UCI más prolongada.

	Día 1	Día 3	Día 7	p
Modo ventilatorio (n, %)				
VC-CMV	49/53 (92)	35/45 (77.8)	9/32 (28.1)	
PC-CMV	3/53 (6)	7/45 (15.6)	18/32 (56.3)	0.01
PSV	1/53 (2)	3/45 (6.7)	5 (15.6)	
Volumen corriente, ml.kg (media, DS)	6.7 (0.9)	7.2 (1.3)	8.1 (1.6)	0.05
Presión plateau, cmH2O (media DS)	28.9 (2.7)	27.3 (4.1)	26.9 (4)	0.01
FiO2 (media, DS)	0.56 (0.15)	0.4 (0.12)	0.37 (0.01)	0.01
PEEP cmH2O (media, DS)	14.6 (3.2)	12.6 (3.4)	10.2 (2.9)	0.01
PaO2/FiO2, mmHg (media, DS)	174 (53.8)	220 (58)	232 (56)	0.01

	Total de pacientes n=53	Vivos n=35	Fallecidos n=18	p
Edad (media, DS)	49.3 (17.1)	45 (16.1)	58 (15.9)	0.007
Masculinos (n, %)	37 (69.8)	25 (71.4)	12 (66.6)	0.96
SAPS II (media, DS)	41.4 (17.3)	38.9 (15.6)	47.1 (19.7)	0.10
Días VM (mediana IQR)	12 (7.8-21.8)	12 (9.2-20.2)	10 (4-23)	0.87
TQT (n, %)	19 (35.8)	14 (40)	5 (27.8)	0.56
Días de UCI (mediana, IQR)	22 (12-37.2)	25.5 (17-42)	12 (5.2-31.5)	0.13

0222 ANALISIS DE CONDUCTAS NUTRICIONALES Y RESULTADOS CLINICOS ASOCIADOS EN PACIENTES CON REQUERIMIENTO DE VASOPRESORES. COHORTE PROSPECTIVA. GRUPO DE TRABAJO CALNUCI

C LOUDET(1), L TUMINO(1), MC MARCHENA(1), R GIMBERNAT(2), ML CABANA(3), G CAPURRO(4), P ASTEGIANO(5), M VELÁSQUEZ(6), M CASANOVA(7), MC ROTH(8), G RODA(9), P OKURZATI(10), Y BALMACEDA(2), J RODRÍGUEZ BUGUEIRO(7), E ESTENSSORO(1)

(1) San Martín De La Plata. (2) Centro De Cuidados Intensivos. (3) Pablo Soria. (4) Doctor Oscar Allende. (5) José María Cullen. (6) Sanatorio Ntra Sra. Del Rosario. (7) Hospital Del Cruce. (8) San Juan De Dios. (9) Hospital Municipal Eva Perón. (10) Casa Hospital San Juan De Dios.

Introducción: La suspensión de la Nutrición Enteral(NE) es una práctica habitual en pacientes críticos con requerimiento de vasopresores. Sin embargo, no se ha establecido con certeza si implementar o no esta conducta impacta en las complicaciones y resultados clínicos.

Objetivo: Determinar si el uso de NE en sí misma y en dosis consideradas plenas en pacientes con requerimiento de vasopresores, está asociado con mayor mortalidad, estadía en la UCI (ESTUCI) y otras complicaciones clínicas.

Métodos: Cohorte prospectiva llevada a cabo en 10 UCIs de Argentina. **Inclusión:** pacientes consecutivos con requerimiento de NE ≥ 5 días. **Periodo:** 2011-2012. Se registraron datos demográficos, variables nutricionales, síntomas de disfunción gastrointestinal(DGI), complicaciones (infecciones e isquemia intestinal) y variables de resultado. Se realizaron comparaciones entre pacientes con y sin vasopresores.

En pacientes con vasopresores, la decisión de mantener, disminuir o suspender la NE fue tomada por el médico tratante. En estos pacientes se realizaron comparaciones de variables clínicas y de resultado considerando tres grupos predeterminados según la cantidad media de calorías administradas concomitantemente con

■ Resúmenes

vasopresores: <5Kcal/kg/d, 5-19Kcal/kg/d y ≥20Kcal/kg/d. También se construyeron modelos de regresión lineal y logística múltiple para ESTuci y mortalidad. Los datos fueron presentados de acuerdo a su naturaleza. Programa STATA11.1

Resultados: De 452 pacientes incluidos, 281(62%) requirieron vasopresores; comparados con aquéllos que no recibieron (N=171, 48%), estuvieron respectivamente más graves: APACHEII (18±7 vs 16±7, p<0.01), SOFA 24hs(6[4-8] vs 4[3-6] p<0.01); desarrollaron más ARDS (26% vs 15% p<0.01), disfunción renal(45% vs 29% p<0.01), DGI(36% vs 27%, p<0.05), y mortalidad en UCI(44 vs 20%, p<0.01). No se reportaron casos de isquemia intestinal. Ambos grupos recibieron una cantidad similar de kcal/kg/d: media 15.6±6 vs 15.7±7, p=0.45 e iniciaron NE temprana: 71% vs 70%, p=0.81.

En la tabla 1 se describe la relación entre variables clínicas y de resultado en pacientes con requerimiento de vasopresores de acuerdo al promedio de kcal/kg/día recibidas.

Tabla1: Características y variables de resultados de acuerdo a kcal promedio recibidas

VARIABLES	promedio kcal/kg/d recibidas		Valor de p	
	5-19 (N=201)	≥= 20 (N=35)		
Edad	43 ± 18	45 ± 18	50 ± 17	0.28
APACHEII	18± 8	18.7 ± 7	17 ± 8	0.37
SOFA cardíaco 3-4	41 (91)	190 (95)	32 (91)	0.60
ARDS	13 (29)	52 (26)	8 (23)	0.83
Disfunción renal	23 (51)	91 (45)	13 (37)	0.46
Síntomas DGI	27 (60)	66 (33)	8 (23)	0.001
Mortalidad UCI	18 (40)	87 (44)	18 (53)	0.58
Estadía UCI	14 [9-19]	13 [9-20]	20 [11-26]	0.06
Días VM	9 [7-13]	11 [7-16]	14 [9-20]	0.01
Neumonía asoc. VM	28 (62)	132 (66)	23 (69)	0.79
linfección relac. Catéter	2 (4)	15 (7)	3 (9)	0.70

Datos presentados como media±DS, mediana [p25-75] y N (%).

Los predictores independientes de mortalidad en la UCI en pacientes con vasopresores fueron: edad OR 1.01, CI 95% 1-1.03, p 0.048; ARDS: OR 3.07, CI 95% 1.73-5.44, p< 0.01, y disfunción renal: OR 2.04, CI 95% 1.21-3.44, p< 0.01. La calibración y discriminación del modelo fueron adecuados (Test Hosmer-Lemeshow 0.34; área curva ROC 0.69 [0.63-0.75]).

En la tabla 2 se presentan los predictores independientes para Estadía en la UCI en un modelo de regresión lineal múltiple.

Regresión lineal múltiple para estadía en UCI

Variable	Coef	Std. Err.	95%CI	p value
Kcal/kg/d	0.2	0.09	0.02 - 0.4	0.030
NE precoz	-2.5	1.31	-5.1- 0.99	0.05
Gastroparesia	5.8	1.31	3.3-8.4	0.000
Neumonía asociada a VM	5.02	1.29	2.5-7.6	0.000
Infección relacionada a catéter	9.5	2.29	5.04- 14	0.000

Conclusiones:

- La media de calorías diaria recibida en la cohorte se encontró en un rango hipocalórico, siendo similar en pacientes con y sin uso concomitante de vasopresores.
- La administración de NE pareció ser segura durante el uso de vasopresores: no se asoció con mayor mortalidad o complicaciones severas.
- Sin embargo, el incremento de las dosis diarias de calorías estuvo relacionado independientemente con mayor estadía en la UCI.

- Los motivos de suspensión o no de NE durante el uso de vasopresores no fue explorado, pero podría incluir falta de adherencia a las guías clínicas, o simplemente un enfoque prudente en este tema.

0223 MIELITIS TRANSVERSA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P SALAS(1), M LAURONCE(1), JS OLIVERA(1), MS ONTIVERO(1), DE FAINSTEIN(1), S PEREZ BETI(1), JI FRIZZA(1), OD BARCA(1), JJ RAYER(1), D VIVES(1)

(1) Hospital Privado Del Sur.

Introducción: La mielitis transversa aguda es una enfermedad caracterizada por disfunción medular con compromiso sensitivo-motor y autonómico. Su incidencia es de 1.3-8 por millón/año, con dos picos etarios, 10-19 y 30-39 años.

Entre sus causas se encuentran la idiopática, post-infecciosa, enfermedades desmielinizantes, del colágeno, neuromielitis óptica y tumorales, entre otras.

El diagnóstico se realiza mediante características clínicas, resonancia magnética, laboratorio serológico y de líquido cefalorraquídeo. Los corticoides son el tratamiento de primera línea.

El pronóstico es incierto y puede variar desde recuperación casi total a secuelas graves.

Caso Clínico: Paciente femenino de 16 años de edad con antecedentes de Síndrome de Guillan-Barre en la infancia y Talasemia menor. Consulta por fiebre, odinofagia y parestesias peribucales. Horas después del ingreso presenta cuadriparesia rápidamente progresiva, hipoestesia y arreflexia. Ingresó a Terapia Intensiva por insuficiencia ventilatoria requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Resonancia magnética de encéfalo y columna vertebral evidencia hiperintensidad medular desde unión bulbo-protuberancial hasta primera vertebra dorsal. Se solicitan estudios de laboratorio serológico y de líquido cefalorraquídeo. Se inicia tratamiento con corticoides. Laboratorio con Serología positiva para virus de Epstein-Barr (IgM). Se interpreta como Mielitis Transversa Aguda post-infecciosa. Evoluciona con cuadriplejía, presentando episodios de crisis disautonómicas y enclaustramiento. Se inicia plasmaféresis. Evoluciona con neumonía asociada a ventilación mecánica, shock séptico y fallece.

Discusión: La Mielitis Transversa es un cuadro neurológico agudo o subagudo con manifestaciones del sistema motor, sensitivo y autonómico de acuerdo al nivel medular afectado.

El diagnóstico se realiza por las manifestaciones clínicas, datos de laboratorio y Resonancia Magnética Nuclear. El diagnóstico etiológico es importante ya que de ello depende el tratamiento y pronóstico. El tratamiento de inicio se realiza con corticoides y, de acuerdo a la causa y gravedad, puede indicarse plasmaféresis e inmunoglobulinas.

En nuestro caso, la mielitis transversa se interpretó como de etiología post-infecciosa (virus de Epstein-Barr), con una evolución rápidamente progresiva y muerte, a pesar del tratamiento instituido.

Conclusión: Se presenta este caso, ya que la Mielitis Transversa Aguda es una entidad de muy baja incidencia, en la cual su diagnóstico oportuno y tratamiento precoz optimizan las probabilidades de una mejor recuperación.

0224 REPORTE DE CASO: PANCREATITIS AGUDA ASOCIADA A LEPTOSPIROSIS

L AMADO(1), E SANCHEZ(1), G GIOVANNINI(1), A ARTAYETA(1), L TALAMONTI(1), G IZAGUIRRE(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1)

(1) Provincial De Rosario.

Introducción: La leptospirosis en Argentina es una enfermedad endémica, de alta incidencia, causada por Leptospira interrogans. Se transmite por contacto cutáneo-mucoso con orinas de animales infectados, afectando comúnmente hígado y riñón. Sin embargo el

Resúmenes

compromiso pancreático es muy infrecuente, grave, con una mortalidad aproximada del 30%.

Presentación del caso: Paciente de 56 años, etilista, que consulta por cuadro de siete días de evolución de fiebre, mialgias, artralgias y astenia. Setenta y dos horas previas presenta tos con expectoración hemoptoica, dolor abdominal difuso, diarrea acuosa, vómitos, acompañado de SRIS.

Laboratorio: Hto 28,6 %, Hb 9,9 gr/dl, GB 23.000/mm³ (92% neutrófilos), plaquetas 27.000/mm³, VES 63 mm/hora, PCR 27 mg/dl, glicemia 43 mg/dl, urea 91 mg%, creatinina 1,5 mg%, calcio 6,7 mg%, GOT 492 U/Lt, GPT 115 U/Lt, FAL 113 mU/ml, GGT 122 U/Lt, colinesterasa 2.400 mU/ml, albúmina 2,2 gr%, bilirrubina total 0.9 mg%, LDH 1.995 U/Lt y amilasa 1686 U/Lt, 1184U/Lt, 438 U/Lt en días sucesivos. Triglicéridos 157 mg%, Colesterol Total 99 mg%. Hemocultivos, urocultivo y cultivo de esputo para gérmenes comunes y BAAR negativos. Serología para HIV, VHA, VHB, VHC, VDRL, Chlamydia pneumoniae, Hanta virus, FHA, Dengue no reactivas. Micoplasma pneumoniae Ig M 1/30 y 1/20. Serología para Leptospiriosis primera muestra por Elisa IgM reactiva y confirmación por MAT 1/1600 a las dos semanas.

Ecografía abdominal: páncreas aumentado de tamaño, heterogéneo, sin presencia de litiasis biliar. Se interpreta el cuadro como sepsis severa con pancreatitis alitiásica, comenzando tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam – claritromicina, evolucionando favorablemente, pasando a sala general el cuarto día de internación.

Discusión: Existen escasos reportes en la literatura de pancreatitis asociada a leptospirosis, desconociéndose su fisiopatogenia. Causas comunes como litiasis e hiperlipidemia fueron descartadas. Diagnósticos diferenciales como pancreatitis alcohólica no puede justificar ni el síndrome febril, la expectoración hemoptoica y un test de microaglutinación para leptospirosis con una sensibilidad del 97.7% y especificidad 99%. La serología para micoplasma es difícil de interpretar en este caso ya que los títulos son bajos y además la pancreatitis es causa de falsos positivos.

Conclusión: La leptospirosis es una causa infrecuente de pancreatitis que debe pensarse en un contexto clínico adecuado.

0226 SÍNDROME MIOCLÓNICO POSTANÓXICO AGUDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M LAURONCE(1), P SALAS(1), JS OLIVERA(1), MS ONTIVERO(1), DE FAINSTEIN(1), S PEREZ BETI(1), JI FRIZZA(1), OD BARCA(1), D VIVES(1), JJ RAYER(1), DM MAURIZI(1)
(1) Hospital Privado Del Sur.

Introducción: El síndrome mioclónico postanóxico agudo ocurre entre el 19 y 37% dentro de las primeras 24 horas en pacientes luego de ser reanimados post-paro cardiorrespiratorio y es considerado de mal pronóstico de vida.

El origen del mioclonus por hipoxia, post-reanimación cardiopulmonar, puede ser cortical y/o subcortical. Su diferenciación se realiza basada en características clínicas y electrofisiológicas, lo cual es importante para determinar las opciones terapéuticas y el pronóstico. Se han identificado una amplia variedad de drogas para el tratamiento; pero no existe un tratamiento óptimo hasta el momento.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años, previamente sano, que presenta paro cardiorrespiratorio hipóxico en intraoperatorio de cirugía programada.

Se realizó reanimación cardiopulmonar avanzada, ingresa a Terapia Intensiva donde evoluciona con parámetros de estabilidad hemodinámica y presencia de sacudidas mioclónicas generalizadas, asincrónicas, espontáneas y tras respuestas a estímulos.

Se interpreta como síndrome mioclónico posthipóxico agudo y se inicia tratamiento con midazolam, levetiracetam, propofol y ácido valproico.

Se realiza electroencefalograma el que informa actividad basal desorganizada y simétrica, con frecuentes paroxismos de punta onda difusos; y resonancia magnética nuclear cerebral que muestra severos cambios corticales en FLAIR.

Discusión: Las mioclonías son movimientos involuntarios y breves que provocan una contracción muscular brusca, que pueden ser debidas a causas farmacológicas, hipóxicas, metabólicas, entre otras. El síndrome mioclónico asociado a encefalopatía hipóxico puede aparecer tempranamente, presentando un estatus mioclónico o tardíamente, días o semanas después de reanimación post cardiopulmonar (Síndrome de Lance-Adams). Las características clínicas y electrofisiológicas (electroencefalograma y potenciales evocados somato-sensitivos) son utilizados como métodos diagnósticos. Existen varias opciones terapéuticas, pero no un tratamiento óptimo aún.

En nuestro caso el paciente se interpretó, de acuerdo a las características clínicas y EEG, como con estatus mioclónico. No queda claro, según lo descrito por la bibliografía hasta el momento, cuál sería el pronóstico en esta patología.

Conclusión: Presentamos este interesante caso, ya que poco se conoce de la fisiopatología, estudios diagnósticos, tratamiento adecuado, evolución y pronóstico en el síndrome mioclónico posthipóxico después de reanimación cardiopulmonar.

0227 ALCALOSIS METABÓLICA HIPERAGUDA Y SEVERA INDUCIDA POR PLASMAFÉRESIS DIARIA EN UNA PACIENTE CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA REFRACTARIA: REPORTE DE UN CASO

L MILANESIO(1), F FERNÁNDEZ GARCÍA(1), A CARRERAS(1), N ZULJEVIC(1), L LANOO(1), P CANAVESI(1), M ALMENDROS(1), M COLOMBO(1), M SIMIONATO(1), C MORENO(1), E DI BERARDINO(1), C GAMONEDA(1), W DÁVALOS(1), F IGLESIAS(1), E ESTENSORO(1)
(1) San Martín De La Plata.

Introducción: La plasmaféresis (PF) es el tratamiento fundamental de la Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT), pero produce importantes complicaciones hidroelectrolíticas.

Presentación del caso: Paciente de 67 años con diagnóstico de PTT primaria. Ingresó el 28/12/13 al hospital con hematuria, petequias, equimosis generalizadas e ictericia; Hto 24 con 15-20 esquistocitos/campo; plaquetas 9.000/mm³, Bb I/D:6.14/0.64 mg/dl; LDH 1718 U/L. Inicia metilprednisolona 1mg/kg, PF diaria (recambio de 1 volemia), ácido fólico y plasma fresco congelado. 7/1/14: disartria transitoria, plaquetas 6000/mm³, TAC normal; inicia pulsos de 1,5 g de metilprednisolona. 8-12/1/14: ingresa a UTI por deterioro de la conciencia (Glasgow 6/15), insuficiencia respiratoria, infiltrados bilaterales en CXR (posible broncoaspiración), y shock (Na 0.1); TAC normal. Inicia ventilación mecánica. APACHE II 31, SOFA 18. Se agrega rituximab, e intensifica PF con recambio de volemia 1.5/día.

Durante la evolución presenta alcalosis metabólica y disfunción renal, tratada con fluidos y furosemida; el 10/1 inicia acetazolamida. Febril, se pancultiva, se cubre con cefepime-colistín.

El 13/1 presenta hematuria, secreciones pulmonares hemáticas, y shock; fallece el 14/1.

Fecha	Vt	PEEP	pH	PCO2	PaO2/ FIO2	CO 3H	EB	Na+	K+	Ca++	Urea	Creat	Plaq
8/1	400	5	7.27	37	160	17	-9.2	138	3.3	3.17	0.59	0.96	12.000
8/1, 20 hs	340	8	7.47	45	380	33	8.1	144	2.7	3.41			
9/1	340	8	7.56	44	76	39	15.4	146	3.1	4.05	0.43	1.12	50.000
10/1	310	8	7.43	63	132	42	15.7	152	2.9	4.53	0.56	1.30	90.000
11/1	310	8	7.40	60	162	37	10.2	150	2.8	4.21	0.59	1.36	140.000
12/1	350	14	7.41	41	230	26	1.2	154	4	3.8	1.09	1.25	194.000
13/1	350	12	7.36	47	245	27	0.6	153	3.8	4.57	0.83	1.29	95.000 esquistocitos
14/1	350	12	7.46	38	382	27	3.1	149	4.3	4.69	0.91	1.19	4.000

Discusión y Conclusiones: En la PF se utiliza citrato como anticoagulante, con metabolismo hepático a CO 3H y excreción renal. En esta paciente, las altas cargas de citrato infundidas durante la PF diaria, procesando 1,5 volemias, sumado a la disfunción renal progresiva, generaron una alcalosis metabólica grave e hiperaguda; el pH pudo controlarse con Vt de 6 ml/kg y acetazolamida.

0228 PREVALENCIA POST-INTERNACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

A MARTINUZZI(1), J FIERRO(1), G BAEZA(1), A DELARRIBA(1), M ARAGÜES(1), M SEPULVEDA(1), M GIMARAYZ(1), M CORNÚ(1), B GONZÁLES ORÉ(1), JM VARGAS(1)
(1) Cmic.

Introducción: La pre-eclampsia es un trastorno hipertensivo multististémico de origen multifactorial cuyo tratamiento definitivo es la finalización de la gesta. La evidencia nacional respecto al comportamiento de la presión arterial (TA) luego del alta de la UCI es insuficiente.

Objetivo:

- Evaluar la presencia de hipertensión arterial (HTA) en pacientes con preeclampsia (PE) eclampsia y síndrome HELLP luego del egreso sanatorial.
- Conocer el número de pacientes que se encuentra bajo tratamiento antihipertensivo al año del alta.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo observacional, retrospectivo.

Se evaluaron pacientes con diagnóstico de PE, eclampsia (EC) y síndrome HELLP atendidas en UCI en el periodo 2010 a 2012, con posterior contacto telefónico en julio de 2013. Se completó un formulario en el cual se registraron datos acerca de controles médicos, persistencia de HTA y medicación antihipertensiva.

Desarrollo: En el período mencionado se atendieron en UCI 23 gestantes, por esta patología.

La edad promedio de las pacientes fue 32±7 años, la edad gestacional promedio fue de 32±4,6 semanas (mínimo 22, máximo 40). El 33,3% de las pacientes eran hipertensas previas. El 82,6% de las pacientes presentó PE, el 12,5% HELLP y el 4,3% eclampsia.

Al alta requirieron anti-HTA el 91,3% (21) de las pacientes, en su mayoría más de 2 drogas.

Se logró contactar a 17 pacientes (80,9%) en Julio de 2013, de las cuales el 58,82% persistieron con registros de HTA durante al menos 2 meses. Al año el 52,94% continúa requiriendo manejo antihipertensivo, la drogas utilizadas: 66,7% IECAs, 22,2% amlodipina y 5,9% medidas higiénico dietéticas.

La diferencia de incidencia de HTA entre las pacientes pre y post-internación de 19,4% siendo esta diferencia no estadísticamente significativa ($P > 0.05$)

Conclusiones: La prevalencia de HTA en pacientes con embarazo reciente complicado con enfermedad hipertensiva es alta y en la mayoría de los casos requiere de la utilización de fármacos antihipertensivos de manera prolongada durante el puerperio.

0230 IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST PARA ASEGURAR CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UCI POLIVALENTE

A MARTINUZZI(1), J FIERRO(1), G BAEZA(1), A DELARRIBA(1), M ARAGÜES(1), M SEPULVEDA(1), M GIMARAYZ(1), M CORNÚ(1), B GONZÁLES ORÉ(1)
(1) Cmic.

Introducción: El principio del "cero-error" se ha incorporado al concepto de la calidad de la atención médica, a tal punto que se ha convertido en un requisito fundamental de todo sistema de salud. El centro de las acciones de salud que se conducen sobre el enfermo deben entonces implementar un Programa de Intervención que

identifique, corrija y eventualmente prevenga las malas prácticas institucionales que atentan contra la seguridad del paciente,

Metodología: Análisis de 16 ítems que categorizamos como indicadores de calidad según consenso interno: Lavado de manos, nutrición, analgesia y sedación según protocolo, prevención de TVP, elevación de la cabecera a 30°, profilaxis de úlceras de estrés, control de glucemia, elementos de seguridad del paciente (bolsa reservorio, estetoscopio y camisolín), sonda vesical, asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y el estado de las tubuladuras, uso racional de ATB, contención (barandas, sujeción mecánica) y presencia de errores de medicación entre otros. Se considero como satisfactorio que estos indicadores sean superiores a 80%. Se realizó el registro mediante checklist, bimestralmente desde febrero a Julio 2013. y se implementaron medidas luego de cada medición. Los resultados se analizaron mediante SPSSStatistic 19.0 y se presentan como media DS y porcentaje según corresponda.

Resultados: Se realizaron durante el presente periodo 1364 checklists, correspondientes a 139 pacientes, y a 2063 días paciente UTI.

Variable	Febrero-Marzo	Abril-Mayo	Junio-Julio
Lavado de Manos	66,1%	87%	63,1%
Soporte Nutricional	85,9%	86,2%	87,9%
Analgesia y Sedación Según protocolo?	79,7%	85,2%	74,1%
Prevención TVP	64,2%	71,7%	52,6%
Elevación Cabecera	98,3%	98,5%	98%
Profilaxis Úlcera de Estrés	98%	99,7%	95,6%
Control glucemia	100%	99,5%	100%
Elementos paciente			
Bolsa reservorio	98,6%	99,7%	93,3%
Estetoscopio	63 %	59,4%	77,1%
Camisolín	79,6%	77,9%	77,3%
Sondaje vesical	3,4 %	30,3%	12,4%
Con indicación	73,2%	77,1%	77,9%
AVM	87,8%	82,1%	91%
Tubuladuras	48,1%	67,8%	73,2%
Limpias	48,1%	92,7%	91,57%
Sucias	51,9%	7,3%	8,43%
ATB	53,1%	66,4%	69,6%
Necesarios	60,8%	99,04%	73,3%
Caída de cama	0%	0%	0%
Sin contención	6,3%	12,5%	1,1%
Error de medicación	12,3% N 31	5,6% N 22	5% N27
Omisión	69%	54,5%	77,7%
• Médicos		44,4%	62,9%
• Enfermería		11,1%	14%
Emisión	21,4%	45,5%	22,2%
• Médicos		22,7%	11,1%
• Enfermería		22,7%	11,1%
Complicaciones de dispositivos Biomédicos			
• ITU			9 casos cada 1000 días SV
• NAV			16 NAV por cada 1000 días paciente

Resultados: Se observó una alta adherencia al soporte nutricional, a la prevención de úlceras de estrés, tromboprofilaxis, y control de glucemia, sin que haya diferencias significativas en las distintas mediciones. Varios ítems como lavado de manos, tubuladuras, errores de medicación y uso racional de ATB fueron objetivados como deficitarios, luego de las medidas de control mejoraron, pero en el 3° bimestre se observaron caídas como sucedió con el lavado de manos.

0231 SHOCK SÉPTICO Y ECTIMA GANGRENOSO A PSEUDOMONAS AERUGINOSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN UN LACTANTE

A VÉLEZ, JM MENZELLA(1), V BELLI(1), C DE CARLI(2), D ALLENDE(3)

(1) Utip Policlínico Neuquén. (2) Cirugía Infantil Policlínico Neuquén. (3) Policlínico Neuquén.

Introducción: Presentación de lactante con ectima gangrenoso por Pseudomonas aeruginosa en shock séptico y falla multiorgánica que desarrolló micetoma y absceso renal. Diagnóstico posterior de hipogammaglobulinemia congénita.

Caso Clínico: Niño de 7 meses con fiebre, diarrea y lesiones eritematoculares con centro purpúrico indurado en tronco, abdomen, MMSS y MMII de 12 hs de evolución. Ingresó en UTIP con shock séptico. Se policultivó y medicó con piperacilina-tazobactam/amikacina. Laboratorio de ingreso GB 2900 (36/54), Albumina 1,9 g%, gammaglob 0,45 g%. En ampollas dérmicas desarrolló Pseudomonas aeruginosa.

A 12hs de su ingreso requirió ARM, expansiones con SF, sostén cardiovascular con inotrópicos y corticoides dosis-stress. Posterior CID con severa trombocitopenia. Al 8° día SDRA grave con hipertensión pulmonar que requirió ventilación protectora (PEEP Mx 15), decúbito prono y sildenafil. Al 12° día Síndrome Compartimental Abdominal (PIA 22 mmHg) que mejoró con paracentesis.

Ante neumonía por respirador (Pseudomonas y Acinetobacter baumannii), se rotó a meropenem y colistin. Posteriormente severa distensión abdominal y TAC compatible con peritonitis, tratada como primaria. Al 28° d cultivó Candida albicans en impacto bronquial, y con ecografía compatible con micetoma pélvico renal derecho recibió Anfotericina liposomal (25 mg/Kg/total). ARM durante 32 días. El debridamiento quirúrgico progresivo de las lesiones de piel (que desarrollaban Pseudomonas aeruginosa) mejoró las mismas.

A los 57 d drenaje quirúrgico de absceso infrarenal derecho, con dilatación pélvica obstructiva y pielonefritis a Pseudomonas resistente sin mejoría con nefrostomía percutánea, requiriendo posteriormente nefrectomía derecha.

Con diagnóstico de hipogammaglobulinemia congénita (IgG 50 mg%) se inició IgG EV a 500 mg/Kg/mensual, manteniendo valores adecuados en controles periódicos posteriores al alta, y excelente evolución clínica.

Discusión: lactante previamente sano que desarrolló sepsis severa con ectima gangrenoso de evolución tórpida y falla multiorgánica, requiriendo nefrectomía por acantonamiento del germen en riñón derecho. Posterior diagnóstico de hipogammaglobulinemia congénita.

Conclusión: El shock séptico y ectima gangrenoso por Pseudomonas aeruginosa es excepcional en niños sanos, y la neutropenia asociada a malpronóstico (90% fatal). Nuestro caso se asoció con hipogammaglobulinemia congénita, diagnosticada a partir de este cuadro infeccioso.

0232 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES VENTILADOS DE MANERA NO INVASIVA EN UN SANATORIO DE COLOCACIÓN. CONSIDERACIÓN DEL MOMENTOS PARA LA COLOCACIÓN

G MUSSO(1), G RAFAEL(1), A RAMOS(1), C GONZALEZ(1), L LOVESIO(1), M MANAGÓ(1), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque.

Introducción: Con los avances en el conocimiento y la tecnología, la ventilación no invasiva se posicionó como una alternativa al tratamiento de la falla respiratoria aguda. En la actualidad se consideran 3 momentos para la colocación de la Ventilación no invasiva: Electiva, Preventiva y Rescate.

Objetivo: Describir las características, incidencia y evolución de los pacientes que requieren ventilación no invasiva en los diferentes momentos de implementación.

Material y métodos: Se incorporaron pacientes con criterios de Ventilación no Invasiva en la sala de Cuidados Críticos del Sanatorio Parque – Rosario, desde enero 2013 hasta diciembre del 2013, se registraron prospectivamente la edad, sexo, momento de colocación, horas de VNI, Mejoría clínica a la hora de aplicación, Éxito de la intervención, complicaciones, PEEP inicial y Final, Presión Soporte Inicial y final y mortalidad. Los resultados se presentan como medias (DS) o como proporciones. Para realizar comparaciones entre grupos se utilizó t de student, chi cuadrado y análisis multivariado. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron 64 pacientes que recibieron ventilación no invasiva, edad en años 56 DS 14,3, sexo masculino 56,55%, 34 pacientes recibieron ventilación no invasiva de forma electiva, 16 preventiva y 3 de rescate. En el 67% de los casos previno la intubación, Electiva del 62,2%, Preventiva 87,5% y 33,3 rescate. El 77% mostró mejoría clínica a la hora de la aplicación, solo el 12% mostró un fracaso de la ventilación no invasiva. La Presión soporte Inicial 12,5 DE 3,8 cmH₂O y Final 12,8 DE 4,5 cmH₂O, PEEP inicial 8,51 DE 1,9 cmH₂O, y final 8,82 DE 2,4 cmH₂O, El 80% mostró lesiones en el puente de la nariz, La duración en horas fue de 25,75 DE 23,01. En el análisis multivariado no encontró resultados positivos para ninguna variable estudiada como predictor de fracaso.

Conclusión: Se pudo conocer el perfil evolutivo y epidemiológico de la población que necesita Ventilación no invasiva. Se pudo observar que la mayor tasa de fracaso se dio en el momento de aplicación de rescate y electiva. Este trabajo nos aportó datos para diseñar estrategias para mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes

0233 FALSAS ALARMAS EN TERAPIA INTENSIVA: UN PROBLEMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

MI HEIN(1), FM MASTANTUONO(1), JC OLIVERA(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La elevada prevalencia de alarmas falsas positivas es un factor predisponente de la "fatiga por alarma" en los enfermeros, lo que a su vez genera conductas inapropiadas de alto riesgo para el paciente. La Joint Commission, propone que para el año 2014, todas las instituciones deberían trabajar en la gestión de las alarmas de los equipos hospitalarios.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las alarmas falsas positivas y las causas de su aparición.

Material y método: Estudio realizado en la UTI de un Hospital de la CABA. Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra se obtuvo mediante la utilización de muestreo no probabilístico del tipo "muestreo por conveniencia". Dos observadores pasivos realizaron observación directa incidental al momento en el que se produjo un evento de alarma. Las variables del estudio fueron los eventos de alarma y la causa que precipitó cada episodio, incluyéndose únicamente los producidos por los monitores multiparamétricos y los ventiladores mecánicos. Se confeccionó una lista estructurada de las causas y se completó con cada evento de alarma "in situ".

Resultados: Se obtuvieron 191 eventos de alarma en 8 horas de observación. Del total de los eventos, el 91% correspondió a los monitores multiparamétricos y el 9% a los ventiladores mecánicos. Solamente el 24% fueron verdaderas positivas. El 76% correspondió a alarmas falsas positivas (no requerían ninguna conducta terapéutica). Al identificar las causas de todos los eventos se encontró que el 41% fue provocado por el propio paciente, el 28% era inducido por acción de los enfermeros, el 29% correspondía a la parte aplicable o descartable y el 2% al equipo propiamente dicho.

Del total de las alarmas generadas por condiciones del paciente, el 47% fue falsa positiva.

Conclusiones: Se encontró una elevada prevalencia de alarmas falsas positivas.

El 59% de los eventos de alarma fueron activados por causas externas al paciente y no requerían de ninguna conducta médica o terapéutica. Trabajar en este terreno permitirá mejorar la calidad del trabajo del personal y la seguridad de los pacientes.

0234 NEMORRAQUIS TRAUMÁTICO, UN HALLAZGO POCO COMÚN

V ALÓ(1), JI MELE(1), E IBAÑEZ(1), LM ESTEVES(1), L COCCO(1), G GUTIÉRREZ(1)
(1) Higa Penna.

El neumorraquis es la presencia de aire intraespinal y es un singular hallazgo imagenológico de variada etiología.

Se presenta aquí paciente de 20 años de edad, de sexo masculino que sufrió accidente en la vía pública, ingresando a la Unidad de Cuidados Críticos, tras presentar TEC grave, trauma cerrado de tórax, con neumotórax izquierdo y trauma cerrado de abdomen. Al lograr la estabilización inicial, se realizaron tomografías de cerebro, columna cervical, tórax y abdomen, hallándose neumotórax izquierdo con fracturas costales homolaterales, neumomediastino y aire a nivel de la columna cervical y dorsal, además de un hematoma contenido a nivel de la celda renal. La tomografía de cerebro sin contraste no mostró lesiones hiperdensas ni signos sugerentes de lesión axonal difusa. El paciente requirió asistencia ventilatoria mecánica durante 6 días, presentando como complicación sepsis asociada a catéter a *Acinetobacter baumannii*, por lo cual debió recibir tratamiento antibiótico con Colistin-Amikacina.

El neumorraquis es una entidad que habitualmente es asintomática, reabsorbe espontáneamente y en la mayoría de los casos, el tratamiento es conservador. Cuando da síntomas, el manejo debería enfocarse hacia las lesiones asociadas.

Puede tener múltiples causas y a pesar de que, per se, es autolimitado, el rápido reconocimiento de la causa subyacente es fundamental.

0235 VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD Y ESTADÍA PROLONGADA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

D LATASA(1), A RAMOS(1), G SUAREZ(1), L CABRERA(1), P GAUNA(1), M MANAGÓ(1), A DOGLIOTTI(2), C LOVESIO(1)
(1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular De Rosario.

Introducción: El inmunocompromiso determina un comportamiento diferente al resto de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Objetivos: Identificar variables asociadas a una evolución desfavorable y determinar si la escala de riesgo SAPS II discrimina correctamente a esta muestra de individuos en un centro único.

Métodos: Se incluyeron pacientes con cáncer activo, trasplante de órgano sólido, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o bajo tratamiento inmunosupresor. Se consideró evolución desfavorable a muerte o estadía ≥ 3 días en UTI (percentilo 75). Se efectuó un análisis univariado e ingresaron luego a un modelo de regresión logística las variables que mostraron un valor $p \leq 0,2$.

La puntuación SAPS II fue enfrentada a muerte calculándose el área bajo la curva ROC (ABC ROC).

Resultados: Se relevaron 27 variables las primeras 24 hs. de estadía, en 109 pacientes. La mortalidad fue del 7,34% y permanecieron ≥ 3 días en UTI el 43,11% (evolución desfavorable: 47,7%). Se relacionaron independiente a evolución desfavorable ($p < 0,05$): varones, asistencia respiratoria mecánica, origen no quirúrgico de la internación, hipokalemia, necesidad de fármacos vasoactivos, y suplemento de oxígeno.

La puntuación SAPS II mostró un ABC ROC= 0,76 (IC 95%; 0,66 a 0,83; $p = 0,0002$) para muerte y, para evolución desfavorable: 0,66 (IC 95%; 0,56 a 0,7%; $p = 0,04$); nuestro modelo 0,89 (IC 95%; 0,82 a 0,94; $p < 0,001$), p de interacción= 0,001.

Conclusiones: La puntuación SAPS II discrimina correctamente aunque las variables relacionadas a evolución desfavorable lo hacen con mayor exactitud en una cohorte de individuos inmunocomprometidos en un solo centro.

0236 GASTRINOMA

LP COCCO(1), GUTIÉRREZ M(2), ESTEVES M(2), IBÁÑEZ E(2), PINTOS H(2), CUCHUETTI C(2), MARTÍNEZ A(2), WALLACE W(2)
(1) Penna. (2) Dr Raúl Matera

Introducción: Los tumores endocrinos del páncreas son poco frecuentes. Su prevalencia es de 1 a 5 por 1000000 de personas al año. El gastrinoma, o tumor productor del síndrome de Zollinger-Ellison, tumor neuroendocrino que secreta gastrina que produce hipersecreción de ácido gástrico, crecimiento de la mucosa gástrica, aumento del número de células parietales y proliferación de las células enterocromafines gástricas. De 20% a 25% de los pacientes que desarrollan una neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (NEM-1) presenta hiperparatiroidismo y gastrinoma.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 33 años, sin antecedentes patológicos previos que ingresa a UTI por postoperatorio de abdomen agudo por ulcera duodenal perforada. Durante la cirugía se realiza rafia duodenal y se evidencia lesiones hepáticas de las cuales se toman biopsias, presenta evolución tórpida con dehiscencia de la sutura requiriendo reintervención quirúrgica. Evolución con tendencia a la HTA, cefalea, hiperglucemia, hipopotasemia y rash. Se realiza Tac de encéfalo sin lesiones. Se solicita dosaje de gastrina, ACTH, cortisol, y PTH. Interocurre hemorragia digestiva. Se realiza FEDA normal y arteriografía que informa anillos vasculares en yeyuno ilion. Ante la evolución desfavorable se solicita su derivación a un centro de mayor complejidad para seguimiento y conducta terapéutica.

Discusión: La 1ra manifestación clínica de esta patología caracterizada por hipersecreción de gastrina fue la ulcera de duodeno de difícil resorte, sumado la crisis hipertensivas y cefalea que acompañaron el cuadro en virtud de la secreción paralela de ACTH. A pesar de mostrar secundarismo hepático decidimos su traslado a un centro donde se pueda determinar la localización del tumor primario que fue encontrado a nivel de páncreas. Luego se realizó duodenopancreatoclectomía y se planea a futuro embolización selectiva a nivel hepático para tratamiento de metástasis.

Conclusión: Para establecer el diagnóstico es preciso comprender mejor esta entidad nosológica y mantener un elevado índice de sospecha. En pacientes jóvenes con diagnóstico de enfermedad ácido péptica de control difícil, refractario al tratamiento o con úlceras pépticas en situación inusual, debe descartarse el gastrinoma.

0240 CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LO TIPOS DE DOBLE TRIGGER (DT)

M BERMEO(1), F RÍOS(1), D PEZZOLA(1), R RODRIGUEZ LA MOGLIE(1), G ARTEAGA PANOZO(1), L AGUILAR(1)
(1) Nacional Profesor A Posadas.

El doble trigger (DT) es una asincronía frecuente con potenciales consecuencias graves, como sobredistención alveolar y autoPEEP. Los DT se pueden clasificar en base a que el primer ciclo sea iniciado por el paciente (DT-P) o los que son iniciados por el respirador o por autodisparo (DT-V).

Objetivo: Evaluar la incidencia de los tipos de DT y su relación con el modo ventilatorio

Métodos: se incluyen pacientes con DT, entre 71 pacientes incluidos en un protocolo de búsqueda de asincronías mediante el registro de las señales de la vía aérea con Fluxmed®. El DT se definió como la presencia de 2 inspiraciones seguidas sin periodo de espiración entre ellas o una espiración breve (menor al 50% del tiempo espiratorio promedio)

Resultados: las características de los DT en tabla 1, características de los DT en relación al modo ventilatorio en tabla 2 y 3, se incluyen 65 eventos de DT en 21 pacientes, de estos DT 26 ciclos fueron DT-P y 39 DT-V (40% vs 59%) $p = 0,169$. la distribución según los modos ventilatorios fue: 38% en PCV y PSV, 24% en modo VCV $p = 0,171$. la presencia de un Tiempo inspiratorio $< 0,9$ segundos en modo VCV presentó un OR 1,57 (1,09-2,47), para modo PCV el OR fue 1,5

(0,46-4,8), se produce una reducción del Vt en el primer ciclo del DT en forma mas notoria en PSV y PCV (tabla-2) con acumulación de Volumen en el 2 ciclo del DT en especial esto sucede en VCV. Conclusion: La distribución de los DT fue homogénea entre los modos ventilatorios. En PCV es más frecuente los ciclos DT-V. En modo VCV el desarrollo de DT se asocia al uso de Tinspiratorio < 0,9 seg, pero en PSV-PCV se puede inferir que la genesis del DT es una disminución de la compliance dinámica secundaria a un incremento de la resistencia.

Tabla 1

	Inspiración previa	Doble Trigger 1 ciclo	Doble Trigger 2 ciclo	Inspiración Post DT	P valor
Compliance	31 (23-41)	25 (16-41)	29 (21-42)	39 (27-48)	0,013
T insp (seg)	0,87±0,14	0,85±0,15	0,84±0,14	0,88±1,14	0,47
Vidal (ml)	339 (276-431)	199 (158-380)	339 (290-660)	482 (351-487)	0,001
Inspiración asistida/espontanea	44%	40%		70%	0,001

Tabla 2

Modo	DT-V	Tinsp 1 ciclo del DT	Tinsp 2 ciclo del DT	Vt del 1 ciclo DT	Vt del 2 ciclo DT
PCV	81%*	0,88±0,6*	0,88±0,6	185 (158-221)*	320 (274-341)*
PSV	37%	0,75±0,78	0,78±0,26	164 (143-268)*	556 (332-719)*
VCV	37%	0,86±0,04	0,86±0,4	380 (348-472)*	645 (295-760)*

* p<0,05 (significativa)

Tabla 3

	Compliance Previa	Compliance dinámica del 1 ciclo del DT	Compliance dinámica del 2 ciclo del DT	Compliance Dinamica Ciclo Post DT
PCV	28 (21-37)*	18 (15-24)*	25 (21-30)	39 (33-48)
PSV	54 (32-65)*	40 (29-60)*	63 (47-143)	107 (53-169)
VCV	31 (23-36)	31 (21-48)	30 (14-38)	24 (18-37)

0242 SHOCK SÉPTICO EN PACIENTE NEUTROPÉNICO FEBRIL SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE BILATERAL EN MIEMBROS INFERIORES

G BUSTINGORRY(1), EA ROMERO(1), FS FERNANDEZ(1), V NIEVAS(1)
(1) Privado.

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección causada por gérmenes aeróbios, anaeróbios o flora mixta, atribuida con frecuencia al *Streptococcus B hemolítico*, que afecta piel, tejido celular subcutáneo y músculo, produciendo severa toxicidad sistémica.

Presentación de caso: Varón de 32 años, con antecedentes de Linfoma T en remisión de enfermedad. Es admitido en Unidad de Cuidados Intensivos por neutropenia febril.

Al ingreso taquicardico, taquipneico, normotenso, febril. Al examen: Abdomen distendido doloroso a la palpación en hipogástrico, sin peritonismo. Edema e intenso dolor en ambos miembros inferiores con eritema e induración en región dorsolateral de pierna y muslos. Sin crepitación. **Laboratorio:** leucocitos: 190 k/μl - Ac.Láctico: 7 mmol/l - CPK: 9000 U/L - Mioglobulinuria Positiva - Procalcitonina: 150 ng/ml.

Se instaura tratamiento con Imipenem, Vancomicina, Anidulafungina. Presenta tendencia a la hipotensión y necesidad de vasopresores. Incremento de edema con aparición de flictenas en ambos miembros. Se realiza fasciotomía con debridamiento, evidenciándose abundante tejido muscular isquémico, con mayor compromiso en extremidad izquiera.

Evoluciona con acidosis metabólica e hiperlactacidemia. Monito-

rizado con Catéter de Swan Ganz: patrón mixto distributivo más cardiogénico. Requirió soporte inotrópico, corrigiendo parámetros hemodinámicos y alteración de perfusión.

Se decide alta de Cuidados Intensivos el decimo día. Cumple tratamiento en sala común con alta hospitalaria el día 30 de internación.

Discusión: Las fascitis necrotizante tienen como localización frecuente las extremidades y se relaciona con antecedentes traumáticos o quirúrgicos. La presentación bilateral asociada a cuadro abdominal, es extremadamente rara con diagnóstico esencialmente clínico.

Coprocultivo, Hemocultivos, Urocultivo Negativos - Toxina *Clostridium difficile* Negativa - **Eco doppler:** Sin evidencia de Trombosis. **TC de abdomen:** edema difuso recto-sigmoideo. **TC de MMII:** Tumefacción del celular subcutáneo de todo el miembro inferior.

Examen microbiológico: Numerosos Leucocitos y hematíes por campo. Sin gérmenes en examen directo. Cultivo negativo. **Examen Histológico:** necrosis del tejido celular subcutáneo de la epidermis y de la capa media de los vasos. Trombos de fibrina y abundantes polimorfonucleares.

Conclusión: Se trata de una entidad cuya evolución es rápida y fulminante debiendo tenerse alto grado de sospecha en pacientes neutropénicos. La instauración oportuna del tratamiento combinado antibiótico y quirúrgico representa el factor clave en la evolución.



0243 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE INCIDENCIA DE ASINCRONIAS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

M BERMEO(1), F RÍOS(1), R RODRÍGUEZ LA MOGLIE(1), D PEZZOLA(1), G ARTEAGA PANOZO(1), L AGUILAR(1), CAPEZ-TEGUIA(1)
(1) Posadas.

Introducción: En los modos asistidos/espontáneos la interacción paciente-respirador trae como consecuencia el desarrollo de asincronías. Su presencia no es deseable ya que incrementan el trabajo respiratorio y provocan disconfort. La presencia de un índice de asincronía >10% se ha asociado a un mayor tiempo de ventilación mecánica y estadía hospitalaria.

Definición de índice de asincronías: n asincronías/ n ciclos totales x 100.

Objetivo: Evaluar la incidencia de asincronías, evaluar si un índice de asincronía >10% se asocia a una mayor morbilidad.

Métodos: Se registraron durante 20 minutos las señales de flujo/presión, en pacientes con esfuerzos inspiratorios, mediante Flux-med®. La programación de los respiradores estuvo a cargo del equipo tratante y no fue modificada durante el registro. Se tomaron en cuenta las siguientes asincronías: Trigger inefectivo, Doble trigger, Autotrigger, Ciclado prematuro y Ciclado tardío.

Resultados: Se analizaron un total de 71 pacientes, en tabla 1 se muestran las características de los mismos, se revisaron 25149 ciclos, 3004 (11,94%) correspondieron a ciclos asincrónicos. Los modos usados fueron: PCV 28 (39,4%); VCV 9 (12,7%); PSV 34 (47,9%) ($p < 0,003$) 18 pacientes tuvieron un índice de asincronías >10% (en tabla 2 se observan las frecuencias de asincronías), y en tabla 3 se muestran las características de la programación de los respiradores.

Conclusión: La presencia de ciclos asincrónicos afecta a la mayoría de los pacientes, un cuarto de ellos presentaron un índice de asincronía >10%, aunque esto no se asocia con mayor tiempo de ventilación mecánica o de internación. La asincronía más frecuente fue el trigger inefectivo; la presencia de asincronías fue mayor en PSV. Si bien estas son un fenómeno frecuente en nuestra serie, no encontramos que su presencia se asocie a mayor morbilidad.

Tabla 1

	Total (n 71)	Índice Asincronía <10% (n58)	Índice de Asincronías >10% (n18)	p valor
Edad (años)	54±17	52±18	60±14	0,084
Genero (masculino)	28 (39%)	20 (37%)	8 (40%)	0,089
Apachell	20±8	20±8	19±7	0,128
RASS	-2 (-3-0)	0 (-2 -0)	-2 (-3-0)	0,164
Días de ARM	12 (6-24)	10 (5-12)	12 (5-16)	0,53
Días de Hospital	16 (10-26)	14 (8-20)	13 (8-19)	0,86
Mortalidad	23(32%)	16 (30%)	7 (39%)	0,089
<i>Modo ventilatorio</i>				
PCV	28	24	4	ns
PSV	34	21	13*	0,032
VCV	9	8	1	ns

Tabla 2. Pacientes con asincronías

	n (%)
Doble Trigger	21 (30%)
Trigger Inefectivo	53 (75%)
AutoTrigger	9 (13%)
Ciclado Prematuro	30 (42%)
Ciclado Tardío	45 (63%)
Presencia de Asincronías	64 (90%)
Índice Asincronía >10%	18 (25%)

Tabla 3. Características Programación del Respirador

Parámetros	Mínimo	Máximo	Media	DS
P. control (cmH2O)	9	20	14,43	3,12
P soporte (cmH2O)	4	16	9,91	3,55
Presión Estática (modo VCV)	12,00	25	17,22	3,73
PEEP (cmH2O)	5	10	5,97	1,13
T. inspiratorio	0,65	1,50	0,89	0,13
Sensibilidad	10,0	55,0	29,09	9,47
trigger presión	-1,50	-0,10	-0,83	0,36
Trigger flujo	0,4	2	0,78	0,32
V. tidal	288	744	495,44	94,36
Volumen minuto	4,90	16,50	9,72	2,61
F. respiratoria	9	35	20,54	5,73
Fio2 %	30	80	45,62	10,29

0244 EFECTOS DEL BAÑO DIARIO CON CLORHEXIDINA SOBRE LA TRANSMISIÓN E INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

M JERMAN(1), F CARLUCCI(1), L BALLESTRACCI(1), L FABRO(1), A NOVAU(1), M ENRIQUEZ(1), M SALABERRY(1), M CASANOVA(1), ML PEREYRA(1), G KREMER(1), D CZERWONKO(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1), Q RODOLFO(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: El baño diario con clorhexidina ha mostrado ser efectivo para la prevención de adquisición de MMR Gram positivos (ej. SAMR y EVR). Sin embargo, existen escasos reportes en la bibliografía, acerca del impacto de esta estrategia sobre MMR Gram negativos (ej. *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* y *Acinetobacter* spp productoras de carbapenemasas)

Objetivos: Determinar el impacto del baño diario con paños con clorhexidina al 2% en la adquisición de MMR en pacientes de una UCIAMQ.

Material y métodos: A través de un estudio cuasi-experimental (antes/después) se comparó un período pre-intervención (pA: Jul-2010/Dic-2011) vs un período intervención (pB: Ene-2012/Dic-2013) durante el cual se implementó el baño diario con paños con clorhexidina al 2% a todos los pacientes de la UCIAMQ. Esta unidad de 15 camas, cuenta con 750 admisiones, 4.900 días-paciente/año, una tasa de ventilación mecánica de 31,4% y un APACHE II promedio de 14. Para evaluar el impacto de la intervención se estimó la tasa de colonización/infección al ingreso (número de aislamientos de MMR no duplicados en los cultivos de vigilancia o cultivos clínicos realizados en las primeras 48 hs de admisión c/1000 admisiones) y la tasa de adquisición de MMR durante la internación (número de cultivos clínicos o hisopados de vigilancia semanales no duplicados realizados después de las 48 hs de ingreso c/1000 días-paciente). Durante todo el período de estudio se mantuvieron las medidas estándares de prevención y control de infecciones en la UCIAMQ.

Resultados: Durante el período de estudio se registró un incremento del 38%, aunque no significativo, en la presión de colonización/infección al ingreso a la UCIAMQ de MMR Gram positivos + Gram negativos: pA: 25,05 casos c/1000 ingresos vs pB: 34,62 casos c/1000 ingresos; diferencia 9,57, IC95% -3,83 a 22,97, $p=0,08$. Por otro lado la tasa de adquisición hospitalaria de MMR se redujo en forma significativa entre ambos períodos: Gram positivos: pA: 4,86 casos c/1000 días-paciente vs pB: 2,40 casos c/1000 días-paciente; diferencia -2,46, IC95%: -0,57 a -4,34, $p < 0,01$; Gram negativos: pA: 7,21 casos c/1000 días-paciente vs pB: 3,86 casos c/1000 días-paciente; diferencia -3,36, IC95%: -1,03 a -5,68, $p < 0,01$.

Conclusión: El baño diario con clorhexidina al 2% redujo significativamente el riesgo de adquisición de MMR en una UCIAMQ, a pesar del incremento en la tasa de colonización/infección al ingreso.

0245 TRAUMATISMO LARINGOTRAQUEAL: INCIDENCIA, DATOS DEMOGRAFICOS Y MANEJO EN UN CENTRO DE TRAUMA
V CAMACHO(1), MV CAMACHO JUNCOS(1), MC VIGNETTA(1), PB PANHKE(1), IDS PUIG(1), CA ARANCIBIA(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: El traumatismo laringotraqueal (TLT) es infrecuente, involucra un amplio espectro de lesiones que amenazan el mantenimiento y la calidad de vida. Requiere alto índice de sospecha, rápida e individualizada intervención para maximizar la sobrevida y la evolución aerodigestiva.

Objetivos: Definir la frecuencia del TLT en ingresos al Shock Room, lesiones asociadas y mortalidad.

Revisar el manejo del paciente con TLT en nuestro centro.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional, Enero 2012 - Abril 2014. Se analizaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico presuntivo de TLT, imágenes diagnósticas, datos demográficos, presentación clínica, tipos lesionales, ISS, clasificación de Schaeffer-Furhman (CSF), necesidad de intubación orotraqueal (IOT), requerimiento de traqueostomía, cirugía reparadora y mortalidad.

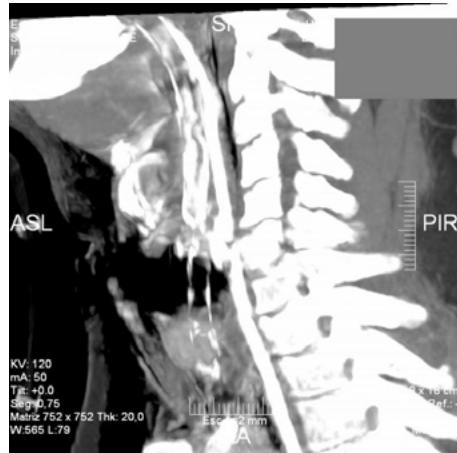
Resultados: De 2177 pacientes ingresados, 60 (2.7%) presentaron trauma cervical con diagnóstico presuntivo de TLT. Se diagnosticó lesión de vía aérea en 14 pacientes (0.64%), 1 cada 155 ingresos al Shock Room. El tipo lesional más frecuente fue trauma contuso en 8 pacientes (57.2%). Se hallaron lesiones asociadas en 8 casos (57.1%) encabezando el traumatismo craneofacial.

En 13 pacientes (93%) se realizó radiografía cervical, con enfisema perilaríngeo en 100%. Se realizó ecografía en 4 pacientes (28%), tomografía multidetector con contraste (TCMD) en 14 (100%), confirmando el diagnóstico y nivel lesional. En 9 (64%) pacientes se realizó fibrolaringoscopia y en 3 casos esofagograma.

El ISS promedio fue 14.9 ± 7.7 . 9 pacientes (64.2%) presentaron grados leves de TLT (CSF I-II-III) y 5 (35,7%) grados graves (CSF IV-V). Se realizaron 7 (50%) IOT, de los cuales 3 requirieron traqueostomía y sólo uno cirugía reparadora.

La mortalidad en TLT grave (CSF IV- V) fue de 7.1% (1 caso) no asociado a TLT, con un Odds Ratio de 6,3 (95% CI: 0,2 a 1,88).

Conclusiones: Encontramos una incidencia mayor que la reportada en la literatura, con escasa mortalidad. El mecanismo lesional más frecuente fue el trauma contuso con lesiones asociadas (principalmente traumatismo craneofacial). El enfisema perilaríngeo en la radiografía es signo de sospecha de lesión, TCMD es el estudio de elección. De la revisión del manejo del TLT surge que fue posible decidir conductas individualizadas, al interrelacionar las variables analizadas.



0246 SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS. CONSISTENCIA DE LA INMUNOSUPRESIÓN TEMPRANA PRESENTACIÓN DE UN CASO

S DIAZ COUSILLAS(1), LA PLATA, ND NEILA(3), LM SANTOS(3), PE BAMBACI(3), S CARAVANTE(3), J CAIRA BACA(3), R PEIRO RUSSO(3), S DIAZ COUSILLAS(3)
(1) Alejandro Korn De Melchor Romero. (2) La Plata. (3) Alejandro Korn De Melchor.

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis reemergente producida por leptospira interrogans. Produce una vasculitis infecciosa donde los mecanismos inmunes juegan un rol fundamental. Se describen dos fases clínicas: septicémica e inmune. Menos del 15% de los casos se presentan con disnea e insuficiencia respiratoria grave asociada a la presencia de infiltrados alveolares bilaterales progresivos y disminución del hematocrito, constituyendo el *síndrome de hemorragia pulmonar o alveolar difusa*.

Presentación del caso: Paciente masculino de 25 años que consulta por presentar fiebre de 3 días de evolución agregándose el día de ingreso tos, vómitos, mialgias y astenia. Como antecedentes destacan su ocupación: recolector de residuos, y residencia en zona endémica e inundable. Al ingreso: vigil, confuso, taquipneico, taquicárdico, febril, hipotensión arterial, palidez cutánea y cianosis. Laboratorio:

Hto	Hb	GBL	PlaQ	CK	Gluc	Urea	Creat	Bil t	LDH	Prot tot	Albumina	TGO	TGP	FA
31.1	10.6	8400	85000	197	137	53 mg/dl	2.15 mg/dl	0,89	517	6,66	3,63	26	33	134

Sedimento urinario: 10 leucocitos y 5 hematíes por campo. Rx de tórax: patrón alveolo intersticial bilateral.

Luego de intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Modo controlado por volumen; VT = 360 ml; FiO₂ = 0,9; PEEP 16 mmHg; Fr = 22.

Ph	PcO2	PO2	Ac Lact	EB	HcO3	SaO2	Pafi
7,41	36	68	1.6	1,6	22,8	93%	61.2

Se solicitó: pancultivo, serología para hantavirus, leptospirosis, anca-c, anca-p, complemento, anti-GBM, HIV. Tratamiento ATB: ampicilina sulbactam, claritromicina. Sin mejoría en la SaO₂ con altas FIO₂ y niveles elevados de PEEP, se decide pronar al paciente evidenciando franca hemoptisis. Aparición de hematuria macroscópica e inestabilidad hemodinámica con franca caída del Hto (once puntos). Se indica sedimento globular y drogas vasoactivas. Se inicia inmunosupresión con pulsos de Metilprednisolona 1 gr/día por 3 días y Ciclofosfamida monodosis, seguidos por Prednisona 1 mg/kg/día por 5 días. Mostrando una rápida mejoría en los parámetros ventilatorios, hemodinámicos y conclusión de la hematuria. El 5to día de internación se reciben informes serológicos negativos. La segunda muestra para leptospirosis resultó positiva al 7mo día. Al 6to día se procede al weaning y el 8vo día pasa a clínica médica.



Alta hospitalaria a los 15 días del ingreso.

Discusión: Ante la evidencia de un "síndrome pulmón-riñón" y valorando los diagnósticos diferenciales: todos ellos, incluyendo la leptospirosis, de etiología autoinmune; y la demora substantiva para la confirmación diagnóstica, consideramos oportuna la inmunosupresión.

Conclusión: La inmunosupresión precoz favoreció la evolución en este caso.



0247 DISFUNCION PRIMARIA DEL INJERTO EN TRASPLANTE HEPATICO. SERA CADA VEZ MAS FRECUENTE?

F CARLUCCI(1), A GOMEZ MONJE(1), J PAGES(1), D MONARDO(1), N MELIGRANA(1), F PIÑERO(1), M MENDIZABAL(1), M SILVA(1), G PODESTA(1), M FAUDA(1), J NUÑEZ(1), D CZERWONKO(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1)

(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: El trasplante hepático (TH) es la terapéutica de elección en pacientes con enfermedad hepática severa asociada a baja tasa de supervivencia. Una de las complicaciones asociadas al mismo es la disfunción del injerto (DI) que incluye pobre función inicial (PFI) y no función primaria (NFP). Este cuadro se produce entre 19-37% de los casos (PFI 18-36%, NFP 0-7%). La incidencia de esta patología se ha incrementado en las últimas décadas por diversos factores

asociados a donante, receptor y procedimiento. Su diagnóstico tardío (>7 días) se relaciona con peores resultados posteriores al trasplante y la imposibilidad de realizar este último se asocia con elevada mortalidad. Existe escasa información en nuestro medio respecto de esta entidad.

Objetivos: Evaluar distribución de PFI/NFP en pacientes sometidos a TH.

Analizar los factores asociados a su desarrollo y morbimortalidad.

Material y método: Cohorte retrospectivo observacional de pacientes admitidos a unidad de cuidados intensivos de adultos posterior a TH en período 1/2001-1/2014. Se consideró DI un valor de transaminasa glutámico oxalacética (TGO) >1500 en las primeras 72hs posteriores al TH. Se realizaron análisis uni/multivariados para medir asociación con las diferentes variables estudiadas.

Resultados: Se analizaron 300 pacientes. Media de edad 50 años (DE 13), sexo masculino 64%. Principales causas de TH: Cirrosis (77%) y fallo hepático fulminante (10,5%). MELD promedio 18,5 (DE 10). Mediana de TGO 1028 U/l (IQR 590-1802). Presentaron DI 28.6% (86 p): PFI 89,5% (77 p) y NFP 10,5% (9 p).

Variables asociadas estadísticamente a TGO >1500: creatinina, tiempo de isquemia fría, sodio y BMI donante.

TGO >1500 se asoció a mayor riesgo de NFP-OR 9,53 (IC 1,93-46,90) p=0,003.

Curva de supervivencia a 5 años sin diferencias significativas entre grupos TGO > y < a 1500.

NFP se asoció a mortalidad a 3 meses post TH del 44% (4/9) vs 10,2% (29/283) p=0.01-OR 7 (IC 1,7-27,6).

Conclusiones: El estudio mostró datos similares a los reportados en la literatura en cuanto a incidencia, factores de riesgo y morbimortalidad. La DI se relacionó con características del donante y aspectos de la técnica quirúrgica.

Creemos necesario mejorar: selección de donante, procuración de órganos, técnica quirúrgica y cuidados intra/postoperatorios.

0248 REDUCCION DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A ANALGOSEDACION EN PACIENTES VENTILADOS. IMPACTO SOBRE LA CALIDAD Y SEGURIDAD

A FAJRELDINES(1), J ALVAREZ(1), M VALERIO(1), N ESPIL(1), L DAVIDE(1), M PELLIZZARI(1), P FALVO(1), J GARCIA CLEQUE(1), A PALACIOS(1), V MARQUEVICH(1), V VILLAR FREULER(1), F PLANO(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1)

(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La estandarización y monitoreo de los esquemas de analgo-sedación en pacientes bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM) tiene como objetivo lograr un adecuado nivel de analgesia/sedación con la menor incidencia posible de efectos adversos (EA) graves. Existe escasa información disponible respecto de estos últimos en los esquemas de analgo-sedación combinados (EASC).

Objetivos: Analizar EA graves asociados a EASC en pacientes admitidos a unidad de cuidados intensivos adultos médico quirúrgico (UCIAMQ) bajo AVM.

Evaluar impacto de nuevas evidencias disponibles.

Analizar factores predictores de EA.

Material y métodos: Corte transversal de pacientes admitidos a UCIAMQ, bajo AVM, con EASC que presentaron EA en período pre intervención (junio-diciembre 2010) y post intervención (junio-diciembre 2011/12/13). Se consideraron EA graves según el Institute for Health Care Improvement hipotensión arterial, requerimiento de agentes reversores, desaturación y otros por $c/100$ pacientes. Se detectaron los EA con la herramienta Global Trigger Tools y algoritmo de naranjo. Los indicadores medidos fueron proporciones de pacientes con eventos mencionados sobre total de pacientes analizados en $c/año$. Se realizó regresión logística multivariada para medir asociación de otras variables con aparición de EA. La intervención realizada fue actualización de la guía de práctica clínica (GPC) según evidencia disponible al año 2011 (estandarización de ajuste por goteos/peso, combinación de esquemas y monitoreo).

Resultados: Se analizaron 840 pacientes. El porcentaje de EA fue: Pre intervención 2010: 19,54% (n=43) Post intervención 2011/12/13: 9,54% (n=21), 10,9% (n=24), y 10,45% (n=23) respectivamente.

Los EA más frecuentes fueron hipotensión arterial 37% (n=16) y desaturación 32.5% (n=14).

Se evidenció una diferencia significativa ($p=0.001$) entre los EA comparando el período pre y post intervención con la GPC.

Las variables independientes asociadas a la aparición de EA fueron: polimedicación (>5 fármacos concomitantes) ($p=0,001$), edad >65 años ($p=0.004$) y días de estadía >3 ($p=0.003$).

Conclusiones: El estudio permitió conocer las tasas locales de EA asociadas a analgesia. La actualización de nuestra GPC fue una estrategia favorable para reducir los EA y mejorar la calidad de la asistencia. Se encontraron como factores predictores independientes para el desarrollo de EA: polimedicación, edad >65 años y días de estadía >3 días en UCIAMQ.

0249 CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. UTILIZACIÓN DE METODOLOGÍA SIX SIGMA PARA CONTROL Y ANÁLISIS DEL PROCESO

A FAJRELDINES(1), D CZERWONKO(1), L DAVIDE(1), N ESPIL(1), M PELLIZZARI(1), J GARCIA CLEQUE(1), A DONA(1), M JERMAN(1), J NUÑEZ(1), J PAGES(1), GM AGUSTINA(1), F PABLO(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La prescripción de medicamentos en instituciones de salud constituye un complejo proceso asociado a posibles errores. Estos representan una de las principales causas de error en la atención de las unidades de cuidados intensivos.

La metodología Six Sigma (SS) combina herramientas estadísticas con un enfoque disciplinado para la resolución de problemas. Constituye el valor de variación aceptado para un proceso igual a 6 desvíos estándar y representa un error de 3.4 por millón de oportunidades. Esta herramienta permite obtener información y reducir la variabilidad de un proceso.

Objetivos: Analizar la prescripción de medicamentos en UCI mediante la herramienta SS.

Material y métodos:

Serie temporal de datos de muestra aleatorizada de historias clínicas electrónicas de pacientes admitidos a UCI en el período 1-12/2013. Se considero no conformidad a todo elemento clasificado como error de prescripción según taxonomía de la American Society of Health-System Pharmacists. Los datos se ingresaron a la tabla de SS calculando los factores críticos de calidad (FCC) para el número de productos mensuales estudiados (total de prescripciones de la muestra). Posteriormente, se calculo el valor de defectos de partes por millón de unidades (DPMO) y se extrajo el valor de sigma correspondiente al proceso.

Resultados: Se analizo un total de 940 prescripciones. Los FCC fueron 8 por cada prescripción. El DPMO dio como resultado una media de 4.2 que corresponde a un nivel de sigma de 4. La tabla de conversión mostro un valor de capacidad del proceso de 94.5%. El análisis estadístico mostro una media de 2.3 prescripciones incorrectas/mes (DE 0.9 y rango 0-7.14).

Conclusiones: El análisis del proceso evidenció un resultado dentro de límites normales según el modelo tradicional (desvío esperado del proceso <5%). La visión SS, a pesar de mostrar un nivel sigma adecuado, aporó datos complementarios respecto de la capacidad del proceso (94.5%) reflejando una oportunidad de mejora no detectada en los análisis previos.

Creemos que la utilidad de esta herramienta en procesos de áreas críticas será cada vez más frecuente debido al elevado impacto en la seguridad y costoefectividad.

0250 DISFUNCIÓN MESODIENCEFÁLICA ORTOSTÁTICA EN SÍNDROME DEL COLGAJO HUNDIDO POS CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

Y MANCHO(1), S PAVON(1), F MINOLDO(1), V CAGLIERI(1), C GALLETI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: El síndrome del colgajo hundido, (SCH) complicación tardía e infrecuente, de la hemicraniectomía descompresiva (HCD), se manifiesta por deterioro de conciencia, cefalea, parestias, convulsiones, mareos, vértigo, fatiga, cambios de humor. Se observa un colgajo de piel deprimido del lado de la HCD. Se expone un caso de SCH por HDC por un trauma encefalocraneal (TEC) grave que presentó además disfunción ortostática mesencefálica.

Caso Clínico: Paciente femenino de 26 años, ingresa a unidad de terapia intensiva (UTI) con diagnóstico de estatus epiléptico, en coma barbitúrico derivada de otra institución. Antecedentes: TEC meses previos al ingreso con HCD y válvula de derivación ventrículo-peritoneal (VDVP), dada de alta con Escala de Glasgow Evolutiva (EGE) 5. Se había realizado cranioplastia (CP) y posterior retiro por infección. Durante su internación prolongada en UTI evoluciona con coma, y luego mínima conciencia. Inicialmente con status epiléptico, monitoreo continuo de EEG, y tratamiento con varios esquema anticonvulsivantes que lo controlaron. Se recambio VDVP por presunto mal funcionamiento. Presentó temblores parkinsonianos unilaterales que progresaban a todo el cuerpo en especial ante estímulos (nosiceptivos, baño, aspiración) particularmente en relación con la posición sentada calmado con el decúbito, con crisis mesencefálicas. Se trató con betabloqueantes, opiáceos y carbidopa. La resonancia magnética mostró distorsión del mesencéfalo pero sin lesión en el parénquima de ganglios basales o el tronco encefálico. Se realizó CP. Evoluciona con mejoría neurológica significativa. Es derivada a centro de rehabilitación 110 días posteriores a su ingreso a UTI. Actualmente la paciente se encuentra con un EEG de 5, realizando vida normal junto a su familia.

Conclusiones: El SCH es inusual. El tratamiento de elección es la CP que permite la protección cerebral, la reparación cosmética y la recuperación parcial funcional de estructuras corticales y subcorticales. Estaría producido por cambios hidrodinámicos del LCR, alteraciones hemodinámicas cerebrovasculares y cambios metabólicos. El presente es probablemente un caso extremo. Es posible que el colapso cerebral, y la distorsión inducida de fibras y nervios craneales, causaran una completamente reversible disfunción axonal mecánica sin destrucción estructural, lo que permitió una rápida normalización luego de la corrección con CP.

0251 CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN AL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A FAJRELDINES(1), N ESPIL(1), M PELLIZZARI(1), L DAVIDE(1), V VILLAR FREULER(1), L BALLESTRACCI(1), M SANDOR(1), F CARLUCCI(1), A GIRA(1), J ALVAREZ(1), V MARQUEVICH(1), D CZERWONKO(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: Las equivocaciones de medicamentos constituyen la principal causa de daño en la atención hospitalaria. La mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial, siendo la conciliación de la medicación un proceso clave para reducirlos. Las unidades de cuidados intensivos (UCI) representan áreas de elevado riesgo de daño debido a la polimedicación. Existen escasos reportes en nuestro país acerca de errores de la conciliación.

Objetivos: Evaluar errores de conciliación de medicación al ingreso a UCI medico quirúrgica en las primeras 24 hs.

Material y métodos: Estudio prevalencia de corte transversal. Se utilizo el indicador: pacientes con error de conciliación x100 / total de pacientes que ingresaron a UCI en trimestre 01/03 al 20/05 del 2014. Los datos se extrajeron del registro clínico electrónico. El

error de conciliación (EC) se estudio con el estándar internacional de error de medicación (NCCMERP) y se definió como: omisión de conciliación, conciliación no justificada por la situación clínica. Se analizó el impacto del error en el daño al paciente con la escala de la OMS (A a I).

Resultados: Se analizaron 210 pacientes con una media de edad de 41.6 años (DE 1.8, rango 19-64).

La prevalencia de EC fue de 7.69% (IC 95% 7.14-7.86).

Las transferencias de pacientes con EC fueron de: clínica medica 43,75% (n=7), emergencias 25% (n=4), cirugía 12.5% (n=2) y otros 18.75% (n=3). El OR fue de 0.89 (IC95% 0.81-0.97).

Las variables asociadas a EC fueron: estancia menor a 2 días en el servicio de origen (p=0.001), múltiples vías de administración (p=0.003) y medicamentos no relacionados al motivo de ingreso a UCI (p=0.001). El EC estuvo asociado a la categoría de daño C en el 62.5% (n=10) y a E en el 37.5% (n=6) de los casos.

Conclusiones: La prevalencia de errores en la conciliación de medicamentos fue similar a la reportada en la literatura. La reducción de estos nos permitiría disminuir el riesgo de daño en los pacientes. La polimedición y la complejidad del tratamiento farmacológico previo constituyeron factores predictores de EC.

0252 BIOPSIA PULMONAR EN PACIENTES CON DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO DE ETIOLOGÍA NO CLARA. SERIE DE CASOS

J GARCIA CLEQUE(1), F CARLUCCI(1), L BALLESTRACCI(1), M SANDOR(1), J PAGES(1), V MARQUEVICH(1), M JERMAN(1), J BRAGA MENENDEZ(1), D CHIMONDEGUY(1), J ANSEDE(1), J BARBER(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1), J ALVAREZ(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La biopsia pulmonar (BP) es el método diagnóstico de certeza en enfermedad pulmonar difusa (EPD). Sin embargo, su uso es limitado en pacientes (p) bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM) debiéndose evaluar en forma adecuada la relación riesgo/beneficio.

Objetivos: Describir características de los p con AVM y EPD de etiología no clara a los que se realizó BP.

Analizar los cambios en la conducta terapéutica generados por el método.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de p admitidos a unidad de cuidados intensivos adultos médico quirúrgica (UCIAMQ) en el periodo 01/2008-12/2013. Se incluyeron aquellos p que requirieron AVM y se les realizó BP con técnica quirúrgica mediante videotoracoscopia asistida por EPD sin etiología clara. Se realizó análisis de medias y relaciones porcentuales.

Resultados: Se analizaron 9 p. La media de edad fue 49 años (DE 19), sexo masculino 67%. Ocho p (88%) fueron inmunocomprometidos. El Apache II promedio fue 22 (DE 8). Al momento de la BP la media de disfunciones orgánicas y SOFA fue 2.5 y 8 respectivamente.

La media de PO2/FiO2 al día de la BP fue 187 (DE 51) y el día post BP 138 (DE 40). La media de PEEP fue 10 cmH2O (DE 3,7) y se mantuvo sin cambios pre/post procedimiento.

Se obtuvo diagnóstico definitivo en el 100% de los p (micosis pulmonar 3 p, neumonía bacteriana 2 p, daño alveolar difuso y síndrome de engrafment 2 p, neumonía eosinofílica 1 p, neumonía organizativa 1 p, amiloidosis 1 p, linfangitis carcinomatosa 1 p). Se generaron cambios en las conductas terapéuticas en 8 p (88%) (modificación de esquema antibiótico 3 p, modificación de antimicrobianos 3 p, agregado de corticosteroides 3 p).

Un p presentó como complicación aerorragia persistente por más de 24hs.

Fallecieron 5 p (56%), sin mortalidad atribuible al procedimiento.

Conclusiones: En la población estudiada la BP permitió realizar diagnóstico definitivo en todos los casos, generando modificación en la conducta terapéutica en la mayoría de los p.

0253 ACIDOSIS TUBULO-RENAL Y SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA COMO PRESENTACION INICIAL DEL SINDROME DE SJÖGREN

F MINOLDO(1), Y MANCHO(1), F ROMERO(1), E IGLESIAS(1), V CAGLIERI(1), C GALLETI(2)
(1) Sanatorio Allende. (2) Sanatorio Aalende.

Introducción - Objetivos: El síndrome de Sjögren (SS), primario o secundario, enfermedad autoinmune sistémica se caracteriza por la inflamación crónica de la glándulas exocrinas, principalmente salivales y lacrimales. Los criterios diagnósticos de SS primario incluyen: xeroftalmia, xerostomía, sialoadenitis, anticuerpos anti SS-A y B en ausencia de Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Esclerosis sistémica y Polimiositis. Se expone un caso de manifestación infrecuente con acidosis tubulo renal (ATR) y respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)

Caso clínico: Mujer de 27 años de edad, con antecedentes de tabaquismo y gastritis crónica consulta por astenia, hiporexia, tos no productiva y fiebre persistente de 48hs.

Al examen se objetiva faringe congestiva, glositis, dentición alterada, ganglios cervicales palpables no dolorosos, rash cutáneo no pruriginoso a predominio de tronco y miembros inferiores, gonalgia derecha sin signos de flogosis y edema perimaleolar bilateral. Radiografía de tórax normal, hemo y urocultivos sin desarrollo, y analítica con ascenso de parámetros inflamatorios sin leucocitosis, con serología viral (CMV / VEB / VIH / VH B y C) y patógenos atípicos (Clamidia / Micoplasma) negativas.

Evoluciona con taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica e hipopotasemia severa, asociado a oligoanuria que responde parcialmente con diuréticos. Comienza antibióticoterapia de amplio espectro y compensación de medio interno. Procalcitonina aumentada. Estudio tomográfico objetivan derrame pleural bilateral, pequeñas formaciones ganglionares mediastinales, pancreatitis mesentérica y aumento tamaño renal bilateral con pérdida relación cortico-medular.

Estudio de función renal revela importante descenso de filtrado glomerular, proteinuria leve con hematuria, sin reacción inflamatoria. Informe de serología autoinmune advierte Ac. Antinucleares positivos (1/640 de patrón moteado) y Ac. Anti Ro y La positivos, siendo el resto de determinaciones negativas. Con diagnóstico clínico y analítico de Síndrome de Sjögren se suspende antibióticoterapia y comienza tratamiento corticoide con respuesta favorable.

Conclusiones: Las manifestaciones extraglandulares ocurren en un 25% de los enfermos con SS primario, siendo la más frecuente la afección renal con nefritis túbulo-intersticial y eventual ATR. Puede presentarse como un severo cuadro de SRIS. Si no es abordado correctamente y a tiempo puede poner en riesgo la vida del paciente. Su tratamiento de elección es la restauración temprana del medio interno y posteriormente corticoterapia y/o inmunosupresores

0254 UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M SANDOR(1), A GIRA(1), S BARATTA(1), A HITTA(1), D MONARDO(1), A DONA(1), J NUÑEZ(1), F PLANO(1), A JULIARENA(1), D CHEJTMAN(1), B ALEJANDRO(1), J ALVAREZ(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: El compromiso hemodinámico y de la perfusión tisular son situaciones frecuentes en pacientes críticos. El uso de diferentes sistemas de monitorización de variables hemodinámicas puede permitir optimizar el manejo terapéutico. Sin embargo, los métodos actuales de monitoreo han generado beneficios limitados. La ecocardiografía ha mostrado ser una herramienta útil en este grupo de pacientes, colaborando para establecer un diagnóstico etiológico y permitiendo adecuar el tratamiento.

Objetivos: Valorar concordancia entre sospecha etiológica clínica previa al procedimiento y hallazgos ecocardiográficos.

Evaluar cambios en la estrategia terapéutica generados por el estudio ecocardiográfico.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional, evaluando uso de ecocardiografía en pacientes admitidos a unidad de cuidados intensivos de adultos (UCI), durante el período 10/2013-4/2014. Se incluyeron pacientes que requirieron ecocardiografía por compromiso hemodinámico y/o de la perfusión tisular. Se valoraron diversos indicadores de performance miocárdica. Se realizó análisis de medias y relaciones porcentuales.

Resultados: Se analizaron 41 pacientes (p). La media de Apache II fue 20.

La concordancia entre sospecha etiológica clínica previa y posterior a la realización del ecocardiograma fue de 82% (34 p), siendo la disfunción miocárdica el diagnóstico subestimado con mayor frecuencia.

En 61% (25 p) se realizó ecocardiografía dentro de las primeras 24 horas y en 80% (20 p) se consideró al estudio como "de urgencia". Se observó cambios en la conducta terapéutica en 36% (15 p). La modificación más frecuente en la estrategia de tratamiento fue el cambio de agente vasopresor que se produjo en el 66% (10 p), mientras que en el grupo restante permitió optimizar la fluidoterapia e incluir drogas inotrópicas.

Conclusión: En la población estudiada el ecocardiograma permitió confirmar los diagnósticos clínicos presuntivos en la mayoría de los pacientes y optimizar la estrategia terapéutica en más de un tercio de los pacientes tratados.

0255 LÍMITE DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A JULIARENA(2), M TORRES BODEN(1), A GIRA(2), P FALVO(2), A DONA(2), D MONARDO(2), F PLANO(2), J ALVAREZ(2), D CZERWONKO(2), S COSENZA(2), P PRATESI(2)

(1) Hospital Cosme Argerich. (2) Hospital Universitario Austral.

Introducción: El uso de los avances tecnológicos en salud ha generado grandes beneficios. Sin embargo, ha producido nuevas problemáticas e interrogantes en la sociedad. Es indiscutible la necesidad de encontrar un límite a los tratamientos en el marco de la ética incorporando el concepto de límite del esfuerzo terapéutico (LET).

Objetivos: Estudio de incidencia y factores que determinan la instauración de LET.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se realizó revisión sistemática de registros clínicos electrónicos de pacientes (p) admitidos en forma consecutiva a la unidad de cuidados intensivos de adultos del Hospital Universitario Austral en el período 1/06/2010-31/12/2011. Los resultados fueron expresados en medias y proporciones.

Resultados: Se analizaron 1370 pacientes. La media de edad fue 49,4 (DE 16). El Apache II promedio (885 p) fue 15 (DE 8). La mortalidad fue 10,5% (93 p), con SMR de 0,4.

Se realizó LET en 24 pacientes. La modalidad aplicada fue: abstención de medidas terapéuticas en el 91% y retiro de medidas terapéuticas en el 9%.

La causa de ingreso fue quirúrgica en el 16% de los casos.

El acuerdo familiar estuvo presente en todos los casos de LET.

El estudio comparativo con una institución de nuestro país evidenció un porcentaje similar de LET (25% vs 18%) con un menor porcentaje de retiro (2% vs 8%) sobre el total de muertos.

Los factores asociados a un incremento en la instauración de LET fueron: factores pronósticos de la enfermedad aguda, enfermedad previa, edad, estado neurológico y causa de ingreso (quirúrgica/médica).

Conclusiones: Nuestro estudio mostró datos similares a los reportados en la literatura en cuanto a incidencia de LET. A diferencia de otras publicaciones, la familia fue participada en la decisión de LET en todos los casos siendo esto registrado en la historia clínica. El porcentaje de retiro fue menor al reportado por otras series. La implementación del LET fue menor en pacientes quirúrgicos.

0256 PERCEPCIÓN DE CUIDADO INAPROPIADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. UNA MIRADA HACIA EL EQUIPO

A JULIARENA(1), J GARCIA CLEQUE(1), M SANDOR(1), V VILLAR FREULER(1), A GOMEZ MONJE(1), M JERMAN(1), L BALLESTRACCI(1), M ENRIQUEZ(1), M SALABERRY(1), D CZERWONKO(1), V MARQUEVICH(1), J ALVAREZ(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1)

(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La percepción de tratamientos inapropiados genera en los profesionales de salud distres moral, burnout, disconformidad laboral y deterioro en la calidad de la atención. Los factores que influyen en dicha percepción son la comunicación interprofesional inadecuada, la insuficiente participación interdisciplinaria en las decisiones y la aplicación de estrategias de cuidados paliativos.

Objetivos: Prevalencia de percepción de cuidado inapropiado en unidad de cuidados intensivos de adultos (UCI).

Método de estudio: Estudio de cohorte transversal realizado el 19/11/2013 en la UCI del Hospital Universitario Austral. Se entregaron 3 cuestionarios para la recolección de datos. Los resultados fueron expresados en proporciones.

Resultados: Respondieron la encuesta 39 integrantes del personal de salud del área (86% de respuestas). El 54% (n=21) percibió cuidado inapropiado en al menos 1 paciente. La percepción de cuidado inapropiado fue mayor entre los médicos (81%) en relación con los otros grupos: enfermeras (50%) y kinesiólogos (50%). Se notificaron 35 situaciones de cuidado inapropiado. La causa fue especificada en 22 situaciones. En la mitad de los casos correspondió a falta de proporción entre el nivel de cuidados y la situación clínica. Entre estos, el cuidado excesivo fue el reportado con mayor frecuencia (72%).

Conclusiones: El cuidado excesivo fue la percepción de cuidado inapropiada reportada con mayor frecuencia en nuestro estudio.

0257 VALORACIÓN DE LA RESISTENCIA DE LA VIA AEREA EN VENTILACIÓN MANDATORIA CONTROLADA SIN UTILIZAR UNA PAUSA TELEINSPIRATORIA: ESTUDIO DE BANCO

E GOGNIAT(2), M MADORNO(1), N ROUX(2), P RODRIGUEZ(3), A MIDLEY(2), S GIANNASI(2), E SAN ROMÁN(2)

(1) Itba. (2) Hospital Italiano De Bs As. (3) Cemic.

Introducción: La resistencia del sistema respiratorio (Rmax) durante la ventilación en VC-CMV con flujo constante es calculada tradicionalmente como la presión pico menos la presión meseta dividida el valor de flujo pico pre-oclusión (RmaxPlat). Alternativamente es posible calcular Rmax a partir de la diferencia entre PEEPt y P0 (presión medida al comienzo de la inspiración en el momento en que se alcanza el flujo pico) dividida por el valor de flujo pico (RmaxCua). Por analogía, resultaría posible calcular Rmax en VC-CMV con flujo desacelerado utilizando el mismo principio (RmaxDes) = P0-PEEPt /flujo pico).

Objetivo: Evaluar la concordancia entre RmaxPlat, RmaxCua y RmaxDes en un modelo de banco con valores establecidos diferentes de Rmax.

Materiales y método: Se utilizó un simulador de pulmón ASL5000 (IngMar Medical, Pittsburgh, PA, USA) conectado a un ventilador Neumovent GraphNet Advance (TECME S.A., Córdoba, Argentina). Se registraron señales de presión y flujo con un monitor FluxMed (MbMed, Argentina).

Se simularon cuatro situaciones de complacencia y resistencia (RmaxPatron de 5, 10, 15 y 20 cmH2O) en VC-CMV con flujos de 20 a 70L/m con onda de flujo desacelerada y cuadrada. Se hicieron los cálculos off-line de RmaxPlat, RmaxCua, RmaxDes.

Resultados: Se encontró correlación estrecha entre los métodos para calcular Rmax y una excelente concordancia entre RmaxCua y RmaxDes. Estos 2 estimadores de RmaxPlat y RmaxPatron tuvieron un bias (precisión) cercano a 2 cmH2O/Ls.

Comparación	Coefficiente de regresión R2 (probabilidad)	Bias según Bland y Altman
RmaxCua vs RmaxPlat	0.939 (P<0.001)	1.96 (5.3 a -1.38)
RmaxDes vs RmaxPlat	0.944 (P<0.001)	2.17 (5.35 a -1)
RmaxCua vs RmaxDes	0.998 (P<0.001)	-0.21 (0.29 a -0.71)
RmaxCua vs RmaxPatron	0.952 (P<0.001)	1.91 (4.47 a -0.65)
RmaxDes vs RmaxPatron	0.959 (P<0.001)	2.12 (4.51 a -0.27)
RmaxPlat vs RmaxPatron	0.985 (P<0.001)	-0.06 (2.17 a -2.29)

Conclusiones: Se encuentra buena correlación entre RmaxCua y RmaxDes con la medición tradicional y el patrón del simulador. Ambos estimadores sobreestimaron dichas mediciones.

0258 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

R DESCH(1), MG GUTIÉRREZ(1), P ACEVEDO(1), A OJEDA(1), MV RUIZ(1), MA BORETTO(1)
(1) Sanatorio De Niños.

Introducción: la encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad poco frecuente con características clínico radiológicas típicas. Ocurre asociada a enfermedades severas, lo que dificulta su reconocimiento. Sin embargo, el pronóstico es benigno en la mayoría de los casos. **Objetivo:** reportar los casos de PRES que se diagnosticaron en nuestro servicio desde Enero de 2010.

Material y método: estudio retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de PRES atendidos en nuestra unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos entre Enero de 2010 y Abril de 2014. El diagnóstico se basó en criterios clínicos e imagenológicos previamente definidos. Se analizó: presencia de cefalea, trastornos visuales, convulsiones e hipertensión arterial (HTA), enfermedad de base, tipo de lesión en la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) con énfasis especial en la localización y extensión de la misma, y evolución final del proceso.

Resultados: en total se diagnosticaron 7 pacientes (5 F), con edades comprendidas entre 3 y 19 años. Hallazgos clínicos: 7/7 presentaron cefalea, 5/7 convulsiones y 3/7 trastornos visuales. La HTA (registros por encima del p95 para la edad) se presentó en 7/7 pacientes, normalizándose al resolver el cuadro. Enfermedad de base: 2/7 leucemia linfoblástica aguda en tratamiento quimioterápico, 3/7 post trasplante hepático inmediato en tratamiento con tacrolimus, 1/7 sepsis severa, 1/7 neuroblastoma con tratamiento quimioterápico. Uno de los pacientes con leucemia repitió un segundo episodio después de un nuevo ciclo de quimioterapia. Hallazgos en RNM: 7/7 presentaron en la secuencia T2 y Flair, imágenes hiperintensas simétricas en la sustancia blanca de los lóbulos occipitales y parietales sin restricción en la difusión (DWI), 4/7 presentaron lesiones que se extendieron a otras zonas del cerebro.

Evolución: resolución completa del cuadro clínico en todos los pacientes con un rango de seguimiento de 2 meses a 3 años. En 3/7 se realizó RNM de control, que fue normal.

Conclusión: PRES es una patología que debe descartarse en todo paciente con enfermedades críticas que agrega síntomas neurológicos e HTA. La RNM confirma la sospecha clínica y permite establecer tratamiento. La buena evolución de los pacientes de nuestra serie coincide con lo publicado en la literatura.

0259 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBMASIVO EN PACIENTE CON DISFIBRINOGENEMIA CUALI Y CUANTITATIVA CONGENITA TRATADO CON FRAGMENTACION CON BALON Y TROMBOLITICO LOCAL

MB RETAMOZO(1), SG PAREDES(1), LA MARTÍNEZ RIERA(1), GJ PACHECO(1), RMA COLQUE(1)
(1) Sanatorio Allende Sucursal Cerro.

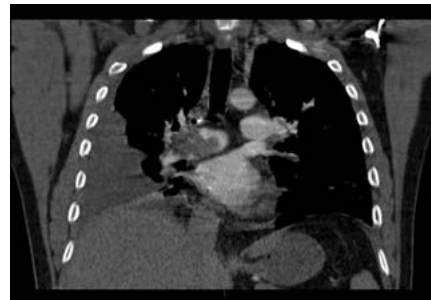
Introducción: El tromboembolismo pulmonar agudo se asocia con

una mortalidad del 30% sin tratamiento. El diagnóstico preciso seguido del tratamiento anticoagulante disminuye la mortalidad del 2 al 8%.

Presentación del caso: Varón de 43 años de edad, con antecedentes de disfibrinogenemia cuali y cuantitativa congénita, consulta por disnea súbita grado IV asociada a tos y hemoptisis. Al examen físico destaca taquipnea, taquicardia, TA: 120/65 mmHg, SO2 78% aire ambiente; laboratorio: leucocitos 21.6 miles/mm³, APP 50%, KPTT 32", RIN 1.77, fibrinógeno no dosable. Se realiza Angiotomografía de Tórax que muestra gran trombo en arteria pulmonar derecha e izquierda. Ingresa a UCI. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular. Se realiza ecocardiograma doppler que muestra cavidades derechas dilatadas, trombo móvil de 3.7x1.9 cm en ventrículo derecho, hipertensión pulmonar severa. Se realiza cateterismo derecho y angiografía pulmonar por lo cual se decide fragmentación con balón de 10 mm de diámetro e infusión local de 50mg de t-PA durante 2 horas. Procedimiento que se realiza bajo asistencia mecánica respiratoria. Se extuba a las 12 horas con éxito, se reinicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Evolución clínica favorable con saturación de oxígeno de 97% con máscara al 50% y ecocardiograma control con lisis del trombo. Se otorga alta a sala a los 7 días.

Discusión: Es controvertido considerar el tratamiento trombolítico en presencia de dilatación o hipocinesia del ventrículo derecho sin hipotensión sistémica. La justificación de realizarlo se basó en que la disfunción del ventrículo derecho grave se asocia a un peor pronóstico. La terapia trombolítica sistémica aumenta el riesgo de hemorragia grave, comparado con la anticoagulación sola, y aún más en los pacientes con disfibrinogenemia. La prevalencia de la trombosis en estos pacientes se estima de un 10 al 20%. La resistencia a la fibrinólisis debido a la presencia de un fibrinógeno anormal es un mecanismo potencial en el desarrollo de la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica seguido de embolia pulmonar.

Conclusiones: Los pacientes con complicaciones tromboticas que resultan de un fibrinógeno anormal deben recibir tratamiento anticoagulante indefinido.



0260 TROMBOSIS DE LA VENA PORTA Y MESENTERICA SUPERIOR SIN CAUSA APARENTE COMPLICADO CON ISQUEMIA INTESTINAL

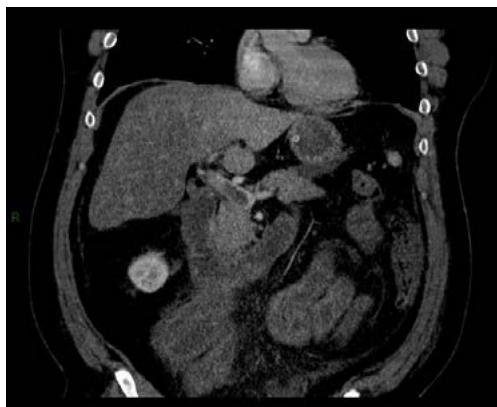
MB RETAMOZO(1), SG PAREDES(1), RMA COLQUE(1)
(1) Sanatorio Allende Sucursal Cerro.

Introducción: La trombosis mesentérica venosa es causa de entre el 5-15% de los casos de isquemia mesentérica. Entre los factores asociados están: estados protrombóticos, enfermedades hematológicas, inflamatorias, estado postoperatorio, cirrosis y trauma.

Presentación del caso: varón de 50 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad y dislipemia que consulta por dolor abdominal de 7 días de evolución refractario a analgésicos acompañado de náuseas. Presentado al ingreso glóbulos blancos de 12.5 miles/mm³; ecografía abdominal sin anomalías, por lo que se realiza tomografía axial computada de abdomen que revela trombosis venosa portal y mesentérica, iniciándose anticoagulación con heparina de bajo peso molecular e ingresa a UCI. Se descarta trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. A las 72 horas se suspende la anticoagulación por hemorragia digestiva alta. Se solicitan estudios para descartar trombofilias, síndrome antifosfolípido, homocisteína y virus hepatitis B y C, HIV y crioglobulinas, siendo negativos. Evolucionó a los 9 días con isquemia intestinal por lo que se realiza laparotomía exploradora observándose infarto y perforación de intestino delgado. Regresa en asistencia mecánica asistida. Se logra extubación a los 3 días. Se recibe informe de anatomía patológica que descarta cirrosis y neoplasia intestinal. Como complicación post operatoria presenta fiebre a los 14 días, realizándose punciones donde se aísla de líquido peritoneal pseudomona aeruginosa y enterococo faecalis iniciándose tratamiento con meropenem y vancomicina. Conjuntamente se solicita ecodoppler de miembros inferiores que muestra trombosis femoral profunda derecha por lo que se reinicia la anticoagulación. A los 21 días evoluciona favorablemente por lo que es dado de alta al servicio de medicina interna.

Discusión: Aunque no se ha precisado la relación entre factor de riesgo y sobrevida, la presencia de engrosamiento de la pared intestinal y congestión mesentérica se ha asociado con el desarrollo de isquemia intestinal. El pronóstico es bueno en este grupo de pacientes, con una mortalidad de sólo 7%, aunque la isquemia intestinal es del 21%.

Conclusiones: En la trombosis venosa mesentérica el inicio de anticoagulación es importante en la evolución de los pacientes y el tratamiento quirúrgico agresivo generalmente es seguido de buenos resultados.



0262 CAPNOGRAFÍA VOLUMÉTRICA EN EL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO: EFECTO DE DIFERENTES NIVELES DE PRESIÓN POSITIVA DE FIN DE ESPIRACIÓN

E GOGNIAT(1), M DUCREY(1), M MADORNO(2), J DIANTI(1), J HAGEL(1), M LAS HERAS(1), N ROUX(1), A MIDLEY(1), G TUSMAN(3), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Bs As. (2) Itba. (3) Hospital Privado De Comunidad De Mar Del Plata.

Introducción: El SDRA produce cambios a nivel de los espacios alveolares y de la pequeña vía aérea que ocasionan una heterogénea distribución del gas intra-pulmonar con alteración del intercambio gaseoso. El soporte ventilatorio con niveles adecuados de PEEP mejora la hipoxemia, disminuye el shunt intra-pulmonar y evitaría el colapso y la reapertura alveolar cíclica (atelectrauma). La PEEP también podría generar cambios en el espacio muerto fisiológico (VdBohr) que no se conocen aún con precisión y podrían evidenciarse con capnografía volumétrica (VCap).

Conocer los cambios que se producen en el VdBohr durante la VM de pacientes con SDRA permitiría priorizar estrategias ventilatorias protectivas de modo no invasivo y en tiempo real.

Objetivos: Describir el efecto de diferentes niveles de PEEP sobre variables derivadas de VCap y sobre complacencia estática del sistema respiratorio (C_{SR}), en pacientes con SDRA.

Material y método: Estudio analítico experimental. Se midieron variables ventilatorias y de capnografía con un monitor de VCap con sensor de CO₂ y flujo, en pacientes con diagnóstico de SDRA. Previamente a la prueba, se realizó VM durante 12 hs con Vt 7 ml/kg, PEEP 10. Se realizaron cambios en los niveles de PEEP (periodos de 0, 6, 10, 16cmH₂O) de manera aleatorizada, de 10 minutos cada uno. El resto de los parámetros ventilatorios permanecieron constantes. Los cambios en el espacio muerto con los diferentes niveles de PEEP se compararon con ANOVA.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes con SDRA. El análisis de los resultados generales no mostró efecto en VdBohr /Vt (p=0,34) ni en VdBohr -Enghoff (p=0,99) con los cambios de PEEP. En cambio, en el grupo de pacientes en quienes el aumento de PEEP generó una caída de la C_{SR} (4 pts.) hubo un incremento significativo del VdBohr /Vt (p<0,001) y del Vdvía-aérea/Vt (p<0,017), sin cambios en el Vd alveolar/Vt alveolar (p=0,494) ni en VdBohr -Enghoff (p=0,7). Los tres pacientes restantes no tuvieron cambios.

Conclusiones: En los pacientes en quienes el aumento de la PEEP generó una caída de la C_{SR}, se constató un aumento del espacio muerto fisiológico. Futuras investigaciones deberían valorar la utilidad de la Vcap y del VdBohr /Vt como indicador de sobredistensión alveolar secundarios a niveles excesivos de PEEP.

0263 TITULACIÓN DE PEEP EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: ¿QUE OCURRE CON EL ESPACIO MUERTO DE BOHR CUANDO TITULAMOS PEEP DE ACUERDO A LA MEJOR COMPLACENCIA ESTÁTICA?

E GOGNIAT(1), M DUCREY(1), M MADORNO(2), J DIANTI(1), J HAGEL(1), M LAS HERAS(1), N ROUX(1), A MIDLEY(1), G TUSMAN(3), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Bs As. (2) Itba. (3) Hospital Privado De Comunidad De Mar Del Plata.

Introducción: El SDRA es una entidad caracterizada por diversos grados de atelectasia y edema pulmonar. Estos cambios generan colapso alveolar provocando un impacto negativo en la función del pulmón como intercambiador de gases.

El soporte ventilatorio con niveles adecuados de PEEP mejora la hipoxemia, disminuye el shunt intra-pulmonar y evitaría el colapso y la reapertura alveolar cíclica (atelectrauma). La PEEP también podría generar cambios en el espacio muerto fisiológico (VdBohr). La titulación de PEEP de acuerdo a la mejor complacencia estática de deflación (CSR) luego de una maniobra de reclutamiento (MR) es una metodología habitualmente utilizada en pacientes con SDRA, sin embargo el comportamiento del VdBohr antes y después de este procedimiento no se conoce aún con precisión y podría evidenciarse con capnografía volumétrica (VCap).

Objetivos: Describir los cambios en el VdBohr antes y después de titular PEEP luego de una MR de acuerdo a la mejor CSR en pacientes con SDRA.

Material y método: Se seleccionaron pacientes que cumplan con criterios de SDRA (definición Berlín). Se realizó una MR, se seleccionó PEEP de acuerdo a la mejor CSR de deflación. Durante todo el procedimiento se realizó medición de VCap. El análisis de las variables de VCap se realizó off-line.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes con diagnóstico de SDRA que ingresaron a la unidad entre los meses de enero y noviembre de 2013. Con PEEP óptima encontramos un aumento del 22% en CSR (IC 95%: 0.1520, 0.2913), sin cambios en el VdBohr ni en el VdBohr-Enghoff. El Vd alveolar/Vt alveolar disminuyó un 36% (IC 95%: -0.694, -0.033), y el Vd vía-aérea/Vt aumentó un 14% (IC 95%: 0.0437, 0.2385).

Conclusiones: La PEEP óptima titulada de acuerdo a la mejor CSR de deflación, que marca el punto previo al inicio del colapso, se asoció con un descenso en el espacio muerto alveolar. El incremento simultáneo en el Vd vía-aérea/Vt impidió que este efecto sobre el espacio muerto alveolar se evidenciara también en los índices VdBohr y VdBohr-Enghoff.

0264 IMPACTO DEL FALLO DE LA EXTUBACIÓN EN LOS DÍAS DE INTERNACIÓN Y DE VENTILACIÓN MECÁNICA; MORTALIDAD Y NEURMONÍA

A BADER(1), R PINTO(1), D MARQUEZ(1), M MATEA(1), M CATTINI(1), F DI GRESIA(1), M REYNOSO(1), M ABADIE(1), V ORMAECHEA(1), C FOURNERY(1), L BIGATTI(1), J NADUR(1), SPÉREZ CABRERA(1), J GÓMEZ(1), C TAGLIORETTI(1), I PREVIGLIANO(1) (1) Fernández.

Introducción: El fracaso de la extubación se define como la necesidad de re-intubación dentro de las 48 horas, de acuerdo al consenso de 2007. En la mayoría de los trabajos se analiza la incidencia de neumonía y mortalidad.

Objetivo: Evaluar el impacto del fallo de la extubación en los días de internación y de ventilación mecánica; mortalidad y neumonía en una cohorte consecutiva de pacientes en ventilación mecánica por distintas causas.

Material y método: Estudio prospectivo, de cohorte, de observación. muestra consecutiva. Datos: demográficos, APACHE, días de internación en UTI, días de ARM, día de extubación, neumonía, mortalidad, traqueostomía, gasometría. Análisis estadístico: Dos grupos extubación exitosa (EE) y falla de extubación (FE). Evaluación de normalidad (Shapiro Wilkison), test no paramétricos

(Mann Withney), test paramétricos (Student), Chi cuadrado.

Resultados: Desde el 01/07/14 al 30/04/14 se ingresaron, en una unidad de 8 camas, 70 pacientes que requirieron ARM, 10 de ellos presentaron falla en la extubación. Edad: EE:54 (DS 17) FE:52 (DS 22) (p:0.7). APACHE 22 (rango 2-45) y 21 (rango 12-48) (p:0.88). Días de internación: EE 16(DE 20) FE: 26 (DE 18) (p:0.04). Días de ARM: EE: 14 (DS 20) FE:24 (DS 20) (p 0.06). Día de extubación: EE:4 (DS 4) FE: 4.3 (DS 4) (p:0.88). Neumonía: EE:30% FE:60% (p:0.06). Mortalidad EE:43% FE:60% (p:0.33). Traqueostomía: EE:28% FE:60% (p:0.02).

Conclusiones: En esta población la incidencia de fracaso de la extubación representó el 14%, acorde a los indicadores de calidad. La edad y la gravedad de los dos grupos definidos (EE y FE) no presentaron diferencias, por lo cual son comparables. No hubo diferencias entre los días de ARM, mortalidad ni incidencia de neumonía, si bien en este último caso se podría estar frente a un error de tipo beta. Esto no coincide con lo publicado en los meta-análisis. Si se detectó un aumento de los días de internación y un aumento de la frecuencia de utilización de la traqueotomía.

0265 IMPACTO DE UN ALGORITMO PARA INDICACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CRÍTICOS VENTILADOS

L VIOLA(1), L LUJÁN(1), V ORDOÑEZ(1), S ARANCIBIA(1), E ROJO(1), I SANTOLAYA(1), E CABRERA(1), R FERNÁNDEZ(1) (1) Español De Mendoza.

Objetivos: Valorar el impacto sobre la mortalidad global y estadía en UTI y duración de la ventilación mecánica de la utilización de radiología de tórax basado un protocolo que no incluye imágenes de rutina.

Material y métodos: Desde noviembre de 2013 se aplicó un algoritmo que omite las RX de rutina a pacientes ventilados mecánicamente. Fueron incluidos todos los pacientes con una estadía superior a 24 horas. Se registró: Diagnóstico de ingreso, motivo de ARM, datos demográficos, APACHE II y probabilidad de sobrevida calculada, SOFA de ingreso, TISS 28 de las primeras 24 horas, estadía en UTI, duración de ARM, evolución, sobreviviente o fallecido, cantidad de Rx realizadas durante la estadía en UTI.

Los pacientes fueron comparados con un grupo control histórico, de un período similar.

Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar y se analizaron mediante U de Mann Whitney o test de Wilcoxon. Las cualitativas se expresan como porcentajes o proporciones e intervalo de confianza 95% (IC 95%) y se analizaron mediante Chi cuadrado. Se consideró significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados: Fueron ingresados a UTI 158 pacientes de los cuales 66 (41,7%) recibieron ARM. El promedio de edad alcanzó los 58,5 ± 18,8 años, y el 53 % perteneció al sexo masculino. Al comparar con grupo control solo pudo establecerse diferencia en el nivel de gravedad por APACHE II, grupo histórico 15,02 ± 8,36 vs 13,38 ± 7,9 grupo actual, $p < 0,03$. No se registraron diferencias entre ambos grupo de pacientes ventilados en cuanto a estadía, duración de ARM y mortalidad.

Se observó una disminución del 16,6% en la utilización de Rx de tórax en pacientes ventilados, histórico: 0,48 Rx / día de ARM vs 0,40, $p = 0,001$.

Conclusiones: No se observó diferencia significativa entre ambos períodos en cuanto a mortalidad global o en ARM, estadía en UTI o ARM, por lo que parece segura la aplicación del algoritmo para indicación de Rx de tórax en pacientes críticos.

Parece posible reducir la cantidad de estudios radiológicos en pacientes críticos, sin incrementar estadía en UTI, ARM o mortalidad global.

Tabla 4. Variación en Rx tórax solicitadas entre periodos estudiados			
	2012- 2013	2014	% variación
Costo Rx torax simple en cama (\$)		285	
Cantidad de Rx de Tórax	820	229	72,1
Cantidad de Rx de Tórax en pacientes con ARM	529	118	77,7
Promedio de Rx de Tórax por paciente	2,02	1,27	37,3
Promedio de Rx de Tórax por paciente con ARM	3,67	1,78	51,5
Relación Rx de torax / días de ARM	0,48	0,40	16,6
Costo por Rx realizadas (\$)	233700	65265	72,1

0266 TAKOTSUBO SECUNDARIO A INTOXICACION AGUDA POR MONOXIDO DE CARBONO

G CASTAÑO(1), FA SOSA(1), D IVULICH(2), A LOURO(1), A RISSO PATRON(3)

(1) Hospital Aleman. (2) Hospital Aleman. (3) Hospital Aleman.

Introducción: El Takotsubo es un síndrome clínico con disfunción ventricular izquierda severa transitoria cuya incidencia varía entre el 1.7-2.2%. Su incidencia en la intoxicación aguda por monóxido de carbono se desconoce. Esta entidad tiene impacto en la morbi-mortalidad.

Presentación del caso: Mujer de 22 años ingresó a UTI con diagnóstico de intoxicación aguda por monóxido de carbono, COHb de 30%, GCS 7/15 y necesidad de ARM.

Fuente de monóxido de carbono, grupo electrógeno dentro de la vivienda.

Examen físico: TA: 100/60 mmHg FC: 105 lpm FR: 16 cpm Temp: 36.5 sat 98%

Sedoanalgesia con RMF a 8ml/h RASS -3 en ARM PC 14/18/6/40. HD estable.

Exámenes complementarios al ingreso

Laboratorio: Hto 33% , Hb 10 g/dl, GB 10460/mm³, plaquetas 175.000/mm³, glucemia 110 CPK 6853 UI/L, CkMb 51 UI/L, Tt 396 pg/ml.

RxTx: Aumento de la trama bibasal.

ECG: RS, fC 77/min. Alteración de la repolarización ventricular. QT prolongado.

ECG posterior: Alteración difusa de la repolarización ventricular con inversión de ondas T y QT prolongado.

RMN SNC: Imágenes focales en ambos globos pálidos con leve restricción en secuencia de difusión e hiperintensas en T2 y Flair, compatibles con isquemia.

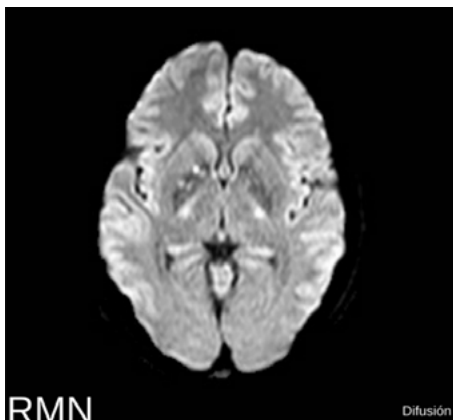
Ecocardiograma: Cardiopatía de origen indeterminado (Tako-tsubo) Fev 20%, Signos de incremento de la presión tele diastólica del VI.

Evolución: Ecocardiograma a las 72hs informó: FEV 56% FSVI deterioro leve hipoquinesias segmentaria de segmentos apicales anterior, septal y posterior.

Extubación exitosa a las 48hs, pasa sala general y se otorga alta hospitalaria.

Discusión: Existen escasos reportes de Tako-tsubo debido a intoxicación por monóxido de carbono, y solamente un artículo menciona el aumento de la mortalidad en estos pacientes. No existe evidencia del uso rutinario del ecocardiograma en la intoxicación aguda por monóxido de carbono. Sin embargo, el diagnóstico de Tako-tsubo determina conductas terapéuticas de impacto en la morbi-mortalidad.

Conclusión: En la intoxicación aguda grave por monóxido de carbono la sospecha y la búsqueda de este síndrome con ecocardiograma debería ser parte de la evaluación inicial, debido a que dicho hallazgo puede cambiar el pronóstico de estos pacientes.



0267 MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPORA CO-MO HERRAMIENTA DURANTE LA VENTILACION PROTECTIVA EN SDRA

I FERNANDEZ CEBALLOS(1), NM CIARROCCHI(1), MS VENUTI(1), MJ LAS HERAS(1), SD VILLARROEL MENDOZA(1), SE GIANNASI(1), JE SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La ventilación protectora en el SDRA demostró reducir la mortalidad por medio de la prevención de VILI. La utilización de ECMO permite una ventilación con VT bajos sin que interfieran sus limitantes, la hipoxemia e hipercapnia.

Objetivo: Analizar las variables ventilatorias usadas durante la utilización ECMO V-V en pacientes con hipoxemia refractaria secundario a SDRA y su impacto en la gasometría.

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo, de análisis de variables ventilatorias en pacientes que recibieron ECMO por hipoxemia refractaria.

Las variables (VT, Ppl, FIO₂, FR y PEEP) fueron recabadas de una ficha de monitoreo respiratorio incluida en la historia clínica electrónica, de ingreso estructurado, y cargadas en forma prospectiva. Los mismos corresponden a las 24 hs previas, y luego de 24 hs del inicio de ECMO. Los datos se presentan como promedio y rango.

Resultados: Desde Julio del 2011 hasta Mayo del 2014 fueron incluidos 8 pacientes con edad de 39,7 años, el 62,5% de sexo masculino. Su APACHE II y CHARLSON promedio de 17,5, y 1,87.

24 hs previas al inicio de ECMO, el VT fue de 6,69 ml/Kg (max: 7,85 y min 5,72), Ppl de 28,75 cmH₂O, con una PEEP de 10 cmH₂O, FIO₂ del 63%, y FR de 25 rpm. La PaO₂ de 74.8 y PaCO₂ de 71.1. Luego de 24 hs inicio de ECMO, se utilizó VT de 4,77 ml/Kg (max 6 y min 4,03 ml/Kg), Ppl promedio de 25,8 cmH₂O, con PEEP promedio de 10,43 cmH₂O, FIO₂ del 40%, y FR del 18,9 rpm. La PaO₂ y PaCO₂ resultante fue 162 y 43,9 mmHg respectivamente.

Se reportó IRA/HD (75%), plaquetopenia (62.5%), shock séptico y NAV (50%). 3 pacientes fueron destetados de ECMO, con una duración del mismo de 8.75 días, permaneciendo en AVM 26.7 días, con una estadía en UTI de 28.4 días promedio, con 30 días de internación. 4 pacientes fallecieron durante ECMO, 3 por FMO y 1 por sangrado del SNC.

Conclusiones: Se evidenció una disminución del VT de 28,7%, logrando mantener menores valores promedio de Ppl, con un incremento del 216% de la PaO₂ y disminución del 61.7% de la PaCO₂.

0268 UTILIZACIÓN DE HEMODERIVADOS A PARTIR DEL USO DE LA TROMBOELASTOMETRÍA EN SANGRE ENTERA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA CON CIRCULACION EXTRACORPORA

MDP MIÑONES, R EGUES ALMEIDA(1), G SERGIO, M NINOMIYA, NC PEDRAZA, M VARELA, AE VECCHIO, NL TRONCOSO

(1) Sor María Ludovica.

Introducción: el sangrado posquirurgico y la administración de he-

moderados en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas que requieren cirugía cardiovascular con circulación extracorporea es un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y la mortalidad de este grupo poblacional. La utilización de tromboelastometría guía la terapéutica específica en pacientes con sangrado para evitar transfusiones innecesarias, disminuyendo el tiempo de estadía hospitalaria, mortalidad y costos.

Objetivo: demostrar que el control rutinario con tromboelastómetro durante el posoperatorio inmediato en cirugía cardiovascular pediátrica disminuye la incidencia en la transfusión de hemoderivados y sus efectos adversos.

Material y métodos: este es un estudio retrospectivo observacional. Se compararon 2 grupos poblacionales por edad y tipo de patología que fueron sometidos a cirugía con circulación extracorporea durante el período comprendido entre agosto de 2013 a mayo de 2014. En el grupo 1 (agosto-diciembre de 2013 n=70) el control de hemostasia posquirúrgica se realizó con kptt- protrombina- recuento de plaquetas y fibrinogeno. El grupo 2 (diciembre de 2013-mayo de 2014 n=73) fue controlado con tromboelastometría en sangre entera.

Resultados: en el grupo 2 se observó una disminución del 30% en el uso de transfusiones de hemoderivados y hemocomponentes.

Conclusiones: el uso de tromboelastómetro como herramienta rutinaria durante el posoperatorio inmediato en cirugía cardiovascular pediátrica ha demostrado ser una herramienta eficaz para disminuir las transfusiones perioperatorias y evitar las complicaciones asociadas a su uso.

0269 DIFICULTAD DIAGNÓSTICA DE LEPTOSPIROSIS SEVERA. REPORTE DE CASO

V CAGLIERI(1), Y MANCHO(1), MJ ARAMBURU(1), E ASINARI(1), M MORALES(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: Las formas graves de la leptospirosis ocurren en un 10%. El mecanismo inmune es un factor que influye en la gravedad y sugiere que las leptospiras producen un superantígeno que puede causar la activación de células T no específica en individuos susceptibles. La migración transendotelial de espiroquetas es facilitada por la vasculitis sistémica que conforma el espectro clínico grave.

Presentación del caso: Masculino de 47 años, obeso, contratista rural que realizó viaje a Bolivia por 1 mes, retornó al país 3 días previos a la consulta. Presentó fiebre de 39°C. Recibió Ceftriaxona IM. Agrega trastornos de la conducta y convulsión tónico clónica, se constata hipertermia de 42,8°C. Derivado a UTI presenta nueva convulsión, Glasgow 6 y se intuba. TAC de cerebro normal y punción lumbar. El diagnóstico fue Shock Séptico con fallo multiorgánico. Los diagnósticos diferenciales fueron: Dengue, Hantavirus, Leptospirosis. La antibioticoterapia inicial fue Ceftriaxona + Vancomicina. Evolucionó en coma farmacológico, con SDRA severo, hemodiálisis, transfusión de hemoderivados. Al 5° día: Ac Ig M Leptospira: 106 (ELISA). La hemoaglutinación (MAT) a las 3 semanas negativo. Lenta resolución con alta a los 90 días. La investigación epidemiológica demostró Leptospirosis en cabritos criados por el paciente y un caso en otro colono.

Discusión: el diagnóstico gold standart es MAT con dificultades en la accesibilidad y demora del resultado ya que solo es realizada por centro de referencia y no es útil para el manejo agudo. Además la interpretación de la MAT es complicada por la reacción cruzada entre diferentes serogrupos atribuible a los anticuerpos IgM en muestras agudas, es decir, dentro de la primer semana. Se ha demostrado que los métodos inmunoenzimáticos (ELISA) es un importante recurso en el diagnóstico de la Leptospirosis humana, con ventajas al compararlo con la prueba clásica de MAT, con posibilidad de detectar por este método exposiciones recientes, y ser una técnica simple, rápida y de bajo costo.

Conclusión: Se plantea la mayor sensibilidad mostrada por ELISA

durante la primera semana de la enfermedad, es por ello que consideramos que hay una clara necesidad de implementación y validación local de las pruebas diagnósticas para leptospirosis.

0270 REDUCCION DE LA TASA DE HEMOCULTIVO CONTAMINADOS

MA ENCINAS ALEJO(1), G NELSON(2), H MICHELANGELO(2)
(1) Hospital Italiano Buenos Aires. (2) Hospital Italiano.

Introducción: El Colegio Americano de Patólogos realizó un estudio de mejora de la calidad, a través de la examinación prospectiva de 497.134 hemocultivos de 640 organizaciones de salud. La frecuencia de contaminación en los pacientes internados fue del 2.5% (promedio), con valores extremos entre: menor al 1% y mayor al 5%. Otros estudios muestran que hasta el 50% de todos los cultivos positivos pueden ser debidos a la presencia de contaminantes. Como concepto general podemos decir que entre 0,6 a 6,25% de los hemocultivos positivos en consecuencia de la contaminación.

Objetivo: Disminuir la tasa de hemocultivos contaminados.

Material y Método: El trabajo se desarrolló en un hospital de CABA, en los meses de mayo-septiembre del año 2012.

El estudio presenta un diseño del tipo "antes-después", a partir de una medición basal de tasa de hemocultivos contaminados en un período prolongado que garantice la estabilidad de los porcentajes. Luego se aplicó una "práctica de seguridad" en un período en el cual se midió la tasa de hemocultivos contaminados.

Se calculó el número de la muestra, con una frecuencia estimada (por promedio de proporciones en experiencias previas) del 8% (error alfa= 0.05; poder = 80%) y una precisión del 3%, lo que estimó una muestra mínima de 267 muestras de hemocultivo.

Resultados: En el período de medición basal de Oct-Dic del 2011, de los 129 hemocultivos solicitados, 14 fueron contaminados con un porcentaje del 10,8%.

Paralelamente a la aplicación de la medida de seguridad, en los meses de Mayo-Sep se volvió a medir el porcentaje de hemocultivos contaminados. Fueron solicitados 219 y solo 9 (4.11%) fueron contaminados.

El porcentaje de hemocultivos contaminados pasó del 10,8% (IC 95% 6,56-16,98), al 4,11% (IC 95% 2,3-6,09), lo cual representa una diferencia significativa ($p < 0.05$).

Conclusiones: Tras la aplicación de la práctica de seguridad, fue posible observar una disminución significativa en los porcentajes de hemocultivos contaminados. El objetivo del trabajo no fue analizar el impacto que los hemocultivos contaminados generan, pero se podría estimar que esa reducción pueda posibilitar en consecuencia algunos beneficios en la gestión del cuidado asistencial.

0271 SEGURIDAD DEL PACIENTE: NIVEL DE SEGURIDAD QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES INTERNADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS RELACIONADO CON ERRORES EN LA MEDICACION

M ROJAS(1), F MARTINEZ(2)
(1) Sanatorio 9 De Julio S. A. Tucuman. (2) Sanatorio 9 De Julio S. A.

La seguridad del paciente es considerada una actividad cada vez mas compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de errores adversos, la importancia de este problema, a nivel mundial es muy grande, en las unidades de cuidados intensivos, la problemática de los eventos adversos, errores médicos y errores de medicación son los que se produce con mayor frecuencia.

¿Cuáles son los errores, causas y procesos mas frecuentes en cuanto a la administración de medicamentos? ¿Cuáles son el nivel de seguridad y gravedad que influyen durante la misma?

• Identificar los errores, causas y procesos mas frecuentes que ocu-

rren por parte del personal de enfermería en la administración de medicamentos en los servicios de terapia intensiva.

- Reconocer el nivel de gravedad cometido por el personal de enfermería durante la administración de medicamentos en los servicios bajo estudio.

- Conocer el nivel de seguridad que brinda el personal de enfermería a los pacientes internados en los cuidados intensivos de adultos de los servicios de salud con respecto a la administración de medicamentos.

1- Tipo de estudio:

Esta investigación es de tipo descriptiva y de corte transversal.

2- Población

La población bajo estudio estuvo constituido por todo el personal de enfermería que brinda atención directa a pacientes internados en las unidades de cuidados intensivos. Fueron encuestados 71 personas.

3- Para recolectar los datos se elaboró un cuestionario autoadministrado para todo el personal de enfermería que realiza atención directa a los pacientes internados en las unidades de cuidados intensivos (Ver Anexo N° 3), con preguntas de respuestas cerradas dicotómicas, de opción múltiple relacionado con las variables en estudio.

Conclusiones: En relación a las causas de los errores más frecuentes en la administración de medicamentos con el 77% se le atribuyó al problema en la comunicación enfermero- médico, 39% a la distracción del personal de enfermería durante la preparación de los medicamentos, Del análisis se concluye en esta investigación se lograron establecer los errores, causas, procesos más comunes durante la administración de medicamentos, también el nivel de seguridad brindado por el personal de enfermería alcanzando de esta manera los objetivos propuestos en la presente investigación.

0272 UTILIZACIÓN DE LA POLIGRAFÍA EN TERAPIA INTENSIVA

S SAC(1), P LUCERO(1), B RODRIGUES(1), F BALLESTERO(1), E BORSINI(1), MA BLASCO(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Objetivos: Valorar la utilidad de la poligrafía respiratoria (PR) en el ámbito de la terapia intensiva.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los registros adquiridos en UTI con polígrafos Alice PDX conectados a dispositivos de ventilación de flujo continuo, en el periodo de dos años. Se registraron motivo de ingreso, la indicación y modo de VNI y el impacto sobre el tratamiento que tuvieron los hallazgos de la PR.

Resultados: Fueron estudiados 40 pacientes; 32 hombres (80 %), media de edad 62 años (SD \pm 12.9), BMI 33 (SD \pm 11.1), Epworth basal 15.5 puntos (SD \pm 3.4). Todos ingresaron por insuficiencia respiratoria con hipoxemia y 25 casos estaban hipercápnicos (62.5%) con PCO₂ media 57.35 mmHg. Los diagnósticos fueron; SAHOS (n=5; 12.5%), obesidad e hipoventilación (n=13; 32.5%), síndrome de overlap (3; 7.5%) enfermedad neuromuscular (n= 6; 15 %), enfermedad restrictiva (n=2; 5 %), apneas centrales y respiración periódica (10; 25%) y EPOC (n= 1; 2.5%). En todos los casos el tratamiento con presión positiva fue indicado durante la internación y en 39 casos la misma debió ser continuada al alta (97.5%). El 87.5% usaron máscaras nasobucuales (n=35). Los indicadores poligráficos mostraron (medias y SD): TTR 421 minutos (SD \pm 69), IAH residual 13 (SD \pm 15.8) ev/h, IDO 22 ev/h (SD \pm 21.7), T<90% 20 (SD \pm 66) minutos, fuga 30 l/m (SD \pm 12.7) y VT 400 (SD \pm 113.3). Luego de la PR se cambiaron las máscaras en 3 casos (3/7.5%), se indicó O₂ suplementario (14/35%). Se modificaron: los trigger por asincronía (2/5%), la EPAP (disminución; 1: 2.5% e incremento en 11: 27.5%), la IPAP (disminución; 4: 10% e incremento en 16: 40%) cambiando el modo ventilatorio en 4 pacientes (10%).

Conclusiones: La poligrafía en la cama de UTI puede resultar útil para la indicación de novo y el monitoreo de pacientes en tratamiento VNI crónico. En nuestra experiencia la PR determinó modificaciones de la programación en 30 pacientes (75%). La simplicidad,

la rapidez de su aplicación y el amplio rango de datos registrados permiten la toma de conductas que mejoran la aplicación de los métodos de VNI.

0273 ASCITIS QUILOSA EN EL POSTOPERATORIO DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: UNA RARA COMPLIACIÓN

Á GONZÁLEZ FLORES(1), D BELLINI(1), F LASCAR(1), F BALLESTERO(1), E SOLOAGA(1), MA BLASCO(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: La ascitis quillosa es la acumulación de líquido lechoso rico en triglicéridos en la cavidad peritoneal. Es una rara complicación de la duodeno pancreatomectomía cefálica (DPC), que resulta de la obstrucción o daño a los canales linfáticos, o de una extensa linfadenectomía retroperitoneal.

Caso clínico: Paciente masculino de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Se presenta con cuadro clínico de 15 días de evolución de síndrome coledociano secundario a tumor de cabeza del páncreas. Se realiza DPC. A las 72 horas, presenta drenaje con débito lechoso abundante, con dosaje de triglicéridos=166 mg/dl. Se indica tratamiento con dieta rica en triglicéridos de cadena mediana y octriotide endovenoso.

Una semana más tarde evoluciona con dolor, distensión abdominal y fiebre. Se realiza tomografía que evidencia colección líquida loculada en el lecho quirúrgico, por lo que se realiza nueva laparotomía. Se observa abundante líquido quilloso con aislamiento de E. Fecalis y E. Cloacae sin evidenciar sitio de perforación. Recibió tratamiento antibiótico, con buena evolución clínica y disminución del débito del drenaje.

Conclusiones: La ascitis quillosa es una rara complicación de una cirugía abdominal, en especial de la DPC. Se produce luego de una interrupción de los vasos linfáticos (aunque rara vez se acumula debido a la permeabilidad del conducto torácico y los canales linfáticos colaterales). En los casos de cáncer, puede ocurrir una infiltración maligna o embolia tumoral de estos canales linfáticos, lo cual provoca una fístula linfática que produce el quiloperitoneo. Su pronóstico depende de la enfermedad subyacente.

0274 NEUMONÍA SEVERA POR STAPHILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE DOS CASOS

P LUCERO(1), D MOLINA(1), SP CHAPELA(1), E SOLOAGA(1), MA BLASCO(1), J CHERTCOFF(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: La Neumonía necrotizante por SAMRc tiene una mortalidad que oscila entre el 40 y 60 %. Su frecuencia corresponde a menos del 1% de las neumonías severas de la comunidad. Afecta a jóvenes y es precedida por factores epidemiológicos, clínicos, radiológicos y de laboratorio que predicen su curso .

Caso clínico: Caso 1: varón, 21 años. Presenta forúnculo en muslo izquierdo en tratamiento con cefalexina tres semanas antes de su internación. Ingres a sala general por rash cutáneo, radiografía(RX) de torax con mínima opacidad basal izquierda, evolucionando rápidamente con insuficiencia respiratoria e opacidades pulmonares bilaterales. Pasa a UTI, requiriendo ventilación no invasiva (VNI) y a las 12 horas ARM invasiva. Hemocultivos 2/2 SAMR, antibioticoterapia con Vancomicina - Claritromicina. Evolucion a con SDRA, hipoxemia refractaria, requiere decúbito prono y óxido nítrico. Intercurre con neumotórax bilateral y fístula bronco pleural. Se coloca membrana de intercambio gaseoso. Tomografía de tórax: neumonía necrotizante. Óbito a los 21 días.

Caso 2: varón, 27 años. Tratamiento con analgésico intramuscular diez días previos. Ingres a sala por cefalea y lumbalgia. Evolucion a con insuficiencia respiratoria y derrame pleural, se efectúa toracocentesis: liquido pleural y hemocultivo 1/2 positivo SAMR.

En tratamiento con vancomicina-clindamicina, se rota a linezolid-clindamicina. Requiere VNI. Persiste febril, TC tórax: derrame pleural loculado, se realiza decorticación pleural izquierda. Evoluciona favorablemente.

Conclusión: La presencia de síntomas tipo influenza en un paciente joven, antecedentes de infección de partes blandas y la presencia de derrame pleural o necrosis pulmonar con la rápida progresión a la insuficiencia respiratoria severa se vinculan al curso letal de la enfermedad. Es importante el reconocimiento y la sospecha precoz para intervenir y proporcionar el tratamiento adecuado.

0275 HIPERCALCEMIA SEVERA POR SECRECIÓN ECTÓPICA DE PTH Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. REPORTE DE UN CASO

S SAC(1), A BOEDO(1), F LASCAR(1), F BALLESTERO(1), MA BLASCO(1), J CHERTCOFF(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: Las neoplasias metastásicas y el mieloma son las causas más frecuentes de hipercalcemia severa. El hiperparatiroidismo es causado por adenomas paratiroides primarios (80%) y glándulas paratiroides ectópicas (20%), siendo la localización intratorácica la más frecuente. Raramente producen hipercalcemias severas y su presencia no es factor de riesgo de embolia pulmonar.

Caso clínico: Mujer de 48 años. Consulta por astenia, adinamia y pérdida de peso. Se constata calcemia total de 16.6 mg/dl, calcio iónico plasmático 9.9 mg/dl, kalemia 2.4 meq/l y fosfatemia 2.3 mg/dL. Ingres a UTI, somnolienta, con reflejos osteotendinosos disminuidos, signos de deshidratación y ECG con ondas T aplanadas. Se indica plan de hidratación parenteral, diuréticos de asa, bifosfonatos y calcitonina. Se realiza dosaje de PTH intacta 421 pg/ml y 1,25-dihidroxicolecalciferol 13.2 ng/ml.

Se realiza: ecografía tiroidea normal, centellograma paratiroideo que evidenció captación anormal a nivel supracardiaco. Tomografía de cuello y tórax con contraste que mostró imagen nodular periauricular izquierda de centro hipodenso y cardioresonancia que evidencia imagen nodular sólida supracardiaca. Como hallazgo tomográfico se observó TEP subsegmentario de lóbulo inferior derecho por lo que se indica anticoagulación. Se realiza VATS previa colocación de filtro de vena cava, con extirpación completa de la lesión, dosaje de PTH prequirúrgico 539 pg/ml y postquirúrgico de 86 pg/ml. La anatomía patológica informó adenoma paratiroideo. Quince días después se extrajo el filtro de vena cava.

Conclusión: En los pacientes con hipercalcemia secundaria a secreción ectópica de PTH, el tratamiento se basa en medidas médicas como hidratación parenteral, diuréticos de asa, bifosfonatos y calcitonina. En los casos que requieren intervención quirúrgica el dosaje pre y post operatorio de PTH se correlaciona con el éxito terapéutico. En nuestro caso se realizó VATS exitosa, evidenciándose disminución del 50% del dosaje de PTH, 10 minutos posteriores a la extirpación. La embolia de pulmón fue atribuida a la inmovilidad de la paciente, no encontrándose relación con el cuadro de base.

0276 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN ADULTO JOVEN CON TIROTOXICOSIS GRAVE. REPORTE DE UN CASO

J BARROS(1), JC VILCHEZ(1), M VOCOS PAEZ(1), C VILLEGAS SUCCAR(1)

(1) Clinica San Agustín.

Introducción: La Trombosis Venosa Cerebral (TVC) tiene incidencia de 4 por 1.000.000/ año y mortalidad entre 5 y 30%. La asociación entre TVC e hipertiroidismo se sugiere por reportes.

El infarto cerebral relacionado con hipertiroidismo es resultado fibrilación auricular. Otra asociación sería especulativa. El número de casos es mayor que el esperado por azar.

Presentación del caso: Femenina, 49 años. Antecedente de TVC sin trombofilia, consumo de anticonceptivos. Ingres por paresia braquio-cubital derecha asociada a convulsiones. Requiere intubación orotraqueal y resucitación hemodinámica. Resonancia magnética nuclear cerebral: trombosis del seno longitudinal superior con extensión al seno transversal e infarto hemorrágico.

Inicia anticoagulación y anticonvulsivos. Evoluciona con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) e inestabilidad hemodinámica.

Anticuerpos anticardiolipinas y beta2microglobulina normales, tirotrófina 0.004 uU/ml; tiroxina efectiva 3.40 ng/dl, triiodotironina total 181 ng/dl, Ac antitiroglobulina y antimicrosomal positivos. Diagnóstico: tirotoxicosis grave autoinmune.

Se agrega metimazol, lugol, corticoides y propranolol en el contexto de shock y SIRS. Mejoría clínica progresiva, estabilización hemodinámica, desvinculación de ventilación mecánica, lúcida con déficit motor braquiocubital derecho.

Discusión: Paciente joven, antecedentes de TVC y consumo de anticonceptivos. Ingres por déficit neurológico asociado a convulsiones, shock y SIRS.

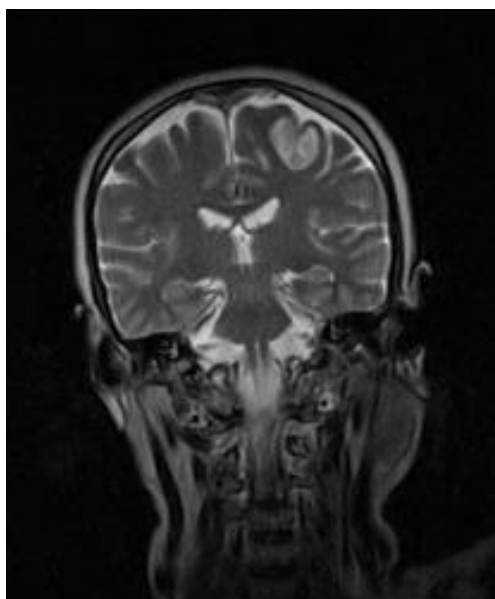
Sin evidencia de foco infeccioso, sin desarrollo de gérmenes en cultivos. Se desestima shock séptico como fenómeno protrombótico. El estudio de trombofilia es insuficiente, pero con resultados negativos en ambulatorio, y otros diagnósticos más probables, no se progresaron estudios.

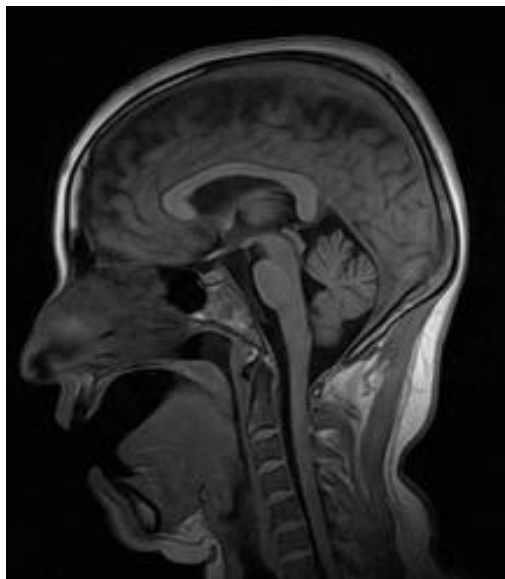
Un perfil hormonal y de anticuerpos compatibles con hipertiroidismo autoinmune sustentan el diagnóstico de shock asociado a hipertermia secundaria a tirotoxicosis.

La tirotoxicosis y TVC podrían relacionarse. El hipertiroidismo generaría a un estado de hipercoagulabilidad: por aumento del factor VIII o del fibrinógeno plasmático, o disminución de la actividad de la proteína C. Otros factores incluyen la alteración de la hemodinámica, la deshidratación y el estasis venoso por bocio. Las hormonas tiroideas afectan al músculo liso vascular y el endotelio, y alteran la reactividad vascular, predisponiendo a complicaciones cerebrovasculares.

Se deberían haber descartado síndrome antifosfolípido, dado la asociación de este con enfermedades autoinmunes.

Conclusión: La asociación entre tirotoxicosis y TVC se encuentra en revisión. Creemos que nuestra paciente cursó un shock tirotóxico con TVC favorecida por esta entidad, junto con la ingesta de anticonceptivos orales.





0277 STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO Y DERRAME PLEURAL MASIVO BILATERAL

A BOEDO(1), G MOLINA(1), S SAC(1), Á GONZALEZ FLORES(1), E DESCOTTE(1), MA BLASCO(1)
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: La infección por Hantavirus es endémica en nuestro país, con alta mortalidad (40%). Su presentación clínica es variable y los cuadros graves cursan con falla cardiopulmonar y distress respiratorio, presentando compromiso directo del sistema nervioso central excepcionalmente.

Caso clínico: Mujer 58 años, presenta una semana de evolución de síndrome febril y tos seca. Ingres a sala general por sepsis a foco respiratorio, se toman cultivos e inicia tratamiento antibiótico. Evolucion a insuficiencia respiratoria, se realiza TC de tórax que muestra derrame pleural bilateral extenso con consolidación de ambos lóbulos inferiores (fig1). Ingres a UTI, se realiza toracentesis derecha y drenaje de 800 ml de líquido con características de trasudado (Aspecto amarillo, LDHple/LDHplas: 0,3 ProtPL/Protp: 0.55 pH 7,44, proteínas 2,5 gr/dl y colesterol <50 mg/dl). Por epidemiología de zona endémica se solicita serología para hantavirus y leptospirosis. Requiere ventilación mecánica invasiva. El ecocardiograma muestra deterioro de función sistólica biventricular, PSAP 26 mmHg. Es extubada a las 24 horas. A las 72 Hs se recibe serología positiva para Hantavirus. Evolucion a status epiléptico no convulsivo refractario, requiriendo nuevamente intubación orotraqueal y tratamiento antimicrobial. La TC y RMI de cerebro no muestran lesiones. El fisicoquímico de LCR sin particularidades y la PCR para Hantavirus en LCR fue negativo. Evolucion a favorablemente.

Conclusión: La afectación cardiopulmonar en nuestro caso fue leve con rápida mejoría y un extenso derrame pleural bilateral que se describe raramente en esta patología. Hasta el momento se ha descrito un único caso de compromiso neurológico directo por virus Andes (encefalitis con PCR positiva en LCR), no pudiendo confirmar dicho diagnóstico en nuestro caso.

0278 SÍNDROME DE OBESIDAD E HIPOVENTILACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

Á GONZÁLEZ FLORES(1), JP HOBECKER(1), D MOLINA(1), E BORSINI(1), E DESCOTTE(1), E SOLOAGA(1), J CHERTCOFF(1)
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: El Síndrome de Obesidad e Hipoventilación (SOH)

incluye hipercapnia, trastornos del sueño y obesidad, excluyendo otras causas.

Materiales y métodos: Se describen características clínicas, funcionales, tratamientos y evolución de una serie retrospectiva de SOH internados en una UTI.

Resultados: En 24 meses se identificaron 13 pacientes, 9 hombres (69.23%), edad media 58.6 años (SD \pm 12.4) y IMC; 48.5 kg/m² (SD \pm 9.1), ingresados por: fallo respiratorio severo en 8 (61.53%), adaptación y titulación de la VNI por falla respiratoria crónica en 3 (23.07%) y evento coronario agudo en 2 (15.38%). La espirometría resulto alterada en 12 pacientes. Los gases en sangre al ingreso (medias y SD); pH 7.34 (SD \pm 0.056), CO₂ 56 (SD \pm 13.3), PO₂ 63 (SD \pm 9.6), HCO₃ 31.8 (SD \pm 5.8). El tiempo medio de internación fue de 8.9 días. La escala de Epworth (ESS) basal (media: 18, SD \pm 3.98). En 11 casos (84.6%) se realizó una poligrafía respiratoria (PR), que evidencio (medias y SD): índice de apneas de hipopneas por hora de registro (IAH) de: 59.6 (SD \pm 28.51) e índice de desaturaciones/hora (IDO) de 63.2 (SD \pm 27.59). El 90.9% presento un IAH elevado severo (>30/h). Se utilizó VNI en modalidad bilevel (S/T) con presiones en cm de H₂O (medias y desvío estándar); IPAP de 23 (SD \pm 4.17), EPAP de 12 (SD \pm 4.25), (SD \pm 1.7). Se realizaron 13 pruebas de titulación, 11 con PR (84.62%). El IAH residual medio fue de 9.38/eventos por hora (SD \pm 6.8). Cuatro casos (30.77%) requirieron modalidad presométrica con volumen asegurado (AVAPS). Luego de la VNI existieron cambios significativos para PH arterial, PO₂, PCO₂ y HCO₃. La media de ESS al alta mostró disminución significativa. Todos egresaron con equipos de VNI y 4 pacientes con O₂ suplementario.

Conclusión: En nuestra experiencia la mayoría de las admisiones se debieron a falla respiratoria con hipercapnia y recibieron tratamiento con bilevel y máscaras nasobucales. Con frecuencia el trastorno no se conocía. La PR al lado de la cama del paciente permitió el monitoreo de la VNI.

0279 ECOGRAFÍA MULTIORGANO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN. REPORTE DE UN CASO

E DESCOTTE(1), F LASCAR(1), F BALLESTERO(1), E BORSINI(1), MA BLASCO(1), J CHERTCOFF(1)
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: La angio tomografía computada multislice de pulmón para la evaluación del tromboembolismo (TEP) se ha transformado en un estándar dentro del algoritmo diagnóstico. Su sobreutilización expone a los pacientes a mayor dosis de radiación, efectos adversos, traslado de pacientes inestables y retrasa el diagnóstico. Al mismo tiempo la ecografía multiorgano realizada por el intensivista comienza a surgir como un método diagnóstico alternativo ubicado entre los de primera línea (Scores predictores, Dímero-D, etc) y segunda línea (angioTC, Centellograma V/Q, Angiografía) con buena sensibilidad y especificidad diagnóstica. Reportamos un caso valorado avalando la efectividad del método.

Caso clínico: Paciente femenina de 83 años de edad, con antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) y TEP en el año 2007 requiriendo anticoagulación durante dos años, una vez suspendida se descartaron enfermedades trombofílicas y continuo con su vida habitual. Un mes previo al ingreso presenta caída de propia altura lesionando el cuerpo vertebral L3, por lo requirió reposo. Comienza con disnea progresiva hasta clase funcional IV, consultando a la guardia externa. Al ingreso en guardia presentaba un score de Wells de 7,5. Se decide ingreso a UTI. Al ingreso se decide realizar una ecografía multiorgano observando patrones pulmonares bilaterales tipo A, relación entre el ventrículo derecho y el izquierdo 2:1, con una excursión del anillo tricuspideo de 6,3 mm y TVP positiva en la vena femoral común derecha. Se realizó angiografía de pulmón mostrando TEP masivo bilateral, realizando terapia mecánica local y trombolisis intratrombo. Desde su ingreso a terapia se requirió de 10 minutos para la realización del examen físico y la ecografía multiorgano, 15 minutos luego se encontraba

en Hemodinamia. La paciente fallece a las 36hs de su ingreso por falla ventricular derecha.

Conclusión: La ecografía multiorgano realizada por los intensivistas ya ha demostrado aumentar la sensibilidad y especificidad diagnóstica en el TEP comparado con el pre-test clínico del paciente. En nuestro caso se logró un diagnóstico rápido y seguro para el paciente. Confiamos que esta práctica diagnóstica en manos del intensivista mejora la calidad de atención y acorta los tiempos diagnósticos. Es nuestra recomendación implementar la práctica en las terapias intensivas.

0280 INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASA (EPC)

A LOURO(1), J OSATNIK(1), V SANCHEZ(1), L FERNANDEZ CANIGGIA(1), A RISSO PATRÓN(1), V ORTEGA ESCOBAR(1) (1) Alemán.

Objetivo: Analizar las características y reportar la evolución clínica de la población de pacientes críticos que desarrolló cuadros de infección por EPC.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo – Análisis de los primeros nueve meses. Estudio en curso.

Materiales y Métodos: Durante un período de 9 meses (1/09/2013 al 01/06/2014) se registraron en forma consecutiva todos los casos de infección por microorganismos productores de carbapenemasa en un Servicio de Terapia Intensiva médico-quirúrgica. No se tuvo en cuenta los casos de cultivos positivos de portación.

Resultados: De un total de 626 pacientes internados durante el período de duración del estudio, 18 (2.8%) presentaron infección por EPC. Los gémenes aislados fueron *Klebsiella*, *E. coli*, y *Enterobacter cloacae* 13 (72%), 1 (5%) y 4 (22%) respectivamente. 13 fueron hombres, el APACHE II promedio al ingreso fue de 24 (ds 11), para un APACHE II medio de 13 (ds 7.4). Quince pacientes eran inmunocomprometidos, 8 (53%) bajo inmunosupresión por trasplante de órgano sólido, 7 (46%) con enfermedad oncológica. Nueve (50%) tuvieron una intervención quirúrgica previa reciente. La mediana del tiempo de internación hasta el evento infeccioso fue de 15 días (Q1-Q3 8-30). La cantidad total de eventos fue 33 y los sitios de infección fueron: Bacteriemia 6 (18%), asociada a catéter 3 (9%), tracto urinario 10 (30%), respiratorio 8 (24%) herida y/o lecho quirúrgico 4 (12%), SNC 1 (3%). La mortalidad en UTI fue de 44% y 72% a los 60 días. La mediana de internación en UTI fue de 30.5 días (Q1-Q3 15-48). El esquema antibiótico empírico utilizado fue apropiado en 12/18 (66%) y en todos los casos consistió en combinación de dos o tres fármacos. En quienes se repitieron cultivos la persistencia del germen se aisló en un 39%.

Conclusiones: La infección por bacilos gram negativos productores de carbapenemasa es una entidad grave y frecuente en la práctica de la terapia intensiva actual. La combinación de compromiso inmunológico, tiempo de internación prolongado y procedimientos quirúrgicos se destaca como característica común en la población afectada.

0281 PRODUCCIÓN DE RADICALES LIBRES EN RATAS CON PUNCIÓN CECAL

S CHAPELA(2), I BURGOS(1), E DESCOTTE(2), E BORSINI(2), J CHERTCOFF(2), M ALONSO(1), C STELLA(1)

(1) Universidad De Buenos Aires. (2) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: Las especies reactivas de oxígeno (ROS), son moléculas que se producen al reaccionar el oxígeno con electrones libres u otras especies reactivas. Se cree que la principal fuente es la cadena de transporte de electrones mitocondrial. El objetivo de este trabajo es analizar la producción de ROS en sepsis ante distintos esquemas de reanimación.

Materiales y métodos: Se utilizaron 30 ratas Sprague Dawley ma-

chos de 200g. Los especímenes se dividieron en 5 grupos: 1) control (n=6), 2) laparotomía y cierre por planos (n=6); 3) laparotomía, punción cecal, ligadura de 2 cm de ciego (n=6); 4) laparotomía, punción cecal, ligadura de 2 cm de ciego, reanimación con 20ml/kg de ClNa 0,9% (n=6); 5) laparotomía, punción cecal, ligadura de 2 cm de ciego, reanimación con 20ml/kg de ClNa 0,9% y tratamiento antibiótico con ceftriaxona y clindamicina (n=6). A las 24hs se tomó muestra de sangre por punción cardiaca para medición de emisión de Diclorofluoresceína, fluoroforo, y dosaje de Creatinina, Urea, Lactato y Bilirrubina Total.

Resultados:

Grupo	DCFH	Creatinina	urea	Bilirrubina	Lactato
Control	0,0688	0,36	35	0,18	71,56
Laparotomía	0,1139	0,5167	29	0,1	74,33
Puncion cecal	0,1383	0,725	64	0,52	79,18
Puncion cecal + Fluidos	0,1219	0,735	63	0,125	73,47
Puncion cecal + Fluidos + atb	0,1072	0,68	50	0,15	82,68

No hubo diferencias en los valores de creatinina, urea, bilirrubina y lactato a las 24 horas en los distintos grupos. En el grupo 5 se evidenció una disminución de la emisión de DCFH con respecto al grupo 3 y al grupo 4.

Conclusión: El tratamiento de la sepsis con fluidos y antibióticos en la muestra estudiada, logró disminuir la producción de ROS, pero esto no se acompañó de una mejoría en la función renal y hepática ni en una disminución de los niveles de lactato.

0282 EFECTO DE N-ACETILCISTEÍNA DURANTE LA INCUBACIÓN EN ANAEROBIOSIS DE LEVADURAS

S CHAPELA(2), I BURGOS(1), F BALLESTERO(2), E SOLOAGA(2), MA BLASCO(2), M ALONSO(1), C STELLA(1)

(1) Universidad De Buenos Aires. (2) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: Cuando las células son sometidas a la ausencia o la disminución del aporte de oxígeno, la subsiguiente reoxigenación puede sobrepasar su capacidad para metabolizar el oxígeno recibido; y llevar a la formación de especies reactivas de oxígeno, que conducen a alteraciones en el funcionamiento y estructura celulares. La N-Acetilcisteína (NAC) disminuye la producción de radicales libres. Un modelo unicelular podría ser útil para estudiar el efecto de esta droga y de otras en prevenir el daño celular por reoxigenación.

Objetivo: Estudiar si en un modelo unicelular la reducción de la producción de radicales libres por la NAC puede ser demostrado.

Materiales y Metodos: Se incubaron a 30°C células de levadura *Saccharomyces cerevisiae* en cuatro diferentes modelos experimentales: Modelo 1: aerobiosis durante 72 horas, Modelo 2: anaerobiosis durante 72 horas, modelo 3: incubación con NAC en anaerobiosis durante 48 horas, seguidas de 48 de aerobiosis, modelo 4: anaerobiosis durante 48 horas, seguidas de 48 de aerobiosis sin NAC. Una vez concluida la incubación en los diferentes modelos distintas condiciones de oxigenación, se efectuó la medición de radicales libres mediante fluorescencia del 2,7-diclorofluoresceína-diacetato y permeabilidad mitocondrial con Rhodamina 123.

Resultados:

Grupo	DCFH	Rhodamina
ANAEROBIOSIS	0,0507	0,1896
ANAEROBIOSIS + NAC	0,0266	0,0796
AEROBIOSIS	0,0784	0,0878
AEROBIOSIS + NAC	0,024	0,0875

Conclusión: La reducción en la producción de radicales libres y la

alteración de la membrana mitocondrial con la NAC pudo ser demostrada en el modelo unicelular desarrollado. Este modelo puede ser utilizado en la evaluación de otras drogas.

0283 PRESION INTRA-ABDOMINAL COMO VALOR PRONÓSTICO EN PACIENTES POST OPERATORIOS CRITICOS

G SIBILA(1), A FELDMAN(1), P REVEL CHION(1), A MARIÑO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: La cirugía abdominal provoca aumento de la presión intra-abdominal (PIA) en el 44,7% de los casos con una mortalidad que, en caso de emergencia, triplica la mortalidad con respecto a la cirugía electiva (21,9% frente a 6,8%). Estos pacientes pueden presentar un aumento de la (PIA) más de 20 a 25 mmHg lo cual produce un Síndrome abdominal compartimental (ACS) que puede llegar a la disfunción múltiple de órganos.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la medición de la PIA y el valor pronóstico en relación a la mortalidad en pacientes post operatorios críticos.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional, de pacientes post operatorios que ingresan a (UTI) entre junio de 2013 y marzo de 2014. Las variables registradas fueron, edad, sexo, Apache II, lactato, saturación venosa mixta, PIA, cirugía de urgencia o programada, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Se analizaron 111 pacientes quirúrgicos, 55% cirugías programadas y 45 % de urgencia. La edad 59 ± 12 , con un Apache 16 ± 8 con un riesgo de mortalidad del 24%, el 60% mujeres. Se les midió la PIA (por vía transvesical) diariamente, dos veces al día. La saturación venosa mixta tuvo una media de 70%, el lactato una media de 5 mmol/L. El 32% de cirugías presentaron valores de PIA mayor a 10 mmHg, de los cuales el 70% fueron re laparotomizados correspondiendo a cirugías programadas con una mortalidad del 47% ($p < 0.001$). El 68% presentaron PIA menor a 10 mmHg, de los cuales el 22 % fueron re laparotomizados, con una mortalidad del 12% ($p < 0.05$). Los días de ARM 6 [3-10], estadía en UTI 9 [5-15] días y mortalidad global del 23%.

Conclusiones: En nuestra población observamos que un valor aumentado de PIA al ingreso se relaciona directamente con la mortalidad de los pacientes. La PIA constituye un parámetro de utilidad en la valoración evolutiva, cifras superiores a 10 cmH₂O aumenta la probabilidad de complicaciones abdominales. Los pacientes con PIA entre 10 a 12 mmHg y signos tempranos de cambios en las variables fisiológicas deben ser considerados para la descompresión urgente

0284 NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UTILIZACION DE OXIDO NITRICO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA

A Boedo(1), P Lucero(1), D Molina(1), S Chapela(1), E Descotte(1), E Soloaga(1), E Borsini(1)
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: El óxido nítrico (ON) inhalado ha demostrado ser un tratamiento útil en la hipoxemia refractaria, pese a esto, no se objetivaron cambios en la mortalidad.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el uso de ON en hipoxemia refractaria (PAFI <100) y comparar resultados entre los grupos de causa pulmonar y extrapulmonar.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se obtiene APACHE al ingreso; PAFI al inicio, a las 24 y a las 48 horas del tratamiento. Dosis y días totales de ON. Se compararon dos grupos, causa pulmonar de ARDS, grupo 1 (n=6) vs extrapulmonar, grupo 2 (n=3).

Resultados: Se analizaron nueve pacientes, seis varones con edad promedio de 48 (21 y 79 años), desde junio de 2009 hasta enero de 2014.

Analizamos PAFI al inicio de ON (Media: 74; SD: 20.82; IC 25-75: 66-89), a las 24 horas (Media: 102; SD: 42.56; IC 25-75: 68-125) y a

las 48 horas (Media: 108; SD: 52.13; IC 25-75: 80.50-103). Dosis al inicio (Media: 24 ppm; SD: 9.55; IC 25-75: 20-35) y días totales de ON (Media: 6.5; SD: 5.65; IC 25-75: 3-7).

Grupo 1: (6 pacientes) requirió dosis de ON mayores a 20 ppm. PAFI al inicio (Media: 72; SD: 23.33; IC 25-75: 62-89), a las 24 horas (Media: 79; SD: 26.40; IC 25-75: 61.50-101) y a las 48 horas (Media: 90; SD: 9.72; IC 25-75: 89.50-98) Cuatro evidenciaron aumento de PAFI en las primeras 24 horas. El resto a las 48 horas. Tuvieron más de 10 días de ARM (Media: 19; SD: 5.15; IC 25-75: 16.50-22). La mortalidad fue del 100%. Grupo 2: requirió dosis de ON menores a 20 ppm. La PAFI aumento en las primeras 24 horas. PAFI al inicio de ON (Media: 80; SD: 17.57; IC 25-75: 67-100), a las 24 horas (Media: 147.3; SD: 30.43; IC 25-75: 125-182) y a las 48 horas (Media: 138; SD: 84.29; IC 25-75: 74-134). Media de días de ARM: 20,6 (SD: 23.86; IC 25-75: 4-48). Evolución favorable en todos los casos.

Conclusiones: El ON mejora la hipoxemia refractaria. Creemos que es útil para permitir el sostén hasta tanto mejore el factor desencadenante del ARDS, disminuyendo la mortalidad temprana por hipoxemia. En nuestros pacientes la mejoría estuvo determinada por la causa de la insuficiencia respiratoria y no por la gravedad de la hipoxemia al inicio del tratamiento. Se evidencio que el grupo de causa extrapulmonar requirió menor dosis de ON, obteniéndose mayor incremento en la PAFI y una mejor sobrevida.

0285 COMPARACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO ENTRE DOS PRUEBAS DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA EN TRES PACIENTES Y EL MOMENTO POSTEXTUBACIÓN.

I TELIAS(2), M MADORNO(1), E SOBRINO(2), G MONTIEL(3), M HERNÁNDEZ(2), S LAMOT(4), G BADARIOTTI(2), B DE DIEGO(2)

(1) Itba. (2) Sanatorio Mater Dei. (3) Sanatorio Julio Méndez. (4) Santaorio Mater Dei.

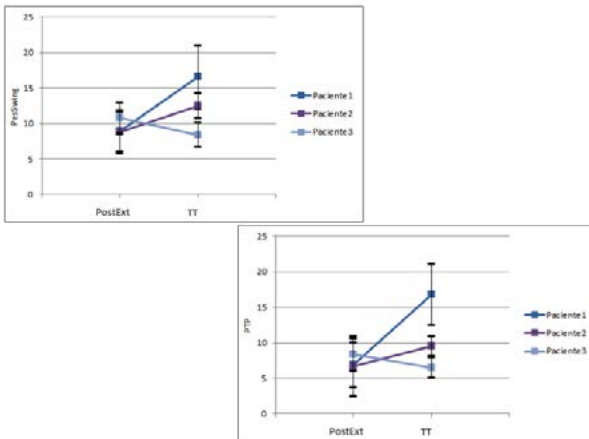
Introducción: Una prueba de ventilación espontánea (PVE) tiene como objetivo simular las condiciones de carga a las que estará sometido el sistema respiratorio postextubación y evaluar la suficiencia del paciente para asumir la ventilación espontánea. Las modalidades mejor estudiadas son: el tubo en T (TT) y la presión de soporte (PSV), no existiendo consenso respecto de cuál es mejor para simular el escenario post extubación (PostEXT).

El objetivo es comparar el esfuerzo respiratorio realizado por tres pacientes en términos de swing de presión esofágica (PesSwing) y producto presión-tiempo (PTP) durante dos PVE (el TT y la PSV) respecto del medido en el mismo paciente PostEXT, estimando cuál es la modalidad que mejor predijo el esfuerzo que realizó cada uno de los pacientes luego de ser extubado.

Métodos: Se monitoreó a tres pacientes que estaban listos para ser extubados durante 2 PVE sucesivas (TT y PSV de 7 cmH₂O) y PostEXT. Se comparó un promedio de los PesSwing y PTP obtenidos de las respiraciones registradas en cada uno de los pacientes durante cada una de las PVE contra el promedio de dichas variables obtenidas a partir de las respiraciones registradas en el mismo paciente PostExt. La comparación se hizo a través de un test de Student para datos pareados.

Resultados: En los tres pacientes, el esfuerzo respiratorio PostEXT fue mayor que el registrado durante una PVE en PSV (PesSwing: 8.87 vs 0.76; 8.83 vs 3.13; 10.75 vs 5.35 cmH₂O y PTP: 6.9 vs 1.32; 6.66 vs 4.39; 8.32 vs 5.77 cmH₂O.s). En los Pacientes 1 y 2 el esfuerzo respiratorio en TT fue mayor que el PostEXT (PesSwing: 16.56 vs 8.87; 12.52 vs 8.83 cmH₂O y PTP: 16.8 vs 6.90; 9.53 vs 6.66 cmH₂O.s) y en el Paciente 3 fue menor (PesSwing: 8.40 vs 10.75 cmH₂O; PTP: 6.49 vs 8.32 cmH₂O.s).

Conclusión: En los tres pacientes estudiados el esfuerzo respiratorio postextubación fue diferente del realizado durante las pruebas de ventilación espontánea. En estos pacientes, la realización de una prueba de ventilación espontánea con presión de soporte mínima subestimó el esfuerzo y en tubo en T igualó o sobreestimó el esfuerzo requerido para mantener la ventilación espontánea.



0287 INFECCION POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

G GALINDEZ(1), G BONFANTI(1), H BIONDI(1), J POLLINI(1), M PARLATORE(1), L SIROCCHI(1), G ORTEGA(1), M BORRONI(1), J CASTAGNINO(1)

(1) Sanatorio De La Providencia.

Introducción: La colonización por KPC representa un problema creciente en las UTI.

Objetivo: Describir un brote de infección nosocomial por KPC en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se recabaron los siguientes datos a partir de las historias clínicas: resultados de hisopados rectales, especímenes de los que se aislaron KPC y origen de derivación. Periodo evaluado: 01/01/2012 al 31/12/13. Se realizaron antibiograma por disco-difusión y búsqueda de carbapenemasa tipo KPC por la prueba de inhibición con 3-aminofenil-borónico (APB)

Resultados: 892 pacientes fueron hisopados al ingreso a UTI. Los pacientes no colonizados fueron rehisopados semanalmente, dando un total de 1582 hisopados. Resultados positivos: 77; 41 pacientes habían sido derivados y 36 eran casos propios. Veintiún pacientes desarrollaron infección invasiva: orina (10), aspirado traqueal (3), sangre (2), punta de catéter (1), hueso (1), más de un material (4). Once pacientes fallecieron.

Conclusiones: Se describe un brote de KPC en terapia intensiva. La colonización / infección por KPC es un problema sanitario que requiere de una continua vigilancia epidemiológica.

0288 METAHEMOGLOBINEMIA INTRADIALISIS SECUNDARIA A ÁCIDO PERACÉTICO COMO DESINFECTANTE DE SUMINISTRO DE AGUA

R PINTO(1), M CARRERAS(2), A, FERNANDEZ, L SCALISE(2), A, FERNANDEZ, I PREVIGLIANO(2), A, FERNANDEZ
(1) J.A.Fernandez. (2) J. (3) A. (4) Fernandez.

Introducción: La metahemoglobina es la hemoglobina con grupo hemo con hierro oxidado. Un aumento en la metahemoglobine-mia puede darse por alteraciones congénitas, fármacos y diversos tóxicos, dentro de este último grupo se encuentra el ácido peracético, utilizado como desinfectante de los suministros de aguas hospitalarias y en las vías de fluidos de los circuitos de hemodiálisis. Presentamos un caso de metahemoglobinemia secundaria a ácido peracético durante hemodiálisis.

Caso clínico: Paciente femenina de 56 años, hipertensa y tabaquista. Ingres a Unidad Coronaria por infarto posterolateral evolucionado con angioplastia fallida. Presenta ICC descompensada por insuficiencia mitral severa. Se realiza recambio de válvula mitral de urgencia

con colocación de válvula mecánica. Evolucion a shock cardiogénico y falla multiorgánica (con requerimiento de hemodiálisis).

Pasa a Terapia Intensiva para destete de la ventilación mecánica. Durante un ciclo de hemodiálisis presenta cianosis periférica con desaturación brusca (SO₂ 85%) con FiO₂ 100% sin causa aparente. Se realiza EAB por cooximetría que informa metahemoglobinemia de 20,1% con hemoglobina de 8,8mg/dl. Se interpreta cuadro como hipoxemia secundaria a metahemoglobinemia, se suspende diálisis con desaparición de la cianosis, SO₂ 98% y metahemoglobina 0.15% a la hora.

Discusión: La metahemoglobina desplaza la curva de disociación de la hemoglobina hacia la izquierda, dificultando la cesión del O₂ a los tejidos. En las de causa adquirida, un agente exógeno oxida la hemoglobina a metahemoglobina. La variabilidad clínica de la metahemoglobinemia está en relación con el tiempo de exposición a las sustancias presentes en el agua. Es necesaria una concentración de metahemoglobina de 10-15% para producir cianosis detectable, y hasta un 70% de la metahemoglobina es bien tolerado si la cantidad de hemoglobina es adecuada.

La metahemoglobinemia es un diagnóstico diferencial ante la presencia de desaturación de causa no filiada en los pacientes durante hemodiálisis que utilizan ácido peracético como desinfectante del circuito. La oximetría de pulso es una herramienta útil para el diagnóstico presuntivo, siendo el gold estándar la medición de metahemoglobinemia por cooximetría a través de la espectrofotometría.

0289 CONSTIPACION EN PACIENTES CRITICOS: INCIDENCIA, FACTORES RELACIONADOS Y RESULTADOS CLINICOS. COHORTE PROSPECTIVA. GRUPO DE TRABAJO CALNUCI

L TUMINO(1), C LOUDET(1), MC MARCHENA(1), R GIMBERNAT(2), ML CABANA(3), G CAPURRO(4), P ASTEGIANO(5), M VELÁSQUEZ(6), M CASANOVA(7), MC ROTH(8), G RODA(9), P OKURZATI(10), Y BALMACEDA(2), J RODRIGUEZ BUGUEIRO(7), E ESTENSSORO(1)

(1) San Martín De La Plata. (2) Centro De Cuidados Intensivos. (3) Pablo Soria. (4) Doctor Oscar Allende. (5) José María Cullen. (6) Sanatorio Ntra Sra. Del Rosario. (7) Hospital Del Cruce. (8) San Juan De Dios. (9) Hospital Municipal Eva Perón. (10) Casa Hospital San Juan De Dios.

Objetivos: Determinar la incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de constipación en pacientes críticos y la relación entre constipación y resultados clínicos.

Métodos: Cohorte prospectiva realizada en 10 UCIs de Argentina. Pacientes: adultos críticos ingresados consecutivamente con estimación de requerimiento de Nutrición Enteral (NE) \geq a 5 días. Periodo: 2011-2012. Se compararon características de los pacientes con y sin constipación. Se realizó análisis multivariable para predictores independientes de constipación (variables predeterminadas o con $p < 0.2$). También se valoraron las implicancias sobre mortalidad y días en UCI, Hospital y días de VM. Los datos son presentados de acuerdo a su naturaleza. Programa STATA 11.1

Resultados: Incluidos 441 pacientes: 309 (79%) con constipación, 132 (30%) sin constipación.

En la Tabla 1 se muestran comparaciones entre pacientes con/sin constipación.

Variables	Constipados 309 (70%)	No Constipados 132 (30%)	Valor de p
Edad	44 \pm 18	48 \pm 17	0.035
Sexo masc	219 (71)	78 (59)	0.016
APACHEII	18 \pm 7	17 \pm 7	0.88
SOFA24	5 [3-8]	6 [4-8]	0.15
Politraumatismo	66 (21)	19 (14)	0.07
Shock	201 (65)	74 (56)	0.07
Gastroparesia	97 (40)	12 (16)	0.0001
NE precoz	208 (67)	74 (56)	0.02

Datos presentados como media \pm DS, mediana [p25-75] o N (%)

■ Resúmenes

En la Tabla 2 se muestran las variables vinculadas a utilización de opioides y constipación

Variables	Constipados 309 (70%)	No Constipados 132 (30%)	valor de p
Utilización opioides	287 (93)	114 (86)	0.03
Días de opioides	7 [5-13]	4 [3-7]	<0.01
Días hasta primer catarsis	7 [5-9]	2 [1-3]	<0.01
Dosis/día opioides (mcg/d)	1417 [750-2500]	556 [285-1250]	<0.01
Dosis acumulativa opioides (mcg) hasta primer catarsis	8000 [2500-15000]	850 [250-2500]	<0.01
Dosis acumulativa opioides (mcg) total	11000 [3750-21500]	2860 [1100-6870]	<0.01

Datos presentados como N (%) y mediana [p25-75].

Factores independientemente asociados a constipación: gastroparesia OR 1.91 [IC95% 1.11-3.30], dosis de opioides OR 1.005 [IC95% 1.003-1.008] días totales de opioides OR 1.10 [IC95% 1.09-1.15]. La calibración y discriminación del modelo fueron adecuados (Test Hosmer-Lemeshow 0.66; área curva ROC 0.74 [0.69-0.79]).

En la Tabla 3 se observan las variables de resultado asociadas a constipación.

Variables	Constipados 309 (70%)	No Constipados 132 (30%)	Valor de p
Días UCI	16 [11-23]	10 [6-15]	<0.01
Días Hospital	22 [14-38]	14 [8-29]	<0.01
Días VM	12 [8-17]	7 [5-12]	<0.01
Mortalidad UCI	114 (37)	39 (30)	0.13
Mortalidad Hospital	133 (43)	46 (35)	0.13

Datos presentados como N (%) y mediana [p25-75].

Conclusiones:

- Los determinantes de constipación en pacientes críticos se han vinculado a la dosis y duración del tratamiento con opioides, siendo la gastroparesia un factor que coexiste y comparte similares factores de riesgo.
- La constipación tuvo un claro efecto en otros resultados clínicos, especialmente los relacionados a los días de VM, días en la UCI y hospitalarios.

0290 MANIFESTACIONES CLÍNICO-RADIOLÓGICAS DE LA ENCEFALITIS AUTOINMUNE Y SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

F ROSCIANI(1), M TERAN(1), M LAS HERAS(1), MC ZURRÚ(1), E SAN ROMÁN(1), F GOLDBERG(1)

(1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La encefalitis autoinmune es un trastorno inflamatorio caracterizado por compromiso de la memoria, síntomas psiquiátricos y convulsiones y en general asociada a otros síntomas neurológicos que dificultan su reconocimiento. Hasta hace poco era considerada una enfermedad de origen paraneoplásico y de mal pronóstico pero estudios moleculares y el reconocimiento de anticuerpos han demostrado que no necesariamente tienen asociación a enfermedad oncológica y que con inmunoterapia adecuada pueden tener un excelente pronóstico.

Caso Clínico: Paciente hipertensa, tabaquista y con antecedente de tumor carcinoide de yeyuno reseado.

Al 4to día de postoperatorio de resección tumoral presenta deterioro neurológico, hemiparesia izquierdo y convulsiones tónico clónicas de brazo derecho. La tomografía computada (TC) y resonancia magnética (RM) de encéfalo mostraron edema vasogenico de sustancia blanca bifrontal y el LCR mostro hiperproteinorraquia. Inició tratamiento empírico con antibióticos, el cultivo de sangre, orina y liquido cefalorraquídeo (LCR) fue negativo incluyendo PCR

virales. Por persistencia del deterioro neurológico fue derivada a nuestro hospital.

Ingresa vigil con afasia de expresión, hemiparesia izquierdo y afebril. La RM de encéfalo mostro progresión de lesiones cortico subcorticales bilaterales a predominio frontal. Se enviaron muestras para detección de anticuerpos que fueron negativos.

Se descartaron convulsiones. Ante la sospecha de encefalitis autoinmune se indicaron pulsos de metilprednisolona y posteriormente 60 miligramos de prednisona diarios.

Evolucionó favorablemente, el déficit motor y del trastorno del lenguaje remitieron completamente, no repitió crisis comiciales y una RM de cerebro al momento del alta hospitalaria mostro la remisión casi completa de todas las lesiones.

Discusión: El reconocimiento de encefalitis de origen autoinmune, y por ende, potencialmente respondedora a inmunoterapia, es vital ya que el tratamiento precoz se asocia a mejor pronóstico. El espectro amplio en la patogenia de la enfermedad obliga a descartar infecciones, realizar un screening de enfermedad oncológica y solicitar un perfil autoinmune antes de iniciar el tratamiento. La terapia inmune sigue siendo empírica, investigaciones en marcha tratan de definir el mejor régimen.

0291 SÍNDROME DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA Y BUENA EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA

A MURUA(1), M TERAN(1), E PRENS(1), S VILLARROEL(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1), F GOLDBERG(1), F ROSCIANI(1)

(1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El síndrome de desmielinización osmótica (SDO) es un cuadro cuya base fisiopatológica no es del todo comprendida. Las complicaciones neurológicas en los trasplantes hepáticos son frecuentes y atribuibles a diferentes causas. La asociación entre SDO y trasplante hepático es más frecuente de lo que se piensa, reportes indican la presencia de esta combinación hasta en un 17% de pacientes. La corrección brusca de hiponatremia crónica es la causa más frecuente, sin embargo, se han descrito casos en pacientes sin trastornos del sodio. El diagnóstico de certeza es anatomopatológico sin embargo la tomografía y resonancia magnética nuclear (RMN) de encéfalo han permitido efectuar este diagnóstico en pacientes con manifestaciones clínicas compatibles.

Caso clínico: Mujer con historia de cirrosis hepática por virus C, hiponatremia crónica, diabética y portadora de un shunt portosistémico transyugular intrahepático.

Ingresa en el post operatorio inmediato de trasplante hepático. Evolucionó con encefalopatía severa, cuadriparesia, disartria y temblor distal. Laboratorio con valores normales. La RMN mostro imágenes compatibles con mielínolisis que fueron interpretadas como secundarias al aumento en los valores del sodio plasmático, la paciente había ingresado con una valor de sodio de 122 mEq/L (habitual), el valor post quirúrgico era de 135 mEq/L. La evolución posterior fue favorable, remitiendo la encefalopatía y el temblor distal, fue desvinculada de la ventilación mecánica, externada y actualmente se encuentra en el domicilio con rehabilitación neuromuscular. Una RMN de control no mostro cambios de las lesiones descritas anteriormente.

Discusión: El término mielínolisis central pontina se amplió después al comprobarse que las lesiones descritas no se limitaban a la protuberancia. Así aparece el concepto de síndrome de desmielinización osmótica. La corrección brusca de la hiponatremia crónica se reconoce como una de las principales causas aunque también se describen casos en personas sin trastornos hidroelectrolíticos. En un comienzo se consideró como inexorablemente fatal, pero hoy gracias a los adelantos de las medidas de soporte vital y prevención de complicaciones en estos pacientes es claro que muchos pacientes sobreviven y tienen un grado significativo de recuperación. Nuestra enferma completó 9 meses de seguimiento y experimentó una sorprendente mejoría de su encefalopatía y cuadriparesia, al punto de poder deambular.

0292 UTILIZACIÓN DE STENT TORÁCICO TIPO T (MONTGOMERY) EN UCI PARA DESTETE

D VIOLI(1), S GANDO(1), B VAZQUEZ(1), L BENITO MORI(2), R DURE(3)

(1) Hospital Muñiz. (2) Hospital Prof Dr Luis Guemes-haedo. (3) Hospital Muñoz.

Introducción: La estenosis traqueal es una condición compleja que generalmente requiere múltiples procedimientos para restaurar la respiración fisiológica.

Objetivo: reportar tres casos en que se utilizó el *Stent tipo "T" torácico (Montgomery)* en agudo como coadyuvante al destete.

Caso 1 Femenino (F) 61 años HTA, alérgica, **motivo de ingreso (MI)** Angioedema laríngeo, requiere intubación orotraqueal (IOT) y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Evoluciona favorablemente y pasa a piso a las 48 hs. **Reingresa** a los 4 días postPCR (5') por obstrucción de vía aérea superior. Fibrobroncoscopia (FBC) estenosis benigna subglótica, malasia con colapso, lesión de pared posterior. Se traqueostomiza con **destete a las 24 hs**. Se coloca Stent y pase a piso a las 24 hs

Caso 2 F 19 años. **MI:** herida de arma de fuego en tórax con shock, IOT, ARM y cirugía. Intercurrencia infecciosas. Extubación a los 11 días y pase a piso. **Reingresa** a los 26 días por nuevo episodio infeccioso, nueva IOT y ARM por 48 hs. **Reinternación** por shock e insuficiencia respiratoria con intubación dificultosa. FBC estenosis benigna subglóticas. Traqueostomía. Fallos en el destete, nueva FBC: agrega colapso excesivo traqueal. Se coloca Stent con **destete posterior**.

Caso 3 M 24 años. **MI:** Trauma craneoencefálico grave y contusión pulmonar, IOT y ARM, neumonía, buena evolución se extuba a los 13 días. ORL seguimiento de granuloma subglótica en plan quirúrgico. A los 3 meses del trauma **ingresa** por guardia con obstrucción de vía aérea superior, intubación dificultosa (IOT y ARM), FBC estenosis traqueal benigna, traqueostomía al primer día, **destete a las 24hs**, colocación de Stent 48hs y se externa a las 96hs

Discusión: La colocación de stent tipo Montgomery en UCI sería una opción diferente a la cánula de traqueostomía como puente a la solución definitiva de lesiones de la vía aérea. Comparado con la cánula beneficia la humidificación natural, fonación, mínima reacción tisular (material siliconado) mejor tolerancia y escasa tos. Sin embargo requiere instrumental, prótesis y personal entrenado.

La Broncoscopia asociado a la colocación de Stent en forma temprana, es una opción a tener en cuenta en el fallo de destete.

0293 PREVALENCIA DE PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN, ESTADIOS Y LOCALIZACIÓN, DENTRO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE EL AÑO 2013

M FERNÁNDEZ YÁÑEZ, SEISDEDOS. M G.

(1) Austral.

Introducción: El desarrollo de las úlceras por presión (UPP) constituye un importante problema de Salud Pública a nivel mundial, impacta sobre la morbimortalidad de los pacientes, su seguridad, la calidad de atención y los costos hospitalarios. Se estima que hasta el 95% de estas lesiones son evitables.

Join commission internacional (JCI) establece como indicador de calidad, la prevalencia de UPP en pacientes adultos hospitalizados, por considerar que los estadios avanzados repercuten sobre la calidad de vida de los pacientes y su seguridad, llegando a considerarse como eventos adversos graves.

Objetivo: Primario: determinar la prevalencia de UPP detectadas en UCI durante el año 2013, según sus estadios y localización anatómica.

Secundario: analizar la prevalencia en localización, estadios y eventos centinelas según sexo.

Material y método: Estudio de prevalencia retrospectivo. Recolección de datos a través del sistema de historia clínica informatizada. Un corte mensual y en día aleatorio, durante todo el año 2013. Tamaño de la muestra 905 pacientes. Las variables edad, sexo, localización y estadio, analizadas con paquete estadístico Stata8.

Resultados: Se analizaron retrospectivamente 609 registros, detectándose una prevalencia anual de UPP del 6% (56 UPP), desarrolladas el 65% en hombres y 35% en mujeres, con una media de edad de 53 años (DS 19,5 años, IC95%). Estadio I 13%, II 77%, III 7% y IV 3%. La localización más prevalente fue en sacro (54%), glúteo (21%) y talón (11%), No hay diferencia estadísticamente significativa analizando según sexo. 4 UPP detectadas en hombres fueron eventos centinelas (estadio 4).

Conclusiones: La prevalencia de UPP, localización y estadios dentro de la UCI no difiere a la reportada por estudios similares.

Solo un pequeño porcentaje de las UPP fueron detectadas en estadio inicial (estadio I), siendo mayormente consideradas cuando el daño de la piel queda evidentemente deteriorado (estadio =>2). Creemos fundamental iniciar medidas de prevención y detección temprana de UPP (estadio1).

0294 OUTCOME DE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS KPC EN UTI

C BALASINI(1), S GONZÁLEZ(1), A FELDMAN(1), B SAVASTANO(1), JG VALIDO(1), C GARBASZ(1), P RODRIGUEZ(1)

(1) Pirovano.

La KPC es un germen multirresistente que produce colonización e infección de pacientes críticos con gran morbilidad y mortalidad.

El objetivo de este trabajo es comparar la epidemiología y outcome de pacientes portadores de enterobacterias KPC (KPC+) con los no KPC (KPC-).

Materiales y Métodos: Pacientes >15 años ingresados a UTI desde 01/01/13 a 31/3/14. Las variables evaluadas fueron las epidemiológicas, scores de gravedad, colonización por KPC (se realizaron hisopados rectales al ingreso y cada 7 días), infección por KPC, días de estancia y outcome. Se consideraron 2 grupos: KPC+ y KPC-. Los datos se expresan en media \pm DS, mediana, RI, y %, se utiliza para las comparaciones test T o Wilcoxon según corresponda. Se consideró significativa una $p > 0.05$.

Resultados: Durante el período estudiado ingresaron 345 pacientes. En 36 (10%) pacientes se aislaron enterobacterias KPC, 34 (94%) presentaron colonización rectal, de los cuales 9 (25%) presentaron infecciones (3 bacteriemia por catéter, 3 Neumonía asociada al respirador, 2 abdominal y 1 meningitis nosocomial).

	KPC+	KPC-	p
Edad	57 \pm 18	58 \pm 19	0.8
Masculino	63%	59%	0.6
APACHE II	19 \pm 8	15 \pm 7	0.007
SOFA	6 \pm 2	3 \pm 3	0.005
ARM	83%	42%	0.001
Días UTI	18 [26]	9 [13]	0.001
Mortalidad	42%	18%	0.01

Conclusiones: El 10% de los ingresos tuvieron colonización y de esos el 25% infecciones por enterobacterias KPC. Los pacientes ingresaron más graves, recibieron más ventilación mecánica y tuvieron más días de internación y mortalidad.

0296 INFLUENCIA DE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA EN EL TRABAJO RESPIRATORIO. COMPARACIÓN PRE Y POST DECANULACIÓN

D VILLALBA(1), V FELD(1), V LEIVA(1), M SCRIGNA(1), E DISTÉFANO(1), M RODRIGUEZ(1), J COLLINS(1), AP ROCCO(1), A MATESA(1), D ROSSI(1), L ÁREAS(1), S VIRGILIO(1), N GOLFA-RINI(1), G GIL ROSSETTI(1), P DÍAZ BALLVE(2), F PLANELLS(1), E DÍAZ NIELSEN(1)

(1) Clínica Basilea. (2) Hospital Posadas.

Introducción: Durante las diferentes etapas de los protocolos de decanulación pueden ocurrir cambios en el trabajo respiratorio (WOB) causados por el modelo de la cánula de traqueostomía (TQT) y/o la configuración utilizada.

Objetivo: Describir y comparar el cambio en el WOB durante la ventilación espontánea en 4 condiciones: PRE-decanulación, [1-ventilando a través de la cánula de TQT con balón de neumotaponamiento inflado; 2-ventilando a través de la vía aérea superior (VAS) con balón de neumotaponamiento desinflado y la cánula de TQT ocluida; 3-ventilando a través de la VAS con cánula de TQT sin balón y ocluida] y 4-POST-decanulación.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes traqueostomizados desvinculados de la ventilación mecánica, midiéndolos en decúbito dorsal con cabecera a 45°. Se registraron variables ventilatorias (frecuencia respiratoria-FR, volumen corriente-VC, volumen minuto-VM), presión esofágica (Pes). Se calcularon: índice Tobin, producto presión-tiempo (PTP), PTP-minuto (PTP×FR) y VC/PTP. Cada condición se midió durante 5 minutos con 15 minutos de espera entre ellas.

Los datos cuantitativos se expresan en media±DS. Se utilizó test de ANOVA para un factor y para el análisis post hoc de comparación entre pares se utilizó la prueba Games-Howel, al no presentar varianzas iguales. $P < 0.05$

Resultados: Se midieron 6 pacientes en las cuatro condiciones descriptas. Los resultados se expresan en la tabla 1. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas para PTP, PTP-minuto y para VC/PTP. En la prueba de Games-Howel para PTP se encontraron diferencias significativas ($p < 0.001$) entre todas las condiciones excepto entre 2 y 4 ($p = 0.275$), para PTP-minuto no hubo diferencias significativas entre 2 y 3 ($p = 0.094$) y para VC/PTP no hubo diferencias significativas entre la condición 2 y 4 ($p = 0.275$). Existe una tendencia de mayor PTP y PTP-minuto y menor VC/PTP al ventilar con cánula sin balón (fig. 1 y 2).

Tabla 1

	Condición 1	Condición 2	Condición 3	Condición 4	P<
PTP*	7,50 (±4,26)	12,20 (±4,39)	13,77 (±2,94)	12,67 (±3,40)	0.001
PTP-minuto+	208,74 (±99,93)	303,80 (±93,49)	316,63 (±69,38)	287,04 (±70,60)	0.001
VC/PTP#	48,43 (±17,04)	40,35 (±19,39)	34,75 (±12,67)	38,57 (±9,22)	0.001

*cm H2O.seg; +cm H2O.seg/minuto; #ml/cm H2O.seg

Conclusiones: Las 4 condiciones resultaron diferentes en cuanto al WOB. La condición 1 (balón inflado) podría tener el menor WOB y mayor efectividad debido a no ventilar el espacio muerto de la VAS. El mayor WOB observado en la condición 3 evidencia que no sólo el diámetro externo de la cánula determina el WOB.

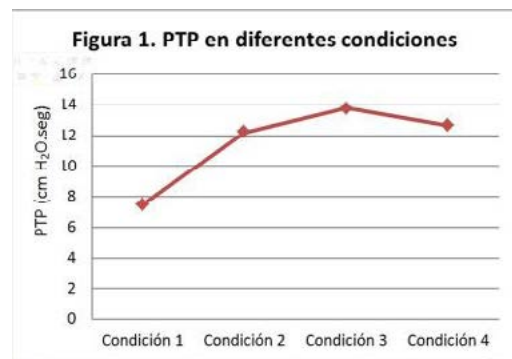


Figura 1. Producto Presión Tiempo en cuatro condiciones diferentes. Condición 1: cánula con balón inflado; condición 2: cánula tapada con balón desinflado; condición 3: cánula sin balón tapada; condición 4: decanulado.

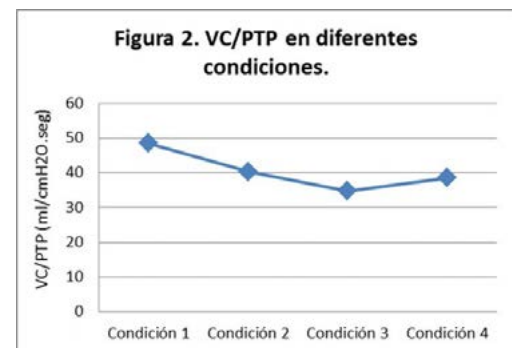


Figura 2. Volumen Corriente/Producto Presión Tiempo, en cuatro condiciones diferentes. Condición 1: cánula con balón inflado; condición 2: cánula tapada con balón desinflado; condición 3: cánula sin balón tapada; condición 4: decanulado.

0298 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES

M ISA(2), G VILLAGRA(1), H LOPEZ(2), C DE SIMONE(2), G ROMA(2)

(1) Clínica Regional Del Sud. (2) Clínica Regional Del Sud.

Es una patología cerebrovascular que puede afectar a todas las edades, se presenta en neonatos y adultos al rededor de la tercera década.

Existen múltiples causas descriptas como factor etiopatogénico, sin embargo luego de realizados los exámenes y pruebas de laboratorio disponibles, solo es posible encontrar el factor causal en un 70 % de los pacientes.

CR femenina, 29 años, ingresa por guaría central con depresión del sensorio, vómitos, cefalea, fiebre, con disminución de agudeza visual.

Al examen somnolienta, parcialmente orientada en tiempo y espacio, lenguaje hipofluente, nomina, repite y comprende. Rigidez de nuca, moviliza los cuatro miembros. Sensibilidad conservada. Taxia no valorable. Esfínteres continentes.

Se realiza hemo-urocultivos.

TAC cerebro normal. Punción lumbar normal.

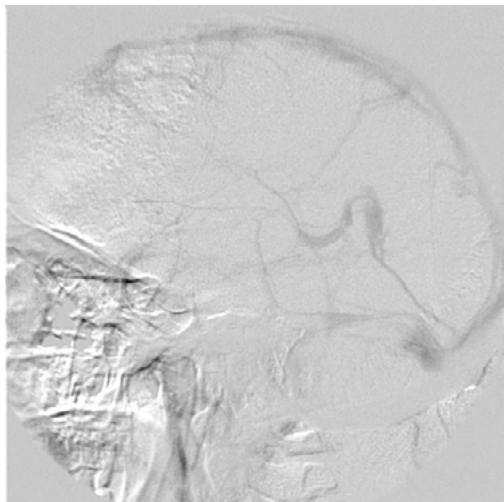
Oftalmología: agudeza visual: ojo derecho no percepción de la luz. Ojo izq : bultos.

Fondo de ojos: edema de papila bilateral, hemorragia en astilla peripapilares.

Angiografía cerebral: a nivel de los senos venosos laterales se observa imagen de falta de relleno que podrían corresponder a la presencia de trombos y un retraso en el vaciamiento de los mismos. Diagnóstico trombosis de los senos venosos laterales.

Se realizó anticoagulación por vía endovenosa, para posteriormente pasar a vía oral

Conclusion: si bien es una patologia poco frecuente, debe ser sospechada y diagnosticada a tiempo y con certeza, debido a la necesidad de iniciar tratamiento en forma temprana para evitar complicaciones graves, como deficit neurologicos o incluso la muerte.



0299 SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE DOS INSTRUMENTOS DE MEDICION PARA LA DETECCION DE EVENTOS ADVERSOS A DROGAS EN UCI

A FAJRELDINES(1)
(1) Austral.

Introducción: los eventos adversos a drogas (ADES) son causa de morbilidad. En UCI la polimedicaion, las comorbilidades de los pacientes, la gravedad de los mismos y los multiples factores de riesgo hacen necesario un sistema de reporte de ADES de buen alcance que oermita detectar y tipificar ADES para su análisis, tipificación y prevención posterior.

Objetivos: evaluar la performance de dos instrumentos de medición de ADES, la herramienta trigger tools y el sistema de reporte voluntario de la unidad de farmacovigilancia.

Material y métodos: se evaluaron 120 HC de uci en seis meses (junio-dic 2013), a razón de 20HC por mes, con al menos dos días de hospitalización en UCI. Por otro lado se consultaron las bases del sistema de reporte de Farmacovigilancia de los mismos meses y de los mismos pacientes. Se analizo la informacion de ambas fuentes. Se contruyo la curva de ROC para evaluar sensibilidad y especificidad

de los dos instrumentos. Se utilizo el nivel de daño asociado a drogas del estándar internacional (NCCMERP).

Resultados: se analizaron 120 pacientes, media de edad: 53,2 años DE 2,1, distribución por sexo: varones 32,5% y mujeres 67,5. En el sistema de reporte voluntario de hallaron 26 ADES de las cuales 9 prolongaron la hospitalización en UCI. y dos amenazaron la vida de los pacientes. Se obtuvo mediante ROC para una sensibilidad de 50% una especificidad de 0,43, area bajo la curva de 0,58 (IC 0,45-0,61). Con trigger tools se encontraron 68 ADES, de las cuales 21 prolongaron la hospitalización y 4 amenazaron la vida de los pacientes. La curva de ROC para un 50% de sensibilidad dio un valor de especificidad de 0,73, área bajo la curva 0,795, IC95% 0,68-0,81, la significancia estadística fue $p=0,001$.

Discusión: las tasas de ADES son significativamente diferentes sobre los mismos pacientes.

Conclusiones: la herramienta trigger tools es mas sensible y especifica que el reporte voluntario, aun asi es optimo usar las dos herramientas.

0300 UTILIDAD DE LA SATURACIÓN VENOSA CENTRAL Y DE LA DIFERENCIA VENOARTERIAL DE PCO2 DURANTE MONITOREO HEMODINÁMICO CON SWAN GANZ EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO.

R GIANNONI(1), ED VALENZUELA(1), E MARTINEZ(2), A PESTAÑA SALCEDO(2)

(1) Sanatorio Otamendi. (2) Sanatorio Sagrado Corazón.

Introducción: Las variables hemodinámicas como las variables metabólicas son claves en la optimización hemodinámica en la sepsis precoz. Sin embargo, existen pocos datos sobre su utilidad como predictor de bajo gasto durante el shock séptico.

Objetivos: Determinar la correlación entre la diferencia venoarterial de PCO2 y las variables derivadas de la oximetría venosa mixta y central con el gasto cardiaco medido con catéter en arteria pulmonar y evaluar su utilidad para predecir bajo gasto.

Material y métodos: Estudio cohorte prospectivo. Se realizaron 59 mediciones en 21 pacientes con shock séptico con catéter en arteria pulmonar para dirigir tratamiento de optimización hemodinámica. El evento de interés fue predecir bajo gasto cardiaco definido como indice cardiaco (IC) menor a 2,2 L/min/m², con las mediciones simultaneas de saturación venosa central (SAVEC) y mixta (SAVEM) por cooximetría y arterial para realizar el gradiente venoso arterial de PCO2 central (DVACO2C) y mixto (DVACO2M), se estimo la perfusión periférica con el tiempo de relleno capilar (TRC) y la diferencia de temperatura central y periférica (Dt°). Se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para definir las variables paramétricas. Se empleó el test de Student para variables continuas paramétricas. Se realizo correlación de Pearson, se consideró significativa una $P<0,05$, los datos se expresan en promedio y DS. Se realizaron análisis de curvas ROC.

Resultados: En los pacientes con bajo gasto cardiaco, las mediciones de SAVEM 58 ± 10 $p:0.001$ SAVEC 61 ± 8 $p:0.001$; DVACO2M 8.4 ± 2.4 $p:0.63$ DVACO2C 7.8 ± 2.1 $p:0.64$, TRC 4.3 ± 2.2 $p:0.23$ $dt^{\circ} 1.12 \pm 1$ $p:0.045$, con respecto a pacientes con $IC > 2.2$ L/min/m². La correlación entre la DVACO2M y DVACO2C con el gasto cardiaco $r:0,3$ $p:0,023$ y $r:0,28$ $p:0,057$ respectivamente. Se encontró correlación con bajo gasto cardiaco y SAVEC $r:-0,50$ $p:0,001$, SAVEM $r:-0,56$ $p:0,004$, Dt° $r:-0,33$ $p:0,01$, TRC $r:0,21$ $p:0,1$. En el análisis de curvas ROC se determino DVACO2M AUCROC:0.41; DVACO2C AUCROC:0.59; SAVEM AUCROC:0.72, SAVEC AUCROC:0.84, Dt° AUCROC:0.69, TRC AUCROC:0.62.

Conclusión: La SAVEC fue la que presentó mejor correlación con el gasto cardíaco bajo en ésta serie de pacientes sépticos. Sin embargo, los parámetros estudiados presentaron capacidad para predecir adecuadamente el bajo gasto cardíaco.

0302 ACRETISMO PLACENTARIO A PROPOSITO DE UN CASO
CM ROLDAN(1), M CORTES(1), MN LLANOS(1), PA JUAREZ(1)
(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

Introducción: El acretismo placentario actualmente constituye una de las principales causas de histerectomía puerperal y de morbimortalidad materna. La frecuencia de acretismo se ha incrementado de 10 a 15 veces en los últimos años dado a que esta patología está claramente asociada al incremento de la tasa de cesárea y se prevee que seguirá aumentando de manera proporcional.

Caso Clínico: Paciente de 31 años, cursando embarazo de 36 sem. Doble cesárea anterior, placenta previa oclusiva total, acretismo placentario. AGO: MG: 5, 2 PN, 2 CX; Sin APP.

Paciente ingresa para realizar cirugía programada y valoración pre quirúrgica con el equipo interdisciplinario. Por protocolo la misma ingresa al servicio de UTI para ser compensada y monitorizada hemodinámicamente.

Previo al acto quirúrgico, se realiza cistoscopia, descartándose compromiso de mucosa vesical y posterior colocación de catéteres de pig tail; dando comienzo al acto quirúrgico.

Técnica quirúrgica: incisión mediana infra umbilical se ingresa a cavidad evidenciándose útero gestante con signos de acretismo placentario (observándose la invasión de la cara lateral izquierda y anterior a nivel del segmento uterino). Se realiza incisión corporal vertical fundica, se extrae feto, se clampea cordón umbilical, se indica infusión continua de oxitócicos, histerorrafia continua con puntos hemostáticos, y se procede a realizar histerectomía total simple, observándose solución de continuidad a nivel vesical realizándose plastia de la misma. Se comprueba buena hemostasia de lecho quirúrgico se deja drenaje en fondo de saco, y se finaliza procedimiento.

Conclusión: El reconocimiento de los factores de riesgo, el diagnóstico prenatal, la planificación de la estrategia quirúrgica y el enfoque multidisciplinario son los pilares para la prevención de la alta morbimortalidad materna.



0303 CUMPLIMIENTO DE METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

S COSENZA(1), M JERMAN(1), A PALACIOS(1), M PELLIZZARI(1), E SCHNITZLER(1), A MURANO(1), A FAJRELDINES(1), L DAVIDE(1), M ROJAS(1), R QUIROS(1), V MARQUEVICH(1), J ALVAREZ(1), D CZERWONKO(1), P PRATESI(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: El Error en la atención de salud es la principal causa prevenible de muerte hospitalaria. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas de riesgo elevado de daño. Las metas internacionales de seguridad del paciente (MISP) se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las mismas son: identificación del paciente, comunicación efectiva, manejo de medicamentos de alto riesgo, procedimiento en el paciente y lugar correcto, reducción en las infecciones asociadas a los cuidados de la salud y disminución del riesgo de caídas.

Objetivos: Analizar adherencia al cumplimiento de las MISP en la UCI.

Material y método: Estudio de cohorte transversal. Los datos fueron relevados por el departamento de seguridad del paciente y la UCI. Se diseñaron métricas que permitieron medir adherencia a políticas/procedimientos específicos de cada meta. Se analizaron series temporales de datos entre los años 2010-2014. Se expresan los resultados en tasas y relaciones porcentuales.

Resultados: **Identificación de paciente:** Se analizaron 4016 mediciones. El cumplimiento fue superior a 90% alcanzando 100% al final del análisis.

Comunicación efectiva: Se analizaron 28 períodos mensuales obteniéndose un 92.8% de cumplimiento de la meta.

Medicamentos de alto riesgo: Posterior a la aplicación de políticas/procedimientos específicos se consiguió una reducción significativa en los errores en: prescripción (8-1.33% p=0.01), validación (3.33-1.33 p=0.005), dispensación (10-3.33% p=0.0001) y administración (6-2% p=0.04).

Infecciones asociadas a los cuidados de la salud: Se realizó una campaña de cumplimiento del lavado de manos. La misma permitió un incremento progresivo en la higiene de manos del 20% respecto de las mediciones basales. Ésto se relacionó con la disminución de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Prevención de caídas: Se objetivó una tasa de caída de 0.8 c/1000 días pacientes UCI.

Conclusiones: La medición e implementación de políticas/procedimientos específicos para cada MISP, acorde a los recomendaciones

de *Joint Commission International*, nos permitió obtener una mayor adherencia a los mismos. Esto tuvo impacto directo en la calidad y seguridad de atención de los pacientes en UCI.

0304 VALOR DE LOS SCORES APACHE II Y SOFA AL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS. HOSPITAL DE CLÍNICAS, MONTEVIDEO-URUGUAY

AC OLIVER(1), A PEIXOTO(1), C GUILLERMO(1), J ZUNINO(1), M STEVENAZZI(1), A BIESTRO(1), L DIAZ(1)
(1) Hospital De Clínicas.

Introducción: los scores utilizados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) APACHE II y SOFA tienen una demostrada utilidad para predecir mortalidad en pacientes críticos. Clásicamente se piensa que el factor pronóstico más importante en pacientes con hemopatías malignas (HM) que requieren ingreso a UCI es la enfermedad de base, mortalidad en diferentes trabajos de 44-47%. Sin embargo recientemente se publicaron estudios donde los factores que evalúan la enfermedad aguda intercurrente serían mejores predictores de resultados, a mayor APACHE II al ingreso mayor mortalidad.

Objetivo: evaluar tipo de HM, APACHE II al ingreso y SOFA como factores pronósticos de mortalidad en los pacientes con HM ingresados a UCI.

Materiales y Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo en pacientes con HM ingresados a UCI en nuestro hospital entre 2003 y 2012. Se analizaron 89 episodios, 50% hombres. Mediana de edad: 56 años. HM: Linfomas 51,2%, Leucemias Agudas 28,1%, Mieloma Múltiple 13,4%, otros 7,3%. Análisis Estadístico: comparación de egreso vivo y muerto con test de Student y Chi-cuadrado. P significativa <0,05.

Resultados: 52,4% egresaron vivos, 47,6% muertos. No hubo asociación entre tipo de HM y mortalidad, salvo en Leucemia Aguda Linfoblástica donde hubo 100% de mortalidad, p=0,03. Datos completos del APACHE II al ingreso: 75 episodios. Mediana general: 18(8-39). Media de APACHE II en egresados vivos: 17,05 ±8,24 y fallecidos: 20,66 ±6, p=0,042. Datos SOFA al ingreso y a las 48 hs: 67 episodios. SOFA al ingreso: 4,99 ±3,84 en egresados vivos y 7,32 ±3,24 en muertos, p=0,35. SOFA a las 48 hs: 3,89 ±3,83 en vivos y 9,2 ±4,34 en muertos, p=0,13. El ascenso de 2 puntos en el SOFA entre el ingreso y las 48 hs se dio en 2 pacientes de los egresados vivos y en 14 de los muertos, p=0,0001.

Conclusiones: los scores que evalúan el estado de la enfermedad aguda intercurrente como APACHE II y SOFA predicen mortalidad dado que fueron más altos y estadísticamente significativos en los pacientes con HM en UCI que fallecieron, por lo que estos scores deberían ser considerados al momento de la toma de decisiones en estos pacientes más allá de la enfermedad de base.

0305 CAMBIOS EN LA CIRCULACIÓN EN LA ARTERIA BASILAR EN EMBARAZADAS NORMALES Y PRE ECLÁMPTICAS. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES CON DOPPLER TRANSCRANEANO

J POLISZUK(1), L BOFFINO(1), I PREVIGLIANO(1), C PONTEVILLE, M GONZALEZ ALCÁNTARA, L VOTO(1)
(1) Fernández.

Introducción: Diversos autores han señalado la utilidad del doppler transcraneano (DTC) para la evaluación de la hemodinamia cerebral en la patología obstétrica crítica, centrados en las arterias cerebrales medias (ACM) y posteriores. Belfort ha desarrollado una teoría en la que centra el trastorno fisiopatológico en la Presión de Perfusión Cerebral. Por otra parte, siguiendo a Sandor, existen diferencias en la regulación nerviosa y en la micro anatomía entre la circulación anterior y posterior.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias en la circulación basilar entre embarazadas normales (EN) y pre eclámpticas (PE).

Material y método: Diseño: estudio prospectivo, de cohorte, de casos y controles, muestra sucesiva.

Datos: edad, edad gestacional, velocidades medias de flujo (VMF), índice de pulsatilidad (IP), presión arterial sistólica (PAM), diastólica (PAD) y media (PAM), presión de perfusión cerebral (PPC) de acuerdo a la fórmula de Belfort (PPCe= (VMF/VMF-VDF)*(PAM-PAD).

Los estudios se realizaron con dos equipos de DTC con transductor de 2mH (DWL Drop Box y Delica) insonando la ACM izquierda por medio de la ventana transtemporal y la basilar (AB) por medio de la ventana suboccipital. Tres operadores realizaron todos los estudios. Análisis estadístico: test de normalidad de Shapiro Wilks, test de Student para muestras apareadas (TSA), test de Student para muestras independientes (TSI), test de Wilcoxon (TW) para muestras independientes. Se consideró significativo un valor de p<0.01.

Resultados: Desde el 01/07/12 al 31/12/12 se estudiaron 14 pacientes pre eclámpticas y 12 embarazadas normales. En todas se insonaron todas las arterias del polígono de Willis, utilizando para el análisis ACMI y basilar. No hubo diferencias en edad materna (31 DS 5 vs 33 DS 10) ni gestacional (34.7 DS 1.2 vs 35.5 DS 9.8).

Utilizando el TSA, existen diferencias entre las VMF, IP y PPC entre la ACMI y la AB tanto en EN como en PE (tabla 1).

Mediante el TW se observó diferencia en la PAM entre EN y PE (68 mmHg y 93 mmHg, p<0.01).

Comparando las VMF, IP y PPC mediante el TSI se observan diferencias en ACM izquierda entre EN y PE. Con TSI en AB sólo se observan diferencias en la PPC (60 mmHg y 48 mmHg, p<0.01) (tabla 2).

Conclusiones: La PAM difirió significativamente entre EN y PE.

Las diferencias entre VMF, IP y PPC entre EN y PE coinciden con lo publicado en la mayoría de los trabajos sobre el tema.

La falta de diferencia en las VMF e IP entre las AB de EN y PE puede explicarse por la inervación simpática de las arterias que surgen del sistema carotídeo interno que es más densa que en los vasos del sistema vertebral, al igual que la composición de las uniones estrechas de la barrera hematoencefálica. Aproximadamente 60-90% de las arteriolas en el cuerpo geniculado medial, corteza parietal y temporal, el núcleo caudado, cóliculo inferior, tálamo e hipotálamo están inervados, en contraste con el 10-30% de arteriolas en el bulbo, corteza occipital y cerebelo.

La diferencia en la PPC puede explicarse a la luz de la teoría de Belfort.

	VMF dm	VMF dds	IP dm	IP dds	PPC dm	PPC dds	Valor de p
PE	62.56	24.51	-0.66	0.51	46.35	9.56	< 0.0001
EN	58.06	13.16	0.62	0.50	58.03	13.16	< 0.0001

Tabla 1. Test de la T de Student para muestras apareadas. Diferencias entre los valores medios (dm) y desvíos estándar de VMF, IP y PPC entre ACM y AB en PE y EN.

	EN	PE	Valor de p
PPC AB	60.33	47.53	0.008
IP AB	0.86	0.87	0.87
VMF AB	41.27	46.93	0.13
PPC ACM	59.43	49.47	0.02
IP ACM	0.91	0.74	0.0004
VMF ACM	60.13	79.81	0.006
PAM	67.67	92.73	0.001

Tabla 2. Test de la T de Student para muestras independientes y test de Wilcoxon (PAM). Diferencias en PPC, VMF e IP en ACM y AB en EN y PE.

0306: REPORTE DE CASO: PRESENTACION ATÍPICA DE BOTULISMO DEL LACTANTE.

MJ WERNISCH(1), K FIQUEPRON(1), P CASTELLANI(1), K CINQUEGRANI(1), D OTERO(1), F PODESTA(1), A SANCILIO(1)
(1) El Cruce.

Introducción: El botulismo del lactante es una intoxicación poco frecuente, potencialmente grave, causada por la ingestión de esporas de *Clostridium botulinum*, siendo el principal reservorio el suelo, polvo ambiental, alimentos contaminados y algunas hierbas medicinales. El serotipo A es el más frecuente en nuestro país. La mortalidad es alta si no se realiza diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Paciente de 5 meses que tras regresar de la provincia de Misiones comienza con apatía, sensorio alternante, mala actitud alimentaria y constipación de 48 hs. Con diagnóstico de Síndrome encefalítico se deriva a centro de mayor complejidad. Ingresa en mal estado general, sensorio deprimido, mal manejo de secreciones e hipotonía generalizada por lo que requiere intubación endotraqueal y asistencia ventilatoria. Se medica con antibióticos y antivirales. Por reinterrogatorio la familia refiere pérdida de sosten cefálico, ptosis palpebral e ingesta de té de manzanilla en infusión. Se plantean como diagnósticos diferenciales Miller Fisher y botulismo. Se toman muestras para botulismo en materia fecal por enema y suero. Se indica gammaglobulina 2 gr/kg en 2 días. Se recibe resultado en sangre negativo para toxina botulínica. A los 13 días se recibe informe de toxina botulínica tipo A positiva en materia fecal. Presento extubación fallida. Se realiza traqueostomía a los 18 días de internación. Tras periodo de adaptación alternando CPAP y microhalo se encuentra respirando aire ambiente en su domicilio, alimentándose por sonda nasogastrica y con buena evolución neurológica.

Discusión: En el caso presentado motiva plantear como diagnóstico diferencial, encefalitis, lo cual retrasa la oportunidad de tratamiento con suero específico para botulismo. Contribuyen a ello el resultado negativo en suero y la demora en obtener en resultado en materia fecal.

Por sospecha de Miller Fisher el paciente recibió tratamiento con gammaglobulina a pesar de no ser esta la causa más frecuente de hipotonía del lactante.

Conclusión: El botulismo del lactante es una enfermedad neuroparalítica potencialmente letal, tratable y prevenible, de notificación obligatoria, que requiere alto índice de sospecha. La forma habitual de presentación en el lactante es hipotonía sin alteración del sensorio. El éxito dependerá de una terapia de apoyo, priorizando soporte nutricional y ventilatorio.

0307 RETRASO DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

A RIOS(1), PM MOREL(1), FM RIVERO(1), JA OJEDA(1), JA CIALZETA(1), AE PIACENZA(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

Introducción: El retraso de la función del injerto (RFI) se caracteriza por disminución menor a lo esperado de creatinina plasmática, oliguria prolongada, requiriendo de soporte dialítico. Se relaciona con mayor estadía, elevación en los costos y pérdida del injerto.

Objetivos: Determinar la incidencia de RFI, evaluar factores relacionados con el receptor y el donante. Evaluar el tiempo de isquemia fría y caliente.

Material y métodos: Estudio de cohortes, unicéntrico. Del 1 de Enero de 2011 al 28 de Febrero de 2014. Incluyeron pacientes con trasplante de donante cadavérico. Excluyeron trasplante con donantes vivos.

Resultados: Ingresaron 797 pacientes, 116 (14,6%) trasplantes, excluyeron 17 (14,65%). Grupo I: No presentaron RFI (n:44), Grupo II: Presentaron RFI (n:55). La incidencia del 55,5%. No presentaron diferencias en las características generales, el tiempo de diálisis previa al trasplante fue de 2 (DS:1) y de 4 (DS:2,8) años Grupo I y II (p:0,046). La etiología de origen desconocida fue de 56,8 % y 29 % para el grupo I y II (p:0,05). La edad media de los donantes: 36 (DS:13) y 39 (DS:13) grupo I y II (p:NS), sin diferencia en las demás características. La estadía en UTI fue de 2 (DS:1,93) y 4 (DS:2) grupo I y II (p: NS). No se hayo diferencia en la creatinina pre-ablación. El tiempo de isquemia Fría fue: 13,82 (DS 3,29) y 14, 1 horas grupo I y II (p:NS). El tiempo de isquemia caliente: 33 y 35 minutos en el grupo I y II (p:0,049). APACHE para los receptores 12 (DS:3) y 14 (DS:4) en Grupo I y II (p:0,129). SOFA al ingreso de 4 (DS:0,82) y 6 (DS:1,54) grupo I y II (p:0,03), presentando una estadía en terapia intensiva de 2 (DS:0,95) y 3 (DS:1,55) grupo I y II (p:NS).

Conclusión: La incidencia fue del 55,5%. El tiempo de Hemodiálisis previa al trasplante se asocio con mayor RFI. El tiempo de isquemia fría no presento diferencia. El tiempo de isquemia caliente prolongado se asocio a mayor RFI. Se hallo mayor estadía en UTI en el Grupo II.

0308 PROCALCITONINA COMO MARCADOR DIAGNOSTICO DE SEPSIS, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS DE PARANÁ, ENTRE RIOS

MV FARINO(1), G GRIEVE(1)

(1) Hospital San Martin.

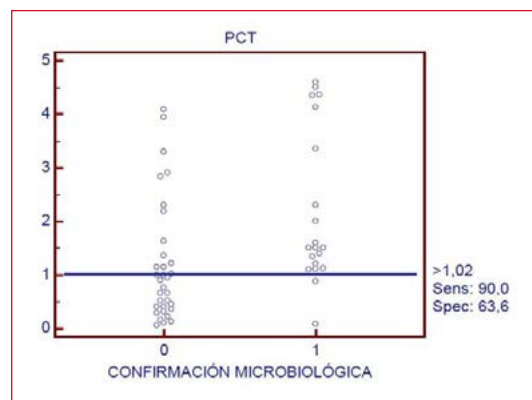
Introducción: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo, UTI del Hospital San Martín de Paraná, septiembre 2011 a diciembre 2013, para determinar el comportamiento de Procalcitonina en pacientes con Sepsis y Shock Séptico.

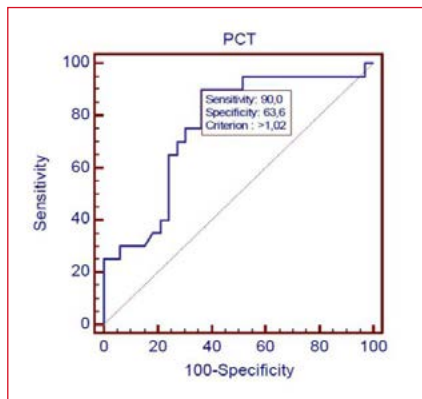
Objetivos: Establecer comportamiento procalcitonina para diagnóstico precoz de origen bacteriano o fúngico, respuesta terapéutica y pronóstico de acuerdo a niveles de PCT. **Determinar** el nivel de corte más adecuado.

Materiales y Métodos: Se reclutaron 51 pacientes, con SEPSIS, con SIRS, con dosajes de PCT día 1-3-7y10 más cultivos.

Resultados: 31 pacientes presentaron sepsis documentada microbiológicamente y 20 SIRS. Concentraciones de PCT > a 5,0ng/mlm, 80% de los pacientes presentó cultivos positivos . 2,0 a 5,0ng/ml fue de 57% , 0,5 a 2,0 ng/ml fue de 45 %, adquiriendo en este grupo mayor importancia el valor de PCT. Se utilizó Excel y MedCalc Statistical Software version 13.1.2 para curvas ROC con valor de corte de 1,02 con un AUC de 0,76, sensibilidad, especificidad, + LR, -LR, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de 90 %, 63,6%, 2,47, 0,16, 60% y 93,5% respectivamente. De los 51 pacientes 6 presentaron una concentración inicial de PCT de 0,5ng/ml, 8 entre 0,5 -2,0ng/ml ; 13 entre 2,0-5,0 ng/ml y 24 > 5,0 ng/ml, siendo este último el grupo con mayor porcentaje de mortalidad debido a shock séptico y FOM. La relación entre una PCT > 5,0 ng/ml con hemocultivos positivos fue de 90% de pacientes fallecidos. Entre 2,0 a 5,0 ng/ml mortalidad de 46%. Una disminución de PCT al 40-50% entre el día 1 y 3 del comienzo del cuadro séptico se asocia con mejoría. Pacientes que presentaron una PCT > a 200ng/ml al ingreso fallecieron todos.

Conclusiones: Realizar PCT a los pacientes con diagnóstico de sepsis a su ingreso demostró aportar beneficio por ATB precoz, suspensión o modificación al tercer día y fin del tratamiento entre el día 7 y 10. Aplicar un valor de 1,02 y no de 2 como punto de corte , logró mejorar la sensibilidad y especificidad de la prueba (90-63). La PCT resultaría útil como marcador precoz de sepsis fundamentalmente en el grupo de PCT entre 1 y 5 ng/ml.





0309 TABLERO DE COMANDO IMPORTANCIA EN LA GESTIÓN SANITARIA, PARA UN CONTROL EFICIENTE DE LOS RECURSOS

MF QUINTEROS(1), HOSPITAL SAN ROQUE, P GARCÍA(1)
 (1) Universidad Católica De Córdoba. (2) Hospital San Roque.
 (3) Universidad Católica De Córdoba.

Introducción: El tablero de comando es un modelo de planificación y gestión para el enfermero y traduce la estrategia y misión de la organización en objetivos medidos a través de indicadores y éstos ligados a la visión integral del monitoreo y planes de acción para la toma de decisiones que permiten alinear el comportamiento institucional. Monitoriza a través de indicadores el alcance de metas y transformar datos en información relevante.

Objetivo: Implementar un sistema de control de Gestión Sanitaria, tablero de comando e identificar un conjunto de indicadores, relevar datos disponibles y evaluar resultados que permitan medir el desempeño Institucional y del servicio para la toma de decisiones.

Material y método: Descriptivo, observacional.

Resultados: Se implementó el tablero de comando para el control de la gestión y los resultados obtenidos en el período julio a diciembre de 2013 fueron, se logró optimizar los recursos disponibles obteniendo 2534 pacientes egresos del período, promedio mensual 844 y promedio día 28. Las cirugías programadas en un total de 1273 suspendiéndose solo 116. El ingreso a camas críticas 536 el egreso fue de 502 pacientes. El índice de ocupación fue del 0,72%. La tasa de mortalidad del 3,5%. La cama crítica disponible promedio día 4,2% en el mismo período.

Conclusiones: El manejo del tablero de comando nos permite tomar decisiones en la Institución, por áreas y verificar su desempeño. De esta forma se puede acceder en un mismo módulo a los indicadores de productividad, porcentaje ocupacional, giro cama y disponibilidad de las mismas. Se optimizaron los recursos, monitorizaron los indicadores para lograr mayor eficiencia y efectividad. Se logró aumentar las cirugías por día, disminuir el porcentaje de cirugías suspendidas, se mantuvo el promedio de camas críticas disponibles y la gestión del personal de enfermería.

0312 SÍNDROME DE ENCLAUSTRAMIENTO

M ISA(1), G VILLAGRA(1), H LOPEZ(1), C DE SIMONE(1), G ROMA(1), D CEBALLOS(1), D AMAYA(1)
 (1) Clínica Regional Del Sud.

Presentación clínica de un caso de síndrome de enclaustramiento. Se clasifica según el compromiso motor en: clásico, parcial o incompleto, y según la evolución de funciones neurológicas en transitorio o crónico. Mortalidad global en agudo es de 60 al 90% en los primeros 4 meses. Si permanece más de 1 año la sobrevivida a 10 años es del 80%, y de 40% a los 20 años. Su incidencia anual es de 1-1,5 casos por cada 100.000 habitantes, con edad promedio de 40 años.

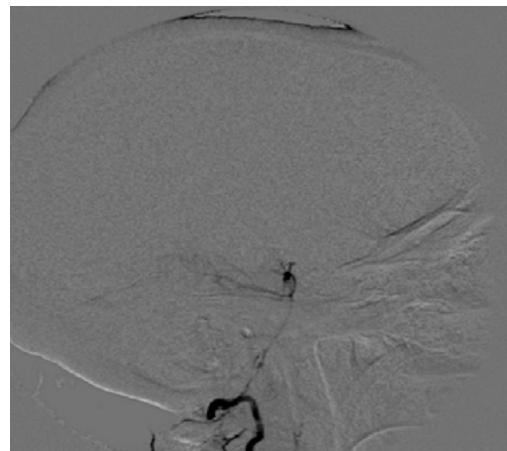
C.R, femenina, 47 años sin APP relevantes. Cervicalgia de una semana evolución y cefalea. En las últimas 24hs vértigo con inestabilidad en la marcha. Ingresa a UTI por convulsión tónico-clónica generalizada con progresivo deterioro respiratorio, requiriendo ARM.

Examen neurológico: vigil, no responde órdenes verbales comprensión de las mismas a través de apertura palpebral espontánea, mirada conjugada primaria central, mirada vertical conservada y abolición de movimientos laterales e impresiona bobbing ocular en las primeras horas que luego desaparece. Abolición de la función del resto de pares craneales. Paraplejía flácida, la sensibilidad impresiona conservada, la taxia no es valorable e incontinencia esfínteres vesical y anal. Reflejos miotáticos profundos y reflejos superficiales abolidos.

RMI cerebro: Extensa lesión de límites mal definidos hipertensiva en Flair y T2 a nivel protuberancial con discreta predilección hacia el lado izquierdo de aproximadamente 25 mm de diámetro, pudiendo corresponder a lesión isquémica de instauración reciente en ramas perforantes del tronco basilar.

Arteriografía de vasos del cuello: Arteria vertebral derecha: Inmediatamente antes de hacerse intracraneal se observa una disminución brusca de calibre que compromete la luz en grado severo con compromiso del flujo (dissección? Espasmo?), que se extiende hasta el tronco basilar.

Conclusión: paciente con síndrome de enclaustramiento clásico, actualmente bajo tratamiento intensivo kinesioterápico por secuelas neurológicas predominantemente motoras.



0313 EVALUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

V HIDALGO(1), M BADANO(1), R SOLIS(1), A GUILLOT(1), M ORSATTI(1), J FERRARO(1), C FELLER(1)
(1) Higa R Rossi.

Introducción: La pancreatitis es una enfermedad inflamatoria que afecta los tejidos pancreáticos y peripancreáticos. Se la clasifica en agudas y crónicas, y a su vez las agudas en leves y graves. Las graves cursan con complicaciones locales y sistémicas que condicionan una situación de estrés altamente catabólica, hipermetabólica e hiperdinámica, por lo que el soporte nutricional se ha convertido en uno de los puntos clave del tratamiento.

Objetivos: Determinar la incidencia de pancreatitis aguda en la sala de UTI.

Establecer la mortalidad de la enfermedad

Establecer tipo de soporte nutricional y su correlación con guías actuales.

Material y método: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados a UTI desde abril de 2010 hasta diciembre de 2013, con diagnóstico de pancreatitis. Se incluyeron todos los pacientes adultos internados en UTI con diagnóstico clínico de pancreatitis (dolor abdominal, náuseas, vómitos, SIRS), hiperamilasemia y alteraciones pancreáticas evidenciadas por Ecografía o Tomografía.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron a UTI 15 pacientes con diagnóstico de pancreatitis (0,02% del total de los ingresos), 4 de ellos fueron excluidos por no disponer de los datos necesarios para el análisis. La edad promedio fue de 39 años, score Apache II de 9 con una mortalidad real del 26%. En promedio se inició soporte nutricional al cuarto día de ingreso. El 60% recibió nutrición vía parenteral, 45 % asociada a nutrición enteral, 18 % recibió nutrición enteral exclusiva y 18 % no recibió nutrición. En todos los pacientes se cuantificaron las pérdidas nitrogenadas urinarias y se adecuó el aporte nutricional. Presentaron balances nitrogenados negativos con pérdidas entre 1,2 a 19 kg. de masa magra.

Conclusiones: La pancreatitis, en nuestra UTI, es una enfermedad de baja incidencia que afecta población joven con una mortalidad que supera a la esperada. La nutrición por vía parenteral temprana fue el método de elección, lo que no se corresponde con las guías actuales, sin que se lograra obtener balances nitrogenados cercanos a la neutralidad. Esto motivó una revisión bibliográfica, planteando nuevas estrategias nutricionales con el objetivo de mejorar la atención de nuestros pacientes.

0314 LA SIMULACION COMO HERRAMIENTA ESTRATEGICA EN UNA RED SANITARIA

N RAUL(1), J DE ECHAVE(1), I ASPREA(1), M AGUIRRE MAN-DAU(1)
(1) El Cruce.

Introducción: En medicina la simulación ha sido utilizada para reproducir experiencias reales de pacientes a través de escenarios adecuadamente guiados y controlados. La simulación crea un ambiente ideal para la educación, debido a que las actividades pueden diseñarse para que sean predecibles, consistentes, estandarizadas, seguras y reproducibles. Hoy, la simulación es parte integral del currículo de educación en medicina, tanto en el pregrado como en el posgrado, y en las actividades de formación continua.

Objetivo: Describir las actividades formativas en el centro de simulación durante los primeros meses de actividad formal, caracterizando a la población de alumnos por origen y tipo de curso al que asisten.

Material y método: Se recolectaron los datos de las planillas de asistentes a los diferentes cursos, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2013 a abril de 2014.

Resultado: Asistieron un total de 229 alumnos en el periodo seleccionado, de los cuales 69 (30%) participaron de las Emergencias Obstétricas; 23 (10%) se capacitaron en Gestión y Organización de las Emergencias; 62 (27%) concurren a las Jornadas de Emergencias Pediátricas, 35 (15%) en las Jornadas sobre Situaciones Críticas en Quirófano, y 40 (18%) asistieron a las Jornadas de Emergencias Respiratorias en Pediatría.

El 51,5% pertenecían a la Red de Hospitales, el 16,1% al propio hospital donde se encuentra el Centro de Simulación, el 8,4% a la Universidad vinculada, y el 24% a otra categoría.

Conclusiones: La simulación clínica es una herramienta para el aprendizaje de habilidades técnicas en un ambiente seguro, así como el entrenamiento del trabajo en equipo ante situaciones de emergencia, en diferentes temáticas y especialidades. En esta primera instancia, se priorizó el trabajo en la Red de Hospitales como una estrategia de afianzar vínculos y desarrollar protocolos de trabajo adecuados a la necesidad de los hospitales periféricos.

0315 SHOCK SEPTICO A FOCO ENDOVASCULAR: PENTALOGIA DE FALLOT EN PACIENTE ADULTO

AI SORIA(1), GJ VERA(1), PM MAMBRINI(1), CA EHLICH ISRAILEV(1), PS LAZARTE(1)
(1) Angel C. padilla.

Introducción: La tetralogía de Fallot es una cardiopatía congénita, caracterizada por una obstrucción en el tracto de salida del ventrículo derecho, comunicación interventricular; hipertrofia del ventrículo derecho y la dextraposición de la aorta. La asociación de la comunicación interauricular la convierte en una Pentalogía de Fallot; entidad de baja incidencia (3%).

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, 24 años de edad, con antecedentes valvulopatía congénita, no filiada e historia de síndrome febril prolongado; se automedicó vía oral e intramuscular, sin mejoría. Acompañada a guardia de este nosocomio, por deterioro del sensorio y síndrome meníngeo. Se ingresan cultivos, con presunción de sepsis a foco meningocócico, iniciando antibioterapia empírica. En tomografía de cerebro, tórax y abdomen; se constató hematoma intracerebral capsular izquierdo (escala ICH IV). Evoluciona con inestabilidad hemodinámica y mayor deterioro del sensorio, requiriendo ventilación mecánica; pasa a cuidados críticos, constatándose signos de coagulopatía, shock refractario y falla renal. Se realiza monitoreo hemodinámico y reanimación guiada por metas. Evoluciona con paro cardíaco, obita dentro de las 24 horas de su ingreso. La microbiología informa hemocultivo con streptococo viridans. La necropsia evidencia Pentalogía de Fallot, verrugas valvulares; embolias sépticas en órganos.

Discusión: A pesar de los avances en shock séptico, la mortalidad continúa siendo elevada, dependiendo de la rapidez y agresividad con la que se inicia el tratamiento antibiótico. Esto debe modificarse a una óptica socio-sanitaria, para la detección temprana y tratamiento oportuno de infecciones potencialmente graves, desde el primer nivel de atención.

Conclusión: A pesar de lo que se pensaba, la endocarditis infecciosa tiene incidencia similar en pacientes con o sin cardiopatía congénita. Ante el número creciente de casos no operados que alcanzan la vida adulta, nos enfrentamos con mayor asiduidad con los complejos problemas diagnósticos y terapéuticos de esta entidad. La pentalogía de Fallot representa un riesgo elevado, con alta mortalidad, debiéndose tener en cuenta en los diagnósticos diferenciales de endocarditis. No obstante, es un desafío terapéutico en etapas avanzadas.

0316 POLINEUROPATÍA AXONAL IDIOPÁTICA CRÓNICA EN CUIDADOS CRÍTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

PM MAMBRINI(1), CA EHLICH ISRAILEV(1), GJ VERA(1), AI SORIA(1), PS LAZARTE(1)
(1) Padilla.

Introducción: Al referirse a la polineuropatía axonal idiopática crónica se describe a un trastorno que afecta los nervios periféricos de miembros inferiores; presentan variados inicios sintomatológicos con diversos diagnósticos diferenciales. Es difícil saber si la polineuropatía axonal crónica corresponde a una única entidad o a un grupo heterogéneo de enfermedades.

Presentación del caso: Paciente femenino de 36 años de edad, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto sin tratamiento refiere paresia de miembro inferior derecho 9 meses previos a la consulta progresando a cuádruparesia flácida con sensibilidad conservada. Ingresa a unidad de cuidados intensivos para ventilación no invasiva. En plan diagnóstico se realiza resonancia magnética nuclear encefálica y de médula espinal que evidencia quistes subaracnoideos. Se constatan trastornos disautonómicos que llevan al paro cardiopulmonar, consecuencia del mismo sufre encefalopatía anóxica-isquémica. Por sus antecedentes se completa colagenograma y perfil hormonal; se descarta Miastenia Gravis, síndrome de Guillain Barre, Porfiria, enfermedad de Pompe y síndrome paraneoplásico. Electromiograma de cuatro miembros y nervios faciales que informa compromiso axonal y gran pérdida de unidades motoras, sin mejoría post-plasmaféresis. Nueva resonancia cerebral compatible con sus intercurencias. Para biopsia de unidad músculo-nerviosa se realiza resonancia de cintura escapular y pelviana eligiéndose músculo vasto externo derecho y nervio tibial con hallazgos inespecíficos. Sufre nuevos episodios de paro cardíaco con mayor deterioro del sensorio. Actualmente secuela neurológica en estado de mínima conciencia; electroencefalograma con trazado lento irregular difuso, sin focos de descarga paroxística.

Discusión: En contraposición al cuadro descrito estas entidades se presentan en adultos mayores, con progresión solapada, insidiosa y no invalidante con sintomatología sensitiva o sensitivo-motora que pueden pasar desapercibida. Luego de agotar los algoritmos propuestos para un cuadro de esas características puede asumirse que esta entidad es de origen idiopático.

Conclusión: Debido a la variabilidad etiopatogénica llegar al diagnóstico puede ser dificultoso, a pesar de los esfuerzos realizados y no habiendo presentado causas atribuibles, ni previos ni durante su internación (uso de bloqueantes neuromusculares, shock séptico o sepsis severa), no se obtuvo un diagnóstico de certeza.

0318 CORRELACIÓN ENTRE LA VAINA PERIFÉRICA DEL NERVIÓ ÓPTICO, LA SATURACIÓN CEREBRAL DE OXÍGENO Y LA PRESIÓN INTRACRANEAL EN UN MODELO ANIMAL DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL CONTROLADO

I PREVIGLIANO(1), AV VICCICONTTE(2), F DIP(2), F SUAREZ ANZORENA(2), F TOGNI(2)
(1) Fernández. (2) Hospital De Clínicas.

Introducción: El síndrome compartimental abdominal es una causa conocida de hipertensión endocraneana.

El aumento de la vaina periférica del nervio óptico (VNO) en valores de superiores a 5 mm se correlaciona con el de la PIC por encima de 20 mmHg.

La saturación regional de oxígeno (SrO2) disminuye en la medida que aumenta la PIC.

Objetivo: Evaluar las respuestas de la VNO y SrO2 enfrente a los aumentos de la PIC en un modelo animal con neumoperitoneo como síndrome compartimental controlado.

Material y Método: Se utilizó el modelo porcino de Rosenthal. Se colocó un catéter K30 en el espacio subdural para medir PIC. Se midió la VNO con un ecógrafo Sonosite® según técnica de Helmke. La SrO2 se midió con un equipo INVOS™ 5100C Cerebral / Somatic Oximeter®.

La cavidad abdominal fue insuflada con CO2 de manera controlada con presiones de 5, 15 y 30 mmHg. La temperatura corporal, presión arterial y oxigenación cerebral fueron grabadas cada 5 minutos. Los cambios en PIC, VNO y SRO2 se midieron a los 0, 15, and 30 minutos en diferentes presiones intraabdominales.

Análisis estadístico: Se utilizó un modelo de regresión lineal mixta. Se utilizó el software libre R.

Resultados: Se realizó el experimento con cinco cerdos. El análisis lineal multivariado demostró un 78,4 % de especificidad en la estimación no invasiva de la PIC.

Modelo con VNO y SRO2 como covariables

	Estimate	Std. Error	t-value	p-value
VNO	-85.7027	73.9512	-1.159	0.267339
ONSD	6.1411	1.1754	5.225	0.000164
SRO2	0.4461	0.1697	2.629	0.020843
Peso	8.2622	3.0164	2.739	0.016887

La relación entre PIC y SRO2 fue negativa. La relación entre PIC y PIP mostró un $r^2 = 0.67$, $p = 0.0001$ y entre PIC y VNO presentó un $r^2 = 0.74$ $p = 0.0002$.

El aumento de la PIC y de la VNO fue rápido y simultáneo con el aumento de PIP, al igual que la disminución de la SRO2.

Conclusiones: En este modelo animal se encontró un 74% de especificidad en la estimación no invasiva de la PIC, que puede ser aprovechada para estudios en humanos por su seguridad.

La relación entre peso y PIC confirma los hallazgos en pacientes obesos y cirugía laparoscópica.

Hasta hoy no se habían descrito cambios en la VNO con aumentos de la PIP, que pueden ser importantes en circulación cerebral límite bajo cirugía laparoscópica.

0319 EXPRESION DE INTERLEUKINAS EN UN MODELO ANIMAL DE HIPOTERMIA AISLADA Y CONTROLADA SEGUIDO DE RECALENTAMIENTO A NORMOTERMIA

V BURGOS(1), F ROSCIANI(2), P ARGIBAY(2), E SAN ROMAN(2), F GOLDENBERG(2)
(1) Italiano De Buenos Aires. (2) Italiano De Ba.

Introducción: El recalentamiento a normotermia es un paso fundamental en la Hipotermia Terapéutica (HT). Varios modelos han mostrado que la HT leve tiene efectos anti-inflamatorios pero los cambios moleculares que se suceden durante el recalentamiento posterior no son claramente conocidos. Nosotros hemos demostrado previamente que ratas expuestas a HT durante 2 horas muestran una disminución significativa en los niveles de ARNm de IL-6, una citokina pro-inflamatoria.

Objetivo: Nosotros analizamos la expresión genética de las citocinas pro y anti-inflamatorias luego del recalentamiento en un modelo animal de HT aislada y controlada.

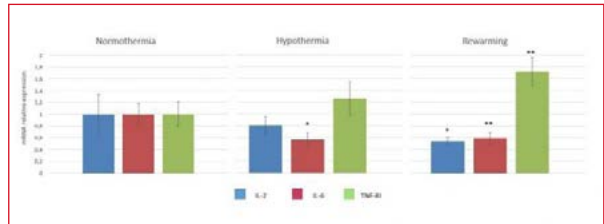
Material y métodos: Ratas machos (n=10) fueron sometidas a HT (32°C durante 2 hs) seguido de una fase de recalentamiento (37°C durante 2 hs) versus ratas controles (n=10) (37°C). Los análisis de expresión genética se realizaron mediante PCR en tiempo real en muestras de sangre periférica tomadas al final de la fase de recalentamiento y en los animales controles.

Resultados: El recalentamiento luego de la HT generó una disminución significativa de los niveles de ARNm de IL-2 ($p < 0.05$) y de IL-6 ($p < 0.01$) y un aumento de los niveles de ARNm de TNF-RI ($p < 0.05$) en comparación con los controles normotérmicos. El resto de

los genes pro y anti-inflamatorios no difirieron significativamente entre los grupos ($p > 0.05$).

Conclusiones: Nuestros datos muestran que exponer ratas a HT seguido de una fase de recalentamiento hasta normotermia esta asociado a una disminucion significativa de la expresion genetica de 2 citokinas pro-inflamatorias, IL-2 e IL-6 y a un incremento de la expresion genetica de la citokina anti-inflamatoria TNF-RI. Estos hallazgos de modulacion de la respuesta inflamatoria sistematica, si son reproducibles en un grupo mas grande de animales expuestos a HT y recalentamiento por periodos de tiempo mas prolongados, podrian explicar algunos

de los potenciales efectos neuroprotectores de la HT en los modelos clinicos humanos.



Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A		D		G	
ABENTE, S	80	CUNTO, E	28	GARNICA, RJ	93
ALBORNOZ, AC	187	DANIEL, D	32	GAUNA ANTONELLI, P	87
ALESSIO, G	105	DÁVALOS, W	90	GAZZANO, C	192
ALMADA, F	113	DEGUARDIA, M	102	GIANNONI, R	300
ALÓ, V	234	DEHEZA, M	56	GIMENEZ, ME	104
AMADO, L	224	DESCH, R	258	GIMENEZ, ML	123
AMUNDARAIN, E	195	DESCOTTE, E	279	GINER, V	99
AQUINO, V	199	DIANTI, JM	170	GLEMON, M	151
ARIAS LOPEZ, M	89	DIAZ COUSILLAS, S	246	GOGNIAT, E	257
ARUFE, D	86	DIAZ PRIETO, ND	183	GOGNIAT, E	262
ASIS, Y	176	DIAZ PRIETO, ND	186	GOGNIAT, E	263
AVERSA, I	166	DOMENICONI, G	7	GÓMEZ PAZ, R	208
AVILA, P	189	DONATI, PA	116	GÓMEZ PAZ, R	210
		DUBIN, A	17	GONZÁLEZ FLORES, Á	273
B		DUBIN, A	20	GONZÁLEZ FLORES, Á	278
BADER, A	264			GONZALEZ MARQUEZ, I	201
BALASINI, C	196	E		GONZALEZ, S	30
BALASINI, C	294	ENCINAS ALEJO, MA	270	GONZALEZ, S	130
BARACAT, D	145	ENRIQUE, C	146	GUIMARAENS, P	96
BARRIOS FERRO, L	180	ESPERATTI, M	181	GUIMARAENS, P	164
BARROS, J	276			GUIMARAENS, P	171
BAZZANO, JM	212	F		GUTIERREZ, G	70
BENITES, MH	108	FAJRELDINES, A	248		
BERMEO, M	240	FAJRELDINES, A	249	H	
BERMEO, M	243	FAJRELDINES, A	251	HADDAD, J	59
BERTÉ, M	92	FAJRELDINES, A	299	HAGEL, J	36
BOEDO, A	277	FARINO, MV	308	HAGEL, J	163
BOEDO, A	284	FELDMAN, A	38	HEIN, MI	233
BOLZICCO, D	107	FELDMAN, A	39	HIDALGO, V	313
BOTASSO, Y	155	FELDMAN, A	40		
BURGOS, V	319	FELDMAN, A	42	I	
BUSSO, JM	82	FELDMAN, A	47	ISA, M	298
BUSTINGORRY, G	242	FELDMAN, A	48	ISA, M	312
		FELDMAN, A	50		
C		FELDMAN, A	51	J	
CABAÑUZ, F	95	FELDMAN, A	53	JERMAN, M	244
CAGLIERI, V	269	FELDMAN, A	74	JUAREZ, PA	161
CALCAGNO, P	122	FELDMAN, A	76	JULIARENA, A	255
CAMACHO, V	245	FELDMAN, A	77	JULIARENA, A	256
CAMPUTARO, L	25	FELDMAN, A	81		
CANAVESI, P	157	FELDMAN, A	138	L	
CAÑO NAPPA, MJ	106	FERNANDEZ CEBALLOS, I	267	LAS HERAS, MJ	168
CANTELI, C	158	FERNÁNDEZ YÁÑEZ, M	293	LATASA, D	235
CARDONE, F	109	FERNANDEZ, AL	9	LAURENT ABRANTE, SE	43
CARLUCCI, F	247	FERNANDEZ, AL	23	LAURONCE, M	226
CARUSO, AJ	44	FERNANDEZ, F	2	LLANOS, MN	110
CASTAÑO, G	266	FERNANDEZ, F	3	LLUGDAR JURI, MV	197
CASTELLI, J	120	FERNANDEZ, F	6	LOJO, A	191
CASTRO, SI	46	FERNANDEZ, F	15	LOUDET, C	222
CENTENO, P	31	FERNANDEZ, F	58	LOURO, A	280
CEREZO, C	217	FERNANDEZ, G	198	LUCERO, P	274
CHAPELA, S	281	FREDES, S	156		
CHAPELA, S	282	FREITES, M	66	M	
CHEDIACK, V	11			MADORNO, M	200
CIARROCCHI, N	167	G		MAMBRINI, PM	316
CINI, M	35	GALINDEZ, G	287	MANAGO, M	232
COCCO, LP	236	GALLARDO, Z	162	MANCHO, Y	250
CORBELLI, DP	119	GARCIA CLEQUE, J	252	MARAZZI, C	178
COSENZA, S	303	GARCIA IRIARTE, L	111	MARIASCH, NC	140
CUELLAR, V	211	GARCIA, M	194	MARQUEVICH, V	150
CUNTO, E	14			MARTIN, A	98
				MARTINELLI, G	13

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
MARTINUZZI, A	55	POLISZUK, J	305	SORIA, AI	315
MARTINUZZI, A	57	PREVIGLIANO, I	318	SUARES GAUNA, M	1
MARTINUZZI, A	143			SUAREZ, JP	165
MARTINUZZI, A	228	Q		T	
MARTINUZZI, A	230	QUINTEROS, MF	309	TADEO, V	205
MASKIN, P	204	QUISPE LÓPEZ, EA	175	TAMAYO, A	10
MENDIZÁBAL, J	112			TELIAS, I	285
MENDOZA, M	215	R		TEVES, J	134
MENTA, S	139	RABINO, M	214	TEVES, J	137
MILANESIO, L	227	RACERO, S	100	TIRIBELLI, N	221
MINOLDO, F	253	RACERO, S	185	TORREZ, R	154
MIÑONES, MDP	268	RAMOS OLIVER, JA	34	TUHAY, G	174
MIRANDA, MX	79	RAUL, N	314	TUMINO, L	289
MONESTEROLO, F	85	REGLINER, S	132		
MONTENEGRO, M	4	REINOSO, M	153	U	
MURUA, A	291	RETAMOZO, MB	259	UGARRIZA, J	124
		RETAMOZO, MB	260		
N		RICART, C	27	V	
NIEVES MARQUEZ, J	37	RIOS, A	307	VALDEZ, P	220
NOVO, MN	129	RIOS, F	64	VALENZUELA ESPINOZA, ED	78
NOYA, S	61	RISSO, N	135	VARGAS GUZMAN, SEP	169
NOYA, S	62	RIVERO, FM	67	VARGAS GUZMAN, SEP	173
O		RODRIGUEZ, L	159	VAZQUEZ, J	24
OJEDA CASTILLO, LGC	147	ROJAS, M	271	VAZQUEZ, J	114
OLIVER, AC	304	ROLDAN, CM	302	VEGA ORIHUELA, MI	203
ONETO, L	117	ROLON, O	177	VELASQUEZ, MA	142
ORSOLINI, C	213	ROMERO, V	60	VELASQUEZ, MA	206
		ROSCIANI, F	290	VÉLEZ, A	231
P		S		VENUTI, MS	68
PAGELLA, G	72	SAC, S	272	VILLALBA, D	296
PAGELLA, G	94	SAC, S	275	VILLARREAL, F	160
PAGES, J	193	SALAS, P	223	VILLEGAS, M	172
PALAZZO, A	91	SALGUERO, M	71	VIOLA, L	265
PALERMO, ER	63	SALVATI, I	128	VIOLI, D	292
PENDINO, JC	149	SANCHEZ, E	115	VIRGILIO, S	121
PEREYRA, C	83	SANDOR, M	254		
PEREYRA, C	84	SANTA CRUZ, R	148	W	
PEREYRA, J	209	SANTACRUZ, L	12	WELSH, SP	216
PEREZ, A	101	SCALISE, L	45	WERBER, G	97
PEREZ, A	184	SCHAER, A	126		
PIETROBÓN, JS	69	SEGURO, ML	75	Z	
PIETROBÓN, JS	73	SERRA, E	182	ZULJEVIC, N	219
PINTO, R	288	SIBILA, G	283		
PISTILLO, N	141	SOLI, S	127		