

RESÚMENES 2015

# **MEDICINA INTENSIVA**

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2362-339X

---

16 al 20 de septiembre de 2015

Mar del Plata – Prov. de Buenos Aires – Argentina

---

## **25° Congreso Argentino de Terapia Intensiva**

- 16° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
- 17° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
- 18° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
- 11ª Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva
- 8ª Jornada del Comité de Neonatología Crítica
- 2ª Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva
- 2ª Jornada de Veterinaria en Terapia Intensiva
- 2ª Jornada de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva

*Organizado por:*



[www.sati.org.ar](http://www.sati.org.ar)

Sociedad Argentina de  
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

Cnel. Niceto Vega 4615/17  
C.P. 1414 Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: (54-11) 4778-0571/0581

# MEDICINA INTENSIVA

Volumen 32  
Número 2  
Año 2015



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA ISSN 2362-339X

E-mail  
[info@sati.org.ar](mailto:info@sati.org.ar)

Web SATI  
[www.sati.org.ar](http://www.sati.org.ar)

Web Revista  
[revista.sati.org.ar](http://revista.sati.org.ar)

E-mail Comité Editorial  
[revista@sati.org.ar](mailto:revista@sati.org.ar)

## SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

### COMISIÓN DIRECTIVA (2013-2015)

#### Presidente

*Néstor Omar Raimondi*

#### Vicepresidente

*Rolando Alfredo Gimbernat*

#### Secretario

*Rosa Reina*

#### Prosecretario

*Graciela Zakalik*

#### Tesorero

*Jorge Méndez*

#### Protesorero

*José Luis Golubicki*

#### Director 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](mailto:estudio.fernandez.martinez@hotmail.com)

[Inicio](#)

[Sesiones de Trabajos  
Orales](#)

[Discusión de Posters  
Electrónicos](#)

[Resúmenes](#)

[Índice  
de Autores](#)



---

## COMITÉS CIENTÍFICOS

---

### **ACLS**

*Juan San Emeterio  
Viviana Romero*

### **Asunto Laboral**

*Ignacio Previgliano*

### **Bioética**

*Mónica Capalbo  
Alejandra Juliarena*

### **Certificación y Revalidación**

*Eduardo Capparelli  
Melisa Giménez*

### **CODEACOM**

*Cayetano Galletti  
Alejandro Hlavnicka*

### **Ecografía en el Paciente Crítico**

*Emiliano Descotte  
Eduardo Brunel*

### **Editorial**

*Eloy F. García  
Juan P. Alconada Magliano*

### **Emergencias y Respuesta Rápida**

*Luis Camputaro*

### **Enfermería en Cuidados Críticos - ECC**

*Darío Bejarano*

### **FCCS**

*María Laura Cabana  
Rodrigo Gómez Paz*

### **Gestión Control de Calidad y Escores**

*Sebastián Cosenza  
Pilar Arias*

### **Infectología Crítica**

*Cecilia Pereyra  
Wanda Comistein*

### **Investigación Clínica**

*Eduardo San Román*

### **Nefrología y Medio Interno**

*Pablo Klin  
Roberto Giannoni*

### **Neonatología Crítica**

*Jorge Tavosnanska*

### **Neumonología Crítica**

*Fernando Ríos  
Martín Lugaro*

### **Neurointensivismo**

*Damián Lerman  
Matías Casanova*

### **Nutrición**

*María Carignano  
Sebastián Chapela*

### **Obstetricia Crítica**

*Daniela Vasquez*

### **PALS**

*Gustavo Sciolla  
Mariana Cyunel*

### **Patología Crítica Cardiovascular**

*Salvador de Francesca  
Luis Flores*

### **Patología Digestiva en Pacientes Críticos**

*Fernando Lipovestky*

### **Pediátrico de Neumonología Crítica**

*Silvio Torres  
Virginia Altuna*

### **PFCCS**

*Haide Amaro*

### **Seguimiento y Rehabilitación**

*Andrea Das Neves  
Marina Busico*

### **Shock y Sepsis**

*Pablo Comignani  
Yanina Arzani*

### **Shock Pediátrico**

*Adriana Bordogna  
Fernanda Podestá*

### **Soprote Vital Extracorpóreo**

*Christian Casabella  
Silvio Torres*

### **Transplantes**

*Francisco Klein*

### **Trauma**

*Viviana Wolanow  
Eloy García*

### **Vía Aérea en Interfases Respiratorias**

*Gerardo Filippa*



## 25° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

**Presidente**

*Néstor Raimondi*

**Vicepresidente**

*Rolando Gimbernat*

**Secretario**

*Rosa Reina*

**Prosecretario**

*Graciela Zakalik*

**Tesorero**

*Jorge Méndez*

**Protesorero**

*José Luis Golubicki*

**COMITÉ EJECUTIVO**

**Presidente**

*María Cristina Orlandi*

**Vicepresidente**

*Fabián H. Kubarik*

**Secretario**

*Daniel Duarte*

**Prosecretario**

*Mariel A. García*

**Coordinador Nacional**

*José Luis Golubicki*

**Tesorero**

*Jorge Méndez*

**Protesorero**

*Mario Traba*

**Vocales**

*Roberto Santa Cruz*

*María Elena Romano*

*Carlos Cohen Arazi*

*José Luis Rovasio*

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**Presidente**

*Daniel Edgardo Allende*

**Vicepresidente**

*Elsa Beatriz Pérez*

**Secretario**

*Norma Beatriz Márquez*

**Prosecretario**

*Jorge H. Vecchio*

**Coordinador Nacional**

*Rosa Reina*

**Vocales**

*Juan José San Emeterio*

*Jorgelina M. Guyón Araujo*

*Gerardo Filippa*

*Eric R. Manrique Trujillo*

**Directores Syllabus**

*Silvana E. Svampa*

*Eloy F. García*

**Directores Refresher Course**

*Viviana Romero*

*Víctor Sciuto*

**Coordinadores Revisores**

*Fernando G. Ríos*

*Andrés L. N. Martinuzzi*

**Jurados de Premios**

*Carlos J. Apezteguía (Presidente)*

*Juan P. Alconada Magliano*

*Eduardo A. Capparelli*

*Néstor A. Wainsztein*

## 16° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

**Presidente**

*Sara P. Regliner*

**Vicepresidente**

*Alba J. Medina Iturre*

**Coordinador Nacional**

*Analía Fernández Parolín*

**Vocales**

*Andrea E. Suppo*

*Roberto E. Tomassone*

*Ana Rodríguez Calvo*

*M. Eugenia Cerda*

*Andrea M. Vélez*

*Carlos Rodríguez*

## 17° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

**Presidente**

*Marcela Santini*

**Vicepresidente**

*Marcelo G. Alonso*

**Coordinador Nacional**

*Mariano G. Setten*

**Vocales**

*Gustavo A. Gheller*

*M. Vanesa Alonso*

*Ayelén Baqueiro*

---

**18° Congreso Argentino  
de Enfermería  
en Terapia Intensiva**

**Presidente**  
*Miriam Cabezas*  
**Vicepresidente**  
*Alejandra D. Enciso*  
**Coordinadora Nacional**  
*Mariana C. Torre*

**Vocales**  
*Fabiana Cuadrado*  
*Sandra M. Rojas*  
*M. Nancy Rivero*

---

**11ª Jornada Nacional  
de Bioquímicos  
en Terapia Intensiva**

**Presidente**  
*Ruth G. Shocron*  
**Vicepresidente**  
*Karina Andrieu*

**Coordinadora Nacional**  
*Miriam P. Pereiro*  
**Vocales**  
*Melina Rossi*  
*Claudia Antileff*

---

**8ª Jornada  
del Comité de  
Neonatología Crítica**

**Presidente**  
*Jorge Tavosnanska*  
**Vicepresidente**  
*Liliana Roldán*

**Coordinador Nacional**  
*Claudio Solana*  
**Vocales**  
*Javier Meritano*  
*Gaston Pérez*

---

**2ª Jornada  
de Farmacéuticos  
en Terapia Intensiva**

**Presidente**  
*María José Dibo*  
**Vicepresidente**  
*María Victoria Stoffel*

**Vocales**  
*María Georgina Avaro*  
*María Betania Garagiola*  
*Ana Fajreldines*

---

**2ª Jornada  
de Veterinaria  
en Terapia Intensiva**

**Presidente**  
*María del Carmen La Valle*  
**Vicepresidente**  
*Francisco Patricio Scorza*

**Vocales**  
*V. Pablo Donati*  
*Mario Alejandro Jensen*

---

**2ª Jornada de Licenciados  
en Nutrición  
en Terapia Intensiva**

**Presidente**  
*Silvia Jereb*  
**Vicepresidente**  
*Natalia González*

**Vocales**  
*María Mercedes Terceño*  
*Vanina del Valle Magni*  
*Carla Vera*

---

**INVITADOS EXTRANJEROS**

<i>Francisco Alvarez</i>	Chile	<i>Juan Guillermo Ortiz</i>	Colombia
<i>Ivan Araya</i>	Chile	<i>Carlos Ortiz Ovelar</i>	Paraguay
<i>Ira Cheifetz</i>	USA	<i>Guillermo Parra</i>	España
<i>Maia Isabel Correia</i>	Brasil	<i>Nicola Petrosillo</i>	Italia
<i>Dinna Cruz</i>	USA	<i>Renata Pietro</i>	Brasil
<i>Rodrigo Díaz</i>	Chile	<i>Jefferson Pedro Piva</i>	Brasil
<i>Irene Fuentes</i>	Chile	<i>Jaime Ramirez Morales</i>	Chile
<i>Ogie Gajic</i>	USA	<i>José Luis Rojas</i>	Chile
<i>Gonzalo García Guerra</i>	Canadá	<i>Nisha Rathi</i>	USA
<i>Sajid Haque</i>	USA	<i>Alejandro Rodriguez</i>	España
<i>Francois Lellouche</i>	Canadá	<i>Pedro Saldún</i>	Uruguay
<i>William Manzanares</i>	Uruguay	<i>Mervyn Singer</i>	UK
<i>Ciro Mendez</i>	Brasil	<i>Fernando Suparregui Dias</i>	Brasil
<i>Pedro Alejandro Mendez-Tellez</i>	USA	<i>Sebastián Ugarte Ubierno</i>	Chile
<i>Joseph L. Nates</i>	USA	<i>Horacio Fernando Zaglul</i>	USA
<i>José Ramón Nuñez Peña</i>	Suiza		

17/09/2015 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 01****Neumonología Crítica 1**

DAUPHIN

**0197 P01/END TIDAL DE CO2 EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS INGRESADOS A UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.**

D VILLALBA, V FELD, V LEIVA, M SCRIGNA, E DISTEFANO, J COLLINS, AP ROCCO, A MATEA, D ROSSI, L ÁREAS, S VIRGILIO, N GOLFARINI, G GIL ROSSETTI, P PINI, M HANNUN, P DIAZ BALLVE, P BUÑIRIGO, D NOVAL, F PLANELLS

**0226 CAPACIDAD RESIDUAL FUNCIONAL Y CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO.**

N TIRIBELLI, S FREDES, M LOMPIZANO, D CANTÓ, M MADORNO, D VARELA, A FELDMAN, G SIBILA, P REVEL CHION, N FALCÓN PÉREZ, C POZO, M GUAYMAS

**0231 TRAQUEOSTOMIA PERCUTÁNEA VERSUS TRAQUEOSTOMIA QUIRÚRGICA. NUESTRA EXPERIENCIA**

A GONZÁLEZ FLOREZ, F LASCAR, MS RAÑA, F BALLESTERO, S CHAPELA, E SOLOAGA, M BLASCO, J CHERTCOFF

**0233 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD: "DEMORA" AL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y "DEMORA" DE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL.**

M LUGARO, H QUINTELA, C PEREYRA, L BENITO MORI, PSCHOON

**0300 EL BLOQUEO DE INTERLEUQUINA 6 EN RATAS ATENÚA LA INJURIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA**

E CORREGER, D SOTELO, J MARCOS, M BELDARRAIN, M COLUCCI, J LOFEUDO, G LAGUENS, L VITTONI

**0339 CARACTERIZACIÓN DE LA MORFOLOGÍA DE LA CURVA DE PRESIÓN ESOFÁGICA OBTENIDA DURANTE EL MONITOREO DE LA MECÁNICA VENTILATORIA.**

I TELIAS, M MADORNO

17/09/2015 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 02****Acreditación, Certificación, Escores y Organización**

COURRIER DEL ATLÁNTICO

**0076 VARIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES DE ALTA DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

N IEZZI, E PÉREZ, K MIRALLES, A COTERO, R FAMIGLIETTI, M JANSMA, E BONA, E DANTAZ, J CAMPOT, N NICODEMES, W TOZZI, A BUSTAMANTE, J ARMELINO, M GIMENEZ, M GARELLO, S FERNÁNDEZ, V JARITOS, S KRITTERSON, L PIPOLO, N GOLFARINI, G MARINO

**0118 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LA TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL CARLOS G. DURAND**

M DEGUARDIA, CY CONSIGLIO, M GUARACHI LAURA, MM ESPEJO MENDOZA, TA SACCHETTI, V OJEDA CHOQUE, G WAISMAN, AA ANTIK, AJ FIORANELLI

**0216 DESCRIPCIÓN DEL MANEJO DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

A GOLDBERG, N TIRIBELLI, G AVACA, M BOSSO, S FREDES, A GARCIA, F GHELLINAZA, L GIMENEZ, P GIMENEZ, M OJEDA, M BERTE, A SANTA MARÍA, D NOVAL, V TRONCOSO, S ILUTOVICH

**0250 USO DE UN LISTA DE CONTROL (CHECK-LIST) CON APUNTA-DOR DURANTE LA RECORRIDA MULTIDISCIPLINARIA EN CUIDADOS CRÍTICOS: PRINCIPALES OMISIONES DETECTADAS E IMPACTO SOBRE EL PACIENTE.**

P DESMERY, P DETTORI, F DESMERY, L FATA, G PLOTNICOW, D VAZQUEZ, P D'ANNUNZIO, C SANCHEZ, C QUIROGA, N IRASTORZA, V CARDENAS, V APHALO, F MOS, D AGAZZI, A LEOZ, M SOSA, J SCAPELLATO, D INTILE

**0270 CERTIFICACIÓN DE ESPECIALISTAS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EN LA SATI DESDE LA INCORPORACION DE ALUMNOS POR VIDEOCONFERENCIA**

A FERNANDEZ, A SIABA, D ORQUEDA, I KO, R FRAIRE, S TORRES, D VINCIGUERRA, C GUILLERMO

17/09/2015 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 03****Misceláneas 1**

CENTROAMÉRICA

**0065 EVALUACIÓN DEL ESTADO CLÍNICO, FUNCIONAL Y DE LA CALIDAD DE VIDA AL ALTA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON 65 AÑOS O MÁS, QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

S GIANNASI, M LAS HERAS, N ROUX, A MIDLEY, MS VENUTI, C KECSKES, J SINNER, E SAN ROMAN

**0202 PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS EN UCI.**

F RIOS, A RISSO-VAZQUEZ, I MOYANO, A TORN, G DIAZ, N RON-DINELLI

**0244 ESTUDIO DE CALIDAD EN LA UCI -PRIMERA ETAPA. EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN PACIENTES CRITICOS: INCIDENCIA, FACTORES RELACIONADOS Y COMPLICACIONES.**

A PASARELLI, J CONDE, F ROJAS, F CAMINOS, N ZULJEVIC, F FERNÁNDEZ GARCÍA, A CARRERAS, L MILANESIO, W DÁVALOS, F IGLESIAS, M SIMIONATO, A PORCEL, MC BUSTAMANTE, E VALGOLIO, G SÁENZ, S CARINO, MC MARCHENA, AL GONZÁLEZ, L TUMINO, C LOUDET, R REINA, E ESTENSSORO

**0338 CALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE UN CAMBIO DE ESTRATEGIA EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA EN UNA DIVISIÓN DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO**

I PREVIGLIANO, LA CAMPUTARO, MA MUCHICO, JM ANGAROLA, NO RAIMONDI

**0340 DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS LIGADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDICO QUIRÚRGICA: ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DEL DAÑO PREVENIBLE A PACIENTES ADULTOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS**

P PRATESI, S COSENZA, N ESPIL, J ALVAREZ, M PELLIZZARI, ME TEIJEIRO, A FAJRELDINES

**0344 DESTETE DIFÍCIL EN PACIENTE CON GUILLAIN BARRE Y EMBARAZO**

JL SOTO, F PLANO, H RADRIZZANI, C ALVAREZ PRECIADO, G KASPAR, M LOSCRI, J CESARONE, M OVIEDO, H LASCANO, V GUERRA, C GAONA

17/09/2015 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 04****Cardiología Crítica 1**

NONA 1 - TEATRO NH

- 0044 ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS UTILIZANDO LOS SCORES TIMI Y GRACE**  
LGC OJEDA CASTILLO, SA SÁNCHEZ BOGARÍN, S ESCOBAR, R DIAZ, C ORTIZ OVELAR, JG DAVALOS AGUIRRE, G GAMARRA, M CASTILLO, G OVIEDO, A NOGUERA
- 0117 DISFUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: IMPACTO EN EL PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIANO PLAZO.**  
E GIORDANINO, P KLIN, C ZAMBRANO, F ZEPPA, L VARELA FALCÓN, A BILBAO, F KLEIN
- 0201 COLESTASIS EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: DEMASIADO IMPORTANTE PARA NO MIRAR !**  
P KLIN, C ZAMBRANO, L VARELA FALCÓN, E GIORDANINO, F ZEPPA, A BILBAO, F KLEIN
- 0255 VALOR DEL DIÁMETRO DE LA VENA CAVA INFERIOR PARA PREDECIR LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA**  
J TEVES, M CHOY, M BERNADO, A TUFARE, M FERRICIONI, L ZACARIAS, N RISSO, J HADDAD

17/09/2015 - 11:45 a 12:45

**TRABAJOS ORALES 05****Neurointensivismo 1**

DAUPHIN

- 0073 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: REPORTE DE NUESTRA REALIDAD**  
PB PAHNKE, C VIGNETTA, V CAMACHO JUNCOS, MDLA PONCE, JA BRITO, MJ DI GREGORIO, P LACOMBE, S MAESTRO
- 0217 QUIENES ASISTEN A LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS AGUDOS EN EMERGENCIA. ENCUESTA DE EXPLORACIÓN**  
A KOVAC, L CAMPUTARO, L SCALISE, S MARTIN, CDE SATI
- 0265 MOVIMIENTOS ANORMALES COMO PRESENTACIÓN DE OCLUSIÓN BASILAR AGUDA.**  
P MORALES
- 0271 INCIDENCIA DE HIPONATREMIA EN PACIENTES NEUROCRICTICOS**  
A MARTINUZZI, AL DELARRIVA, S SVAMPA, C MATIAS, M ARAGÜES, P ROEL, M SEPULVEDA

17/09/2015 - 11:45 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 06****Infectología Crítica**

COURRIER BOULEVARD

- 0015 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍCA DEL DENGUE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS. HOSPITAL CENTRAL "DR. EMILIO CUBAS" DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, PARAGUAY**  
C ORTIZ OVELAR, EE FLEITAS MENDOZA
- 0016 REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL CON NUEVO PROTOCOLO EN LA UTI DEL HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**  
F FERNANDEZ, G SORIA, M ANTONIO, J ARROYO, C LOPEZ, L CABEZAS, E TORRES, C CARRICONDO, D ALDUNATE, G FERNANDEZ, C CURA, S SANTARELLI, S CHUANG, P AGUERO, L MONTES DE OCA

**0054 RELACIÓN DEL NIVEL DE PROCALCITONINA CON EL FOCO INFECCIOSO Y EL RESCATE MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES CRÍTICOS SÉPTICOS**

P MARTIN, M MONTENEGRO, A BALBI

**0206 INFECCIONES CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.**  
F FERNÁNDEZ GARCÍA, M LARES, AL GONZÁLEZ, MC MARCHENA, C LOUDET, L MILANESIO, N ZULJEVIC, F CAMINOS, A CARRERAS, A PASARELLI, J CONDE, F ROJAS, W DÁVALOS, L TUMINO, R REINA, E ESTENSSORO

**0320 INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. SITIOS DE INFECCIÓN Y PERFIL SENSIBILIDAD. ESTUDIO PROSPECTIVO 2010-2015**

C PEREYRA, S TRAVERSO, S MUÑOZ, M ALVAREZ, MC GONZÁLEZ, E DOMÍNGUEZ, L BENITO MORI

**0341 INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO. ESTUDIO PROSPECTIVO 2010-2015**

C PEREYRA, L BENITO MORI, E DOMÍNGUEZ, S MUÑOZ, S TRAVERSO, M ÁLVAREZ, MC GONZÁLEZ

17/09/2015 - 11:45 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 07****Obstetricia Crítica**

NONA 1 - TEATRO NH

**0104 "MANEJO CONSERVADOR EN EL ACRETISMO PLACENTARIO"**  
CM ROLDAN, MN LLANOS, PA JUAREZ, S MONGES

**0164 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA HEMORRAGIA POSPARTO**

MA VASQUEZ, P BAEZ, A CHILIGUAY

**0205 ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO DEL ACRETISMO PLACENTARIO EN LA UCI: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

L MILANESIO, A CARRERA, F FERNÁNDEZ GARCÍA, N ZULJEVIC, J CONDE, R ROJAS, A PASARELLI, W DÁVALOS, A SORIA, M PRUDENTE, A DAS NEVES, S GONZÁLEZ, C LOUDET, S CARINO, R REINA, G SÁENZ, E ESTENSSORO

**0274 PATOLOGIAS OBSTÉTRICAS Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS. APORTE DEL LABORATORIO**

S DER PARSEHIAN

**0323 POBLACION OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE DEL HOSPITAL J.C PERRANDO. RESISTENCIA - CHACO.**

V DOMINGUEZ, G CARRASCO, R MARIA, D BARRIOS

17/09/2015 - 12:15 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 08****Misceláneas 2**

TEATRO NH

**0093 PRESENTAR DELIRIUM DURANTE LA INTERNACIÓN EN UTI NO PREDICE UNA PEOR FUNCIÓN NEUROCOGNITIVA A MEDIANO PLAZO: COHORTE PROSPECTIVA**

F CARINI, S GIANNASI, M PEDACE, J HAGEL, S TERRASA, JE SAN ROMÁN

**0207 EPIDEMIOLOGÍA Y PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

S TAL BENZECRY, C LOUDET, C BALASINI, MC MARCHENA, R REINA, S CARINO, M MOIRANO, L ZOPPEGNO, G SÁENZ, L TUMINO, E ESTENSSORO



- 0241 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA Y QUIRÚRGICA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
Z ARANDA SCARPELLINI, M PORTO VARELA, C ORTIZ, A MONTIEL ROA, A MOLINAS
- 0277 CONTROL DE INFECCIONES EN UTI. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**  
C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARINA, AL GONZALEZ, MC LLERENA, M LARES, A LUCIANI, H MORENO ZILLI, M LLORIA, C PEREYRA, P SAUL, E SERRA
- 0285 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA EVIDENCIA QUE SUSTENTAN LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS PARA PREVENIR LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES EN UTIS DE ARGENTINA**  
C PEREYRA, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARINA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA

17/09/2015 - 17:30 a 18:00

**TRABAJOS ORALES 09****Pediatría 1 / Neonatología 1**

NONA 1 - TEATRO NH

- 0114 MUERTE ENCEFÁLICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DONACIÓN DE ÓRGANOS**  
M PENAZZI, E MARI, P PACHECO
- 0133 EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**  
MD URQUIZA, M RISSO, MA MAYANS, P RIGALI, A EXENI, R EXENI, A SIABA SERRATE, I TOMAS, T SILVIO
- 0135 INCIDENCIA DIFERENCIAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ACCESOS VENOSOS CENTRALES INFRA Y SUPRA DIAFRAGMÁTICOS.**  
MA MAYANS, T IOLSTER, A SIABA SERRATE, S TORRES, R FRAIRE, A LUGRIN BELLOMO, E MARTINEZ DEL VALLE, F SANCHEZ, H FERNANDEZ DARRITCHON
- 0184 UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO HOSPITAL ANDRES ISOLA - PUERTO MADRYN**  
A RODRIGUEZ CALVO, R FRANCO, G SANDALI, J BESSONART, M GARUTTI, G ROJAS
- 0267 SÍNDROME DE GUILLAN BARRE. "EL DESAFÍO DE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO INICIAL"**  
L DEGESE, M RABINO, A SANCILIO, F PODESTÁ
- 0283 TRAUMATISMO CRANEENCEFÁLICO MODERADO Y SEVERO EN PEDIATRÍA**  
MC SADY, PA CASTELLANI, CC MARINO, K CINQUEGRANI, D OTERO, A PICCIRILLI, K FIQUEPRON, PL MEDICI, MC RODRIGUEZ, F PODESTÁ, L DEGESE, MC GAVIOT, E LOPEZ QUISPE, LA MORENO, A SANCILIO

18/09/2015 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 10****Neumonología Crítica 2**

COURRIER DEL ATLÁNTICO

- 0085 VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ORIGINAL PARA LA MEDICIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO DE REPOSO EN PERSONAS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA: ESTUDIO DE CONCORDANCIA**  
N ROUX, P GUIMARAENS, H BENITO, E GOGNIAT, MDLÁ CARIGNANO, A MIDLEY, C KECSKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN

- 0187 VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMICA**  
G PLOTNIKOW, R PRATTO, E ANDRICH, N TIRIBELLI, S ILUTOVICH, R GOMEZ, C QUIROGA, P D'ANNUNZIO, D VASQUEZ, C SANCHEZ, JL SCAPELLATO, D INTILE, G AVACA, A GARCIA, D NOVAL, P DESMERY
- 0225 DELTA DE PRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO Y VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTORA.**  
MJ BOSSO, S FREDÉS, G AVACA, A GOLDBERG, A GARCIA, L GIMÉNEZ, M OJEDA, P GIMÉNEZ, G NAHMÍAS, E LÓPEZ, A PALAZZO, D NOVAL, N TIRIBELLI, S ILUTOVICH
- 0229 MIDRIENDO EL PULMÓN EN CANINOS. AJUSTANDO EL VOLUMEN CORRIENTE A LA CAPACIDAD INSPIRATORIA.**  
PA DONATI, E GOGNIAT, M MADORNO, JM GUEVARA, MDC LAVALLE, P SCORZA, G MAYER, J MORETTI, G BELERENIAN, A PINTO, E GUILLEMI
- 0289 DIFERENTES INDICACIONES DE ÓXIDO NÍTRICO INHALADO EN PACIENTES CRÍTICOS**  
M GLEMON, N MARINI, R MEDAWA AGUILAR, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN, R FAVALORO

18/09/2015 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 11****Pediatría 2 / Neonatología 2**

COURRIER BOULEVARD

- 0002 EL ÍNDICE DE MORTALIDAD PEDIÁTRICO PIM2 COMO PREDICTOR DE RIESGO DE MUERTE DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN LATINOAMÉRICA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO**  
MDP ARIAS LOPEZ, A FERNANDEZ, M RATTO, A SIABA SERRATE, L SALIGARI, I KO, E TROSTER, E SCHNITZLER, G VALIDARPIIM2 LATINOAMERICANO
- 0125 ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD**  
L MORENO, G BARBERO, P CASTELLANI, K FIQUEPRON, A FARIAS, P ANDREATA, J CRESPO, MJ CORNES, N LACQUANITI, M SILVA, P D'ANDREA, L REY, D PEREYRA, J ROO
- 0141 EDEMA CEREBRAL EN CETOACIDOSIS DIABÉTICA (ECCAD). "SI EL AGUA SUBE...¿SABÉS NADAR?"**  
M PENAZZI, E MARI, P PACHECO
- 0240 ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN NIÑOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA ADMITIDOS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**  
P REYES, S TORRES, P LONGO, A SIABA, G KUSMINSKY, T IOLSTER
- 0294 SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA DE ORIGEN BACTERIANO VS NO BACTERIANO: ROL DE LA PRO-CALCITONINA**  
F ORTIZ, P CLAUDIA, V ALEJANDRA, G PEDRO, B PABLO

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 12****Nefrología y Medio Interno**

COURRIER DEL ATLÁNTICO

- 0030 PREVALENCIA DE DISNATREMIA EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS A UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
J VAZQUEZ, G CARQUEIJEDA-ROMAN, E VEDOVATO, R ARIENTI, L SANTACRUZ, P VARGAS E GRANDO, M ESTRIN
- 0061 RIÑÓN HIPERFILTRANTE Y ECUACIONES DE FILTRADO GLOMERULAR EN QUEMADOS**  
LE RIVERA, MM ZAIEG, JE LEIVA



- 0081 COEFICIENTE DE VARIABILIDAD DE GLUCEMIA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS**  
FM RIVERO, A CAMPOS MARTÍNEZ
- 0199 ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE ACIDOSIS METABÓLICA AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA Y EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE?**  
FD MASEVICIUS, SP WELSH, ED VALENZUELA, EF GUERRA ARIAS, MC ZERPA LUNA, MF MOTTA, F BERDAGUER, MA FURCHE, F ZECHNER, PN RUBATTO BIRRI, A RISSO VAZQUEZ, ML CAMPASSI, A DUBIN
- 0220 HIPONATREMIA POR TERLIPRESINA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL. FACTORES PREDISPONENTES BASALES Y EFECTOS EVOLUTIVOS**  
JA BERRETA, M MARINO, D KOCIK, G ROMERO, V LAPLACETTE, A CORONEL, A BALDUCCI, H PLÁCIDO DOS SANTOS, J BERRETA

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 13****Nutrición y Gastrointensivismo**

COURRIER BOULEVARD

- 0090 HIPERLACTACIDEMIA EN POST-OPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIAS DE TUBO DIGESTIVO**  
A MARTINUZZI, P ROEL, M CORNU, AL DELARRIVA, S SVAMPA
- 0098 NIVELES DE CITRULINA Y SHOCK, ¿CADA VEZ MÁS CERCA DE UN MARCADOR DE DISFUNCIÓN INTESTINAL?: ANÁLISIS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA**  
P GUIMARAENS, M CARIGNANO, D CORBELL, C KECSKES, S GIANNASI, M GIMENEZ, E SAN ROMAN
- 0099 SOPORTE NUTRICIONAL Y TRASPLANTE DE PULMÓN: REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**  
P GUIMARAENS, M CARIGNANO, D CORBELL, P CABRERA, C PEREZ, M GOLDIN, C KECSKES
- 0149 RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SOPORTE NUTRICIONAL EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE LAS CIUDADES DE MAR DEL PLATA, BALCARCE Y PARTIDO DE LA COSTA**  
N RISSO, G CAPURRO, J TEVES, E MESSERA, J HADDAD CONTE, M FERRICIONI, J PONCE, L ZACARIAS
- 0280 ASOCIACION ENTRE INDICE DE MASA CORPORAL Y EVOLUCION EN PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA.**  
L AGUIRRE, A FERRE CONTRERAS, O ROLON, M MARTINEZ NAVARRO, G TUHAY, D VARELA, F KLEIN

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 14****Gestión / Docencia**

CENTROAMÉRICA

- 0055 COMPARACIÓN DE COHORTES DE ESTUDIANTES DEL CURSO SUPERIOR DE TERAPIA INTENSIVA DE SATI EN DIFERENTES MODALIDADES DE ENSEÑANZA**  
F BACCARO, G CHIAPPERO, A BADOLLATI, C PEREYRA, D LERMAN, A FERNANDEZ, L CAPDEVILLE
- 0056 ENSEÑANZA A DISTANCIA "WEB BASED". ENCUESTA DE EXPLORACION EN UNA SOCIEDAD CIENTIFICA**  
L CAMPUTARO, F BACCARO
- 0173 GESTIÓN DE ALARMAS EN UTIA NUEVOS INDICADORES**  
C OLIVERA, M MASTANTUONO, C KECSKES, M ENCINA, M VEGA

- 0204 QUIENES RESPONDEN A LAS ENCUESTAS DE DOCENCIA? EXPERIENCIA DE DOS ENCUESTAS EN UNA SOCIEDAD CIENTIFICA**  
L CAMPUTARO, F BACCARO
- 0227 IMPORTANCIA DE LAS BASES DE DATOS MULTICÉNTRICAS EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA SATI-Q**  
A FERNANDEZ, SP GRUPO

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 15****Neurointensivismo 2**

PLAZA 1

- 0120 REINICIO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL ACCIDENTE CEREBRAL ISQUÉMICO CON TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA**  
PM MOREL, FM RIVERO, ML BRACCINI, CP GIUMELLI
- 0122 EVALUACION DEL IMPACTO CARDIOLOGICO EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON TRAUMATISMO DE CRANEEO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD**  
M CASANOVA, E AMUNDARAIN, B DORFMAN, N GALLUCCI, P CASTELLUCCIO, O FARIÑA, M DE ABREU, C TAJER, G REYES, N GASTALDELLO
- 0147 VALORACION DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA A TRAVES DE LA MEDICIÓN DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓPTICO**  
A PALAZZO, M BERTE, A SANTA MARIA, L DIETZ, A RAMOS, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0172 INTOXICACIÓN CRÓNICA POR MONÓXIDO DE CARBONO: UN DIAGNOSTICO A TENER EN CUENTA.**  
M GUERRERO, F MUÑOZ, J TAGLIOLI, J BARRIGA

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 16****Shock y Sepsis**

NONA 1 - TEATRO NH

- 0005 DETERMINACIÓN DE VOLUMEN PURGADO REQUERIDO EN EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE VENOSA CENTRAL.**  
M GUERESCHI, JR BARTOLI, AL NISNIK, MB HEREDIA
- 0019 LAS VELOCIDADES DE LOS GLÓBULOS ROJOS EN LA MICRO-CIRCULACIÓN SUBLINGUAL DE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO HIPERDINÁMICO NO SON ELEVADAS**  
VS KANOORE EDUL, C INCE, PN RUBATTO, A RISSO VAZQUEZ, ED VALENZUELA ESPINOZA, S WELSH, C ENRICO, A DUBIN
- 0020 LAS ALTERACIONES MICROCIRCULATORIAS SON MÁS GRAVES EN LA HIPOXIA ANÉMICA QUE EN LA HIPOXIA ISQUÉMICA**  
G FERRARA, VS KANOORE EDUL, E MARTINS, HS CANALES, C CANULLÁN, G MURIAS, MO POZO, C INCE, A DUBIN
- 0053 EVOLUCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y METABÓLICAS, SU CORRELACIÓN COMO PREDICTORES DE REANIMACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN EN SOBREVIVIENTES Y FALLECIDOS EN EL SHOCK SEPTICO.**  
A MARTIN, C CASTRO, G PAGELLA, A PEREZ SARRIGUREN, C PELLEGRINI, J MARENGO, G ZAKALIK, M SANCHEZ, A CHENA
- 0175 ELEVACIÓN PASIVA DE LOS MIEMBROS INFERIORES COMO PREDICTOR DE LA RESPUESTA HEMODINÁMICA A LA INFUSIÓN DE FLUIDOS**  
ML CABRERA, MC GONZALEZ, G SUAREZ, A RAMOS, A DOGLIOTTI, C LOVESIO, A DUBIN

18/09/2015 - 12:15 a 13:15

**TRABAJOS ORALES 17****Pediatría 3 / Neonatología 3**

TEATRO NH

**0038 MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA: PROCALCITONINA Y PRESEPSINA. DATOS PRELIMINARES**

S DER PARSEHIAN, R NIETO, V NANTES, F GOLINELLI, M NADAL, A TOVO, M CERVETTO, M ORTIZ DE ZÁRATE, M VILLAFANE, AL BERTONE, L BOTTO, C SOLANA

**0057 USO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. EXPERIENCIA 2009-2014. ESTUDIO RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL.**

A RETTA, A CANEPARI, G ORTEGA, C LÓPEZ, R ROMERO, P GONZÁLEZ, L KRISNICK, N CUTROPIA, A ASENZO, G FERRÉ, M MUSSO

**0140 PREVALENCIA DE ERRORES EN UCIP**

A SIMONS, M MEZZENZANI, V POLOP, R GUACHICHULCA, K RODRIGUEZ, M BALDIVIESO, XA ORELLANA, C BERRONDO, A GATTARI, AM NIEVA

**0180 GANANCIA DE PESO DE RECIEN NACIDOS DE GESTAS MÚLTIPLES, PRETERMINO DE MUY BAJO PESO, CON NUTRICIÓN PARENTERAL**

FDV SÁNCHEZ, JC FAEDDA, H PRETTE, J ASSA, ADC ELIAS

18/09/2015 - 14:45 a 16:15

**TRABAJOS ORALES 18****Neumonología Crítica 3**

NONA 2 - TEATRO NH

**0071 EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS DE APLICACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**

G MUSSO, J ROBLES, R GIMENEZ, L CLEMENTE, A RAMOS, C GONZALES, L LOVESIO, C LOVESIO, M MANAGO

**0072 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES VENTILADOS MECANICAMENTE DE MANERA INVASIVA EN UN SANATORIO DE AGUDOS. CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA**

J ROBLES, G MUSSO, R GIMENEZ, L CLEMENTE, A RAMOS, C GONZALES, L LOVESIO, C LOVESIO, M MANAGO

**0095 DRIVING PRESSURE: NO TODO LO QUE BRILLA ES ORO**

N PISTILLO, O FARIÑA

**0146 COMPARACIÓN DE 2 MÉTODOS PARA EVALUAR LA DIFERENCIA DE VOLUMEN PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN ANTE MODIFICACIONES DE LA PEEP EN PACIENTES CON SDRA.**

S FREDDES, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, D CANTO, M MADORNO, D VARELA, A FELDMAN, G SIBILA, P REVEL CHION, C POZO, N FALCÓN PEREZ, M GUAYMAS

**0163 ECOGRAFÍA DE CUÁDRICEPS EN PACIENTES EPOC**

S CHAPELA, N ROJAS, D BELLINI, E DESCOTTE, E BORSINI, M BLASCO, J CHERTCOFF

18/09/2015 - 17:00 a 18:00

**TRABAJOS ORALES 19****Cardiología Crítica 2**

NONA 1 - TEATRO NH

**0273 MONITOREO CON DOPPLER TRANSCRANEANO DURANTE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**

S SVAMPA, A GIRELA, F CASTRO, J QUIROGA, O SEPÚLVEDA, F BARBOSA

**0304 USO DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

J BIOLATTI, M HEIN, A DIAZ, C KESCKES, E SAN ROMAN

**0312 COMPARACIÓN DEL GRADIENTE VENO-ARTERIAL DE PCO2 ENTRE SANGRE DE ARTERIA PULMONAR (GV-ACO2) Y DE AURÍCULA DERECHA (GV-ACO2AD) EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA (POP-CC)**

JC PENDINO, L HESS, S BELTRAME, G ALDAMIZ, J TRUJILLO

**0324 UTILIDAD DEL ECO-DOPPLER TRANSCRANEAL EN ENFERMEDAD CAROTÍDEA. EXPERIENCIA EN CORRIENTES.**

H ALVAREZ

17/09/2015 - 11:45 a 13:15

## DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

## Infectología Crítica 1

RAMBLA

**0032 AISLAMIENTO DE PEDIOCOCCUS SPP EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DURANTE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVR**

J VAZQUEZ, G CARQUEIJEDA-ROMAN, E VEDOVATO, D FIRPO, L SANTACRUZ, P VARGAS E GRANDO, M GILLI

**0035 NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR**

A FELDMAN, N GUMILA, D VARELA, M LOMPIZANO, C PINO, J YALOSQUE, R ALVARADO, V NUNES, A PERAZZI, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS

**0295 PRACTICAS UTILIZADAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA PREVENIR LA INFECCIÓN/ COLONIZACIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UTIS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**

C BALASINI, M BLANCO, J DESSE, J FARINA, W CORNISTEIN, A CREMONA, AL GONZALEZ, E CUNTO, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, MC LLERENA, M LARES, A LUCIANI, M LLOIRA, C PEREYRA, E SERRA, H MORENO ZILLI, P SAUL, JJ VIDELA

**0297 PRACTICAS GENERALES UTILIZADAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA PREVENIR COLONIZACIÓN EN UTIS DE ARGENTINA ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**

C BALASINI, A CREMONA, E CUNTO, C PEREYRA, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA, M BLANCO, V CHEDIACK, J DESSE, H MORENO ZILLI, M LLORIA, MC LLERENA, J FARINA, A LUCIANI, M LARES, AL GONZALEZ, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, W CORNISTEIN

**0298 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE BACTERIEMIAS ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN UTIS DE ARGENTINA**

C PEREYRA, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARINA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA

**0301 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES EN UTIS DE ARGENTINA. COMPARACIÓN DE INSTITUCIONES PÚBLICAS VS. PRIVADAS**

C PEREYRA, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARINA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA

**0302 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LA FUERZA DE LA EVIDENCIA QUE SOPORTAN LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS PARA PREVENIR LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA**

V CHEDIACK, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARIÑA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, C PEREYRA, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA

**0305 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**

C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, J DESSE, C DOMINGUEZ, E CUNTO, J FARINA, A CREMONA, V CHEDIACK, A LUCIANI, M LARES, M ESTEBAN, M LLORIA, E SERRA, MC LLERENA, C PEREYRA, P SAUL, JJ VIDELA, ZH MORENO, AL GONZALEZ

**0306 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCION URINARIA ASOCIADA A DISPOSITIVO VESICAL EN TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**

E CUNTO, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARIÑA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, C PEREYRA, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA

**0307 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LA FUERZA DE LA EVIDENCIA QUE SOPORTA LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN/ COLONIZACIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UTIS DE ARGENTINA ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**

E SERRA, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARIÑA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, C PEREYRA, P SAUL, JJ VIDELA

**0315 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIÓN/ COLONIZACIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UTIS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**

E SERRA, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARIÑA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, C PEREYRA, P SAUL, JJ VIDELA

**0325 NECROSIS TOXICA EPIDERMICA**

F RINCON

17/09/2015 - 11:45 a 13:15

## DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

## Neurointensivismo 1

RAMBLA

**0256 VASCULITIS CEREBRAL SECUNDARIA A MENINGITIS BACTERIANA**

FC ROSCIANI, M TERAN, R COUCE, M MOTTA, P MORALES, F GOLDENBERG, P CALO, E SAN ROMAN

**0260 CIRUGIA DE REVASCULARIZACION EN EFERMEDAD DE MOYA-MOYA. PRESENTACION DE UN CASO**

M MOTTA, P MORALES VERNAZA, R COUCE, F ROSCIANI, M TERAN, M BACCANELLI, F GOLDENBERG, E SAN ROMAN

**0261 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO, UN NUEVO ENFOQUE TERAPÉUTICO?**

R COUCE, P MORALES VERNAZA, M MOTTA, F ROSCIANI, C CIRAOLO, MDC GARCIA, W SILVA, G BESOCKE, B COMAS, B ROSSO, M TERAN, F GOLDENBERG, E SAN ROMAN

**0299 ISQUEMIA MEDULAR DE ORIGEN EN PATOLOGIA AUTOIMUNITARIA**

N FUNES NELSON, E ABEGAO, J MIRANDA

**0303 TROMBOLISIS FARMACOLÓGICA LOCAL EN HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR. REPORTE DE UN CASO**

FA TORRES CUELLAR, PS VILA, MD TERÁN SALAZAR, PD CALO, CG YAMPOLSKY, MS VENUTI, SE GIANNASI, FD GOLDENBERG, JE SAN ROMAN

**0308 ENFERMEDAD DE MOYA MOYA: REPORTE DE UN CASO.**

I AVERSA, L ESPINOSA, L BUDROVICH, A BADER, R PINTO, P LABARRAZ, V KANOOREEDUL, Y DE ROSA, S DE ESTRADA, A DIEZ DE TEJADA, I PREVIGLIANO

**0309 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE: REPORTE DE UN CASO.**

L ESPINOSA, I AVERSA, L BUDROVICH, A BADER, R PINTO, P LABARRAZ, V KANOOREEDUL, Y DE ROSA, S DE ESTRADA, A DIEZ DE TEJADA, I PREVIGLIANO

**0326 UTILIDAD DEL ECO-DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA: EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES.**

H ALVAREZ, A PIACENZA, J CIALZETA, J OJEDA, J ALINEZ, M OLIVETTI

**0328 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO COMPLICACION DE MENINGITIS BACTERIANA**

F RINCON

- 0334 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA POR EDEMA CEREBRAL MALIGNOPOSTERIOR A ACV ISQUEMICO SILVIANO DERECHO. CASO CLINICO**  
AJ BERNARDO, SA APAZA, AA PEREYRA

17/09/2015 - 11:45 a 13:15

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03**

**Obstetricia Crítica 1**

RAMBLA

- 0084 HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO, CASO CLÍNICO INFRECUENTE**  
JA RAMOS OLIVER, A CARUSO, E ADAMOLI, U ALEGRE, R TORREZ, M VILLA, C BAEZ, A TORRILLO
- 0124 INSUFICIENCIA HEPATICA HIPERAGUDA FULMINANTE COMO FORMA DE PRESENTACION DE HIGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO**  
G PAGELLA, A PERE SARRIGUREN, A MARTIN, C CASTRO, C PELLEGRINI, A CHENA, G ZAKALIK, J MARENGO, M SANCHEZ
- 0161 HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO EN ENFERMEDAD ECLAMPTICA**  
M FARIAS, C RIVERA, C FARINA, X BENAVENTE, Y SALOMON NUÑEZ DEL PRADO, A TORRES, B SIERRA, R ANCHORENA, E CENTENO, G IZZO
- 0321 CALIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS EN OBSTETRICIA CRITICA**  
D CAMPS, M MOYA
- 0330 UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEANO EN LA ENFERMEDAD ECLAMPTICA**  
M FARIAS, C FARINA, C RIVERA, X BENAVENTE, B SIERRA, A TORRES, Y SALOMON, R ANCHORENA, E CENTENO, G IZZO
- 0335 SINDROME DE HELLP COMPLICADO CON HEMATOMA HEPATICO. REPORTE DE DOS CASOS.**  
GA CARRASCO., VM DOMINGUEZ
- 0336 RELACION ATÍPICA: TAPONAMIENTO CARDIACO Y LUPUS EN PUERPERA DE 11 DIAS**  
B FERNANDEZ, A TAMAYO, M WILCHES, J MORALES, J ALBARRACIN, G RODRIGUEZ, W VIDETTA, Y MELGAR, F CARVAJAL

17/09/2015 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04**

**Infectología Crítica 4**

RAMBLA

- 0007 PRESENTACION DE UN CASO: SHOCK SEPTICO POR PIODERMITIS**  
E SIMES, S MERCADO, C STRASORIER
- 0017 A PROPOSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS VERTEBRAL "MAL DE POTT" EN UTI DE HOSPITAL DE MENDOZA**  
F FERNANDEZ, S SOLEDAD, D ALDUNATE, S CHUANG, G SORIA, M ANTONIO, J ARROYO, E TORRES, C CARRICONDO, G FERNANDEZ, C CURA, C LOPEZ, L CABEZAS
- 0018 NEUMONIA POR LOPHOMONA BLATTARUM, REALIDAD O MITO?**  
F RIOS, A RISSO-VAZQUEZ, M LUGARO, G PINEDA, JP HIDALGO, R SADORIN
- 0021 RELEVAMIENTO DE GERMEENES INTRA-ABDOMINALES EN TERAPIA INTENSIVA**  
SI CASTRO, P BOSCHINI, MDV CHAMUT, M ALMUZARA, A TUDURI, A MARTÍNEZ, J BADINO, P SOTOMAYOR, J RISSO PATRÓN, O CRISTALDI
- 0042 NEUMONIA EOSINOFILICA EN TERAPIA INTENSIVA**  
A FELDMAN, C BALASINI, S GONZALEZ, G VALIDO, F LUNA, B SABASTANO

- 0059 NEFRECTOMIA DE URGENCIA POR SHOCK SEPTICO A E. COLI GA TAUIL, C BARRIOS, L ESPINOSA, D LERMAN, A MARANZANA, D PINA**

- 0086 ANALISIS DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**  
A FELDMAN, D VARELA, M LOPINZANO, G SIBILA, V NUNES, J CAPELLA, R SANCHEZ, A PASQUINI, M VASQUEZ, C POZO, S RACERO, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS

- 0097 VENTRICULITIS EN UCIA, 2011 A 2014 - HCIPS**  
GML CATTEBEKE RIVEROS, G GAONA, C ORTIZ, A MOLINAS, LGC OJEDA CASTILLO, S SANCHEZ, S ESCOBAR, R DIAZ, A NOGUERA

- 0132 MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA HIGIENE HOSPITALARIA A TRAVES DEL USO DE GEL FLUORESCENTE. EXPERIENCIA EN UNA INSTITUCION DE SALUD POLIVALENTE**  
M ALVARADO, I PEREZ, E BOGDANOWICZ, J DESSE

- 0136 ESTADO DE SITUACIÓN REFERENTE AL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN RELACIÓN AL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES.**  
M ALVARADO, I PEREZ, E BOGDANOWICZ, J DESSE

- 0144 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER**  
A FELDMAN, N GUMILA, C PINTO, G SIBILA, M GALLARDO, E ARISTA, D QUARANTA, M GALLARDO, R GOMEZ, N LUQUE, R SANCHEZ, V GIUBIS, K MONTENEGRO, L NAVEIRO, A MARINO, M GUAYMAS

- 0194 SHOCK SEPTICO POR MEDIASTINITIS NECROSANTE DESCENDENTE: CASO CLINICO**  
M VASQUEZ, A FELDMAN, R SANCHEZ, V NUNES VELLOSO, V GIUBIS, R GOMEZ, K MONTENEGRO, L NAVEIRO, E ARISTA, C PINTO, N GUMILA, A MARINO, M GUAYMAS

- 0228 LEPTOSPIROSIS, UNA PATOLOGÍA SUBDIAGNOSTICADA A CONSIDERA EN NUESTRO MEDIO.**  
JC ESCARDO, MP VIDAL ARTETA, P BEVIONE, S MERENGONE

17/09/2015 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05**

**Neumonología Crítica y Kinesología 1**

RAMBLA

- 0040 HALLAZGOS EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN UTI**  
A FELDMAN, D VARELA, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, G SIBILA, C POZO, V NUNES, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS

- 0109 PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR, RARA CAUSA DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. REPORTE DE CASO**  
CA ALBANESI, A CORNAGLIA, M OLMOS, M MORALES, F ROMERO, E MINOLDO, M ARAMBURU, C GALLETTI

- 0111 PRESENTACION ATÍPICA DE TUBERCULOSIS CON CONSOLIDACION PULMONAR**  
M YAGAS, Y ADALA, R CURIMAN, M CARRASCO, F PEJENAUETE, C ORELLANO, C ARNAUDÍN, A PEREZ, G HUERTA LORENZETTI, L CORSIGLIA, L CARBONI

- 0126 DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO SEVERO, COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SINDROME ANTISINTETASA**  
C CASTRO, A MARTIN, G PAGELLA, A PEREZ SARRIGUREN, C PELLEGRINI, A CHENA, G ZAKALIK, M SANCHEZ, J MARENGO

- 0152 EMBOLISMO TUMORAL E HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA OCULTA**  
A GONZÁLEZ FLOREZ, A BOEDO, J REBERENDO, B RODRIGUES, F LASCAR, S CHAPELA, M BLASCO

- 0159 NEUMONITIS LUPICA Y RITUXIMAB**  
MV URIOSTE CORREA, E BISHELS, R BARRIENTOS, L ESPINOSA, N ECHEVERRIA, V CAMPOLO, R VACA NARVAJA, N FERNANDEZ

- 0160 SDRA EN UN PACIENTE CON HIV+ Y SARCOMA DE KAPOSI**  
G MOLINA, MS RAÑA, F BALLESTERO, F LASCAR, E BORSINI, E DESCOTTE, E SOLOAGA, J CHERTCOFF

- 0162 TROMBOSIS DE MUÑON RESIDUAL DE LA ARTERIA PULMONAR POSTERIOR A LOBECTOMIA: REPORTE DE UN CASO**  
P LUCERO, X PICON, P HOBECKER, F BALLESTERO, F LASCAR, E BORSINI, M BLASCO
- 0224 UTILIDAD DE LA EVALUACION ENDOSCOPICA ANTE EL FRACASO REITERADO DEL DESTETE DE LA VENTILACION MECANICA. REPORTE DE CASOS**  
H NÚÑEZ, G CHIAPPERO, L BUIRA, J LARDIES, A CURBELLO
- 0258 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL HOSPITAL DONACION FRANCISCO SANTOJANNI**  
AS OCCHIUZZI, CE AGUIRRE, MP PEDACE, MF ESMORIS, IG SALVATI, MC MARTIN, JM CARBALLO, MC PITA, S MARTINEZ VENTIMIGLIA, CC BROVIA, MI ELIAS, ME DOTTA, MS ROSSO, AB MORENO, AM GALLOLI
- 0264 DEL META-ANÁLISIS A LA PRÁCTICA: ¿LA UTILIZACIÓN TEMPRANA DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES EN EL SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO DISMINUYE LA MORTALIDAD Y EL BAROTRAUMA SIN AUMENTAR LA DEBILIDAD MUSCULAR?**  
A BADER, R PINTO, D MARQUEZ, M CARRERAS, S CARAVAGGIO, P LABARRAZ, CI AVERSA, ML BUDROVICH, L ESPINOSA, S DE ESTRADA, A DIEZ DE TEJADA, Y DE ROSA, IJ PREVIGLIANO
- 0332 VENTILACION SELECTIVA EN FISTULA BRONCOPLEURAL DE ALTO DEBITO**  
J BARROS, JC VILCHEZ, C VILLEGAS SUCCAR, A OBREGÓN
- 0337 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING Y SUS OUTCOMES EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**  
F CARVAJAL, A TAMAYO, M WILCHES, B FERNANDEZ, J MORALES, J ALBARRACIN, G RODRIGUEZ, W VIDETTA

17/09/2015 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06****Pediatría 1**

RAMBLA

- 0171 MOVIMIENTOS ANORMALES PAROXÍSTICOS: SÍNDROME DE LANCE ADAMS**  
SN GIACOBINO, A BORDOGNA, M RABINO, O RECUPERO, S BRANDIMARTI, ME GUTIERREZ MEYER, P CAPORAL
- 0181 ESCLEROSIS TUBEROSA: DIAGNÓSTICO A PARTIR DE UN SÍNTOMA POCO HABITUAL**  
C RODRIGUEZ, D OTERO, F PODESTÁ, J ECHAVE, K FIQUEPRON, A PICCIRILLI, K CINQUERANI
- 0185 MIOCARDITIS POR SHIGELLA SONNEI. REPORTE DE UN CASO**  
J PEREZ, F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI
- 0188 LEPTOSPIROSIS. HEMORRAGIA PULMONAR Y SÍNDROME DE WEIL. REPORTE DE UN CASO.**  
F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI, J PEREZ
- 0189 SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. REPORTE DE UN CASO.**  
F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI, J PEREZ
- 0200 INTOXICACIÓN AGUDA POR HIDROCARBUROS**  
C SADI, K FIQUEPRON, D OTERO, MF PODESTA, K CINQUEGRANI, A PICCIRILLI, G WALSER, M RABINO
- 0245 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: PENSARLO PARA DIAGNOSTICARLO. EXPERIENCIA EN 2 CASOS**  
J ARANDA, P MEDICI, P SABANDO, A MANOLIO, A CARRANO, E IACULLO
- 0247 USO DE LEVOSIMENDAN EN ESCORPIONISMO GRAVE**  
M BORTAGARAY, L DE ZAN

17/09/2015 - 15:15 a 16:45

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07****Trauma 1**

RAMBLA

- 0080 LESIONES DE ARMA DE FUEGO EN EL 2014 EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**  
A FELDMAN, D VARELA, N TIRIBELLI, G SIBILA, M VAZQUEZ, V NUNES, R SANCHEZ, S RACERO, D QUARANTA, V GIUBIS, K MONTENEGRO, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0082 EPIDEMIOLOGÍA DE ADULTOS QUEMADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE QUEMADOS. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA**  
M ACCOCE, B BALDO
- 0088 TRAUMA PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO Y LOS MEDIOS DE TRASLADO QUE SE UTILIZAN EN EL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA**  
A FELDMAN, V NUNES, S RACERO, M VASQUEZ, R SANCHEZ, G SIBILA, D CUARANTA, C POZO, J YALOSQUE, R ALVARADO, J CAPPELLA, M MOLINA, A PERAZZI, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0102 CREATÍNFOSFOQUINASA: COMPORTAMIENTO EN LAS PRIMERAS 36 HS EN EL TRAUMA**  
MDLA PONCE, C ARANCIBIA, P PAHNKE, C VIGNETTA, C LA GIGLIA, S PAVAN
- 0186 AUTOAGRECIÓN TRAUMÁTICA PENETRANTE POR ARMA PUNZO CORTANTE EN CUELLO**  
M SALVA, L CABANA, L VIDAL, M FARFAN, C DIAZ
- 0234 EXPERIENCIA CON PACIENTES QUEMADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DE 2014 A MAYO DE 2015**  
R MENENDEZ, A MURATURE, R GARCIA TURIELLA, A GRACIELA
- 0279 DETECCIÓN DE UN AUMENTO EN LA MORTALIDAD "TRAUMA DE CRANEÓ GRAVE"**  
P ZANARDI, J TEVES, G BASCOLO, O ELEFANTE
- 0288 PACIENTES CON TRAUMA DE CRÁNEO SEVERO Y MODERADO SOMETIDOS A CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA PRECOZ**  
P SCHOON, L BENITO MORI, C POZO, D LOSIO

17/09/2015 - 15:15 a 16:45

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08****Misceláneas 1**

RAMBLA

- 0004 ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA.**  
AL NISNIK, JR BARTOLI, MB HEREDIA
- 0010 INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE AFÉRESIS EN TERAPIA INTENSIVA. NUESTRA EXPERIENCIA**  
M VILLEGAS, M EMMERICH, M CANALE, J SANCHEZ, Y PERE, A BRAVO, G OYAHNARTE, C FIORI
- 0026 TÉCNICAS DE SIMULACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
RJ GARCÍA TUREIELLA, MA SECCHI
- 0028 CUANTIFICACION DE LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
J VAZQUEZ, G CARQUEIJEDA-ROMAN, E VEDOVATO, R ARIENTI, L SANTACRUZ, P VARGAS E GRANDO, D FIRPO
- 0093 PRESENTAR DELIRIUM DURANTE LA INTERNACIÓN EN UTI NO PREDICE UNA PEOR FUNCIÓN NEUROCOGNITIVA A MEDIANO PLAZO: COHORTE PROSPECTIVA**  
F CARINI, S GIANNASI, M PEDACE, J HAGEL, S TERRASA, JE SAN ROMÁN



- 0127 TIROTOXICOSIS ASOCIADA A ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA Y CETOACIDOSIS DIABÉTICA. REPORTE DE CASO**  
A CORNAGLIA, M MORALES, M OLMOS, A ALBANESI, N MERCADO, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0155 EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA PROCURACIÓN DE TEJIDOS**  
G FLORES, L GOMEZ, C BERTINAT, P RINALDI, M POSKIN, M MINGOZZI, M BERNADO, J TEVES, M CHOY, O ELEFANTE, E MONLA, G GONZALEZ, G BASCOLO, P ZANARDI
- 0209 DIRECTRICES ANTICIPADAS EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**  
FD BERDAGUER FERRARI, MA FURCHE, MF MOTTA, PN RUBATTO BIRRI, A RISSO VÁZQUEZ, A DUBIN, RT RICCI
- 0238 ENFERMEDAD DE FABRY**  
BE ABRAMOR, MC CARCEDO, M GINI, R GARCIA TURIELLA, R GUIDI, G ARANA, D BOLZICO
- 0259 ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO UAI**  
AJ GARAY REYES, D PEREYRA, C AVILA, L VASTA, J MORALES, J UGARRIZA, S ARCIERI, C CHIMA, C VELASQUEZ, F LIPOVESTKY
- 0262 CIRUGIA DE CITOREDUCCION Y QUIMIOTERAPIA HIPERTERMICA**  
J CHAUCA CORONEL, J DIANTI, N CIARROCHI, S DI STEFANO, S GIANNASI
- 0292 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR: REPORTE DE UN CASO**  
R ROJAS, A PASARELLI, J CONDE, N ZULJEVIC, W DAVALOS, L MILANESIO, A CARRERA, F FERNANDEZ GARCIA, P CANAVESSI, M COLOMBO, MM ALMENDROS, L LANNOO

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

## DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

## Sepsis / Shock

RAMBLA

- 0047 EVALUACIÓN DEL HEPATOGRAMA AL INGRESO Y A LAS 48HS EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES SÉPTICOS.**  
MC CARCEDO, B ABRAMOR, G ARANA, R GARCIA TURIELLA, I SERPA
- 0101 SOPORTE HEMODINÁMICO Y RESPIRATORIO CON ECMO EN PACIENTE CON SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTA VIRUS**  
M TISMINETZKY, JF SINER, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0123 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO EN PACIENTE CON FALLA MULTIORGANICA EN CONTEXTO DE SHOCK DISTRIBUTIVO**  
PA BOTTA ETTER, C BOULAN, V CABRAL, I PRIETO, N MOLINA, L SANTORO, G CUETO, C COZZANI, M TORRES, E BRAÑA, P CRAVERO, L GARCIA IRIARTE, J BAZZANO, A SCHAER, L RODRIGUEZ
- 0165 LA N-ACETILCISTEÍNA DISMINUYE LA FORMACIÓN DE ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO EN CÉLULAS DE LEVADURA EN FASE ESTACIONARIA**  
S CHAPELA, I BURGOS, M ALONSO, C STELLA
- 0166 ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO Y N-ACETILCISTEÍNA EN SEPSIS**  
S CHAPELA, I BURGOS, M ALONSO, C STELLA, A GONZALEZ FLOREZ, G MOLINA, F LASCAR, F BALLESTERO, E SOLOAGA, J CHERTCOFF
- 0198 EVALUACIÓN DE LA DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE DIOXIDO DE CARBONO EN UN CANINO CON SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, HIPERLACTATEMIA Y VALORES ELEVADOS DE SATURACIÓN VENOSA DE OXÍGENO.**  
JM GUEVARA, PA DONATI

- 0317 ABSCESO HEPÁTICO POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS COMO MANIFESTACIÓN DE DIVERTICULITIS: REPORTE DE UN CASO**  
M ESCORCIA CASAS, S NOYA, D BURITICA CORTEZ, S MARE, ML ROMERO, J LESCANO

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

## DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10

## Infectología Crítica 2

RAMBLA

- 0196 REPORTE DE CASO: SALMONELOSIS MENINGEA EN PACIENTE HIV**  
A BAEZ, E SANCHEZ, L TALAMONTI, G IZAGUIRRE, P AVILA, G GIOVANNINI, W SERRA, L AMADO, R GIMENEZ, S SANCHEZ, G ELIAS
- 0222 PARALISIS RESPIRATORIA ASOCIADA AL USO DE COLISTIN**  
J MINDIOLA, N MARINI, M MARTINEZ NAVARRO, D VARELA, G TUHAY, L AGUIRRE, F KLEIN
- 0235 ESTUDIO COMPARATIVO PARA VALORAR LA UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA Y LA PROTEÍNA C REACTIVA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA SEPSIS DE ETIOLOGÍA BACTERIANA**  
J DESSE, FN ORELLANA, P OKURSATI, A CASTRO, P FONTENLA, M MEDINA
- 0237 FRECUENCIA DE INFECCIONES FÚNGICAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL IPS**  
A TORRES, L OJEDA
- 0278 MENINGITIS TUBERCULOSA. REPORTE DE CASO.**  
ME OVEGERO, AI SORIA, JG VERA, PM MAMBRINI, AC EHLICH ISRAILEV
- 0282 IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS BASADOS EN LA EVIDENCIA PARA MEJORAR SEGURIDAD DEL PACIENTE ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**  
C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, E CUNTO, J DESSE, A CREMONA, V CHEDIACK, J FARINA, AL GONZALEZ, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, M LARES MÓNICA, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, JJ VIDELA, ZH MORENO, C PEREYRA, P SAUL, E SERRA
- 0284 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIONES URINARIA ASOCIADA A DISPOSITIVOS VESICALES EN UTIS DE ARGENTINA. COMPARACIÓN DE INSTITUCIONES PÚBLICAS VS. PRIVADAS ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**  
C BALASINI, E CUNTO, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, V CHEDIACK, J DESSE, M ESTEBAN, C DOMINGUEZ, AL GONZALEZ, H MORENO ZILLI, J FARINA, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, C PEREYRA, P SAUL, JJ VIDELA, E SERRA
- 0290 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: REPORTE DE CASO**  
ML BUDROVICH, I AVERSA, A BADER, R PINTO, L ESPINOSA, A DIEZ DE TEJADA, Y DE ROSA, S DE ESTRADA, P LABARRAZ, V KANNORE EDUL, I PREVIGLIANO
- 0291 PRACTICAS UTILIZADAS PARA PREVENIR LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES EN UTIS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**  
C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, J FARINA, V CHEDIACK, M ESTEBAN, C DOMINGUEZ, J DESSE, AL GONZALEZ, M LARES, H MORENO ZILLI, C PEREYRA, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA

- 0293 PRACTICAS UTILIZADAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA PREVENIR INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A DISPOSITIVO VESICAL EN TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA**  
E CUNTO, C BALASINI, M BLANCO, W CORNISTEIN, A CREMONA, V CHEDIACK, J DESSE, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, J FARIÑA, AL GONZALEZ, M LARES, A LUCIANI, MC LLERENA, M LLORIA, H MORENO ZILLI, C PEREYRA, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA
- 0322 DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE SECUNDARIA A NECRO-LISIS TOXICA EPIDERMICA**  
ND DIAZ PRIETO, A SACCO, F RINCON, E SALCEDO, F MARTINEZ

18/09/2015 - 11:45 a 13:15

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11****Neurointensivismo 2**

RAMBLA

- 0108 ECOGRAFIA DEL NERVIÓ ÓPTICO EN HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA**  
Y SALOMÓN, A TORRES, M FARIAS, C FARINA, C RIVERA, X BENAVENTE, B SIERRA, G IZZO, E CENTENO, R ANCHORENA
- 0143 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO IMITADOR DE CUADROS CEREBRALES DIVERSOS REPORTE DE CASOS**  
Y MANCHO, M MORALES, A CORNAGLIA, M OLMOS, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETI
- 0145 SÍNDROME DE VASOCONTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE DE ETIOLOGÍA INCIERTA. REPORTE DE CASO**  
Y MANCHO, M MORALES, A CORNAGLIA, E MINOLDO, C GALLETI, M OLMOS
- 0151 INFARTO DE LA ARTERIA DE PERCHERON**  
G GALINDEZ, ME VALDEZ, V PUJOL LEREIS, G BONFANTI, J POLLINI, M BORRONI, M PARLATORE, J CASTAGNINO
- 0179 NEURO BEHCET, A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.**  
A ALFARO, RJ PIZZO, ML MENECHINI, GR TOCALLI, OS MODOTTI, E VALTORTA, E ALTAMIRANO, A SCHMUKLER, G SCHMUKLER
- 0214 SÍNDROME DE GOBBI: REPORTE DE CASO**  
AV SACCO, E SALCEDO NORIEGA, F MARTINEZ, N DIAZ PRIETO, F RINCON ERAZO
- 0215 DISECCION CAROTIDEA TRAUMATICA**  
L ESPINOSA, D LERMAN, I AVERSA, D PINA, C BARRIOS
- 0219 A PROPOSITO DE UN CASO: ACV ISQUEMICO Y DISECCION VERTEBRAL**  
E SIMES, S MERCADO
- 0243 REPORTE DE UN CASO DE FISTULA CAROTIDO CAVERNOSA DE ALTO FLUJO DE ORIGEN ESPONTANEO**  
MI BLANCHET, MB FERNANDEZ, CM NORIEGA, HD LLANOS
- 0254 UTILIDAD DEL ULTRASONIDO EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE HIDROCEFALIA EN UNA PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.**  
J TEVES, M CHOY, M BERNADO, J PONCE, L BARRIENTOS, J ESPINOZA

18/09/2015 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12****Cardiología Crítica 1**

RAMBLA

- 0029 COLAPSO INSPIRATORIO DE LA VENA CAVA INFERIOR EN UN ENFERMO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.**  
J NUÑEZ, P KABLAN, E OSMAN, L MIGUELES, B VASSALLO, R MADRID, M CARBONI BISSO

- 0066 SOBRECARGA DE VOLUMEN EN PACIENTES CRITICOS COMO CAUSA DE MAL PRONOSTICO**  
G ALONSO
- 0100 IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y SINDROME CORONARIO AGUDO**  
C NORIEGA, MB FERNANDEZ, MI BLANCHET, HD LLANOS
- 0182 TAPONAMIENTO CARDÍACO POR PERICARDITIS SUPURADA, REPORTE DE UN CASO**  
F VILLARREAL, G CHAPARRO, E CORTEZ, C GARCIA, R ESCARAY, JM HARISTOY
- 0208 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO, A PROPÓSITO DE UN CASO**  
YJ NIEVES MARQUEZ, WI RÍOS VILLCA, N ESPINOSA, L LOZA, M LINARES
- 0246 SÍNDROME DE TAKOTSUBO PRESENTACION DE UN CASO**  
H JACOBO, L FLORES
- 0257 SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE CARDIACO**  
M SUBELZA, L PEREZ ILLIDGE, M MARTINEZ NAVARRO, D VARELA, G TUHAY, F KLEIN

18/09/2015 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13****Toxicología 1**

RAMBLA

- 0051 RABDOMIOLISIS E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR CONSUMO DE COCAÍNA A PROPÓSITO DE UN CASO**  
C CEREZO, S ALBANESE, R AVILA
- 0068 ANEMIA HEMOLÍTICA ASOCIADA A PIPERACILINA TAZO-BACTAM REPORTE DE UN CASO.**  
CJ BARREDA, AL NISNIK
- 0156 ENCEFALOPATIA TOXICA POR INFUSION DE AZUL DE METILENO. REPORTE DE UN CASO**  
P HOBECCKER, J REBERENDO, S SAC, MS RAÑA, F BALLESTERO, S CHAPELA, M BLASCO
- 0158 INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO: VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES EN LOS GANGLIOS DE LA BASE**  
B RODRIGUES, X PICON, P LUCERO, MS RAÑA, E DESCOTTE, E SOLOAGA, M BLASCO
- 0252 ACIDOSIS METABÓLICA CON ANIÓN GAP ELEVADO DEBIDO A INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL. REPORTE DE CASO.**  
J CONDE, A PASARELLI, R ROJAS, A CARRERA, L MILANESIO, N ZULJEVIC, F FERNANDEZ GARCIA, P CANAVESSI, M COLOMBO, MM ALMENDROS, L LANNOO
- 0263 INTOXICACION CON ORGANOFOSFORADOS Y SINDROME INTERMEDIO**  
LV ALDANA, MC ORLANDI, JC VIVERO, PR VILLEGAS, JL MENDEZ, D JALILE, RI MONTENEGRO
- 0276 FALLA MULTIORGÁNICA TRAS INGESTIÓN DE DOSIS TÓXICA DE COLCHICINA, PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
IM GARCÍA, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, NM CIARROCCHI, MS VENUTI, SE GIANNASI, JE SAN ROMÁN
- 0311 INTOXICACION CON ETILENGLICOL CASO CLINICO**  
TM QUIROGA, MDLA RODRIGUEZ INFANTE, MV OVIEDO, GS LO SURDO FILIPPI
- 0313 INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS EN CONSUMIDOR DE COCAÍNA**  
N RODRIGUEZ, M OJEDA, ML NAVARRO, A VITALE, D CAMPS, L ROSSI, N KURIGER, M ZUAZAGA



18/09/2015 - 15:15 a 16:45

## DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14

## Obstetricia Crítica 2

RAMBLA

- 0027 CASO CLINICO HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO ESPONTANEO EN PACIENTE PUERPERAL, MANEJO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE MERLO.**  
A TAMAYO, M WILCHES
- 0041 PATOLOGIA INUSUAL, MIOCARDIOPATIA EN PUERPERIO INMEDIATO EN PRIMIGESTA DE 16 AÑOS, EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO.**  
B FERNANDEZ, A TAMAYO, M WILCHES, J MORALES, J ALBARRACIN, G RODRIGUEZ, W VIDETTA, Y MELGAR
- 0049 TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAVE EN PACIENTE OBSTETRICA**  
PA JUAREZ, MN LLANOS, CM ROLDAN
- 0069 NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN EMBARAZADA.**  
MN LLANOS, PA JUAREZ, CM ROLDAN, VO OLIVERA
- 0218 DESENSIBILIZACIÓN PARA TRATAMIENTO CON PENICILINA POR SÍFILIS EN PACIENTE EMBARAZADA CON ANTECEDENTE DE ALERGIA SEVERA**  
PS CALAMARI, M MONTENEGRO, DR PEREYRA, F LIPOVESTKY

18/09/2015 - 15:15 a 16:45

## DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

## Nutrición 1

RAMBLA

- 0009 TERAPIA CON PLASMAFERESIS EN PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO**  
V FUENTES GUZMAN, M EMMERICH, M CANALE, A BRAVO, J SANCHEZ, G OYAHNARTE, J NIEVES, Y PERE, S PORRINO, N AHMED
- 0014 FALLA HEPÁTICA FULMINANTE: CASUÍSTICA EN UN CENTRO DE TRASPLANTE PÚBLICO.**  
D ARUFE, L TOSELLI, J CALDANO, L MATIAS, JL MENA, J CORTES, S DENUCCI, C GIANES, S ALEMAN
- 0024 INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE POR LAMOTRIGINA ASOCIADA A NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA. REPORTE DE CASO**  
Y MANCHO, M MORALES, A CORNAGLIA, M OLMOS, MJ ARAMBURU, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0089 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST-QUIRÚRGICAS EN CIRUGIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR**  
A MARTINUZZI, P ROEL, M CORNU, AL DELARRIVA, M ARAGÜES, M SEPULVEDA
- 0110 HIPOFOSFATEMIA Y SU RELACIÓN CON EL INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS**  
V GONZALEZ, E ASINARI, F VIANO, S BARZÓN, C GALLETTI
- 0128 PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDEMICA**  
TI LUNA, R LIGARDA, Z SILVIA, L URANGA, T RODRIGO, O CRISTIAN
- 0154 HEMATOMA DUODENAL, UNA RARA COMPLICACION DE LA VIDEO ENDOSCOPIA ALTA, A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO**  
S SAC, A GONZALEZ FLOREZ, N ROJAS, D BELLINI, E DESCOTTE, E SOLOAGA, J CHERTCOFF
- 0190 UNA RARA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA: HEMOBILIA**  
F MUÑOZ CASTILLO, J ACEVEDO, M GUERRERO, L VARGAS

- 0210 MEGACOLON TÓXICO EN UNA PACIENTE CON COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.**  
FD BERDAGUER FERRARI, FE ZECHNER, PM DOMINGUEZ, MC ZERPA, EF GUERRA ARIAS, M FABIO DANIEL
- 0212 ESTUDIO DE CALIDAD EN LA UCI -PRIMERA ETAPA. ACCESOS ENTERALES PARA NUTRICION ENTERAL EN PACIENTES CRITICOS: TASA DE UTILIZACIÓN, FACTORES ASOCIADOS AL RECAMBIO Y COMPLICACIONES.**  
S GUERRERO FRÍAS, S FERNÁNDEZ, G VALENZUELA, M RAMÍREZ, V ROMERO, S ROJAS, F VALDERRAMA VARGAS, N LIPORACE, D BUSTAMANTE, M CASTILLO, L LIRAOLA, I HERRERA, M MONTANE, G ALVARADO, E PALAVECINO, F CAMINOS, AL GONZÁLEZ, MC MARCHENA, L TUMINO, C LOUDET
- 0310 NEUMOTÓRAX, NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERITONEO COMO COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO COLONICO. REPORTE DE UN CASO**  
D BELLINI, B RODRIGUES, S SAC, P LUCERO, E DESCOTTE, E SOLOAGA
- 0345 UTILIZACIÓN DE AGUA LIBRE POR VÍA ENTERAL Y PARENTERAL VERSUS PARENTERAL EXCLUSIVA EN PACIENTES CON HIPERNATREMIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
AL CAPCHA RODRÍGUEZ, S RIVERO, J BOSIO, J ROJAS, M RETAMOZO, M GARRIBIA, A PEÑALOZA

19/09/2015 - 11:45 a 13:15

## DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

## Infectología Crítica 3

RAMBLA

- 0013 HIPERINFECCION POR STRONGILOIDES STERCORALIS: PRESENTACION DE CASO EN UN PACIENTE SIN INMUNOSUPRESION CONOCIDA**  
M VILLEGAS, Y PERE, V FUENTES GUZMÁN, C FIORI, J SANCHEZ, M CANALE, G OYHANARTE, A BRAVO, M EMMERICH
- 0103 EVALUACIÓN DE VIGILANCIA INTENSIFICADA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MMR) EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DR. JOSÉ M. PENNA**  
AM ROMEO, MM CAPALBO, I PAGANO, MDC PERRONE, M LAURITO, E MENDEZ, E RELOS, C CARRANZA, C FERNANDA
- 0106 MENINGITIS POR PANTOEA ANANATIS EN PACIENTES SEROPOSITIVO PARA VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE LA EVACUACION DE UN HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO**  
E NASUTE, C BELTRAMO, S PAVAN, C ARANCIBIA
- 0113 MENINGITIS POST QUIRÚRGICA A CANDIDA GLABRATA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**  
RM SANTILLAN, F RUGGERI, JC GARCÍA ROTH, M MOLINA, O LEVATTI, W GOMEZ SOLIS, M CARLOS, H LUIS, S LOMBARDO, L SILVIO
- 0115 MUCORMICOSIS RINOSINUSORBITARIA EN TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE 4 CASOS**  
V CHEDIACK, E CUNTO, C DOMINGUEZ, P SAUL, G MAMMOLITI, R GREGORI SABELLI, P COMISSO, J FERNANDEZ, C NOGUERAS, O VILLAR, J SAN JUAN, S CACERES
- 0116 REPORTE DE CASO: DISFUNCION MULTIORGANICA PROGRESIVA Y STRONGILOIDIASIS**  
V CABRAL, E BRAÑA, G CUETO, B CARLA, P BOTTA ETTER, N JACOB, JI PRIETO, A SHAER, J BAZZANO, L GARCIA IRIARTE
- 0121 REPORTE DE UN CASO: STRONGILOIDOSIS DISEMINADA ASOCIADA A LEISHMANIASIS VISCERAL**  
CY CONSIGLIO, M DEGUARDIA, R MEDINA CUENTAS, TD ALMENDRAS, C MACAGGI, J VERGES, TA SACCHETTI, AA ANTIK, C LÓPEZ, G LEVY HARA, A FIORANELLI
- 0129 MALARIA GRAVE EN TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE 7 CASOS**  
PSAÚL, R GREGORI SABELLI, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, E CUNTO, M NOGUERAS, J SAN JUAN, O VILLAR, E CORTES, C BISPO

**0130 RUPTURA INTRAVENTRICULAR DE ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS VIRIDANS**

G MEDINA, P MARTIN, M MONTENEGRO, A BALBI

**0148 HEPATITIS E, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FALLA HEPÁTICA FULMINANTE EN NUESTRO MEDIO**

CS BOULAN, P BOTTA ETTER, V CABRAL, N MOLINA, I PRIETO, A NISHIOKA, C TONELLI, N JACOB, ME BRAÑA, M TORRES BODEN, C COZZANI, G CUETO

P SAUL, E CUNTO, V CHEDIAK, C DOMINGUEZ, R GREGORI SABELLI, F GIL ZBINDEN, L GONZALEZ, N CHACON, C NOGUERAS, J SAN JUAN

**0178 MENINGITIS/VENTRICULITIS POSQUIRÚRGICA: ¿BACTERIANA O INFLAMATORIA?**

G GENOVESE, F MARTINEZ, F BARBERIS, G RAMOS

**0183 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

R GIMENEZ, L AMADO, G GIOVANNINI, E SANCHEZ, P AVILA, W SERRA, A BAEZ, M BELOTI, G IZAGUIRRE, L TALAMONTI, S SANCHEZ, G ELIAS

19/09/2015 - 11:45 a 13:15

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17****Neurointensivismo 3**

RAMBLA

**0006 PRESENTACION DE UN CASO: ICTUS ISQUEMICO EN MUJER JOVEN**

E SIMES, S MERCADO, F OLIVERA

**0012 PARESIA SEVERA GENERALIZADA Y DETERIORO COGNITIVO, EN UNA PACIENTE CON ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF.**

MC FIORI, Y PERE, J SANCHEZ, M CANALE, M VILLEGAS, V FUENTES GUZMÁN, G OYAHNARTE, M EMMERICH

**0025 IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL PUNTAJE DE LA VÍA AÉREA (PVA) EN EL ÉXITO O FRACASO EN EL WEANING DE LA VENTILACIÓN MÉCANICA (VM) EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS.**

J MORALES, A TAMAYO, M WILCHES, B FERNANDEZ, F CARVAJAL, J ALBARRACIN, G RODRIGUEZ, W VIDETTA

**0036 FISTULA CAROTIDA CAVERNOSA DE ALTO FLUJO**

ME VALDEZ, V PUJOL, G GALINDEZ, G BONFANTI, J POLLINI, M BORRONI, M PARLATORE, J CASTAGNINO

**0043 A PROPOSITO DE UN CASO: ACV ISQUEMICO Y DISECCION VERTEBRAL**

E SIMES, S MERCADO

**0070 HISTIOCITOSIS EN UTI. REPORTE DE EXTRAÑA PRESENTACIÓN.**

L CÁNOVAS, M NIEVA

**0079 REPORTE DE UN CASO DE ENCEFALITIS ANTI-NMDA ASOCIADO A TERATOMA OVÁRICO EN PACIENTE JOVEN**

F FERNANDEZ, S CHUANG, S SANTARELLI, D ALDUNATE, G FERNANDEZ, C CURA, C CARRICONDO, E TORRES, L CABEZAS, J ARROYO, G SORIA, C LOPEZ, M ANTONIO

**0096 ACV ISQUEMICO EN PACIENTE JOVEN**

GA TAUIL, C BARRIOS, J HAGEL, D LERMAN, D PINA

**0142 SD SUSSAC**

MV URIOSTE CORREA

**0177 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A SEPSIS**

R LUNA, C REYES, L VILASECA, V RODRIGUEZ, I TAMER, G DOMENICONI, O YUNK

19/09/2015 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18****Pediatría 2**

RAMBLA

**0022 CASO CLINICO DE HETEROTIPIA NODULAR SUBEPENDIMARIA**

GE MARTINELLI, CA ARANCIBIA

**0033 INTOXICACIÓN CON ORGANOFOSFORADOS EN PEDIATRÍA. CASO CLÍNICO**

L BONI, E SAGARNAGA, Y FORTINI

**0062 PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS DE ANALGOSEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

C BERRONDO, A FRANCAVILLA, M NALLAR, E TERÁN, F BOCCADORO, L TORREIRO, S RAUCH, MDP ARIAS LÓPEZ

**0083 INFECCIONES POR ESTAFILOCOCO METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

A FRANCAVILLA, P NEIRA, MDP ARIAS LOPEZ, L ONETO, E MORENO

**0092 VASCULITIS SISTÉMICAS ASOCIADAS A ANTICUERPO ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

X ABRIL ORELLANA, M BALDIVIESO, R GUACHICHULCA, K RODRIGUEZ, A SIMONS, P ARIAS

**0094 FASCITIS NECROTIZANTE EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

X ABRIL ORELLANA, M BALDIVIESO, R GUACHICHULCA, K RODRIGUEZ, A SIMONS, P ARIAS

**0168 ASFIXIA POR INMERSIÓN: ¿ES POSIBLE PREDECIR SU EVOLUCIÓN?**

P CAPORAL, A BORDOGNA, M RABINO, N TODARO, P CASTELLANI, SN GIACOBINO, ME GUTIERREZ MEYER, O RECUPERO

**0170 INJURIA PULMONAR AGUDA ASOCIADA A LA TRANSFUSIÓN: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

P CAPORAL, A BORDOGNA, M RABINO, SN GIACOBINO, O RECUPERO, ME GUTIERREZ MEYER

19/09/2015 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19****Misceláneas 2**

RAMBLA

**0023 A PROPOSITO DE UN CASO DE PANCREATITIS AGUDA HIPERTRIGLICERIDEMICA EN TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**

F FERNANDEZ, S CHUANG, S SANTARELLI, D ALDUNATE, G FERNANDEZ, C CURA, C CARRICONDO, E TORRES, L CABEZAS, J ARROYO, M ANTONIO, G SORIA, C LOPEZ

**0112 COMPLICACIONES DE ACESOS VENOSOS CENTRALES POR PUNCIÓN, EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN**

J NAVOTKA, M PAIZ, R KARATANASOPULOZ, G LEVY, L GOSSEN, R BAEZ, A SERRUYA, J GALLO CELIZ, D BARRIOS

**0131 SHUNT DE DERECHA A IZQUIERDA EN ADULTO JOVEN CON INFARTO CEREBRAL RECURRENTE**

J BARROS, JC VILCHEZ, C VILLEGAS SUCCAR, F MORELL

**0138 HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA ASOCIADA A TROMBOSIS SISTÉMICA. REPORTE DE CASO**

A CORNAGLIA, M OLMOS, M MORALES, A ALBANESI, Y MANCHO, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETI

- 0169 EVENTOS ADVERSOS A DROGAS COMO CAUSA DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA EN 2 CENTROS DE CABA**  
JP SUAREZ, M HUNTER, G ECHABARRIA, G BADARIOTTI, R LOPEZ, M KHOURY
- 0195 FISTULA PANCREATICA DESPUES DE NEFRECTOMIA IZQUIERDA**  
A FELDMAN, N GUMILA, C PINTO, G SIBILA, M LOMPIZANO, L NAVEIRO, M GALLARDO, S RACERO, E ARISTA, R SANCHEZ, V GIUBIS, A MARINO, M GUAYMAS
- 0239 FACTORES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS RELACIONADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES POST OPERADOS DE CIRUGÍAS ABDOMINALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
Z ARANDA SCARPELLINI, M PORTO VARELA, C ORTIZ, G GAMARRA DE FLEITAS, A MONTIEL ROA
- 0249 TROMBOSIS MURAL EN AÓRTA TORÁCICA DESCENDENTE, NO ANEURISMÁTICO - NO ATEROESCLERÓTICO**  
F RIOS, E PRENAFETA, A RISSO-VAZQUEZ, H CICHERO, G DIAZ, M LUGARO, N RONDINELLI, J HIDALGO
- 0253 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA EN EL PACIENTE CRITICO ESTUDIO COMPARATIVO CON TRAQUEOSTOMIA CONVENCIONAL EN LA PROVINCIA DE JUJUY**  
L OROPEZA, JF APAZA, C VARGAS, L CABANA, L VIDAL, L FERNANDEZ, A PLAZA
- 0287 PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL COMO COMPLICACION DE ACCESO VENOSO: A PROPOSITO DE UN CASO**  
M LOPEZ KEENA, S NOYA, S MARE, ML ROMERO, E RODRIGUEZ
- 0296 MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ABDOMINALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
Z ARANDA SCARPELLINI, M PORTO VARELA, C ORTIZ, A MONTIEL ROA, A MOLINAS
- 0048 PRESENTACIÓN DE UN CASO: SÍNDROME DE SUSAC. INTERVENCIÓN KINÉSICA.**  
V SOLANO, D ABREU, M GÓMEZ, A MARTÍNEZ, N ALLARIA, E SALADINO, R BULLÓ, S SAPERE, M ALONSO, M SANTINI
- 0058 EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA**  
A FELDMAN, D VARELA, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, S FREDER, J YALOSQUE, A PAQUINI, J CAPELLA, V NUNES, N FALCON PEREZ, A PERAZZI, R ALVARADO, C POZO, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0060 ENCUESTA SOBRE SEDACION, ANALGESIA Y DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS.**  
A GOLDBERG, N TIRIBELLI, G AVACA, M BOSSO, S FREDER, A GARCÍA, L GIMENEZ, E LOPEZ, G NAHMIAS, M BERTE, A SANTA MARÍA, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0067 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA COMO ALTERNATIVA TERAPEÚTICA EN FÍSTULA BRONCOPEURAL Y DISTRÉS RESPIRATORIO SEVERO: A PROPÓSITO DE UN CASO**  
J ASPARCH, MB COCA MOGRO, M LAS HERAS, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0074 REMOCIÓN EXTRACORPÓREA DE CO<sub>2</sub>, EXTUBACIÓN Y EJERCITACIÓN PRECOZ EN UN CASO DE EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**  
CA CASABELLA GARCÍA, F PALIZAS, M NORESE
- 0075 CASO DE NEUMONÍA NO RESPONDEDORA A TRATAMIENTO: NEUMONÍA CRIPTOGENÉTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UTI CLÍNICA SANTA CLARA.**  
M BELLO, F SORIA
- 0236 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO A 30 MESES**  
I CHIAVARO, A CURA, W TOZZI, M VILLARRUEL, G MUHAFARA, L FINN, L AREAS, P PROS, G PAZ, C GROSSI, M FERRERO, G BATAGLIA, S VIRGILIO, L GAREGNANI, N NOVO, L TUYA, F ESPERON, M ALI, A VICENTE, P TOCALINI, C REID, R AMOZA, G VERDE
- 0248 DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN DE PACIENTES SEGUN SUS CARACTERÍSTICAS DE OXIGENACIÓN AL COMIENZO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA**  
R PRATTO, G PLOTNIKOW, R GOMEZ, E ANDRICH, C QUIROGA, P D'ANNUNZIO, V RIENZI, A LEOZ, J VAZQUEZ, D VASQUEZ, C SANCHEZ, JL SCAPELLATO, D INTILE, P DESMERY
- 0275 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA CON C-ANCA POSITIVO. REPORTE DE CASO.**  
AI SORIA, GJ VERA, PM MAMBRINI, ME OVEJERO, AC EHLICH ISRAILEV, N GONZA

19/09/2015 - 15:15 a 16:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20

Neumonología Crítica y Kinesiolgía 2

RAMBLA

- 0037 VENTILACIÓN EN APNEA DURANTE LA UTILIZACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA DE OXIGENACIÓN (ECMO)**  
I FERNÁNDEZ CEBALLOS, NM CIARROCCHI, JM DIANTI, M LAS HERAS, SE GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0045 FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA POR COMPLICACION DE CUERPO EXTRAÑO (HUESO DE POLLO) EN PACIENTE ADULTO**  
J MORALES, A TAMAYO, G RODRIGUEZ, W VIDETTA, J ALBARRACIN, B FERNANDEZ, M WILCHES, F CARVAJAL

#### 0002 EL ÍNDICE DE MORTALIDAD PEDIÁTRICO PIM2 COMO PREDICTOR DE RIESGO DE MUERTE DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN LATINOAMÉRICA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO

MDP ARIAS LOPEZ(5), A FERNANDEZ(1), M RATTO(2), A SIABA SERRATE(3), L SALIGARI(4), I KO(5), E TROSTER(6), E SCHNITZLER(3), G VALIDARPIM2 LATINOAMERICANO(7)

(1) Fundasamin. (2) Hospital De Niños Sor María Ludovica De La Plata. (3) Hospital Universitario Austral. (4) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (5) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez. (6) Hospital Israelita Albert Einstein. (7) Grupo Validarpim2 Latinoamericano.

**Introducción:** El índice pediátrico de mortalidad PIM2 es uno de los puntajes más utilizados para predecir mortalidad en pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en Latinoamérica, sin embargo aún no ha sido validado en la región.

**Objetivo:** evaluar la capacidad del puntaje PIM2 para predecir mortalidad en una muestra de pacientes ingresados en UCIP latinoamericanas.

**Material y Métodos:** diseño prospectivo, observacional, multicéntrico. Participaron 34 UCIP localizadas en 9 países latinoamericanos. Se incluyeron los pacientes entre 1 mes y 16 años de edad ingresados consecutivamente en cada UCIP. El registro de datos comenzó entre el 1-1-2013 y el 1-6-2013 extendiéndose durante 1 año en cada Unidad. Se evaluó la discriminación y calibración del puntaje PIM2 en toda la población y en diferentes subgrupos: intervalos de riesgo de mortalidad, edad, categorías diagnósticas, presencia de condiciones crónicas complejas (CCC) y país de ubicación de la UCIP. Se midió el área bajo la curva ROC para evaluar la discriminación del puntaje. Se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer Lemeshow para evaluar la calibración en la población general e intervalos de riesgo. En cada subgrupo analizado se graficó el área bajo la curva ROC y la razón de mortalidad estandarizada (RME) con sus respectivos intervalos de confianza (IC)95%.

**Resultados:** se analizaron los registros de 7391 pacientes. Se observaron 663 muertes, mientras que PIM2 predijo 573 ( $p < 0,001$ ). El área bajo la curva ROC para la población general fue 0,817 (IC95%: 0,808-0,825). La discriminación fue adecuada, presentando todos los subgrupos analizados áreas bajo la curva ROC  $> 0,70$ . Sin embargo, la calibración fue inadecuada, observando una diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad observada y la predicha en la población general y en los distintos intervalos de riesgo ( $\chi^2: 121,87$  df8;  $p < 0,001$ ). La RME para la población general fue 1,15 (IC95% 1,07-1,25;  $p < 0,001$ ). También se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad observada y la predicha por PIM2 en diferentes categorías diagnósticas (causa externa, postoperatorio y "otros diagnósticos"), grupos etarios (menores de 12 meses y adolescentes), en los pacientes portadores de CCC y en el análisis estratificado por país de localización de la UCIP (en 3 de 9 países participantes la calibración fue inadecuada). En los pacientes ingresados por causa externa, la mortalidad observada fue menor que la predicha por PIM2 (9,13% vs 11,6%;  $p < 0,001$ ). En cambio, en el resto de los grupos PIM2 subvaloró el riesgo de muerte. Conclusión: el puntaje PIM2 presentó buena discriminación pero su calibración fue inadecuada, subvalorando el riesgo de muerte en la población general y en la mayoría de los subgrupos analizados. Sería necesario recalibrar el score localmente y en forma periódica para utilizarlo como instrumento de monitoreo de desempeño de las UCIP en la región.

#### 0004 ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA.

AL NISNIK(1), JR BARTOLI(1), MB HEREDIA(1)

(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

**Introducción:** El manejo familiar en Terapia Intensiva (UTI), privilegia la atención médica del paciente y la información a la familia; Los pacientes lúcidos generalmente reciben poca información y su impresión acerca de nuestro cuidado pasa desapercibida. Aunque existe información acerca de la percepción de los familiares, no encontramos evidencias sobre opiniones de los pacientes acerca de su cuidado.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de atención en UTI midiendo la percepción de nivel de información, angustia, ansiedad, insomnio, delirio y miedo.

**Material y Métodos:** Estudio transversal. Durante 2013, Pacientes internados en UTI fueron valorados al alta mediante escala RASS-CAM-ICU y respondieron una encuesta basada en escalas lineales. Se excluyeron pacientes con alteración del sensorio o delirio.

**Resultados:** Se encuestaron 50 pacientes (23[46%] mujeres y 27[54%] varones). Edad media: 52 años (19-86), 52% agudos y 48% crónicos. 56% eran sedentarios. 64% cursaba primera internación en UTI. La estada fue de 4,5±7,6 días (34% mayor a 3 días y 16%  $> 5d$ ). El nivel de información fue de 8,96/10 puntos. 96% la consideró adecuada, 4% insuficiente. El nivel de ansiedad fue de 5,34/10p (leve: 30%, moderado: 44% y severo: 26%). La angustia fue de 3,98/10p (36% moderada y 18% severa). El insomnio fue severo en 10% de los encuestados y moderado en 44%. La soledad fue moderada en 20% de los enfermos e intensa en el 14%. Hubo escasa percepción de miedo (1,94/10 p). Las mujeres refirieron mayor ansiedad (6,5±3,9 vs 4,3±3,1;  $p = 0,01$ ), mayor temor (3±3,1 vs 1±2,3;  $p = 0,01$ ) y mayor afectación de su intimidad (2,7±2,8 vs 1,2±2;  $p = 0,03$ ). Los pacientes con estada  $> 3d$  manifestaron más soledad (4±2,9 vs 2,2±3,2;  $p = 0,05$ ), La estada  $> 5d$  se asoció con más insomnio (5,5 vs 3,3;  $p = 0,05$ ). Los enfermos crónicos fueron más añosos (59,5 vs 47,4 años;  $p = 0,04$ ) y tuvieron menos angustia (1,67 vs 3,9;  $p = 0,06$ ) que los agudos. Las alucinaciones fueron más frecuentes en pacientes angustiados (6,8 vs 3,6;  $p = 0,03$ ), en quienes vieron alterada su intimidad (5 vs 1,5;  $p = 0,006$ ) y quienes se sintieron más solos (5 vs 2,5;  $p = 0,06$ ).

**Conclusión:** El nivel de información fue muy bueno, pero insuficiente para mejorar los niveles de ansiedad, angustia e insomnio en Terapia Intensiva.

#### 0005 DETERMINACIÓN DE VOLUMEN PURGADO REQUERIDO EN EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE VENOSA CENTRAL.

M GUERESCHI(1), JR BARTOLI(1), AL NISNIK(1), MB HEREDIA(1)

(1) Clínica Reina Fabiola.

**Introducción:** No existe consenso para determinar el volumen mínimo de purgado de un catéter conectado a una tubuladura. En nuestra institución dicho sistema tiene volumen de purgado 2,6 ml, volumen total 3 ml, donde se extrae sangre para determinar Saturación Venosa (SvO<sub>2</sub>), con purgado de 10 ml.

**Objetivo:** Determinar el volumen mínimo entre muestras de 3 y 5 ml de purgado para la extracción de muestras de sangre venosa central (gasometría e ionograma).



**Material y Método:** Estudio Transversal de Pruebas Diagnósticas. Se extrajeron tres muestras, la primera (M1) directamente del catéter, la segunda (M2) desde el puerto distal, con 3 ml de purgado y la tercera (M3) con 5 ml de purgado. Las muestras se procesaron dentro de los 10 minutos. Los datos de M2 y M3, se compararon tomando M1 como patrón mediante T de Student. La correlación de PvO2 y SvO2 entre M2 y M3 respecto de M1 se evaluó con regresión lineal de Pearson.

**Resultados:** El análisis preliminar de las 24 ternas muestrales (72 en total) en 24 pacientes, mediana de edad 58 años (18 – 84 años), 16 (66%) varones, Apache II: 11,7±5,1 puntos. La Hb 10,7±2,4 mg/dl (7,2 – 16).

No se encontró diferencias significativas entre las muestras de 3 y 5 ml en el pH, PCO2, PvO2 y SvO2, HCO3-, E.B., Na, K, Cl ni Ca. Se observó variabilidad en PvO2 y SvO2. En relación a la PvO2 se encontró buena correlación M1-M2 (3ml;  $r = 0,74$   $p < 0,001$ ) y pobre correlación para M1-M3 (5 ml;  $r = 0,48$   $p = 0,017$ ). Con respecto a la SvO2 se observó buena correlación en ambas (3ml;  $r = 0,81$   $p < 0,001$ ) (5 ml;  $r = 0,75$   $p = 0,001$ ). Se encontró gran variabilidad en la SvO2 tal que esta diferencia hubiera determinado conductas terapéuticas diferentes en el 25% de los casos.

**Conclusiones:** No hubo diferencias significativas en los resultados con 3 ó 5 ml de volumen de purgado.

La correlación de estas muestras (3 o 5 ml) con el patrón fue buena. Las mediciones de PvO2 y SvO2 siempre estuvieron por debajo del control en ambos grupos estudiados. Esta diferencia fue tal que hubiera determinado conductas terapéuticas diferentes en el 25% de los casos.

#### 0006 PRESENTACION DE UN CASO: ICTUS ISQUEMICO EN MUJER JOVEN

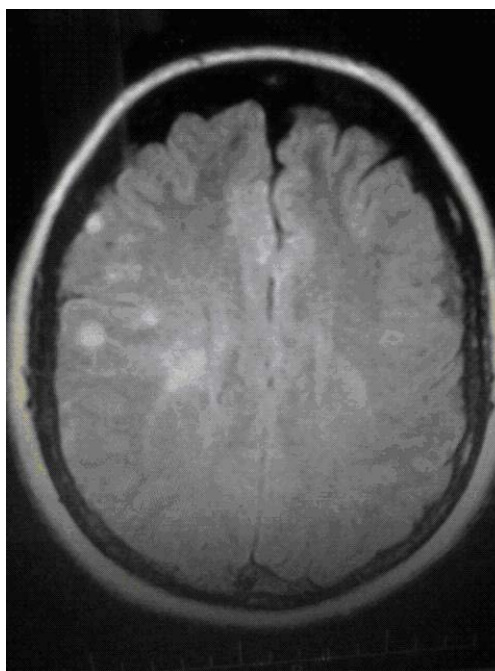
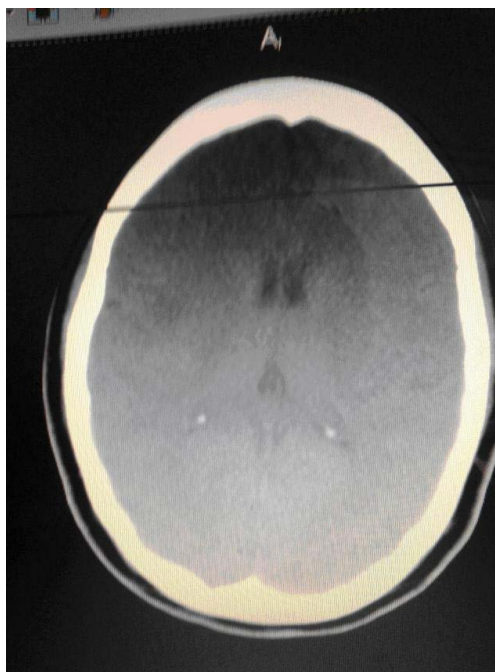
E SIMES(1), S MERCADO(1), F OLIVERA(1)  
(1) Incor.

**Introducción:** La isquemia cerebral es la interrupción aguda de la circulación cerebral correspondiente a un territorio vascular

**Caso clínico:** mujer de 30 años de edad sin antecedentes patológicos. Tomaba anticonceptivos hormonales desde los 14 años, es admitida al servicio con hipertensión arterial, Glasgow de 14, tendencia al sueño, paresia FBC izq, se realiza TAC de cerebro: imagen hipodensa localizada en zona temporoparietal derecha, corticosucortical, se realiza RMN de cerebro donde se observan varias lesiones de tipo isquémicas. La paciente permanece hemodinámicamente estable, pero con progresión de los signos neurológicos con acentuación del foco motor, por lo cual se realiza pulso de metilprednisolona a dosis de 1 mg /kg / día y angiografía cerebral para descartar vasculitis de SNC. Ecocardiograma tranesofágico para diagnóstico de foramen oval permeable. Se toman muestras de sangre para colagenograma completo. La paciente evoluciona con paresia FBC grado 3, normaliza TA y pasa a sala común. La paciente fue dada de alta con tratamiento antiagregante, se suspendieron gradualmente los corticoides y se realizó el cierre del foramen oval.

**Objetivos:** Poder reconocer una isquemia primaria y secundaria, sus factores de riesgo y fisiopatología para poder tratar el daño secundario. Hacer diagnóstico diferencial precoz. Conocer y aplicar las prioridades del manejo del paciente crítico.

**Conclusiones:** El beneficio clínico del cierre del foramen oval permeable frente al tratamiento médico en pacientes con historia de ictus isquémico continua siendo objeto de estudio y, hasta el momento, no hay evidencia científica de un beneficio claro con el cierre con dispositivo, si bien en los ensayos clínicos una tendencia a un beneficio con el cierre, sobre todo en algunos subgrupos de pacientes.



#### 0007 PRESENTACION DE UN CASO: SHOCK SEPTICO POR PIO- DERMITIS

E SIMES(1), S MERCADO(1), C STRASORIER(1)  
(1) Incor.

**Introducción:** Las infecciones sistémicas por *Staphylococcus aureus* son una importante causa de morbilidad hospitalaria. Una adecuada evaluación clínica de las manifestaciones cutáneas pueden permitir un diagnóstico oportuno de la sepsis por *Staphylococcus*.

**Caso clínico:** Paciente de 68 años derivada de otra institución durante un curso de internación por presentar insuficiencia respiratoria. La mujer es admitida en servicio de UCI presentando al ingreso

hipotensión arterial sostenida, taquipnea, somnolencia, oligoanuria. Se observan varias lesiones en piel, de aspecto redondeado con pequeñas pustulas, las cuales fueron aumentando en número y localización durante los primeros días de internación.

La paciente evolucionó inestable, con requerimientos de asistencia ventilatoria mecánica y drogas inotrópicas por su shock séptico. Laboratorio de ingreso: GB 21.000, creatinina 2,3 GOT 110, GPT 128, GSA: 720/PCO2 32/CO2 68/BIC 12. Se tomaron muestras de uro y heno cultivos y cultivo de las secreciones de las pustulas de piel. Se colocó tratamiento antimicrobiano con vancomicina más ampicilina y piperacilina. Ecocardiograma: sin vegetaciones ni patología valvular infecciosa. Resultados de hemocultivos: *Stafilococcus aureus* meticilino resistente. Urocultivo: negativo. Tomografía de tórax, abdomen y cerebro: sin lesiones infecciosas. A las 72 horas de internación se logró estabilizar hemodinámicamente a la paciente, luego de 9 días se desteta de AVM y luego de 12 días en UTI se otorga pase a sala común para continuar con tratamiento.

**Conclusiones:** La importancia de la sepsis estafilocócica es que puede constituir una afección primaria sin foco inicial o secundaria a lesiones localizadas. La diseminación de la infección tiene lugar por vía sanguínea y provoca focos sépticos a distancia. Desde la que pueden producirse émbolos sépticos que lesionan diversos órganos, y más tarde pueden asentarse en pulmones, valvas cardíacas, articulaciones, huesos, riñones y encéfalo. Hasta el momento el diagnóstico y la terapéutica tempranos representan los requisitos fundamentales para disminuir la letalidad por esta afección.



#### 0009 TERAPIA CON PLASMAFERESIS EN PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

V FUENTES GUZMAN(1), M EMMERICH(1), M CANALE(1), A BRAVO(1), J SANCHEZ(1), G OYAHNARTE(1), J NIEVES(1), Y PERE(1), S PORRINO(1), N AHMED(1)

(1) Sanatorio Güemes.

**Introducción:** La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio, cuya etiología más frecuente es la litiasis biliar y el alcohol. La hipertrigliceridemia es la tercera causa más frecuente y representa aproximadamente el 1 al 4% de todas las pancreatitis agudas. Se asocia con niveles elevados de triglicéridos (habitualmente mayor a 1000 mg/dL). Se han propuesto diferentes opciones terapéuticas, entre ellas la plasmaféresis.

**Caso clínico:** Masculino de 42 años, antecedentes de tabaquismo y trastorno bipolar, consultó por dolor abdominal intenso de 24 hs de evolución, localizado en epigastrio e irradiado a región lumbar, asociado a distensión abdominal.

Ingreso lúcido, compensado, abdomen doloroso, sin reacción peritoneal. Laboratorio: elevación de transaminasas al doble, bilirrubinas y FAL normal, amilasa: 250 y lipasa: 866, hiperglucemia e hipertrigliceridemia: 5300. Ecografía abdominal: páncreas oculto por meteorismo, sin líquido libre en cavidad. Con diagnóstico de pancreatitis secundaria a hipertrigliceridemia. En conjunto con Servicio de Hemoterapia se decide iniciar plasmaféresis con reposición de albúmina al 5%, realizando 2 sesiones en total con buena tolerancia, con una disminución de triglicéridos y colesterol mayor al 80% (TG: 687 y Col: 217) a los 5 días de su ingreso a UCI. La TC de abdomen con contraste: *Balthazar D.* y la colangiografía RMN no evidenció patología de la vía biliar.

Se realizó diagnóstico de DBT mellitus y se recabaron antecedentes familiares de muerte súbita, antes de los 50 años. Evolucionó afebril, con buena tolerancia vía oral, con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio.

**Conclusiones:** La pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, poco frecuente, está relacionada a diabetes mal controlada, hipotiroidismo, obesidad, fármacos, embarazo o pacientes con hipertrigliceridemia familiar sin un factor secundario.

Existen numerosos estudios que proponen a la plasmaféresis como método inicial de tratamiento para disminuir rápidamente el valor de TG. No obstante faltan ensayos clínicos aleatorizados que comparen la eficacia de la PMF con otros tratamientos también efectivos como la insulino terapia o el tratamiento con heparina.

En nuestro paciente se observó una reducción de más del 80% de TG y colesterol, luego de 2 sesiones de PMF con un intervalo de 3 días, comparado con un 70% de reducción en la mayoría de estudios revisados.

#### 0010 INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE AFÉRESIS EN TERAPIA INTENSIVA. NUESTRA EXPERIENCIA

M VILLEGAS(1), M EMMERICH(1), M CANALE(1), J SANCHEZ(1), Y PERE(1), A BRAVO(1), G OYAHNARTE(1), C FIORI(1)

(1) Sanatorio Güemes.

**Introducción:** La eliminación de las toxinas que se acumulan en el cuerpo, por medio de las sangrías, era ya, en tiempos de Hipócrates, una de las medidas terapéuticas más importantes. La aféresis moderna, que reconoce su origen en esta práctica milenaria, tiene como finalidad principal la extracción y eliminación del plasma de aquellos componentes considerados responsables de una enfermedad o de sus manifestaciones clínicas.

Si bien tiene indicaciones precisas en el campo de las enfermedades neurológicas, hemáticas y renales, surge como posibilidad terapéutica en otras patologías, como la sepsis.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia en el uso de aféresis tera-

péutica, y revisar indicaciones, tipo y número de procedimientos, complicaciones y resultados.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de los pacientes que requirieron aféresis en el periodo comprendido entre enero de 2014 y enero de 2015, en nuestra UCI.

Registramos datos epidemiológicos, diagnóstico, APACHE II a las 24 hs de su ingreso, SOFA, tipo y número de procedimientos realizados, complicaciones y resultado.

**Resultados:** Fueron estudiados dieciséis pacientes, edad de 56.5 +- 13.8 años.

Los pacientes tuvieron un APACHE II medio de 14,18 (+- 10), SOFA 5.5 (+- 3.8), 56% recibieron ventilación mecánica y un 44% requirieron diálisis. Se observaron complicaciones infecciosas en un 38%. La indicación más frecuente fue la Hematológica, 37.5%, siguiéndole los trastornos neurológicos y las vasculitis con 18,75% cada uno, sepsis grave 12,5%, un caso de Pancreatitis por hipertrigliceridemia y un síndrome pulmón riñón (Goodpasture).

Plasmaféresis se realizó en 12 pacientes (75%), leucaféresis en 3 (18,75%) y en un caso se utilizó trombocitoféresis. Los pacientes recibieron un promedio de 4,06 (+- 2.22) procedimientos. Los efectos adversos registrados fueron hipocalcemia, 45% y trastornos de la coagulación 42%.

La mortalidad fue del 31, 25 %, atribuible a la progresión de su enfermedad de base.

**Discusión:** La indicación más frecuente fue en patologías hematológicas, siguiendo en frecuencia las vasculitis y neurológicas.

Al comparar con la literatura hallada, se observó una mayor mortalidad, más frecuente en pacientes con diálisis (OR 2.6) y asociada a valores de APACHE II más elevados de los pacientes en nuestro centro.

#### 0012 PARESIA SEVERA GENERALIZADA Y DETERIORO COGNITIVO, EN UNA PACIENTE CON ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF.

MC FIORI(1), Y PERE(1), J SANCHEZ(1), M CANALE(1), M VILLEGAS(1), V FUENTES GUZMÁN(1), G OYAHNARTE(1), M EMMERICH(1)

(1) Sanatorio Güemes.

**Introducción:** El síndrome de Fisher-Bickerstaff forma parte del espectro clínico del síndrome anti-GQ1b. Se trata de una patología inmunomediada, donde se evidencia un solapamiento entre el síndrome de Miller Fisher, caracterizado clínicamente por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, y la encefalitis de Bickerstaff, donde, a diferencia del anterior, existe déficit de vías largas con alteración del estado de conciencia, oftalmoplejía y ataxia. El diagnóstico se realiza sobre la base de la presentación clínica, considerando que, dado el mecanismo patogénico común, el cuadro puede presentar características de ambas entidades.

**Objetivos:** Describir el caso clínico de una paciente, de 46 años, internada en nuestro servicio por deterioro del sensorio e infección urinaria, asociado a Paresia severa generalizada con compromiso bulbar, Oftalmoplejía, y déficit cognitivo.

**Resumen:** Paciente femenina de 46 años, con antecedentes de Cáncer de mama diagnosticado en 2013, que había sido tratada con quimio y radioterapia, sin evidencia de progresión e hipertiroidismo con tratamiento médico. Consulta a la guardia de nuestra institución por astenia, adinamia y debilidad muscular de una semana de evolución. Al ingreso, presentaba deterioro del sensorio, por lo cual se inició asistencia ventilatoria mecánica. Del laboratorio se destacaba sedimento urinario patológico, iniciando tratamiento con diagnóstico presuntivo de sepsis con foco urinario.

Luego de reanimación adecuada y estabilidad hemodinámica, se evidenció cuadriparesia severa con debilidad de músculos cervicales e hiperreflexia.

En conjunto con Servicio de Neurología, se realizó diagnóstico presuntivo de encefalitis de Bickerstaff, solicitándose a panel antigangliósido y se inició plasmaféresis terapéutica.

Realizó un total de 5 sesiones de plasmaféresis, con buena evolución clínica y recuperación motora.

**Discusión:** La encefalitis de Bickerstaff es una encefalitis inmunomediada con compromiso del tronco encefálico que puede producir trastornos neurológicos agudos: motores y cognitivos. La presunción diagnóstica es suficiente para iniciar tratamiento inmediato con plasmaféresis o inmunoglobulina, siendo su efectividad comparable.

El dosaje de anti-GQ1b es patognomónico, pero se encuentra presente solamente en el 40% de los casos, y no se debe esperar su resultado para iniciar tratamiento.

El tratamiento precoz y una rehabilitación adecuada son los pilares fundamentales para lograr una buena evolución en estos pacientes.

#### 0013 HIPERINFECCION POR STRONGILOIDES STERCORALIS: PRESENTACION DE CASO EN UN PACIENTE SIN INMUNOSUPRESION CONOCIDA

M VILLEGAS(1), Y PERE(1), V FUENTES GUZMÁN(1), C FIORI(1), J SANCHEZ(1), M CANALE(1), G OYHANARTE(1), A BRAVO(1), M EMMERICH(1)

(1) Sanatorio Güemes.

**Introducción:** La infección por Strongiloides Stercoralis, es una patología frecuente en habitantes de áreas endémicas. El parásito se localiza en el intestino del ser humano, causando, habitualmente, infecciones asintomáticas, o limitadas a síntomas gastrointestinales. Sin embargo en pacientes inmunosuprimidos puede causar infecciones sistémicas, con alta mortalidad.

**Objetivos:** Describir un caso hiperinfección por Strongiloides Stercoralis en un paciente sin inmunosupresión conocida, que no residía en zona endémica, pero presentaba como antecedente epidemiológico visita a una, siete días antes del inicio de los síntomas.

Realizar una revisión bibliográfica sobre la patología en nuestra región.

**Resumen:** Se describe el caso de un paciente de 45 años de edad, sin antecedentes de relevancia conocidos. Derivado a nuestro servicio por Hemorragia digestiva alta, luego de 40 días de internación en otra institución, donde había ingresado por dolor abdominal, pérdida de peso y hemorragia digestiva. Con laparotomía exploradora interpretada como malrotación duodenal, sepsis a foco urinario y alimentación con NPT desde 10 días previos a su derivación.

Ingresó con hemorragia digestiva activa, con requerimientos transfusionales diarios, soporte inotrópico y ARM desde su ingreso.

La VEDA de urgencia realizada al ingreso revela en forma diferida presencia de nematodos en biopsia duodenal. Las muestras enviadas a parasitología demuestran la presencia de Strongiloides Stercoralis en débito gástrico, aspirado traqueal y LCR.

Se realizó tratamiento con ivermectina SC + Albendazol por SNG e intrarectal, en simultáneo con tratamiento antibiótico según antibiograma por múltiples intercorrientes infectológicas, con episodios de bacteriemia por Bacilos Gram Negativos en tres oportunidades.

Se constató ausencia de Strongiloides en fluidos corporales luego del tratamiento antiparasitario.

Se repiten serologías para HIV 1,2 y HTLV 1,2 con resultado negativo.

El paciente fallece luego de 20 días de internación por shock séptico y fallo orgánico múltiple, con bacteriemia demostrada por A. baumannii multirresistente.

**Discusión:** Las parasitosis son patologías subdiagnosticadas en nuestro medio. Debemos conocer los signos síntomas y la epidemiología de las infecciones parasitarias más frecuentes, e incluirlas en los diagnósticos diferenciales en forma sistemática.



#### 0014 FALLA HEPÁTICA FULMINANTE: CASUÍSTICA EN UN CENTRO DE TRASPLANTE PÚBLICO.

D ARUFE(1), L TOSELLI(1), J CALDANO(1), L MATIAS(1), JL MENA(1), J CORTES(1), S DENUCCI(1), C GIANES(1), S ALEMAN(1)  
(1) Crai Norte.

**Objetivo:** Describir la etiología, variables y pronóstico en pacientes con falla hepática fulminante.

**Descripción:** La falla hepática fulminante (FHF) es una enfermedad poco frecuente en la cual, el rápido deterioro de la función hepática lleva a la aparición de coagulopatía y encefalopatía en pacientes sin enfermedad hepática previamente conocida.

**Pacientes y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo sobre una base de datos que incluye 99 pacientes con diagnóstico de falla hepática aguda. El periodo comprendido abarca desde el año 1998 hasta 2014. Se analizaron las variables de ingreso a la unidad. Se incluyeron los pacientes que reunían criterios de falla hepática fulminante.

**Resultados:** Se analizaron 99 pacientes. La media de edad fue de 36 años ( $\pm 13$ ), el 72% de sexo femenino. Los resultados de las variables al ingreso fueron: Bilirrubina Total  $20 \pm 9.5$  mg/dl, pH 7,46 (0,9), TAM  $87 \pm 13$  mm Hg, Creatinina 0,94 mg/dl (IQ 07-1,3), TP: 19% (IQ 12-31), RIN: 3.4 (IQ 2,3-5,4) Glucemia 0.91 g/dl (IQ 0,7-1,2), TGO 795 U/l (234-1682), TGP 934 U/l (IQ 320-1824), LDH 580 U/l (IQ 337-919), Sodio 139 mEq/l (IQ 136-143), Fosforo 2,9 mg/dl (IQ 1,9-4,2), Lactato 3.7 mg/dl (IQ 2,2-5,2), Amonio 222 mg/dl (IQ 137-394). La media del MELD fue  $33 \pm 7$ .

En el 34% de los pacientes no se pudo establecer la causa de la FHF. El 28.3% se debió a Hepatitis Autoinmune. Hepatitis B 15.2%, toxicidad por drogas 13%, Hepatitis A 4%, 2% asociada al embarazo y 3% otras causas.

Se Trasplanto el 52,5% de los pacientes. La mortalidad sin trasplante fue del 72%. El 28% sobrevivió sin trasplante. Entre los 52 pacientes trasplantados, la mortalidad fue del 17.3%.

**Conclusión:** En la mayoría de los pacientes no se pudo establecer la causa de la FHF. La hepatitis autoinmune fue la segunda causa más frecuente. El trasplante hepático redujo significativamente la mortalidad en nuestros pacientes con FHF.

#### 0015 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS. HOSPITAL CENTRAL "DR. EMILIO CUBAS" DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, PARAGUAY

C ORTIZ OVELAR(1), EE FLEITAS MENDOZA(2)  
(1) Central Del Instituto De Previsión Social. (2) Hospital Central Del Instituto De Previsión Social.

**Introducción:** El dengue es una infección viral sistémica, autolimitada y transmitida por mosquitos. En los últimos 50 años, a nivel mundial, aumentó la incidencia 30 veces, con circulación de los cuatro serotipos virales. Paraguay presenta condiciones socio-ambientales favorables para su transmisión, lo cual puede afectar la disponibilidad de recursos para el manejo de los casos graves. OBJETIVO: El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de dengue en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) Adultos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de junio del 2.011 a junio del 2.013.

**Material y método:** El estudio es observacional descriptivo, de corte transversal. RESULTADOS: De 1.991 pacientes admitidos en UTI, en 103 (5,2%) se confirmaron dengue tanto por clínica como por hallazgos laboratoriales. El 72,7% era del sexo femenino, la mediana de edad=47 años, y 53,4% residía en Asunción. La mediana del tiempo hasta la primera consulta fue 2 días. El 87,4% presentó fiebre; el 65,05% sangrado y de estos el 52,2% requirió transfusión de hemoderivados. Las medianas de las puntuaciones APACHE II y SOFA fueron de 10 y 5, respectivamente. La mitad presentaba al menos una condición clínica coexistente. En promedio

la solicitud de la prueba NS1 fue a los  $3 \pm 1$  días y la IgG/IgM a  $6 \pm 2$  días. El 64,1% fue grave, complicándose el 73,8%. La internación en cuidados intensivos fue en promedio 4 días. CONCLUSIÓN: A pesar de la relativa baja frecuencia de esta enfermedad en la unidad, su relevancia radica en la gran morbilidad observada en estos pacientes.

#### 0016 REDUCCIÓN SIGNIFICATIVA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL CON NUEVO PROTOCOLO EN LA UTI DEL HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

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

**Introducción:** La tasa de BACVC en la UTI del Hospital Central es 10,95 episodios x 1000 días de CVC. Los datos del VIHDA reportan una tasa de 3,95 episodios para UTI polivalente. Las BACVC y sepsis son complicaciones frecuentes, prevenibles con intervenciones y recomendaciones. En nuestro centro mediante protocolo de actuación y de la formación continua del personal sanitario, se ha consensuado p la colocación, mantenimiento y la manipulación del CVC, o.

**Objetivos:** 1) Determinar si la puesta en marcha de un paquete de medidas sobre colocación y mantenimiento del CVC disminuye tasa de BACVC. 2) Observar si el número de lúmenes y sitio de colocación influyen en la incidencia de infección del CVC, midiendo el impacto del protocolo en cada caso

**Material y Método:** Estudio Prospectivo de intervención en UTI del Hospital Central de Mendoza. Primera etapa descriptiva desde Enero de 2013 hasta Octubre de 2013 de episodios de BACVC. Segunda etapa de intervención con paquete de medidas sobre colocación y mantenimiento del CVC desde Noviembre de 2013 hasta Abril de 2014. Criterios de inclusión: Todos los ingresados a UTI con colocación de CVC. Criterios de exclusión: ingresados con CVC colocado fuera de la UTI, o con colonización del CVC. Para el análisis estadístico se comparo variables nominales con test de chi cuadrado y test de student para variables numéricas con significancia estadística de  $P < 0,05$  en ambos casos.

**Resultados:**

VARIABLES	GRUPO SIN PROTOCOLO N: 270 pacientes N:306 catéteres	GRUPO CON PROTOCOLO N: 266 pacientes N:303 catéteres
EDAD promedio años	44,8 +-3	44+-2
ESTADIA UCI Promedio (días)	15	11
DIAS DE CVC promedio	9,18	7,66
Numero de Lumens según N de Catéteres	91% uno 8% 2 dos	88% uno 10% dos
Días Promedio según tipo de CVC	Yugular:8,26 Subclavio:7,66	Yugular:7,33 Subclavio:6,4
Infección x 1000 días CVC	13,7	5,92 $P < 0,05$
GERMENES	KPC:38% , CABC:8,8%	KPC:0% , CABC:0% $P < 0,05$
Día promedio de bacteriemia	10,3	4,75 $P < 0,05$

## ■ Resúmenes

LOCALIZACION	64% Yugular , 35% subclavio	58% Yugular, 39%subclavio
Tipo de CVC infectado	12%yugulares , 9%	5% yugulares ; 2,5% subclavio monolumens
Tipo de lumens infectado	subclavio monolumens 12,5% de 1 lúmenes , 9% de 2 lúmenes, 0% 3 lúmenes	P:< 0,05 3,5% de 1 lúmenes , 10% de los doble lúmenes ; 0% 3 lúmenes P:<0,05

**Conclusión:** Con el paquete de medidas, se logro reducción en más del 50% de la tasa de BACVC ,con ausencia de infección por multi-resistentes tipo KPC y CABC. . La infección no mostró diferencias estadísticamente significativas entre sitios de colocación yugulares y subclavios. Pero con protocolo se redujo la infección significativamente tanto en yugulares como subclavios monolumens.La infección predomino en los catéteres monolumens y presentó una significativa reducción luego del protocolo.

### 0017 A PROPOSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS VERTEBRAL " MAL DE POTT" EN UTI DE HOSPITAL DE MENDOZA

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

**Introducción:** La tuberculosis vertebral es la localización más frecuente después de la tuberculosis pulmonar. La espina dorsal es el sitio más frecuente de infección por tuberculosis musculoesquelética. la TBC espinal ocurre en menos de 1% , pero, es una enfermedad incapacitante y amenazadora de la condición de vida.

**Objetivos:** Presentar caso de TBC de localización infrecuente. Métodos diagnósticos de la enfermedad y tratamientos de la misma

**Material y Método:** Mujer De 31 años sin antecedentes patológicos ingresa el 03/07/14 a servicio de neurocirugía derivada desde consultorio externo por presentar, dorsalgia de 2 años de evolución, permanente, de carácter progresivo, de moderada intensidad que aumenta con el esfuerzo y disminuye parcialmente con el reposo y AINES, se irradia en cinturón a región torácica anterior, sin síntomas acompañantes, como positivo presenta HIPORREFLEXIA ROTULIANA izquierda. RNM COLUMNA DORSAL: Voluminosa lesión osteolítica a nivel de vértebra T8 y T9, hipointensa en T1 y T2 con heterogeneidad central debido a componente hipertintenso a ese nivel, dicha lesión genera distorsión de ambos cuerpos vertebrales, con compromiso d espacios retromediatinal epidural ventral y afectación costal. Cambio de intensidad de señal a nivel de canal medular. TAC DE COLUMNA DORSAL: Imagen osteolítica voluminosa a nivel de cuerpo vertebral T8 y T9 con distorsión e los mismos, imagen e acuñamiento, generando aumento de cifosis dorsal, se observa protrusion de muro posterior hacia canal raquídeo.

**Discusión:** Ante el resultado negativo de biopsia, se realiza cirugía de artrodesis T6 – T9, corporectomia parcial T7- T8. Se observa lesión inflamatoria tipo caseosa en T7 – T8, además de lesión degenerativa a dicho nivel. Ante la falta de evidencia clínica o imagenologica de TBC en otros sectores del organismo, se interpreta como TBC vertebral tipo mal de Pot y se comienza tratamiento antiTBC en el POP por cultivo de material caseoso vertebral : positivo para BAAR.

**Conclusión:** La TBC Espinal es infrecuente, y más aun en adultos. Pero la sospecha de la misma y el estudio imagenologico permite un tratamiento médico oportuno, evitando quizás en etapas precoces, el tratamiento quirúrgico y mejorando capacidad la funcional de columna.

### 0018 NEUMONIA POR LOPHOMONA BLATTARUM, REALIDAD O MITO?

F RIOS(1), A RISSO-VAZQUEZ(1), M LUGARO(1), G PINEDA(1), JP HIDALGO(1), R SADORIN(1)  
(1) Sanatorio Las Lomas.

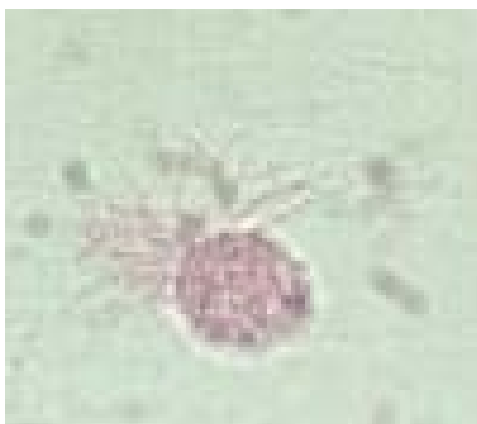
**Introducción:** Lophomonas blattarum es un protozoo, del grupo parabasalida, multiflagelado anaeróbico. Este parásito en la naturaleza se lo encuentra como comensal del intestino de algunos artrópodos, como las termitas y las cucarachas. En 1993 se publica el primer reporte como responsable de infección pulmonar. Recientemente en varios casos estos protozoos han sido implicados como patógenos pulmonares en humanos.

**Caso:** Paciente de 64 años trabaja como jardinero en "centro de tratamientos y reciclado de basura" con antecedentes de tratamiento con corticoides (2 años) por artralgias, EPOC sin tratamiento, ingresa por insuficiencia respiratoria, con diagnostico presuntivo de NAC grave. Al ingreso presenta infiltrados pulmonares bilaterales, insuficiencia respiratoria y shock con falla organica multiple, laboratorio en tabla 1, se realiza BALcon secreciones "purulentas" sin desarrollo de bacterias con elementos cilidados moviles compatibles con Lophomonas blattarum. Al tratamiento antibiótico (AMS/Claritromicina) se adiciona Metronidazol 500 mgr c/8 hs (8 días), evoluciona favorablemente y a los 10 días se repite muestra respiratoria sin hallazgos del parasito. Se diagnostica enfermedad autoinmune (LES del adulto). Paciente con weaning dificultoso y múltiples complicaciones asociado a vm prolongada, derivándose a centro de weaning.

**Discusión:** La identificación de este protozoo en muestras respiratorias humanas,se fundamenta en rasgos morfológicos bajo microscopía de luz, utilizando muestras frescas. Estos protozoos multiflagelados pueden confundirse con células epiteliales bronquiales cilidadas, la identificación errónea con microscopía de luz es un riesgo. Las diferencias fundamentales serian la estructura de las cilias y la morfología citoplasmatica. Solo se han publicado casos, se desconoce la prevalencia o rasgos característicos de la infección por Lophommona Blattarum, muchos de las publicaciones de manera similar al nuestro, corresponden a pacientes con alteraciones de la inmunidad que ingresaban por cuadros de infección respiratoria grave o agudizacion de cuadros asmaticos.

**Conclusiones:** Si bien algunos consideran que no es un patógeno y simplemente se trata de células cilidadas respiratorias. Hasta que no se cuente con métodos moleculares para su identificación, cada Medico deberá evaluar si considera razonable su tratamiento, en especial cuando no se cuenta con otro agente etiológico como diagnóstico del cuadro clínico.





### 0019 LAS VELOCIDADES DE LOS GLÓBULOS ROJOS EN LA MICROCIRCULACIÓN SUBLINGUAL DE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO HIPERDINÁMICO NO SON ELEVADAS

VS KANOORE EDUL(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, C INCE(4), UNIVERSITY OF AMSTERDAM, PN RUBATTO(6), A RISSO VAZQUEZ(6), ED VALENZUELA ESPINOZA(6), S WELSH(6), C ENRICO(6), A DUBIN(6)

(1) Cátedra De Farmacología Aplicada. (2) Facultad De Ciencias Médicas. (3) Universidad Nacional De La Plata. (4) Translational Physiology. (5) University Of Amsterdam. (6) Sanatorio Otamendi Y Miroli.

**Introducción:** Un análisis cuantitativo de la microcirculación en pacientes con shock séptico ha demostrado que el flujo microvascular y la velocidad de los glóbulos rojos están disminuidos<sup>1</sup>. Sin embargo, este estudio incluyó mayoritariamente pacientes con shock séptico normodinámico.

**Objetivo:** Demostrar la presencia de velocidades de los glóbulos rojos elevadas en la microcirculación sublingual de pacientes con shock séptico hiperdinámico.

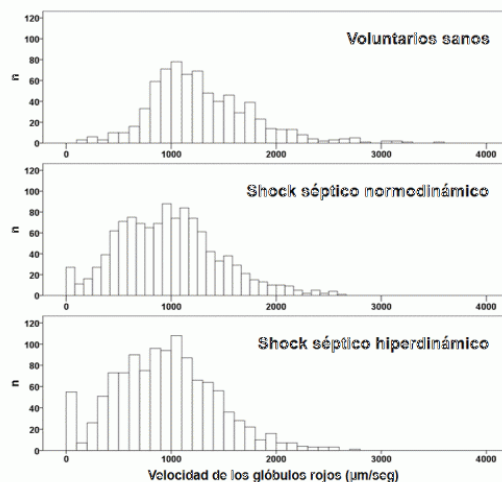
**Material y método:** La microcirculación sublingual fue evaluada en pacientes con shock séptico hiperdinámico (n = 20) y normodinámico (n = 20), y en voluntarios sanos (n = 20). El shock séptico hiperdinámico se definió como un índice cardíaco >4.0 l/min/m<sup>2</sup>. Los videos de la microcirculación se adquirieron con tecnología SDF y se analizaron con el programa AVA 3.0. Las variables microvasculares se compararon con ANOVA de una vía y test-t con corrección de Bonferroni. Se construyeron histogramas de las velocidades de los glóbulos rojos.

**Resultados:** La densidad vascular perfundida ( $14,7 \pm 4,4$ ,  $14,1 \pm 3,9$  y  $17,4 \pm 1,1$  mm/mm<sup>2</sup>,  $P < 0,05$ ), la proporción de vasos perfundidos ( $0,84 \pm 0,24$ ,  $0,85 \pm 0,23$  y  $1,00 \pm 0,00$ ,  $P < 0,0001$ ), el índice de flujo microvascular ( $2,4 \pm 0,7$ ,  $2,4 \pm 0,7$  y  $3,0 \pm 0,0$ ,  $P < 0,0001$ ) y la velocidad de los glóbulos rojos ( $912 \pm 291$ ,  $968 \pm 204$  y  $1303 \pm 120$  μm/seg,  $P < 0,0001$ ) fueron similares en los shock sépticos hiperdinámico y normodinámico pero menores que en voluntarios sanos. En ambos tipos de shock séptico, no se encontraron microvasos con velocidades de los glóbulos rojos mayores que el percentilo 1.0 de los voluntarios sanos y los histogramas se desplazaron a los rangos de bajas velocidades.

**Conclusiones:** Como ocurre en el shock séptico normodinámico, las velocidades de los glóbulos rojos elevadas están ausentes en la microcirculación sublingual de pacientes con shock séptico hiperdinámico.

**Referencia:** 1Edul VS, Enrico C, Laviolle B, Vazquez AR, Ince C, Dubin A. Quantitative assessment of the microcirculation in healthy volunteers and in patients with septic shock. Crit Care Med 2012; 40:1443-1448.

Subsidio PICT2010-00495, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.



### 0020 LAS ALTERACIONES MICROCIRCULATORIAS SON MÁS GRAVES EN LA HIPOXIA ANÉMICA QUE EN LA HIPOXIA ISQUÉMICA

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, E MARTINS(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, HS CANALES(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, C CANULLÁN(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, G MURIAS(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, MO POZO(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, C INCE(7), DEPARTMENT OF TRANSLATIONAL PHYSIOLOGY, A DUBIN(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

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

**Introducción:** El gradiente mucoso-arterial de PCO<sub>2</sub> ( $\Delta$ PCO<sub>2</sub>) se mantiene notablemente estable en la hipoxia anémica, sugiriendo que la perfusión de las vellosidades intestinales está preservada<sup>1</sup>. Sin embargo, las características del flujo microcirculatorio han sido insuficientemente estudiadas en la hemodilución extrema.

**Objetivo:** Evaluar la microcirculación intestinal durante hemorragia y hemodilución progresivas.

**Material y método:** Ovejas anestesiadas y ventiladas mecánicamente fueron asignadas a pasos sucesivos de hemorragia (n = 8) o hemodilución isovolémica con hidroxietilalmidón 130/0.4 (n = 8). También se estudió un grupo control (n = 8). El transporte y el consumo de oxígeno se midieron por análisis de gases espirados, la microcirculación con videomicroscopía y el  $\Delta$ PCO<sub>2</sub> por capnografía gaseosa.

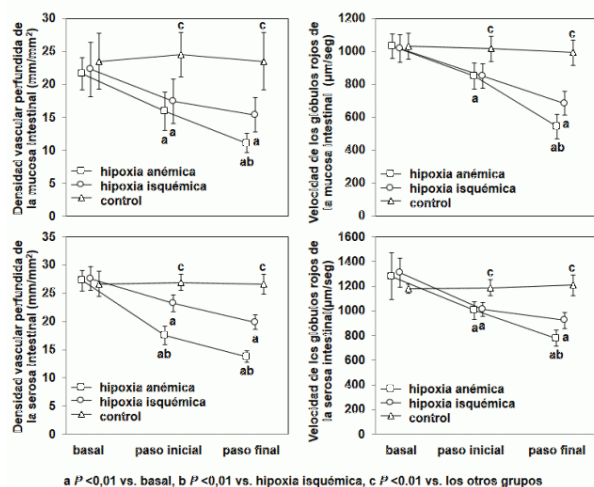
**Resultados:** En ambos grupos hipóxicos, se produjeron reducciones similares en los transportes y consumos de oxígeno sistémicos e intestinales e incrementos en el cociente respiratorio y el lactato, comparados con el grupo control. El  $\Delta$ PCO<sub>2</sub> sólo aumentó en la hipoxia isquémica ( $25 \pm 10$ ,  $5 \pm 6$ , y  $5 \pm 6$  mm Hg,  $P < 0,01$ ). La microcirculación intestinal se comprometió más gravemente en la hipoxia anémica que en la isquémica.

**Conclusiones:** Aunque la microcirculación intestinal, tanto serosa como mucosa, se alteró profundamente en la hipoxia anémica, el  $\Delta$ PCO<sub>2</sub> se mantuvo constante. La ausencia de cambios en el  $\Delta$ PCO<sub>2</sub> no puede adscribirse a preservación de la perfusión vellositaria.

Una explicación alternativa para estos hallazgos es la redistribución del flujo microvascular hacia las capas submucosa y muscular de la pared intestinal.

**Referencia** 1Dubin A, Estenssoro E, Murias G, Pozo MO, Sottile JP, Barán M, Piacentini E, Canales HS, Etcheverry G. Intramucosal arterial PCO2 gradient does not reflect intestinal dysoxia in anemic hypoxia. J Trauma 2004; 57:1211-1217

Subsidio PICT2010-00495, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.



a  $P < 0,01$  vs. basal, b  $P < 0,01$  vs. hipoxia isquémica, c  $P < 0,01$  vs. los otros grupos

### 0021 RELEVAMIENTO DE GERMESES INTRA-ABDOMINALES EN TERAPIA INTENSIVA

SI CASTRO(1), P BOSCHINI(1), MDV CHAMUT(1), M ALMUZARA(1), A TUDURI(1), A MARTÍNEZ(1), J BADINO(1), P SOTOMAYOR(1), J RISSO PATRÓN(1), O CRISTALDI(1)

(1) Higa Eva Perón - San Martín.

**Introducción:** Está recomendado realizar cultivos de infecciones abdominales de la comunidad cuando hay entre un 10-20% de resistencia a gérmenes habitualmente rescatados, como *Escherichia coli*, ya que permite la vigilancia de una resistencia creciente a antibióticos en BGN.

**Objetivo:** Describir gérmenes hallados en peritonitis secundaria y colecciones abdominales y su sensibilidad, así como factores que pueden condicionar mala evolución del enfermo, a pesar de haber realizado control del foco inicial.

**Material y método:** Se relevaron líquidos abdominales, heridas quirúrgicas, abscesos hepáticos y esplénicos. Se incluyó un aislamiento por especie por paciente. Variables analizadas: edad, días de internación, comorbilidades, diagnóstico de ingreso, APACHE y SAPS de ingreso y rescates bacteriológicos en peritonitis secundaria y secundaria complicada, mortalidad global.

**Resultados:** Hallazgo de *Escherichia coli* en 31 pacientes, con sensibilidad para cefalosporina de tercera generación (80,6%), tazonom (90,3%), carbapenem, amikacina y colistin (100%), siendo para ampicilina sulbactam y ciprofloxacina menor al 45%. Enterococo en 22 pacientes, con *Enterococcus faecium* en 11 (resistencia a vancomicina en 5). *Klebsiella pneumoniae* en 9 pacientes, dos tipo KPC y *Staphylococcus* en 6 pacientes (con dos SAMR), entre otros gérmenes. Aislamiento de *Candida* en 7 pacientes. En 2011 se reportaron 7 mujeres y 13 hombres. Mediana (M) de edad 60,5, M de internación 7 días. Comorbilidades: DBT 4, IRC 1, artritis reumatoidea (AR) 1, cáncer 5, APACHE (M) 18, SAPS 34. En 2012: 12 mujeres y 14 hombres. M de edad 64 años, M de internación 6,5 días. Comorbilidades: DBT 6, HIV 2, IRC 1, AR 2, cáncer 6, APACHE 19, SAPS 40. En 2013: 9 mujeres y 9 hombres, M de edad 58; M de internación 6 días. Comorbilidades: DBT 1, EPOC 2, AR 1, cáncer 2, APACHE 21, SAPS 40. En 2014: 7 mujeres y 13 hombres. M de edad 64, M de

internación 7,5. Comorbilidades: DBT 2, cáncer 4, APACHE 17, SAPS 40. Los diagnósticos principales de ingreso fueron: peritonitis (26 pacientes), isquemia mesentérica (6), colecciones abdominales (12). Fallecieron 43 pacientes (51%).

**Conclusiones:** *Escherichia coli* y enterococo fueron los gérmenes prevalentes y para la primera se observó una resistencia significativa a antibióticos usados frecuentemente como ampicilina-sulbactam y ciprofloxacina.

### 0022 CASO CLINICO DE HETEROTIPIA NODULAR SUBPENDIMARIA

GE MARTINELLI(1), CA ARANCIBIA(2)

(1) Urgencias. (2) Clínicas.

**Introducción:** Las heterotopías consisten en acumulaciones de sustancia gris anómalamente dispuestas a lo largo del primitivo trayecto de migración radial entre la zona germinativa y la corteza por una detención precoz de la migración. Según su disposición pueden clasificarse: nodular subependimaria, focales subcorticales y difusas en bandas

**Presentación:** niña de 6 años con embarazo de 35 semanas, severas dificultades de aprendizaje desde su ingreso a etapa preescolar. No logra aprender. fallas madurativas en el acceso a aprendizajes básicos en lectoescritura, aritmética y otras áreas, trastornos conductuales comportamiento hiperkinético. Retraso de crecimiento. Examen neurológico no evidenció signos de focalización motora. Electroencefalograma Cuantificado mapeo cerebral trazado bioeléctrico con poder dominante ritmo delta theta con importante desincronización del ritmo alfa, escasa flexibilidad neuronal bajo estímulos fisiológicos, foco delta inestable en F4-C4-O2 compatible con inmadurez bioeléctrica trazado potencialmente comicial. La Resonancia Magnética de cerebro mostró ensanchamiento del espacio subaracnoideo de los surcos cerebrales y cerebelosos, ventrículos laterales amplios, tercer ventrículo, acueducto de silvio, cuarto ventrículo preservados, imagen focal nodular de pequeño tamaño isointensa a nivel de sustancia blanca profunda adyacente al sector corporal anterior del ventrículo lateral izquierdo, compatible con heterotipia.

**Discusión:** Una variedad de agresiones intrauterinas y perinatales: infección, hipoxia, exposición al alcohol, drogas psicotrópicas, herencia autosómica dominante ligada al cromosoma Xq28 pueden alterar la migración a lo largo de las fibras radiales. Diagnóstico diferencial a los tumores, pero en éstos las imágenes de resonancia se refuerzan con contraste

**Conclusión:** El diagnóstico de las heterotopías y otros trastornos de la migración neuronal, era únicamente neuropatológico. La Resonancia Magnética Nuclear de Cerebro evidencia adecuada visualización de la sustancia blanca y gris permitiendo diagnosticar estas entidades, estableciendo la etiología en un significativo número de pacientes con trastornos mixtos de las habilidades escolares, conductuales y epilepsia idiopática presentes en numerosos casos durante la primera y segunda década de la vida.

### 0023 A PROPOSITO DE UN CASO DE PANCREATITIS AGUDA HIPERTRIGLICERIDEMICA EN TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

F FERNANDEZ(1), S CHUANG(1), S SANTARELLI(1), D ALDUNATE(1), G FERNANDEZ(1), C CURA(1), C CARRICONDO(1), E TORRES(1), L CABEZAS(1), J ARROYO(1), M ANTONIO(1), G SORIA(1), C LOPEZ(1)

(1) Central.

**Introducción:** La hipertrigliceridemia es la tercer causa de pancreatitis aguda, representa aproximadamente entre un 1,3 y un 11% de toda la dicha enfermedad, cuando los niveles de triglicéridos supera mayor de 1000mg/dl.

**Objetivos:** Presentar caso de etiología infrecuente de pancreati-



tis agudas, fisiopatología, métodos diagnósticos, tratamiento y su evolución.

**Material y método:** Caso: Mujer de 25 años con antecedente de colecistectomía y obesidad que ingresa a clínica médica por presentar signos y síntomas compatibles a pancreatitis aguda con Ranson de 48 hs: 1, APACHE II: 8, BALTHAZAR: C, trigliceridemia de 946mg/dl, amilaseemia 54, TAC de abdominal presenta edema peripancreático, hepatomegalia heterogénea (esteatosis), esplenomegalia. Por , ceoacidosis severa pasa a UTI. **Sin ARM ni fallas orgánicas** comienza con insulino terapia, heparina, corrección de medio interno, presenta mejoría de la clínica, la acidosis metabólica con reducción de nivel de triglicérido en 48 hs de evolución. por buena evolución se decide pasar a sala común

**Discusión:** Las bases fisiopatológicas de la pancreatitis por hipertrigliceridemia no están completamente claras, se han propuesto tres mecanismos principales: 1) Daño directo por ácidos grasos, cuando supera la capacidad de transporte de estos por la albúmina y aumenta su toxicidad, lleva a una respuesta enzimática en el páncreas, 2) Los quilomicrones, que generan obstrucción de la circulación distal del páncreas causando isquemia, 3) Disminución de la lipoproteína lipasa por trastorno autosómico recesivo. El objetivo del tratamiento médico es aumentar la actividad de la lipoproteína lipasa y aumentar la degradación de los quilomicrones; disminuyendo así los valores plasmáticos de triglicéridos. Dentro de las opciones terapéuticas descritas están la insulina, heparina, plasmaféresis y apoproteína C2 purificada. La insulina y la heparina constituyen las opciones terapéuticas que inducen la actividad de la lipoproteína lipasa ligada al endotelio, adicionalmente la heparina moviliza esta enzima desde el endotelio al plasma y la insulina favorece la degradación de los quilomicrones. La plasmaféresis se ha descrito en las formas agudas donde el manejo nutricional y farmacológico no ha sido óptimo y persiste el riesgo para pancreatitis.

**Conclusion:** La Pancreatitis Aguda asociada a hipertrigliceridemia es una entidad rara, pero se asocia a una morbilidad importante, pero su tratamiento rápido y apropiado mejora la evolución

#### 0024 INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE POR LAMOTRIGINA ASOCIADA A NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA. REPORTE DE CASO

Y MANCHO(1), M MORALES(1), A CORNAGLIA(1), M OLMOS(1), MJ ARAMBURU(1), V CAGLIERI(1), C GALLETTI(1)  
(1) Sanatorio Allende.

**Introducción:** La insuficiencia hepática fulminante (IHF) por Lamotrigina es una patología infrecuente, y más aun asociada con Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET). esta es una reacción mucocutánea grave caracterizada por fiebre y extensa necrosis con desprendimiento de la epidermis mayor al 30% de la superficie corporal, con afectación de membranas mucosas en más del 90 %. Se expone un caso de IHF por Lamotrigina asociada a NET.

**Presentación del caso:** Femenino de 25 años, con diagnóstico de depresión, medicada con múltiples esquemas. Dos meses previos a la internación astenia y depresión severa, es internada en neuropsiquiátrico. Se incorpora Lamotrigina. Luego fiebre con rash eritemato pultáceo generalizado, difuso en tronco y cara, (Imagen 1 y 2) asociado a elevación brusca de enzimas hepáticas y bilirrubina. Se sospecha IHF asociada a NET por Lamotrigina.

1° día: encefalopatía grado I, estable. Se realizan medidas de sosten, serologías autoinmune y virales negativas, doppler portal normal. Laboratorio: Pla<sub>q</sub> 81.000 - APP 29 - RIN 2.7 - KPTT 63 - Fib 176 - Factor II 40% - Factor V 27% - GOT 3874 - GPT 2098 - LDH 3915 - FAL 248 - BT 16.2 (BD 13.8) - - Ac Lactico 7.9. Inicia ATB: Linezolid/ fluconazol/ piperacilina tazobactam.

3° día: Progresión d encefalopatía grado III+ Hipoxemia. ARM. Inicio plasmaféresis. Lista de emergencia para trasplante hepático. Convulsiones, inicia tratamiento antiedema y anticonvulsivante. Doppler transcraneal (DTC) sin signos de hipertension endocraneana.

4° día: Continua con Plasmaféresis. shock, coagulopatía con sangrado activo. TAC cerebro: edema difuso.

Al 5° día, midriasis arreactiva, RMN herniación amigdalina y edema cerebral difuso. DTC con signos de muerte encefálica.

**Discusión:** La tasa de erupción grave es 0,08% (0,8/1,000) en pacientes adultos tratados con lamotrigina como monoterapia inicial y 0,13% en tratados con lamotrigina como terapia adyuvante. Casi todos los casos de erupciones mortales asociadas con lamotrigina se han producido dentro de 2 a 8 semanas de iniciar el tratamiento.

**Conclusion:** El presente es probablemente un caso extremo que muestra la combinación infrecuente de dos patologías que requieren de un abordaje terapéutico combinado y agresivo ya que constituyen una urgencia médica con alta mortalidad.



#### 0025 IMPACTO DE LA APLICACIÓN DEL PUNTAJE DE LA VÍA AÉREA (PVA) EN EL ÉXITO O FRACASO EN EL WEANING DE LA VENTILACIÓN MÉCANICA (VM) EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS.

J MORALES(1), A TAMAYO(1), M WILCHES, B FERNANDEZ, F CARVAJAL(1), J ALBARRACIN, G RODRIGUEZ(1), W VIDETTA  
(1) Eva Peron De Merlo.

**Introducción:** La desvinculación de la VM es el fin principal en todo paciente ventilado especialmente neurocríticos con manejo prolongado y de destete difícil.

**Objetivo:** Determinar el impacto del PVA y del Glasgow como factores pronósticos de éxito o fracaso en la extubación de pacientes con alteración neurológica.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo desde Junio/2011 a Mayo/2013 de 310 pácientes neurocríticos, requiriendo VMI en nuestras UTIs, 210 fueron incluidos. Se utilizó la escala de PVA de Coplin para evaluar la efectividad de la tos, el reflejo nauseoso y cuatro características de la producción de las secreciones respiratorias, considerándose un puntaje < 7 como una buena protección de la vía aérea y su correlación con el puntaje de Glasgow evaluado en el momento de la PVE y previo a la extubación.

**Resultados:** Ingresamos 310 pacientes neurocríticos en VMI, durante 2 años, presentando APACHE de 20, fallecieron 80 (26%) secundario a la severidad de la patología neurológica y comorbilidades de base (55%), 20 tuvieron puntaje de la PVA > 7. Se evaluaron 210 pacientes, 112 (53%) hombres y 98 (47%) mujeres, 150 (71%), 143 (68%) fueron extubados exitosamente, 67 (32%) requirieron traqueostomía (TQT) y 19/67 fueron llevados directamente a este procedimiento de TQT porque NO cumplían con criterios clínicos para entrar en el protocolo de weaning, y los 48 (22%) restantes presentaron fracaso de la extubación, de

los cuales 20 padecieron NAV y 5 Traqueobronquitis después de fracasar la extubación.

**Conclusiones:** Se observa que pacientes en proceso de weaning con Glasgow  $\geq 8$  con buen manejo de secreciones y adecuada defensa de la vía aérea (PVA  $\leq 7$ ) pueden ser liberados de la VM y extubados adecuadamente. Además, se encontró que la única variable que generó diferencias entre los grupos de éxito y fracaso del weaning en estos pacientes fue la relacionada con los días de VM 5 y 9,9 días respectivamente, con mayor probabilidad de éxito en las primeras 2 semanas y que el éxito aumentaba tomando en cuenta otras variables de nuestro protocolo institucional

TABLA 3. PVA DE COPLIN COMO PREDICTOR CLÍNICO DE EXTUBACIÓN. N=143/210

PVA	%
<4	96 (67%)
4 a 7	47 (33%)

#### 0026 TÉCNICAS DE SIMULACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

RJ GARCÍA TUREIELLA(1), MA SECCHI(1)

(1) Italiano De Rosario.

Intentaremos demostrar que existe una íntima relación entre la utilización de técnicas de simulación en el acto de enseñanza aprendizaje y la seguridad del paciente. Tanto cuando enseñamos medicina con pacientes, como en el aprendizaje tanto de grado como de las carreras de postgrado de competencias clínicamente invasivas con riesgo para el paciente. La utilización de técnicas de simulación disminuye el riesgo para los pacientes por que los actores que son los alumnos de grado y posgrado se entrenan previamente con estas técnicas y en segunda instancia realizan las intervenciones en pacientes.

Cuando desarrollamos un tema nos hacemos siempre preguntas

*¿Qué modelos utilizamos para enseñar medicina?*

- 1) Cadáveres o modelos animales según normativa ética aplicable
- 2) Pacientes reales con su consentimiento, o pacientes entrenados (estandarizados).
- 3) Actores, que pueden ser estudiantes o médicos
- 4) Simuladores de baja y alta complejidad.

**Inserción de la Enseñanza**

**“Seguridad del Paciente” en las carreras de Medicina, Odontología y Enfermería en:**

- 1) Los Estándares de acreditación en la enseñanza de grado y carreras de Postgrado.
- 2) Curricular en la Docencia Grado y Postgrado.

**Docencia en Seguridad del Paciente**

*No es lo mismo la enseñanza de*

- 1) Temas de seguridad del Paciente
  - 2) Seguridad en el Acto de Docencia aprendizaje
- Como no es lo mismo*

- 1) Enseñanza de la Ética en Medicina que
- 2) Ética en el Proceso Docencia Aprendizaje.

**SIMULACIÓN SIN SIMULADORES**

EXPERIENCIA, juego de roles, programas de computación, videos.

**Creo que tendríamos que incluir el tema de Seguridad del Médico.**

Trabajo final para obtener el título de especialista en Terapia Intensiva.

“Accidentes Punzo Cortantes”.

Aportes de una intervención educativa en Médicos Residentes del Hospital Italiano Garibaldi.

Registro: La totalidad de los accidentados reconoce que no era la

primera vez que realizaba el procedimiento. El jefe de cada servicio fue el más consultado (35%)

El sub-reportaje resulta en un importante sub-registro que *subestima la magnitud del problema.*

**Conclusión:** La mejor manera de disminuir el riesgo de adquirir una infección, por exposición ocupacional, es cumpliendo permanentemente con las precauciones establecidas en las Normas de bioseguridad, sabiendo que la utilización de un protocolo de acción es el reflejo del FRACASO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS.

#### 0027 CASO CLÍNICO HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ESPONTÁNEO EN PACIENTE PUERPERAL, MANEJO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL EVA PERON DE MERLO.

A TAMAYO(1), M WILCHES(2)

(1) Italiano. (2) H. Eva Peron De Merlo.

**Introducción:** El hematoma subcapsular hepático es una complicación gestacional o puerperal excepcional. Se relaciona con situaciones clínicas como la preeclampsia grave y el síndrome de HELLP o con otros factores de riesgo como convulsiones, trabajo de parto, traumatismos, enfermedad hepática preexistente. Los casos asociados a factores de riesgo distintos de la preeclampsia son escasos. Si la rotura hepática sucede en el curso de un síndrome de HELLP se ha descrito una mortalidad materna que alcanza el 30-40%, especialmente en mujeres de edad avanzada y múltiparas.

El objetivo de este caso clínico es presentar el diagnóstico, manejo y tratamiento del hematoma subcapsular hepático en el puerperio en la terapia intensiva del Hospital Eva Peron De Merlo.

paciente de 24 años de edad secundigesta, extabaquista, que es derivada a nuestro centro por posparto vaginal por feto muerto de 29 semana, se le practicó legrado uterino instrumentado, evolucionando con distensión abdominal, dolor abdominal en epigastrio e hipocondrios, leve ictericia, astenia y adinamia con laboratorio inicial hto=40% hgb=13,9 ac.úrico=3,8;urea=32 cr=0,83 gb=16000 plaq=86000 TGO=351 TGP=533 Bt=3,3 Bd:0,78 Tp: 12", serología HIV(-), VDRL(-). al ingreso de la guardia de nuestro institución, es evaluada por ginecobstetricia que al examen físico evidencia dolor en hipocondrios, distensión abdominal, no signos de irritación peritoneal, examen ginecológico sin particularidades, con TA=100/70 FC=144min FR=16 SatO2=98%, no edemas periféricos. es evaluado por el servicio de cx el cual se le realiza ecografía donde se evidencia gran hematoma hepático subcapsular en segmento VI, VII, VIII, III, con líquido libre en el douglas, no conducta quirúrgica de urgencia, se le realiza nuevo laboratorio: con HTO=21 gb=24400 gluc=132 urea: 56 Na:133 K:4,6 Bt:1 Bd:0,2 Pla:152000 EAB:7,47/25/149/2,7/18,2/-/5/99%, ECG: con taquicardia sinusal.RX torax: IC<0,5 sin infiltrados. se decide internación en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de shock hipovolémico. al ingreso a UTI, lucida, normotensa, taquicárdica, taquipneico, algica, con score de APACHE=15, dado el descenso del hematócrito, se le realiza TAC ABDOMEN Y PELVIS simple y contraste EV: que informa:gran hematoma hepático subcapsular grande, con líquido libre en cavidad, se interconsulta con cx general el cual decide conducta expectante. Practica laboratorios seriados evidenciándose: hto:20 gb: 18000 urea: 64 amilasa: 40 plaq: 117000 bt: 1,4 LDH: 1475 TP: 70%se le transfundió 2U GRE Y el control: hto: 21 TP: 58% y plaquetas: 59000 Se indicó 3U de plasma fresco congelado (GR Y FRh:0+), recibe antibiótico ampicilina sulbactam.

primer día evoluciona con plaquetopenia, LDH elevados, alteración del hepatograma, se interpreta como cuadro de SÍNDROME DE HELLP Y enfermedad hepática del embarazo, se indica transfundir plaquetas, las cuales no hay en el servicio de hemoterapia ecografía abdominal: contornos irregulares, presencia de imagen heterogénea anecogénica en segmentos II, VII, y VIII. Líquido libre en parietocolico derecho y Douglas.

El hematoma subcapsular hepático es una complicación descrita por Abercrombie en 1844 (4), cuya incidencia varía entre 1/45.000-

225.000 embarazos (5). Esta patología se suele asociar a gestaciones con preeclampsia grave o síndrome de HELLP. Los principales factores de riesgo de rotura de hematoma subcapsular son la edad (mayor de 30 años) y la multiparidad (4,6).

La fisiopatología se basa en una disfunción endotelial con depósitos de fibrina intravascular en los sinusoides y espacios periportales. Así, sucede una congestión vascular intrahepática distendiéndose la cápsula de Glisson, para finalmente desembocar en la formación de un hematoma subcapsular (4). El examen histológico de esta patología muestra áreas de parénquima alterado, con áreas de necrosis periportal y laceraciones, y áreas de parénquima normal (7). El desarrollo del hematoma y el tamaño de éste se relacionan sobre todo más con la plaquetopenia que con la alteración de las enzimas hepáticas (4). Típicamente esto sucedió en nuestro caso. La localización donde se sitúa el hematoma sub-capsular hepático es el lóbulo derecho en el 75% de los casos, el lóbulo izquierdo en el 11% de los casos y ambos lóbulos en el 4% de los casos (6,8). La clínica de este cuadro es inespecífica en sus manifestaciones. Suele debutar con síntomas gastrointestinales (nauseas, vómitos), y dolor en hipocondrio derecho siendo la epigastralgia el síntoma más común (6,7). Otras posibles manifestaciones clínicas son la hipoventilación en la auscultación de la base pulmonar derecha, disnea, ictericia y/o hepatomegalia (7,9). En nuestro caso, la paciente presentó dolor en hipocondrio derecho persistente e epigastrio.

Para llegar a su sospecha clínica debemos tener en cuenta en primer lugar los factores de riesgo ya que el 80% de los hematomas hepáticos subcapsulares ocurren en el curso de una preeclampsia (7). Por tanto, y sobre todo en el contexto de una paciente que sufre una preeclampsia o un síndrome de HELLP, el conjunto de síntomas inespecíficos anteriormente descritos debería sugerir la posibilidad de la existencia de un hematoma subcapsular.

Una posible complicación del hematoma sub-capsular puede ser la ruptura de éste a la cavidad peritoneal. Los datos clínicos que sugieren esta complicación son el dolor en cuadrante superior derecho, distensión abdominal, clínica de irritación peritoneal y en algunos casos, choque hipovolémico grave. La rotura del hematoma requiere la transfusión inmediata de hemoderivados (7) y la exploración quirúrgica.

La prueba de elección para el diagnóstico de esta complicación es el TAC con contraste. Otras pruebas de imagen como la RNM y la ecografía también pueden ser de ayuda. La angiografía selectiva es otra prueba complementaria que puede aportar información y además permite el tratamiento mediante embolización en pacientes seleccionadas.

El tratamiento de los hematomas subcapsulares hepáticos de pequeño tamaño e íntegros, en pacientes hemodinámicamente estables, es expectante, con vigilancia estrecha del estado general, control continuo de las constantes vitales y realización rigurosa de analíticas de control y pruebas complementarias de imagen (4,6). Si no existe rotura del hematoma, a consecuencia del volumen hemático secuestrado y aparece inestabilidad hemodinámica, las posibilidades terapéuticas varían entre la ligadura o embolización de la arteria hepática, agentes hemostáticos, taponamiento (packing) de la zona afecta mediante compresas, mallas o puntos hemostáticos en el hígado, productos hemostáticos e incluso lobectomía hepática (6). Si se produce la rotura del hematoma hepático con signos de hemorragia activa, la técnica más utilizada es el taponamiento con compresas de la zona afecta (3). Por tanto, la cirugía queda indicada en casos de inestabilidad hemodinámica, rotura del hematoma, anemia continuada, aumento del volumen o infección del hematoma (4).

El trasplante hepático es el último escalón terapéutico a considerar si ocurre falla hepática progresiva secundaria al daño hepático o la hemorragia hepática no se puede controlar por los métodos quirúrgicos habituales. En el caso de no disponer de hígado donante, se puede realizar hepatectomía con derivación porto-cava temporal realizándose el trasplante en un segundo tiempo con una fase antihepática de 48 horas (6,10). Otras opciones terapéuticas a valorar pueden ser la utilización del factor VIIa recombinante para la hemostasia hepática (5,11).

En el caso reportado, aunque el tamaño y la integridad del hematoma permitió inicialmente adoptar una conducta expectante, finalmente se decidió el drenaje debido al cuadro febril persistente, con rápida mejoría post evacuación.

**Conclusión:** La sospecha clínica, el diagnóstico rápido y un tratamiento multidisciplinar son esenciales para disminuir la morbimortalidad materna. Gracias a los avances científicos, en la actualidad las opciones de tratamiento varían entre la conducta expectante, la embolización de las arterias hepáticas o el tratamiento quirúrgico frente a inestabilidad hemodinámica, objetivación de persistencia de sangrado o incremento del dolor.

#### 0028 CUANTIFICACION DE LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS DE IMPORTANCIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

J VAZQUEZ(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1), E VEDOVATO(1), R ARIENTI(1), L SANTACRUZ(1), P VARGAS E GRANDO(1), D FIRPO(1)

(1) Santojanni.

**Objetivo:** Cuantificar la proporción de antecedentes clínicos y su naturaleza en pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva. Comparar entre distintos grupos de pacientes

**Material y métodos:** Trabajo retrospectivo, observacional, de corte transversal.

Se revisaron las HC de los últimos ingresos a terapia intensiva para conocer la presencia de antecedentes patológicos en los distintos grupos etáreos.

Los grupos fueron divididos en: p jóvenes (de 17- 40años), adultos (40-65 años) y > 65 años. La cuantificación se describe en proporción. Se utilizó el paquete estadístico, Statistix 7.0.

**Resultados:** Se estudiaron 382 pacientes. De estos, un total de 198 (0.52) fueron hombres, edad  $59.9 \pm 0.99$ , APACHE II  $18.2 \pm 6.7$ , SOFA  $5.68 \pm 0.15$ . p clínicos 176 (0.46)

Los antecedentes mas frecuentes son: HTA 166p (0.44) obesidad 150p (0.39), tabaquismo 120p (0.31), cardiopatía 112 (0.29) , y EPOC 88p (0.23). En los p < de 40 años 88p (0.23) predominó la obesidad 24p (0.27) y la DBT 16p (0.18). En el grupo de 40-65 190p (0.50) se destacan la HTA 86 (0.45), tabaquismo 80 (0.42), obesidad 78 (0.41) cardiopatía 48 (0.25), EPOC 40 (0.21). En la población > 65 años se destaca la HTA 80p (0.77), cardiopatía 64p (0.62), y el 3º lugar lo comparten EPOC, DBT y obesidad 48 (0.46). se destaca el antecedente de tabaquismo en la población adulta y anciana 112p (0.93) y la baja prevalencia en pacientes jóvenes 8p que a su vez presenta una elevada prevalencia de uso de drogas ilícitas

**Conclusiones:** En la muestra estudiada, se aprecia la importancia de trastornos metabólicos entre los pacientes jóvenes, mientras que la HTA y los trastornos ligados al tabaquismo son mas frecuentes en personas adultas y ancianas.

#### 0029 COLAPSO INSPIRATORIO DE LA VENA CAVA INFERIOR EN UN ENFERMO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.

J NUÑEZ(1), P KABLAN(1), E OSMAN(1), L MIGUELES(1), B VASSALLO(1), R MADRID(1), M CARBONI BISSO(1)

(1) San Antonio.

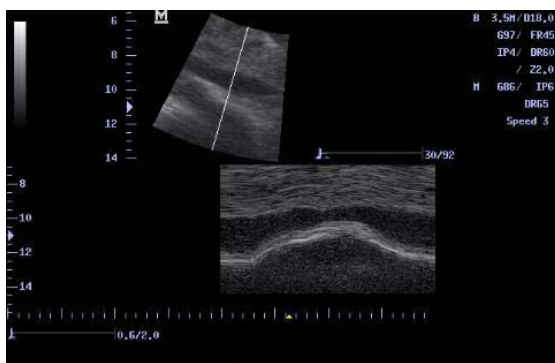
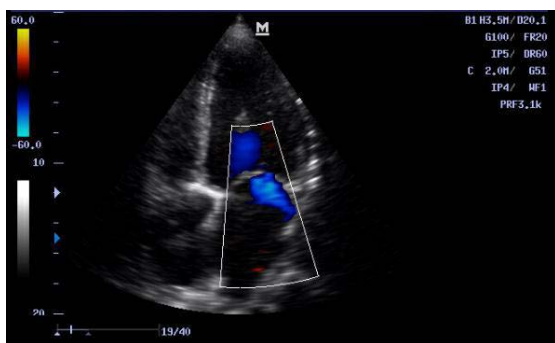
**Introducción:** Tanto el diámetro de la vena cava inferior (DVCi) como la variación ventilatoria del mismo (VDVCI) se postulan como predictores del aumento de volumen minuto cardíaco ante el aporte de fluidos. Se propone que la VDVCI es un mejor predictor dado que relaciona la variación de la presión intratorácica y su impacto en el sistema venoso.

**Presentación del caso:** Se trata de un varón de 65 años con antecedentes de tabaquismo e hipertensión arterial que ingresó al servicio de emergencias con disnea progresiva de 12 hs de evolución. Al ingreso el enfermo presentaba dificultad respiratoria en reposo con una frecuencia respiratoria de 40 respiraciones por minuto,



utilización de músculos accesorios junto a una saturación de oxígeno de 80%. Se auscultaban sibilancias y crepitantes bilaterales. Se encontraba sudoroso y pálido con las extremidades frías y una presión arterial de 140/100. Tras iniciar el tratamiento con oxígeno ingresó a la UCI donde se realizó un ecocardiograma que evidenció una miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo e insuficiencia mitral moderada a severa. En ese momento, con dificultad respiratoria y marcado esfuerzo inspiratorio, presentaba colapso de la vena cava inferior durante la inspiración. La radiografía de tórax mostraba infiltrados alveolointersticiales bilaterales con derrame pleural bilateral en la ecografía torácica. El enfermo recibió oxígeno, vasodilatadores y diuréticos con rápida mejoría del cuadro presentando tras el tratamiento una VDVI menor al 10%.

**Conclusión:** Nos impresiona que en este caso la presión intratorácica negativa secundaria al esfuerzo ventilatorio máximo que realizaba el enfermo impide utilizar este parámetro como indicador de la precarga del ventrículo derecho y el eventual efecto de la administración de fluidos y que como todo parámetro de precarga debe ser interpretado en el contexto clínico de cada enfermo.



### 0030 PREVALENCIA DE DISNATREMIA EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS A UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

J VAZQUEZ(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1), E VEDOVATO(1), R ARIENTI(1), L SANTACRUZ(1), P VARGAS E GRANDO(1), M ESTRIN(1)  
(1) Santojanni.

**Objetivo:** Cuantificar la prevalencia de disnatremias en pacientes críticos ingresados a una unidad de cuidados críticos. Cuantificar la prevalencia diferencial según sexo y edad, así como en patología clínica y quirúrgica.

**Material y métodos:** Trabajo retrospectivo, observacional, de corte transversal.

Se cuantifico la prevalencia de disnatremia al ingreso a UTIA de pacientes críticos, comparandose la mortalidad general y diferenciada por grupo etario y sexo.

Los datos cualitativos se expresan en numero entero y proporción, los datos cuantitativos se expresan como media  $\pm$  error estándar

Para la comparación se utilizo el test de proporciones y el test de Student. Se considero significativo un valor de  $p < 0.05$ .

La estadística se realizo con el paquete Statistix 7.0.

**Resultados:** Pacientes (p) ingresados: 382, hombres:222 (0.58), clínicos:176 (0.46) quirurgicos de urgencia: 134 (0.35) programados: 72 (0.19). Edad:  $53.9 \pm 0.99$  mortalidad: 120 (0.31).

Prevalencia de disnatremia: 112 (0.29) hiponatremia: 88 (0.23) hipernatremia: 24 (0.06) con una mortalidad de 20p (0.18) Normonatremia 270 p, mort: 100 (0.37) hiponatremia: hombres: 40 (0.46) mort: 6 (0.07) hipernatremia: hombres 16 (0.67) mort: 14 (0.58).

Prevalencia disnatremia en p jóvenes 32/88p (0.36) hiper 8p (0.09) hipo 24 (0.28) p adultos: 32/190p (0.17) hiper 8p (0.04) hipo 24 (0.13) p ancianos 48/104p (0.46) hiper 8p (0.08) hipo 40p (0.39). entre los jóvenes todos los fallecidos ingresaron normonatremicos, en los adultos fallecio el 0.75 de los hipernatrmicos y el 0.25 de los hiponatremicos, mientras que en los ancianos no hubo fallecidos entre los hiponatremicos, mientras que fallecio el 100% de los hipernatremicos.

**Conclusiones:** Se observa una > prevalencia de hiponatremia en mujeres, mientras que la hipernatremia ha sido mas común en hombres, siendo esta ultima una mayor predectora de mortalidad en pacientes adultos y ancianos.

### 0032 AISLAMIENTO DE PEDIOCOCCUS SPP EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) DURANTE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVR

J VAZQUEZ(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1), E VEDOVATO(1), D FIRPO(1), L SANTACRUZ(1), P VARGAS E GRANDO(1), M GILLI(1)  
(1) Santojanni.

**Objetivos:** Describir la aparición de la colonización por *Pedococcus spp* en p críticos.

**Material y métodos:** Trabajo prospectivo, observacional, de seguimiento. En el marco de la vigilancia epidemiológica del EVR llevado a cabo por espacio de 18 meses (entre 01/01/05 y 31/06/06) se decidió estudiar los hisopados anales que mostraban crecimiento de microbios Vancomicina-Resistentes no enterococo hasta el diagnostico de *Pedococcus spp*. La vigilancia consistió en la práctica del hisopado de todos los pacientes consecutivos ingresados a la unidad al ingreso y una vez a la semana hasta el alta del servicio. Se informan las características epidemiológicas de la población colonizada. Los datos de colonización se expresan en incidencia y prevalencia. En esta última se informa el Error estándar y el IC95%.

**Resultados:** Ingresaron un total de 612 pacientes. Se aisló *Pedococcus spp* en 18 pacientes, lo que representa una prevalencia de:  $2.94\% \pm 0.68\%$  con un IC95%: 1.6-4.2%. La incidencia de aparición de *Pedococcus spp* luego de la primer semana de internación fue de 3 p lo que corresponde al 0.49 %. Durante dicho periodo no se observo ningún caso de infección invasiva. Los datos generales de la población con *Pedococcus spp* fue: Edad:  $56.6 \pm 21.1$  años, Hombres: 11 p (61.1%) APACHE II:  $18.6 \pm 9.2$ , Días de internación previo al hisopado (+): 2.12 días, Md: 2 días, 3° Cuartil: 3.5 días, con un R: 0-6 días.

**Discusion:** *Pedococcus* es un germen Gram positivo emparentado con *Lactobacillus* y *Leuconostoc* con los que comparte la vancomicina-resistencia, y la disponibilidad en la industria alimenticia. Sin embargo a diferencia de aquellos, *Pedococcus spp* esta demostrando un creciente poder infeccioso de tipo oportunista al punto de haber sido señalado como responsable de cuadros de neumonitis, meningitis y sepsis entre otras. La evidencia de colonización en pacientes críticos podría preceder a la infección sistémica.

**Conclusiones:** 1. La colonización por *Pedococcus spp* en UTI es infrecuente pero no despreciable ya que podría tener implicancias epidemiológicas importantes.

2. No puede descartarse la posibilidad de que la colonización anal aumente el riesgo de infección invasiva.

### 0033 INTOXICACIÓN CON ORGANOFOSFORADOS EN PEDIATRÍA. CASO CLÍNICO

L BONI(1), E SAGARNAGA(1), Y FORTINI(1)  
(1) Federico Abete.

**Introducción:** Los compuestos organofosforados poseen un antídoto específico: las oximas. Un alto índice de sospecha clínica y el diagnóstico precoz son indispensables para instaurar el tratamiento oportuno.

**Presentación de Caso:** Se presenta el caso de una paciente de 3 años que ingresa a la guardia con deterioro agudo del estado de conciencia, mioclonías, pupilas mióticas, broncorrea y sialorrea. Al interrogatorio surge la posibilidad de ingesta accidental de insecticida ó de benzodiacepinas presentes en el domicilio.

Se realiza interconsulta al Centro Nacional de Intoxicaciones (CNI) del Hospital Alejandro Posadas enviando muestra en sangre y orina para dosaje de drogas ilícitas, colinesterasa sérica y eritrocitaria.

A las 3 horas de su ingreso la paciente evoluciona con episodio convulsivo tónico-clónico generalizado y deterioro del sensorio, ingresando a unidad de cuidados intensivos pediátricos para intubación orotraqueal. Se realiza electrocardiograma (ECG) observando un QTc prolongado (0.56 seg).

**Discusión:** Debido a la alta sospecha de intoxicación por organofosforado, se realiza prueba de atropina a 0.01 mg/kg/dosis con ausencia de cambios clínicos. Se interpreta como prueba positiva, comenzando goteo de atropina a 0,08 mg/kg/hora. A las 2 horas se observa reversión de los síntomas y normalización del trazado de ECG (QTc 0.4 seg). Se recibe dosaje de acetilcolinesterasa plasmática en 3585 U/l (valor normal: 5300-12900 U/l) y eritrocitaria 978 U/l (valor normal: 7900-12000 U/l). Con estos resultados obtenidos a las 6 horas de su ingreso, se indica tratamiento con antídoto específico: pralidoxima dosis de carga a 8mg/kg/dosis y mantenimiento 4mg/kg/dosis cada 6 horas durante 24 horas. Los padres traen frasco de insecticida organofosforado (Hortal® - Clorpirifos) vacío hallado en sitio de juego de la niña.

Se realiza a las 48 horas nuevo dosaje de colinesterasa sérica 7805 U/l y eritrocitaria 3441 U/l.

Evoluciona favorablemente con desaparición de los síntomas. Se otorga egreso hospitalario al quinto día de internación. Se indica control ambulatorio a las tres semanas en CNI Posadas por persistencia de bajos niveles de colinesterasa eritrocitaria.

**Conclusión:** Los organofosforados se asocian a intoxicaciones accidentales en niños. Es importante alertar a padres y cuidadores sobre peligros y medidas preventivas de las sustancias tóxicas de uso común en el hogar.

### 0035 NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR

A FELDMAN(1), N GUMILA(1), D VARELA(1), M LOMPIZANO(1), C PINO(1), J YALOSQUE(1), R ALVARADO(1), V NUNES(1), A PERAZZI(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

**Introducción:** Las tasas de neumonía asociada al respirador (NAR) es un indicador muy importante de calidad en UTI

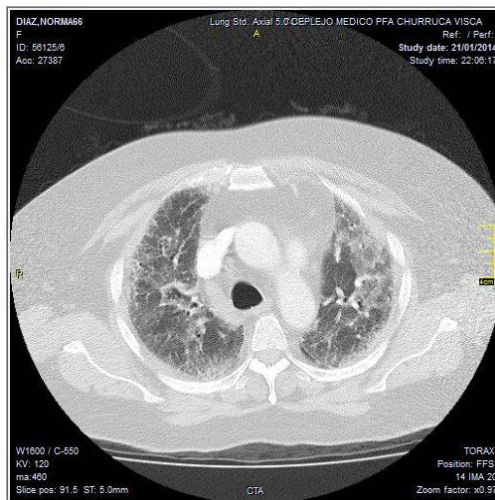
**Objetivo:** Evaluar la epidemiología de los pacientes ventilador, la tasa de NAR, gérmenes más frecuentes y outcome.

**Material y metodos:** Estudio descriptivo prospectivo observacional de pacientes ingresados a UTI que requirieron ARM desde el 1/01/2014 hasta el 1/04/2015. 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 682 pacientes, 311 (46 %) requirieron ARM (46 %) por más de 24 hs. La edad fue de 56±16 y el 62 % eran hombres. El APACHE II 19±8 con un riesgo de mortalidad del 59 %. De los pacientes en ARM 40 % eran post-quirúrgicos y 60% clínicos.

SOFA 12±3. La densidad de incidencia de NAR fue de 19 episodios c/ 1000 días ARM, 25% Pseudomona, 20 % Acinetobacterbaumannii 20%, Stafilococo aureus 20%, klebsiella 12 %, Proteus mirabilis 5.7%, neumococo 5.7%, Providencia stuarti 2.8%, enterobacter cloacae 2.8%, E.Coli 2.8%, Stenotrofomona maltophila 2.8%. Los días de ARM 18 [5-19], los de estadía 19 [4-23], la mortalidad fue del 57%.

**Conclusion:** La tasa de utilización de ARM y de NAR fue parecida a la media nacional. 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.



### 0036 FISTULA CAROTIDA CAVERNOSA DE ALTO FLUJO

ME VALDEZ(1), V PUJOL(1), G GALINDEZ(1), G BONFANTI(1), J POLLINI(1), M BORRONI(1), M PARLATORE(1), J CASTAGNINO(1)  
(1) Sanatorio De La Providencia.

**Introducción:** La fístula carótida cavernosa (FCC) es una comunicación anormal que permite el pasaje de sangre arterial, proveniente de la arteria carótida interna o externa, en el seno cavernoso. Su mayor prevalencia se da en varones jóvenes; vinculados entre un 75-80% a antecedentes de TEC previo.

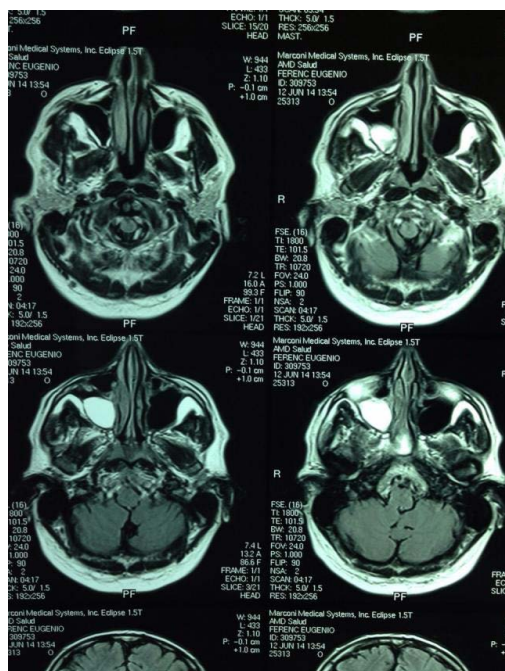
**Presentación del caso:** Paciente masculino de 54 años, antecedentes de HTA, y TEC leve por accidente de tránsito consultó por diplopía súbita de 24 hs de evolución en ojo derecho, se realizó TAC de cerebro sin contraste y órbita que revela, fractura lineal escama del temporal, HSD laminar derecho con efecto de masa y velamiento del seno esfenoidal derecho, RMN cerebral sin contraste, identificó ocupación total del seno esfenoidal por material hiperintenso en T1 y T2 con compromiso hacia cavidad ocular derecha; y lesiones

de aspecto polipoides en seno maxilar derecho. Fue evaluado por neurocirugía, oftalmología y otorrinolaringología, sin conducta activa y control por ambulatorio.

Consulta a los tres meses por ojo rojo doloroso, exoftalmos y compromiso del VI Par derecho, proptosis derecha, inyección conjuntiva, edema periorbitario, soplo. Se realizó angiografía digital intra y extracraneal que confirmó el diagnóstico de Fistula carótida cavernosa de alto flujo (tipo A de Barrow) + embolización, con buena evolución clínica. Seguimiento ambulatorio, con lenta remisión de los signos y síntomas.

**Discusión:** Según la clasificación angiografía (Barrow) se define a la FCC tipo A como una comunicación anormal de alto flujo. La presentación clásica de las mismas se compone de exoftalmos, quejosis, y diplopía (Triada de Dandy) siendo menos frecuente el dolor ocular y la disfunción trigeminal. La angiografía no solo caracteriza las lesiones sino que permite planear la estrategia terapéutica.

**Conclusión:** La FCC es una patología infrecuente, con un espectro amplio de diagnósticos diferenciales y asociada a graves lesiones oculares si el diagnóstico es tardío. El tratamiento endovascular mediante embolización continua siendo de elección en el tratamiento.



### 0037 VENTILACIÓN EN APNEA DURANTE LA UTILIZACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA DE OXIGENACIÓN (ECMO)

I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), NM CIARROCCHI(2), JM DIANTI(2), M LAS HERAS(2), SE GIANNASI(2), E SAN ROMÁN(2)

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

En la actualidad es posible utilizar la ECMO para resección de tumores primarios de la vía aérea. La complicación más temida de dicha cirugía es la dehiscencia de la anastomosis, por lo que la implementación de una ventilación en apnea limitaría la presión en la vía aérea disminuyendo dicha complicación.

**Caso clínico:** Paciente de 44 años con diagnóstico de carcinoma adenoide quístico de tercio inferior de carina, con compromiso de ambos bronquios y estenosis mayor al 50% de la luz bronquial derecha. Se colocó stent bronquial por neumonía post-obstructiva. Se realizó neumonectomía derecha, resección carinal, anastomosis traqueo-bronquial izquierda. Se colocó ECMO veno-arterial femoro-femoral, y finalizado el procedimiento se roto veno-veno yugulo-femoral.

En el postoperatorio se instauró sedación profunda, bloqueo neuromuscular, y conexión a ARM limitando la presión de fin de espiración a 5 cmH<sub>2</sub>O, y una presión inspirada sobre PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O, obteniendo volumen corriente de 57 ml. Se realizaron fibrobronoscopías para un adecuado clearance de secreciones. Evolucionó hemodinámicamente estable, con disminución del requerimiento de drogas vasoactivas. Se mantuvo ventilación en apnea por 6 días, retirando el ECMO al 9° día. No se evidenciaron complicaciones durante dicha estrategia.

**Conclusión:** La ventilación en apnea durante ECMO en el postoperatorio de resección carinal fue implementada con el fin de limitar la presión en la vía aérea para disminuir el riesgo de dehiscencia de la anastomosis. Dicha estrategia se pudo implementar por 6 días, permaneciendo hemodinámicamente estable, sin presentar complicaciones.

### 0038 MARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA: PROCALCITONINA Y PRESEPSINA. DATOS PRELIMINARES

S DER PARSEHIAN(1), R NIETO(1), V NANTES(1), F GOLINELLI(1), M NADAL(1), A TOVO(1), M CERVETTO(1), M ORTIZ DE ZÁRATE(1), M VILLAFÁNE(1), AL BERTONE(1), L BOTTO(1), C SOLANA(1)

(1) Materno Infantil Ramón Sardá.

La sepsis neonatal contribuye a la morbimortalidad en este grupo etario, alcanzando valores del 3 al 50% de mortalidad en algunas series. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de esta patología es esencial.

**Objetivo:** Determinar los valores de corte de Procalcitonina(PCT) y Presepsina (Presep) como predictores de sepsis neonatal tardía. Diseño del estudio: estudio de cohorte prospectivo.

Población: neonatos con sospecha de sepsis tardía, nacidos entre el 1 de febrero al 30 de agosto de 2014 en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Criterios de inclusión: todos los neonatos con sospecha de sepsis bacteriana luego de las 72 hs de vida durante toda su internación y hasta las 4 semanas luego del alta hospitalaria, a quienes se les realizaron hemocultivos, se los medicó con antibióticos y cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: neonatos con malformaciones congénitas quirúrgicas, síndromes genéticos

**Material y Métodos:** Se realizaron hemogramas con recuento total de neutrófilos e índice neutrófilos inmaduros/totales, plaquetas, hemocultivos por 2 y determinaciones de PROCALCITONINA (PCT) Y PRESEPSINA (PRESEP) dentro de las 24 hs de sospechada la sepsis. La PCT se cuantificó utilizando un ensayo tipo sandwich con detección final por fluorescencia (ELFA) en equipo auto-



matizado Vidas® con reactivos de marca Biomerieux® (rango de medida: 0,05-200 ng/mL)

La PRESEPSINA se midió por un método de enzimoimmunoensayo de quimioluminiscencia utilizando un inmunoanálizador automatizado PATHFAST® (Mitsubishi Chemical Medicine Corporation, Tokyo, Japan).

#### Resultados:

	SEPSIS NO (n:68)	SEPSIS SI (n:32)	p
PCT	2.05ng/ml (IC 0.14-200)	7.26 ng/ml(IC 3.99-200)	<0.05

	SEPSIS NO (n:17)	SEPSIS SI (n:11)	p
PRESEPSINA	493 pg/ml (IC 107-1327)	1252 pg/ml (1151-2019)	< 0.01

**PROCALCITONINA.** Valor de corte: 2.42 ng/ml. Área Bajo la Curva 0,83. Sensibilidad 78,13 %. Especificidad 80,88 %

**PRESEPSINA:** Valor de corte de 762 ng/ml. Área Bajo la Curva 0,81. Sensibilidad: 80%. Especificidad 76 % .

**Conclusiones:** Los cut off de la PCT y Presepsina en una población de recién nacidos con sospecha de sepsis fueron de 2.42 ng/ml y de 762 ng/ml respectivamente. Debido a que la determinación de presepsina se realizó sólo en una proporción del total de la cohorte sería necesario aumentar el tamaño muestral para confirmar los valores obtenidos.

#### 0040 HALLAZGOS EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN UTI

A FELDMAN(1), D VARELA(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), G SIBILA(1), C POZO(1), V NUNES(1), P REVELCHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

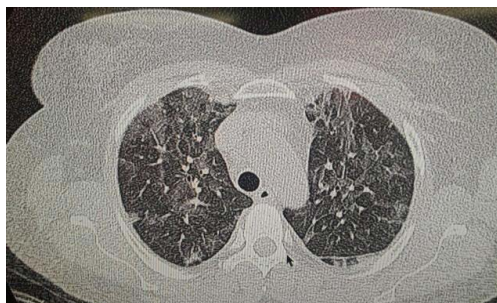
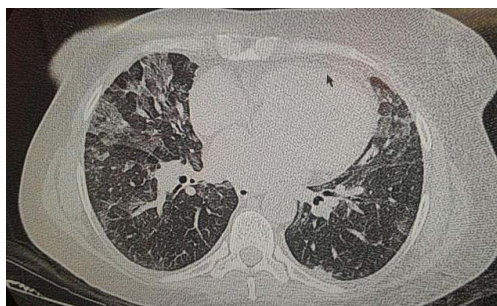
**Introducción:** En determinadas enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), el estudio del lavado broncoalveolar (BAL) define patrones típicos de cada enfermedad y tiene valor como apoyo al diagnóstico.

**Objetivo:** El objetivo del trabajo es realizar un análisis descriptivo de los hallazgos del estudio citológico en el BAL efectuado a pacientes con las EPID más frecuente en nuestro medio, a fin de valorar su utilidad diagnóstica.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional de 30 pacientes con EPID desde 12/01/2013 hasta 1/02/2015. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: demográficos (sexo y edad), antecedentes personales (factores de exposición laboral y/o doméstica, hábito tabáquico, enfermedad de base, tratamientos previos), datos clinicorradiológicos (síntomas, radiografía de tórax, tomografía computarizada y/o TACAR), datos analíticos (hemograma, enzima conversiva de la angiotensina, complemento, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-ADN, anticuerpos antimembrana basal), gasometría arterial, análisis citológico y microbiológico del fluido del BAL, hallazgos en la BTB o en la biopsia pulmonar y diagnóstico definitivo. Se realizó BAL y se determinó la concentración celular. Se consideró normal todo fluido de BAL con los siguientes límites en la distribución celular: 80-90% de macrófagos alveolares, 15% de linfocitos, 3% de neutrófilos y 1% de eosinófilos.

**Resultados:** La edad media de los pacientes 63±14 años y el 53% eran mujeres. Se estudiaron las siguientes enfermedades: fibrosis pulmonar idiopática (n=4), neumonía intersticial no específica (n=4) y neumonía organizada criptogénica (n=4). Enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades del colágeno (EPID-EC) (n=18). Las enfermedades del colágeno más frecuentes fueron: lupus (n=5), artritis reumatoide (n=5), esclerosis sistémica progresiva (n=3), enfermedad mixta del tejido conectivo (n=3), polimiositis/dermatomiositis (n=2).

**Conclusiones:** Los parámetros del BAL, junto a los datos clinicorradiológicos, ayudan a discriminar entre las EPID. Por lo tanto, debe considerarse una técnica de gran utilidad en el manejo clínico, sobre todo cuando la biopsia pulmonar no resulta diagnóstica o no es posible realizarla.



#### 0041 PATOLOGÍA INUSUAL, MIOCARDIOPATÍA EN PUERPERIO INMEDIATO EN PRIMIGESTA DE 16 AÑOS, EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO.

B FERNANDEZ(1), A TAMAYO(1), M WILCHES(1), J MORALES(1), J ALBARRACIN(2), G RODRIGUEZ(2), W VIDETTA(2), Y MELGAR(2)

(1) Hospital Municipal Eva Peron De Merlo. (2) Hospital Eva Peron De Merlo.

La miocardiopatía periparto es una forma de miocardiopatía dilatada que afecta a mujeres en edad fértil, mayores de 30 años, su importancia radica en que puede tener un pronóstico potencialmente fatal tanto para el feto como para la madre, siendo más frecuentes en multiparas, embarazo gemelar y toxemia gravídica, etc, consiste en el desarrollo de insuficiencia cardíaca entre el último trimestre del embarazo y los 5 primeros meses del puerperio, en ausencia de una causa demostrable de disfunción sistólica ventricular y de enfermedad cardíaca previa, su incidencia se estima 1/3000 - 1/15000 gestaciones, presenta una alta mortalidad, en nuestro servicio representa el 1er caso en los últimos 7 años, La rareza del cuadro, su potencial gravedad, así como su posible asociación con preeclampsia, nos han llevado a presentar el siguiente caso clínico. presentación de caso clínico: Paciente de 16 años de edad, sin AP, primigesta ingresa derivada del hospital zonal Chutro, con diagnóstico de POI de cesárea segmentaria por embarazo de 36 semanas, embarazo mal controlado, Disnea, ortopnea de 1 sem de evol, complicado con eclampsia( registros de hipertensión de 1 sem de evol+ edema 6/6 y al ingreso proteinuria +++) decide cesárea inmediata, obteniendo producto masculino vivo de 4120g, se realiza carga de sto de Mg, controla HTA con labetalol, evol - HTA, D CF III-IV, epigastralgia, vómitos gastrobiliosos. es derivada a nuestro servicio en puerperio inmediato de 4 hrs de evolución, al ingreso con TA170/110 mm Hg, sobrepeso ligero, taquipnea, ingurgitación yugular, auscultación cardíaca con ritmo de galope, auscultación pulmonar con crepitantes hasta campos medios y edemas maleolares, lab: hto:33%, GB:16400, glu: 81, TP 100%, u:25, creat: 0.93, plaq: 187000 SVC 71, RX: IC mayor a 0.5 con redistribución vascular. ECG: se apreciaba taquicardia sinusal a 130 lpm, sin otras alteraciones, Se realizó ecocardiograma: VI: dilatado con FEY 35%-45%, hipoquinesia septal, no se objetivaron valvulopatías, derrame pericárdico ni otros hallazgos. Se estableció el diagnóstico de insufi-

ciencia cardíaca y de pre-eclampsia leve asociada, requiero VNI de 8-3 con buena tolerancia, nitritos, diuréticos, titula b-bloqueantes, restricción hídrica, analgesia. se realiza ecocardiografía control FEV 40-45%, pte evol estable pasa CM.

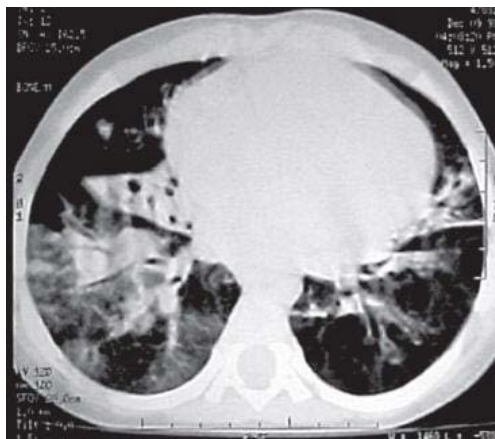
#### 0042 NEUMONIA EOSINOFÍLICA EN TERAPIA INTENSIVA

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

**Introducción:** Se presenta una neumonía grave de la comunidad que no responde al tratamiento habitual y que progresa a distres respiratorio agudo. La neumonía eosinofílica aguda (NEA) es una entidad, que mejora con corticoides sistémicos.

**Caso clínico:** Mujer de 22 años que se internó por fiebre, tos seca y disnea de 3 días de evolución. El examen físico mostró frecuencia cardíaca de 100 lat/min, frecuencia respiratoria de 24 resp/min, T° 38° C y TA de 110/70. La Sat Hb O2 era de 87%. Presentaba estertores crepitantes bibasales. El laboratorio de mostró: glóbulos blancos de 18.800/mm<sup>3</sup> con 91% de neutrófilos, 4% de eosinófilos y 5% de linfocitos; acidosis metabólica con hipoxemia. La radiografía de tórax mostró infiltrados alveolo-intersticiales bibasales. Inició tratamiento con ampicilina sulbactam, claritromicina. A las 24 hs presentó insuficiencia respiratoria progresiva por lo que requirió intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Hubo extensión del infiltrado alveolo-intersticial en forma difusa y vidrio esmerilado. Se realizó aspirado traqueal negativo para gérmenes comunes y para BAAR. Serología para chlamydia, mycoplasma, citomegalovirus (IgM e IgG) y HIV (ELISA) resultaron negativas. Al quinto día de ingreso se evidenció eosinofilia periférica (glóbulos blancos: 12.600, eosinófilos: 18%). Se realizó toracotomía con toma de biopsia que evidenció daño alveolar difuso asociado a infiltración eosinofílica intersticial y alveolar compatible con neumonía eosinofílica aguda. Comenzó con metilprednisolona 1G por 3 días y luego prednisona 60 mg/d. Evolucionó favorablemente y fue extubada a las 48 hs de iniciado el tratamiento con esteroides.

**Conclusiones:** La importancia de esta entidad radica en que a diferencia de otros cuadros de eosinofilia pulmonar, produce un fallo respiratorio agudo que es reversible con el tratamiento y que para su diagnóstico, es necesario realizar precozmente procedimientos invasivos, ya que debido a la ausencia de eosinofilia periférica, el índice de sospecha inicial es bajo, por lo que comúnmente es considerada una neumonía grave de la comunidad. En los pacientes con neumonía que no resuelve, se debe hacer procedimientos invasivos y descartar tanto las causas infecciosas y no infecciosas.



#### 0043 A PROPOSITO DE UN CASO: ACV ISQUEMICO Y DISECCION VERTEBRAL

E SIMES(1), S MERCADO(1)  
(1) Incor.

**Introducción:** la disección de las arterias vertebrales son una causa poco común de accidente cerebrovascular, puede ser traumática o espontánea.

**Caso Clínico:** paciente de 32 años de edad sin antecedentes patológicos, refiere haber presentado traumatismo con caída de su propia altura tres días anteriores al comienzo de los síntomas. Ingresó a UTI por presentar vértigo, imposibilidad de la marcha de 48 horas de evolución, a lo que se suma trastorno deglutorio y hemianopsia en las últimas 12 horas. Se realizó TAC de cerebro donde se observan varias lesiones isquémicas en territorio posterior. RMN de compatible con lesiones isquémicas en cerebelo, tronco y territorio occipital de cerebro. Angioresonancia: estrechamiento de la luz de la arteria vertebral. Angiografía digital: se observa oclusión completa de la arteria vertebral derecha con signos de disección de la misma y estenosis con reducción de la luz de la arteria vertebral izquierda. A los seis días de internación se inicia anticoagulación con heparina endovenosa y pasa a sala común con sustancial mejoría clínica.

**Conclusiones:** una causa frecuente de disección vertebral es la traumática, especialmente en pacientes jóvenes. Siendo de fundamental importancia la sospecha clínica para el diagnóstico y tratamiento.



#### 0044 ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS UTILIZANDO LOS SCORES TIMI Y GRACE

LGC OJEDA CASTILLO(1), SA SÁNCHEZ BOGARÍN(1), S ESCOBAR(1), R DIAZ(1), C ORTIZ OVELAR(1), JG DAVALOS AGUIRRE(1), G GAMARRA(1), M CASTILLO(1), G OVIEDO(1), A NOGUERA(1)

(1) Ips-central.

**Introducción:** La estratificación de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo es un tema de continua evolución, donde la importancia de conocer los niveles de riesgos de los pacientes es fundamental para la toma de decisiones terapéuticas.

**Objetivo:** Estratificar el riesgo de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo utilizando los scores TIMI y GRACE en el Servicio de Unidad Coronaria del Instituto de Previsión Social, en el periodo de Enero a Diciembre del 2014.

**Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y de corte transversal. Efectuando un censo de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo ingresados en la unidad coronaria.

**Resultados:** De 198 pacientes, 109 fueron SCACEST y 89 SCASEST. En el SCACEST un gran porcentaje presentó score TIMI y GRACE alto 41% y 51% respectivamente, así como el IAM en los SCASEST 61% y 55% respectivamente, diferenciándose la AI con un TIMI de riesgo alto del 14% y un GRACE de riesgo alto de solo 1%. El 78% de los pacientes fueron de sexo masculino con edad media de 68±10 en SCASEST y 64±12 en SCACEST. El 20,24% ingresaron con AI y 79,7% con IAM en los SCASEST. Corresponden a un score de riesgo alto el 67,75% del TIMI y 56,51% del GRACE de los SCASEST, así como 45,45% del TIMI y el 56,51% del GRACE del SCACEST. En el SCASEST, la mediana fue de 147 para el Score GRACE y de 5 para el Score de TIMI. En el SCACEST, la mediana fue de 142 para el Score GRACE y de 8 para el Score TIMI. En relación a la terapéutica y la estratificación del riesgo de los SCASEST/SCACEST, el 50,7% de los pacientes con riesgo alto según el score TIMI/GRACE se revascularizaron dentro de las 24 hs. La mortalidad se presentó en los scores de alto riesgo, con el 9% en los SCASEST y 12% en SCACEST.

**Conclusión:** Se ha presentado para los SCASEST y los SCACEST pacientes con riesgo alto para ambos scores. Sin embargo, en la AI se ha detectado diferencias, un alto TIMI y un bajo GRACE, del grupo de los SCASEST.

#### 0045 FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA POR COMPLICACION DE CUERPO EXTRAÑO (HUESO DE POLLO) EN PACIENTE ADULTO

J MORALES(1), A TAMAYO(1), G RODRIQUEZ(1), W VIDETTA(1), J ALBARRACIN(1), B FERNANDEZ(1), M WILCHES(1), F CARVAJAL(1)

(1) Eva Peron De Merlo.

**Introducción:** La ingestión de cuerpos extraños (CE) constituye la segunda causa de urgencia endoscópica, siendo los niños la población más afectada (80% del total).

Entre los adultos, la incidencia es mayor en grupos con retraso mental, alteraciones psiquiátricas y reclusas.

La presencia de disfonía, disfagia, odinofagia o sialorrea supone que el CE permanece alojado en la luz del tracto digestivo, al menos en el 80% de los casos la fiebre sugieren la existencia de una perforación. En cuanto a la localización, el dolor cervical o faríngeo sugiere que el CE enclavado alojado en el esfago cervical.

**Cuadro clínico:** Paciente femenina de 28 años de edad que ingresa por presentar odinofagia acompañado fiebre, malestar general antecedentes de días anteriores ingestión de hueso de pollo.

Rx columna cervical = enfisema pre vertebral.

TAC CERVICAL : aire retro faríngeo pre vertebral.

Interpretado como ABSCESO CERVICAL.

Se realiza cervicotomía derecha, drenaje del absceso y extracción del CE ( hueso de pollo de 5 cm ) deja drenaje , rafia de esfago.

Paciente con mala evolución se realiza a las 24hrs intercorre con broncoespasmo severo por lo que pasa a UTI con diagnóstico SEPSIS A PARTES BLANDAS + CELULITIS RETROFARINGEA

con TAC Cervical y Torax = Neumo Pericardio , Neumo Mediastino, derrame Pleural Bilateral evolucionando signos de SHOCK por lo que se realiza toracotomía derecha, ventana pericárdica, drenaje mediastino posterior derecho y toracotomía con ventana pleuro mediastinica izquierda.

Evoluciona con inestabilidad hemodinamica que requiere IOT-ARM, inotropicos , ATB, FBC se observa fistula T-E a 8 cm de la cuerdas vocales.

**Discusión:** Aunque la ingesta de cuerpos extraños un problema común, la mayoría de los objetos pasan por tubo digestivo sin problemas; tan sólo en 1% de los casos se pueden producir complicaciones, como un abdomen agudo por perforación intestinal, de ahí la rareza y singularidad de este caso.

La perforación puede ocurrir en cualquier tramo del tubo gastrointestinal, pero generalmente sucede en las zonas de angulación o luz estrecha como píloro o íleon distal.

**Conclusiones:** Un interrogatorio y una exploración física detallada, son fundamentales para el diagnóstico de cuerpo extraño. En la vía digestiva se debe realizar una broncoscopia o endoscopia para descartar CE.

#### 0047 EVALUACIÓN DEL HEPATOGRAMA AL INGRESO Y A LAS 48HS EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES SÉPTICOS.

MC CARCEDO(1), B ABRAMOR(1), G ARANA(2), R GARCIA TURIELLA(2), I SERPA(2)

(1) Hospital Italiano Garibaldi De Rosario/iunir. (2) Iunir.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad del hepatograma como predictor de evolución de sepsis en pacientes internados en una unidad de Terapia Intensiva.

**Diseño:** Estudio descriptivo de cohorte. Se incluirán todos los pacientes que ingresen al servicio de Terapia Intensiva en un periodo de tiempo de 19 meses, que presenten signos de sepsis. De estos se descartará todos aquellos pacientes que presenten antecedentes de enfermedad hepática, aguda o crónica, o que a las 48hs no se les pueda repetir la evaluación de laboratorio.

**Procedimientos:** Se les solicitarán pruebas bioquímicas básicas para evaluar la función hepática (Bilirrubinemia, CHE, GOT, GTP, FAL), no se incluirán aquellas cuyos resultados pudieran verse alterados por el tratamiento. A todos aquellos pacientes que no sean dados de alta o fallezcan antes de cumplir las 48hs desde la primera determinación se les repetirán las mismas pruebas. Se tomará como valor alterado significativo la elevación de las determinación por encima del doble del valor basal considerado normal en el Laboratorio Central Del Hospital Italiano "Garibaldi" de Rosario.

Valores alterados					
Bt	Bd	GOT	GTP	FAL	CHE
>=2mg/dl	>=0,6 mg/dl	>=74 U/l	>=82 U/l	>=540 U/l	<=2000 U/l

Bt: Bilirrubina total, Bd: Bilirrubina directa, GOT: Transaminasa glutámico oxalacética, TGP: Transaminasa glutámico pirúvica, FAL: Fosfatasa alcalina, CHE: Colinesterasa.

El análisis estadístico fue realizado mediante SPSS versión 18.

**Resultados:** Se estudiaron 57 pacientes:

- 52,63% fueron mujeres.
- En el 47,37% se observó un foco infeccioso de origen respiratorio.
- 57,89% presentó alteración de la colinesterasa en el primer día.
- A las 48hs. 63,16% presentó alteración de la CHE.
- 54, 39% obitó.
- 59,65% presentó falla hemodinámica.



- Se observó correlación entre la alteración de la bilirrubina directa en el primer día y el número de fallas orgánicas ( $p=0,034$ )
- Hubo correlación significativa entre la incidencia de falla renal y la alteración de las transaminasas en el primer día ( $p=0,041$ ).
- No hubo correlación entre alteraciones del hepatograma, la duración de la internación o los óbitos

**Conclusión:** La alteración de la bilirrubina directa en el primer día se correlacionó con la aparición de mayor número de fallas orgánicas. La alteración de las transaminasas en el primer día se asoció a mayor incidencia de falla renal. No se observó relación con la cantidad de días de internación o el número de óbitos. Por lo tanto la determinación del hepatograma no resulta la herramienta más apropiada para estimar la evolución del paciente, pero si con el riesgo de presentar otras fallas orgánicas, particularmente renal.

#### 0048 PRESENTACIÓN DE UN CASO: SÍNDROME DE SUSAC. INTERVENCIÓN KINÉSICA.

V SOLANO(1), D ABREU(1), M GÓMEZ(1), A MARTÍNEZ(1), N ALLARÍA(1), E SALADINO(1), R BULLÓ(1), S SAPERE(1), M ALONSO(1), M SANTINI(1)  
(1) Clínica Pasteur.

**Introducción:** El Síndrome Susac (SS) es una enfermedad poco común, causado por la oclusión autoinmune de microvasos en el cerebro, la retina y el oído interno que conducen a una tríada clínica caracterizada por encefalopatía, trastornos visuales y pérdida de la audición.

Presentamos una paciente de 20 años de edad con la tríada predicha a la que se diagnostica SS. Dada la rareza de este síndrome, con sólo 304 casos reportados en la literatura mundial, decidimos presentar el caso.

**Presentación del caso:** En enero de 2015 ingresa una paciente con sospecha de enfermedad desmielinizante para estudio. Presenta Glasgow 10/15, hipoacusia bilateral, pérdida de la agudeza visual, debilidad generalizada y pérdida de control de cabeza y tronco. Se interconsulta con Neurología, que sospecha SS. Durante uno de los estudios la paciente intercorre con shock anafiláctico, siendo necesaria la derivación a UTI con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y vasoactivos. Se confirma el diagnóstico de SS. Durante la internación en UTI se realiza movilización precoz y conducta agresiva para desvincularla de AVM lo que se logra 10 días después de instalada la misma.

Finalizado el destete exitoso se intensifica el tratamiento motor, abordando las secuelas neurológicas: hipotonía generalizada, pobre control del eje y trastornos deglutorios.

Tras 5 días de tratamiento con gammaglobulinas pasa a sala general donde continúa con rehabilitación motora hasta la derivación a su ciudad de origen.

**Discusión:** El SS es una rara enfermedad. La presentación de esta entidad puede variar en el predominio de sus componentes sintomáticos. Esta paciente presentó la tríada completa sumada a la necesidad de AVM requiriendo intensa actividad kinésica. No hay literatura que describa el abordaje de rehabilitación de las posibles secuelas motrices que la evolución de esta enfermedad podría presentar.

**Conclusión:** Se trata de una propuesta de tratamiento Kinésico en una entidad poco frecuente y con presentaciones clínicas diversas como es el SS. Sin haber encontrado literatura relacionada a la rehabilitación en este síndrome, la misma fue desarrollada en esta paciente por sus características típicas de cuadro encefalopático. Se requiere más literatura para poder generar una línea de tratamiento adecuada a este tipo de patología.

#### 0049 TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAVE EN PACIENTE OBSTETRICA

PA JUAREZ(1), MN LLANOS(1), CM ROLDAN(1)  
(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

**Introducción:** El traumatismo mayor de la embarazada ocurre en el 8-10% de las gestantes con una mortalidad de 46%. Accidental o intencional, sus mecanismos más frecuentes son: accidente vehiculo motor (49%), caídas (25%), y quemaduras (1%).

Los cambios fisiológicos del embarazo hacen que el manejo del trauma en estas pacientes difiera en aspectos que pueden resultar en la diferencia de la sobrevivencia o no, del binomio madre-hijo.

**Presentación del caso:** Paciente de 19 años, secundigesta, embarazo de 24 semanas, ingresa a la unidad de terapia intensiva obstétrica por accidente en moto, con Glasgow 7/15, TEC grave y politraumatismo con fractura de muñeca izquierda. Se inició ARM bajo analgo-sedación. TAC cerebral: HSA, hundimiento frontal izquierdo, fractura de orbita con fragmentos óseos en el espacio retroocular, fistula de LCR. Se realiza neurocirugía con toilette quirúrgica y plástica de la duramadre.

Se instauro, antibioterapia, anticomiciales, monitoreo de EEG, alimentación enteral, maduración pulmonar Fetal y monitoreo vitalidad fetal 3 veces al día. Permaneció en ARM con episodios de excitación psicomotriz que retrasan weaning, se administra Haloperidol Y Levomepromazina, lográndose extubación en el día 10.

Control luego del alta, con 30 semanas de edad gestacional, Lucida OTEYP, ptosis palpebral izquierda. Vitalidad fetal conservada, Doppler fetal óptimo y ganancia de peso fetal. La paciente llega al final de su embarazo y nace un varón de 2700 g por parto eutócico, q hasta la actualidad evoluciona favorablemente.

**Discusión:** Este es uno de los pocos casos reportados sobre ventilación y embarazo. Apoyamos la no interrupción de la gestación, debido a la estabilidad hemodinámica de la paciente y edad gestacional al límite de la viabilidad fetal.

**Conclusión:** El manejo inicial de la paciente embarazada traumatizada debe estar encaminado a la atención materna y bajo el precepto "En el trauma materno la terapia inicial adecuada y efectiva a la madre es la mejor forma de reanimar al feto". Es importante la referencia a un centro con la capacidad para la atención obstétrica y neonatal, además de ser centro de trauma.

#### 0051 RABDOMIOLISIS E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR CONSUMO DE COCAÍNA A PROPÓSITO DE UN CASO

C CEREZO(1), S ALBANESE(1), R AVILA(1)  
(1) Cullen.

**Introducción:** La rabdomiólisis es un síndrome clínico letal, que resulta de la necrosis de las fibras musculares con pasaje de sus componentes a la circulación pudiendo desencadenar insuficiencia renal aguda; en los consumidores de cocaína dicha complicación asociada aparece en un 24 a 30%; el mecanismo de producción de la misma es poco claro y se explicaría por: 1) Toxicidad directa de la cocaína sobre los miocitos y 2) Isquemia muscular secundaria por vasoconstricción debida al bloqueo de la recaptación presináptica de dopamina y noradrenalina.

**Presentación del caso clínico:** Paciente de 32 años que ingresa con depresión del sensorio por intoxicación por drogas, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Se realiza TAC cerebral, ecografía abdominal, renal, ecocardiografía y laboratorio todos los resultados normales, tóxicos en orina (+) para cocaína y benzodicepinas. A las 8 horas del ingreso presenta oligoanuria, urea y creatinina normales, con incremento de CPK (ingreso 400 U/L luego 7.000U/L), se inician medidas de hiperhidratación y alcalinización de orina. No responde a las mismas continuando el ascenso de CPK (28.000 U/L), de urea (80mg/100mL), creatinina (2,45mg/dL) y anuria franca; llevándolo al fallo renal agudo con requerimiento de terapia de reemplazo renal (SLED). Se complica en su evolución con neumonía asociada a la ventilación mecánica se realiza tratamiento con Imipe-



nem según aislamiento obtenido por BAL (Pseudomona). Es extubado con recuperación de la función renal a los 15 días del ingreso. Se da de alta de cuidados críticos con pase al servicio de clínica.

**Discusión:** desde 1987 se empezaron a reportar casos aislados de rhabdomiólisis e insuficiencia renal aguda, los mecanismos de la producción de la misma provienen de estudios en animales y casos clínicos relacionados al consumo de esta droga; no hay correlación entre los niveles plasmáticos hallados con la aparición de rhabdomiólisis e insuficiencia renal aguda.

**Conclusión:** En los pacientes con antecedentes de consumo de cocaína, el diagnóstico temprano y un tratamiento inicial rápido e intensivo para evitar la rhabdomiólisis y el fallo renal agudo, son factores determinantes para disminuir la morbimortalidad y evitar secuelas nefrológicas.

### 0053 EVOLUCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y METABÓLICAS, SU CORRELACIÓN COMO PREDICTORES DE REANIMACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN EN SOBREVIVIENTES Y FALLECIDOS EN EL SHOCK SEPTICO.

A MARTIN(1), C CASTRO(1), G PAGELLA(2), A PEREZ SARRIGUREN(1), C PELLEGRINI(1), J MARENGO(1), G ZAKALIK(1), M SANCHEZ(1), A CHENA(1)

(1) Lagomaggiore. (2) Logomaggiore.

**Introducción:** Las variables clínicas y metabólicas son utilizadas como metas en la reanimación en pacientes con sepsis severa y shock séptico. La evolución de dichas variables se modifica en respuesta a la reanimación, otorgándoles valor pronóstico y de seguimiento.

**Objetivo:** Describir la evolución de variables clínicas y metabólicas (SVCO<sub>2</sub>), lactato, aclaramiento de lactato, delta de dióxido de carbono, delta temperatura central y periférica, pH, bicarbonato, exceso de bases y su correlación como predictores de reanimación y su relación con la evolución en pacientes sobrevivientes y fallecidos con shock séptico.

**Material y método:** Estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados entre julio de 2011 y marzo del 2015 con diagnóstico de shock séptico. Se registraron variables demográficas, APACHE II, uso de vasopresores, corticoides, gasometría arterial y venosa y evolución (sobreviviente o fallecido). Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar 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 71 pacientes en los que se registraron 74 episodios de sepsis severa / shock séptico. El 64,7% pertenecían al sexo femenino, con un promedio de edad de  $52,9 \pm 18,6$  años. La media de APACHE II fue de  $20,4 \pm 8,7$  y la mortalidad global observada fue de 53,5%, en 16,2% de los casos se obtuvo aislamiento bacteriológico de hemocultivos, los pacientes fallecidos mostraron niveles más bajos de pH, bicarbonato y EB, junto con mayores niveles de lactato, y mayores valores de  $\delta\text{CO}_2$  y SvCO<sub>2</sub> a las 6 horas del comienzo de la reanimación, el Clearance de Lactato en sobrevivientes fue en promedio del 10 % mientras que en fallecidos el lactato se incrementó, en sobrevivientes los niveles de PH, EB, lactato, bicarbonato se observó mejoría significativa.

**Conclusión:** La temperatura periférica fue menor en los pacientes fallecidos mientras que el delta de T°6 hs mostro tendencia a la normalización en sobrevivientes, Los valores de pH, bicarbonato, EB, lactato y  $\delta\text{CO}_2$  mostraron diferencia entre sobrevivientes y fallecidos, al inicio, 3 y 6 horas de iniciada la reanimación.

	Fallecidos n = 38		Sobrevivientes n = 33		p
	Media	DE	Media	DE	
pH <sub>0</sub>	7,23	0,13	7,28	0,15	0,045
pH <sub>3hs</sub>	7,24	0,13	7,32	0,10	0,006
pH <sub>6hs</sub>	7,25	0,14	7,34	0,08	0,002
PCO <sub>2 0</sub> (mm Hg)	35,92	12,48	36,47	17,47	NS
PCO <sub>2 3hs</sub> (mm Hg)	40,05	13,64	38,63	14,21	NS
PCO <sub>2 6hs</sub> (mm Hg)	37,07	13,62	37,17	10,24	NS
PO <sub>2 0</sub> (mm Hg)	100,50	42,44	96,43	56,44	NS
PO <sub>2 3hs</sub> (mm Hg)	101,50	35,48	100,82	30,24	NS
PO <sub>2 6hs</sub> (mm Hg)	103,58	38,79	99,27	22,58	NS
SatO <sub>2 0</sub> (%)	89,74	15,36	92,91	7,36	NS
SatO <sub>2 3hs</sub> (%)	91,67	14,92	94,90	5,20	NS
SatO <sub>2 6hs</sub> (%)	94,13	5,35	96,07	2,71	NS
Bic <sub>0</sub> (mEq / L)	15,14	5,25	16,91	5,42	NS
Bic <sub>3hs</sub> (mEq / L)	16,39	4,93	18,78	4,05	0,029
Bic <sub>6hs</sub> (mEq / L)	15,37	5,63	19,95	4,08	0,0001
EB <sub>0</sub>	-11,07	6,07	-8,75	6,55	NS
EB <sub>3hs</sub>	-9,87	5,69	-6,57	3,96	0,01
EB <sub>6hs</sub>	-9,99	6,41	-5,37	4,66	0,002
Lac <sup>+</sup> <sub>0</sub> (mEq / L)	4,35	3,12	2,39	3,03	0,016
Lac <sup>+</sup> <sub>3hs</sub> (mEq / L)	4,07	3,42	2,23	1,04	0,005
Lac <sup>+</sup> <sub>6hs</sub> (mEq / L)	4,28	3,42	1,93	1,15	0,0001
Cl Lac <sup>+</sup> <sub>3hs</sub>	-11,70	84,09	14,90	35,26	NS ( 0,084)
Cl Lac <sup>+</sup> <sub>6hs</sub>	-24,22	127,50	18,06	47,60	NS (0,078)
SVCO <sub>2 0</sub> (%)	62,96	16,16	65,48	10,22	NS
SVCO <sub>2 3hs</sub> (%)	72,57	9,64	68,70	8,19	NS
SVCO <sub>2 6hs</sub> (%)	71,70	10,65	66,56	12,11	0,05
$\delta\text{CO}_2 0$	7,56	5,69	6,64	2,71	NS
$\delta\text{CO}_2 3hs$	7,05	2,94	6,24	2,52	NS
$\delta\text{CO}_2 6hs$	7,31	4,02	5,77	2,73	0,05

	Fallecidos n = 38						p
	Basal		3 hs		6 hs		
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
pH	7,23	0,13	7,24	0,13	7,25	0,14	0,009
PCO <sub>2</sub> (mm Hg)	35,92	12,48	40,05	13,64	37,07	13,62	NS
PO <sub>2</sub> (mm Hg)	100,50	42,44	101,50	35,48	103,58	38,79	NS
SatO <sub>2</sub> (%)	89,74	15,36	91,67	14,92	94,13	5,35	NS
Bic (mEq / L)	15,14	5,25	16,39	4,93	15,37	5,63	NS
EB	-11,07	6,07	-9,87	5,69	-9,99	6,41	0,01
Lac <sup>+</sup> (mEq / L)	4,35	3,12	4,07	3,42	4,28	3,42	NS
SVCO <sub>2</sub> (%)	62,96	16,16	72,57	9,64	71,70	10,65	0,02
$\delta\text{CO}_2$	7,56	5,69	7,05	2,94	7,31	4,02	NS
	Sobrevivientes n = 33						
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	p
pH	7,28	0,15	7,32	0,10	7,34	0,08	0,022
PCO <sub>2</sub> (mm Hg)	36,47	17,47	38,63	14,21	37,17	10,24	NS
PO <sub>2</sub> (mm Hg)	96,43	56,44	100,82	30,24	99,27	22,58	0,027
SatO <sub>2</sub> (%)	92,91	7,36	94,90	5,20	96,07	2,71	0,046
Bic (mEq / L)	16,91	5,42	18,78	4,05	19,95	4,08	0,001
EB	-8,75	6,55	-6,57	3,96	-5,37	4,66	0,0001
Lac <sup>+</sup> (mEq / L)	2,39	3,03	2,23	1,04	1,93	1,15	0,05
SVCO <sub>2</sub> (%)	65,48	10,22	68,70	8,19	66,56	12,11	NS
$\delta\text{CO}_2$	6,64	2,71	6,24	2,52	5,77	2,73	NS

### 0054 RELACIÓN DEL NIVEL DE PROCALCITONINA CON EL FOCO INFECCIOSO Y EL RESCATE MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES CRÍTICOS SÉPTICOS

P MARTIN(1), M MONTENEGRO(1), A BALBI(1)

(1) Hospital Militar Central.

**Introducción:** La Procalcitonina (PCT) se ha constituido como un biomarcador ampliamente utilizado en el ámbito de los cuidados críticos. Sus aplicaciones potenciales incluyen desde la diferenciación entre infecciones bacterianas y virales hasta su uso como guía para suspensión del tratamiento antibiótico. En los últimos años, investigadores han postulado su empleo para identificar infecciones causadas por bacilos gramnegativos

**Objetivos:** Cuantificar la elevación de la PCT en pacientes con sepsis por bacilos gramnegativos, originada o no de un foco intraabdominal.

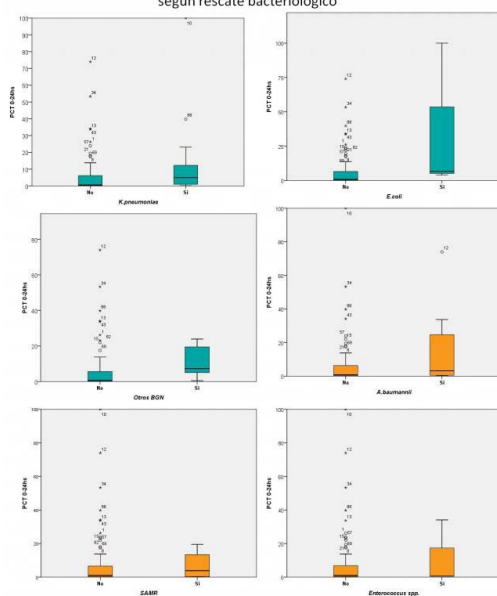
**Materiales y métodos:** Estudio de diseño observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron 88 pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 1 que ingresaron con diagnóstico principal o asociado de sepsis, y en los cuales se midió el nivel de PCT sérica dentro de las primeras 24hs. Se registraron para cada sujeto diferentes variables potencialmente relacionadas con el origen del foco infeccioso y los rescates microbiológicos, así como

parámetros de falla orgánica y requerimiento de soporte vital. Se efectuó el análisis estadístico descriptivo mediante el coeficiente de correlación de rangos de Spearman, con posterior elaboración de modelos de análisis de la varianza factorial y regresión logística binaria múltiple, tomando un nivel de significancia  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se hallaron correlaciones significativas positivas entre los valores más elevados de PCT de la muestra y los cultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae* (0.268), *Escherichia coli* (0.218), *Pseudomonas aeruginosa* (0.284) y otros bacilos gramnegativos aerobios y anaerobios (0.314). Mediante el ajuste de un modelo lineal se hallaron valores de PCT significativamente mayores entre pacientes con foco infeccioso de origen abdominal con respecto a otros sitios de origen, así como entre pacientes con rescate de bacilos gramnegativos frente a pacientes con otros gérmenes, independientemente del resto de las variables. Por medio de un modelo logístico se estimó un Odds Ratio de 3.8 [IC 95% (1.068 – 14.201)] de presentar un foco infeccioso abdominal en pacientes con PCT mayor al percentilo 75 de la muestra (6,80 ng/ml).

**Conclusiones:** Se halló evidencia de valores significativamente mayores de PCT en pacientes con sepsis de origen abdominal y en aquellos con cultivos positivos para bacilos gramnegativos, independientemente de las fallas orgánicas desarrolladas.

Figura 1. Distribución de mediciones de Procalcitonina en las primeras 24hs según rescate bacteriológico



Las columnas azules representan diferencia significativa con nivel  $p < 0.05$  según prueba de Kruskal-Wallis (para *K.Pneumoniae*  $p=0.013$ , *E.coli*  $p=0.042$ , Otros BGN  $p=0.003$ )

Figura 2. Valores medios de PCT según SOFA en las primeras 24hs en pacientes con y sin infección intraabdominal por bacilos gramnegativos

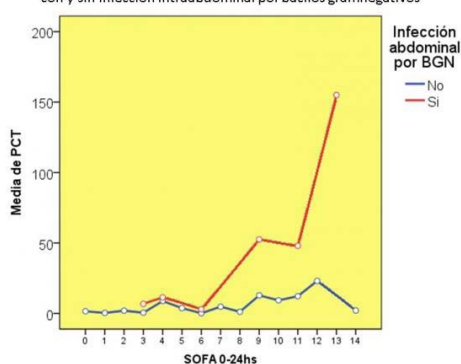


Gráfico de perfiles mediante análisis de la varianza factorial. Interacción significativa entre la presencia de infección abdominal y SOFA ( $p 0.034$ ).

### 0055 COMPARACIÓN DE COHORTES DE ESTUDIANTES DEL CURSO SUPERIOR DE TERAPIA INTENSIVA DE SATI EN DIFERENTES MODALIDADES DE ENSEÑANZA

F BACCARO(1), G CHIAPPERO(2), A BADOLLATI(3), C PEREYRA(3), D LERMAN(2), A FERNANDEZ(4), L CAPDEVILLE(2)  
(1) Juan A Fernandez. (2) Juan A. Fernandez. (3) Alejandro Posadas. (4) Durand.

**Introducción:** la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva se encuentra dictando el Curso Superior de Terapia Intensiva desde hace varias décadas de manera presencial en la sede societaria. También se ha dictado con una modalidad similar fuera del área de CABA. Sin embargo desde hace unos años y con el advenimiento de la plataforma Adobe Connect o "Breeze", los mismos han sido reemplazados por el dictado del mismo contenido presencial por medio de videoconferencia en tiempo real.

**Objetivos:** comparar el comportamiento de cohortes de alumnos que reciben enseñanza del Curso Superior de manera presencial de los que lo hacen de manera virtual. Determinar si hay diferencias en Titulados entre las diferentes cohortes.

**Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo, de cohorte.

Se utilizó la base de datos del Departamento de Docencia de la SATI, para obtener el número de alumnos ingresantes y que se titularon, tanto para la modalidad Presencial (P) como para videoconferencia (V). Se los agrupó en tres cohortes: 2010-12, 2011-13 y 2012-14. Se utilizaron sumas totales, promedios, porcentajes y se efectuó test de t para comparar alumnos inscriptos y alumnos titulados entre P y V, con  $p$  significativa  $< 0.5$ .

**Resultados:** el total de inscriptos entre todas las cohortes y modalidades fue de 351 alumnos con un promedio de 117 alumnos/año.

TABLA 1  
Inscriptos según cohorte

	Nº INSCRIPTOS PRESENCIAL	Nº INSCRIPTOS VIDEOCONFERENCIA
2010	51,00	66,00
2011	69,00	18,00
2012	58,00	89,00
TOTAL	178,00	173,00

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre inscriptos de la cohorte 2010 para P y V, pero sí para los inscriptos de la cohorte 2011 ( $p < 0.001$ ) a favor de P y 2012 ( $p < 0.01$ ) a favor V.

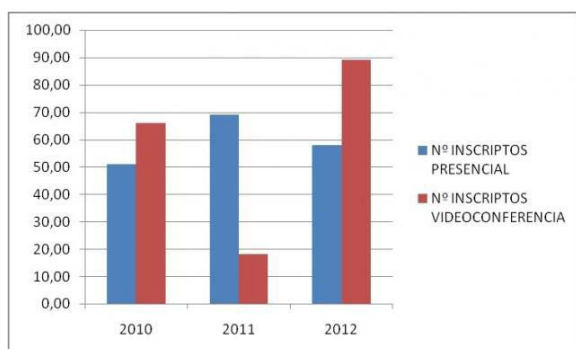
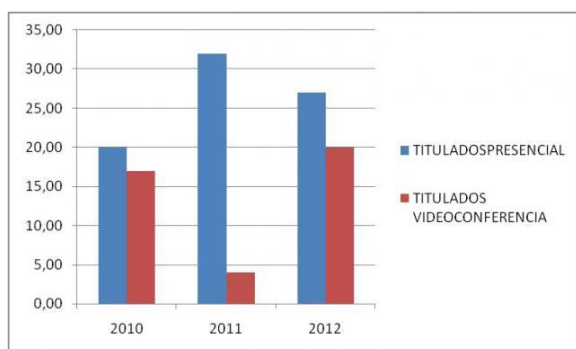
El total de titulados en todas las cohortes fue de 120 alumnos con un promedio de 40 alumnos año.

TABLA 2  
Titulados según cohorte

	TITULADOS PRESENCIAL	TITULADOS VIDEOCONFERENCIA
2010	20,00	17,00
2011	32,00	4,00
2012	27,00	20,00
TOTAL	79,00	41,00

Se tituló el 34% del total (44% p y 223% V) con diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ) a favor de P en el total y en las cohortes 2011 y 2012.

**Conclusiones:** el número de titulados es llamativamente menor que el de inscriptos. A su vez los correspondientes a P superan a V. Deben establecerse mecanismos para investigar esta diferencia y corregirla.



#### 0056 ENSEÑANZA A DISTANCIA "WEB BASED". ENCUESTA DE EXPLORACION EN UNA SOCIEDAD CIENTIFICA

L CAMPUTARO(1), F BACCARO(2)

(1) Juan A Fernandez. (2) Juan A. Fernandez.

**Introducción:** Se denomina aprendizaje electrónico (conocido como e-learning) a la educación a distancia virtualizada a través de canales electrónicos (las nuevas redes de comunicación, en especial Internet), utilizando para ello herramientas o aplicaciones de hipertexto (correo electrónico, páginas web, foros de discusión, mensajería instantánea, plataformas de formación, entre otras) como soporte de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

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

**Material y Métodos:** Encuesta auto dirigida diseñada con fin exploratorio, consistente en 4 preguntas epidemiológicas y 3 dirigidas a la exploración propiamente dicha, implementada vía Internet con software (SurveyMonkey®). Se enviaron a 253 encuestados identificados como Docentes durante el mes de Abril.

**Resultados:** Respondieron n 92 (36.6%).

Variable	%
> 10 años Especialista	68.5
> 10 años de Docencia	45.6
35-60 años Edad	77.2
Conocimiento de la Estrategia	65.0
Formación Docente Formal	64.1
A través SATI	48.9
Conocimiento estrategia a distancia "Web based"	
Por actividad Docente	35.8
Ambas	15.3

El 65.2 % están De Acuerdo o Muy de Acuerdo que es posible entrenar competencias ("saber hacer") a través de esta estrategia de enseñanza. El 56.5 % estaría 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 e-learning 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 (65.2%) en implementar la estrategia, y que el 56.5% restante está de acuerdo en entrenarse en la misma, creemos que contamos con una masa crítica de Docentes como para implementar el crecimiento de nuestras aulas de entrenamiento a través del e-learning.

#### 0057 USO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. EXPERIENCIA 2009-2014. ESTUDIO RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL.

A RETTA(1), A CANEPARI(2), G ORTEGA(2), C LÓPEZ(2), R ROMERO(2), P GONZÁLEZ(2), L KRISNICK(2), N CUTROPIA(2), A ASENZO(2), G FERRÉ(2), M MUSSO(2)

(1) Hospital De Niños R Gutiérrez. (2) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez.

**Introducción:** El uso de Ventilación No Invasiva (VNI) dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), representa una línea de tratamiento eficaz para evitar la intubación endotraqueal: como prevención a la asistencia respiratoria mecánica (ARM) al ingreso a UCIP (VNI preventiva) o como soporte post-extubación (VNI post-extubación).

**Objetivo:** Describir las características de la población que recibió VNI en una terapia intensiva pediátrica. Comparar las características de la población que utilizó VNI preventiva y VNI post-extubación.

**Material y método:** Diseño retrospectivo, revisión de historias clínicas y base de datos SATI-Q. Se incluyeron pacientes entre 2 meses y 18 años que recibieron VNI luego de ser admitidos en una UTIP médico-quirúrgica. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la población: frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, mediana y rango intercuartilo (RIC) para variables continuas. Las variables categóricas fueron comparadas mediante test de Chi2, ajustes de Yates o Fisher. Se utilizó test Mann Whitney para comparar variables continuas con distribución no normal.

**Resultados:** Los pacientes que requirieron VNI durante el período fueron 268, con una mediana de edad de 14 meses (RIC 5,5-85,5), probabilidad de muerte 5,9% (RIC 2,01- 12,84), siendo la mortalidad del 10%. Ingresaron a ARM el 40%. La causa respiratoria como motivo de ingreso fue de 65,33%.

Los pacientes que usaron VNI preventiva fueron de mayor edad que aquellos que utilizaron VNI postextubación, 60 meses (8,5-144) vs 10 meses (4-50);  $p < 0,0001$ .

La probabilidad de muerte según PIM2 fue de 4,07%(1,41-11,84) y 7,02%(2,79-13) en los pacientes con VNI preventiva y postextubación respectivamente ( $p=0,01$ )

Los días en UTI fueron de 8(3,5 -19,5) y 27(16,5-43,5) del grupo VNI preventiva y postextubación respectivamente ( $p < 0,000$ ). Las horas en VNI preventiva fueron 24(10-48) respecto a 48(30-108) del grupo Vni postextubación ( $p < 0,000$ ).

**Conclusión:** En la población estudiada el éxito en el uso de VNI requirió menos días en UTI. En ambos grupos VNI preventiva y VNI post-extubación, el ingreso en ARM estuvo relacionado a mayor mortalidad.

**0058 EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA**

A FELDMAN(1), D VARELA(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), S FREDÉS(1), J YALOSQUE(1), A PAQUINI(1), J CAPELLA(1), V NUNES(1), N FALCON PEREZ(1), A PERAZZI(1), R ALVARADO(1), C POZO(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

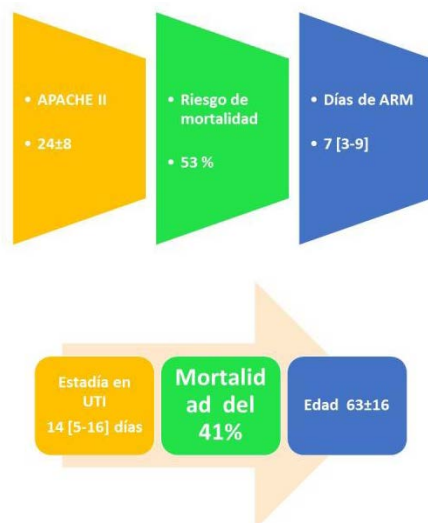
**Introducción:** La asistencia respiratoria mecánica (ARM) es un procedimiento ampliamente utilizado en las unidades de cuidados intensivos. La mortalidad de los pacientes con ventilación mecánica es alta.

**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 1/01/2014 hasta el 1/03/2015 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 682 pacientes, 311 (46 %) requirieron ARM. La edad fue de  $63 \pm 16$  y el 62 % eran hombres. El APACHE II  $24 \pm 8$  con un riesgo de mortalidad del 53 %. De los pacientes en ARM 40 % eran post-quirúrgicos y 60% clínicos. Al inicio el 70% fueron ventilados con modo controlado por volumen con un VT  $6 \pm 3$  ml/kg y el 30% se utilizaron modos controlados por presión, con una presión inspiratoria de  $20 \pm 5$  cm H<sub>2</sub>O, flujo  $60 \pm 10$  l/min, FR  $16 \pm 4$  rpm, PEEP fue de  $8 \pm 3$  cmH<sub>2</sub>O, fracción inspiratoria de oxígeno  $40 \pm 4$ . El 56 % fueron extubados, 84% destete simple, 10% destete dificultoso y 6% destete prolongado. El 18 % requirieron traqueotomía, los días a TQT 12 [10-14]. La tasa de reintubados 6%. La incidencia de NAV 11 %, con una densidad de incidencia de 11 episodios c/ 1.000 días-ventilador. Los días de ARM 7 [3-9], la estadía en UTI 14 [5-16] días y la mortalidad del 41 %.

**Conclusión:** La tasa de ARM se corresponde con la media nacional, los pacientes eran severamente enfermos, a pesar de ello la mortalidad fue menor que la esperada. El trabajo posibilitó conocer el perfil epidemiológico y evolutivo de nuestros pacientes.

**0059 NEFRECTOMIA DE URGENCIA POR SHOCK SEPTICO A E. COLI**

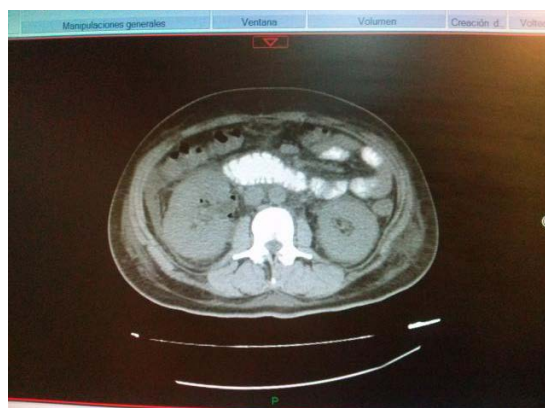
GA TAUILL(1), C BARRIOS(1), L ESPINOSA(1), D LERMAN(1), A MARANZANA(1), D PINA(1)  
(1) Sanatorio Franchin.

**Introducción:** La Pielonefritis Enfisematosa es una forma poco común de infección que constituye una infección necrotizante aguda con formación de gas en el parénquima renal, sistema colector y/o espacio perirrenal. Afecta casi exclusivamente a pacientes diabéticos y/o con uropatía obstructiva. La evolución sin tratamiento, o con tratamiento médico únicamente alcanza tasas de mortalidad del 80%. Se presenta el caso por la baja prevalencia de la misma.

**Presentación del caso:** Pte de 36 años, sexo femenino, con antecedentes de DBT I (dg hace 5 años), insulino-requiriente, con mala adherencia al tratamiento, obesa. Consulta en otra institución por cefalea, dolor abdominal y vómitos, constatándose hiperglucemia, acidosis metabólica y sedimento urinario patológico. Se deriva con dg de CAD, ingresando hipotensa, estuporosa, con acidosis láctica. Requiere ARM e inotrópicos. Ecografía al ingreso con ectasia pielo-calicial derecha leve y líquido libre interasas y perirrenal. Tc cerebro sin lesiones. Hc + Uc con E. coli. Evoluciona con mayor requerimiento de inotrópicos, acidosis láctica y plaquetopenia. Se realiza Tc de tórax, abdomen y pelvis donde se observa derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, edema periportal, Riñón derecho aumentado de tamaño con zonas de hipoperfusión y aire en el sistema colector que compromete cálices, pelvis renal y uréter. Se interpreta como Pielonefritis enfisematosa, por lo que se realiza nefrectomía derecha de urgencia, con gran mejoría hemodinámica, evolucionando en el POP inmediato con estabilidad hemodinámica y mejoría de acidosis láctica. Evolución favorable, se extuba a las 48hs, y egreso sanatorial posterior a finalizar antibioticoterapia.

**Discusión:** La *Escherichia coli* es el principal agente causal. El diagnóstico se realiza tardíamente porque no existen síntomas, signos o datos de laboratorio útiles para diferenciarla de las formas comunes de pielonefritis. Requiere la demostración de la presencia de gas en el tracto urinario. Teniendo en cuenta la mortalidad más elevada que tienen los pacientes tratados médicamente, se ha considerado que la nefrectomía inmediata es forzosa.

**Conclusión:** Debido a la amenaza vital que supone este cuadro, la eventual dificultad diagnóstica si no se sospecha, y la rápida y mortal evolución, es fundamental no sólo un rápido y certero diagnóstico, sino también un precoz manejo.





### 0060 ENCUESTA SOBRE SEDACION, ANALGESIA Y DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS.

A GOLDBERG(1), N TIRIBELLI(1), G AVACA(1), M BOSSO(1), S FREDÉS(1), A GARCÍA(1), L GIMENEZ(1), E LOPEZ(1), G NASHMIAS(1), M BERTE(1), A SANTA MARÍA(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

**Introducción:** Las guías internacionales para el manejo del dolor, la agitación y el delirium en cuidados críticos proponen un enfoque basado en la evaluación objetiva de dichas condiciones.

En la Unidad de Cuidados Críticos (UCI) del presente trabajo, desde el año 2010, se han tomado distintas acciones de docencia para incorporar estos instrumentos a la práctica diaria.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la situación actual con respecto al conocimiento acerca de la evaluación del dolor, la agitación y el delirium en una UCI.

**Materiales y métodos:** Durante el mes de octubre de 2014 se realizó una encuesta anónima sobre sedación, analgesia y delirium en el personal de la UCI médico-quirúrgica de adultos de un sanatorio privado de la Ciudad de Buenos Aires.

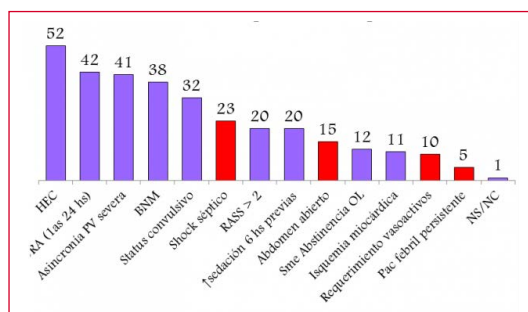
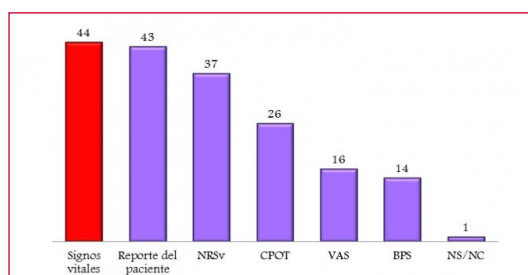
**Resultados:** De los 124 profesionales que forman parte de la unidad, se obtuvo un 48% (N=60) de respuestas, siendo 31 enfermeros, 18 médicos, 9 kinesiólogos y 2 encuestas que no aclaraban a qué profesión pertenecían.

**Sedación:** 72% de los encuestados (N=43) no creyó necesario que los pacientes se mantuvieran bajo sedación profunda las primeras 48 hs. en ventilación mecánica (VM) y 93% (N=56) estuvo de acuerdo con la realización de pruebas de despertar. Con respecto a las contraindicaciones para la prueba de despertar, 58% de las respuestas coincidieron con las guías de la unidad. El 35% de las respuestas no identificó las contraindicaciones como tales, mientras que 7% consideró contraindicaciones condiciones que no lo son.

**Dolor:** 73% (N=44) de los encuestados manifestó utilizar los signos vitales para la evaluación del dolor, dándole una importancia similar al reporte del paciente ("gold standard").

**Delirium:** si bien 73% (N=44) de los participantes afirmó evaluar diariamente la presencia de delirium en sus pacientes, sólo 32% (N=14) refirió utilizar una herramienta validada (CAM-ICU, ICDS), mientras que 68% (N=30) se basa en la inspección clínica.

**Conclusión:** El conocimiento del personal de la UCI con respecto a la evaluación del dolor, la sedación y el delirium es bajo, ofreciendo la posibilidad de mejoría por medio de la educación sistemática y sostenida del personal en el uso de las herramientas de evaluación.



### 0061 RIÑÓN HIPERFILTRANTE Y ECUACIONES DE FILTRADO GLOMERULAR EN QUEMADOS

LE RIVERA(1), MM ZAIEG(1), JE LEIVA(1)

(1) Hospital Córdoba.

Se demostró un aumento de la tasa de filtrado glomerular (TFG) en quemados graves. Estado denominado "riñón hiperfiltrante" (RH), definido como aclaramiento de creatinina (CICr)  $\geq 130$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Con una incidencia estimada entre 30-85%, predominando en jóvenes, sin comorbilidades, traumatizados, de menor gravedad. El RH disminuye la biodisponibilidad de antimicrobianos causando altas tasas de fallo de tratamiento por concentraciones plasmáticas debajo del rango terapéutico efectivo.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico en una Unidad de Terapia Intensiva especializada en quemados entre los meses de abril 2013 y febrero 2015 con el objetivo de determinar la incidencia de RH, establecer la relación con edad, gravedad de las quemaduras, balance hídrico, compromiso de vía aérea, politraumatismo, SIRS, requerimiento de vasopresores y ventilación mecánica, evaluar el impacto en la mortalidad, mortalidad asociada a sepsis y días en UTI y valorar la capacidad diagnóstica de distintas ecuaciones de TFG.

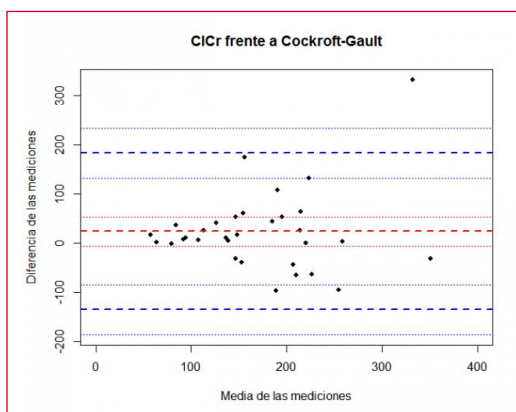
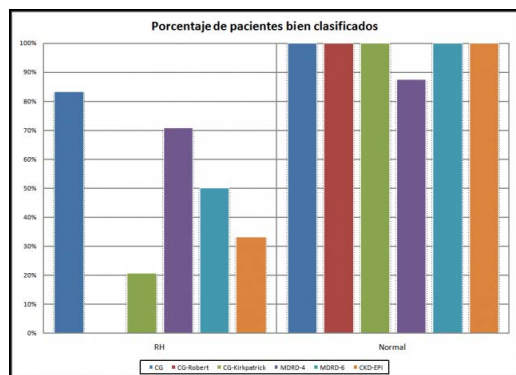
Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con quemaduras de distinta gravedad. Se excluyeron aquellos en terapia de reemplazo renal (TRR), con disminución de masa renal o que hayan requerido TRR previa a la recolección de orina. Se determinó CICr mediante orina de 24 horas y se estimó la TFG con ecuaciones de Cockcroft-Gault (CG), CG modificada por Robert, CG modificada por Kirkpatrick, MDRD-4, MDRD-6 y CKD-EPI. Para valorar la gravedad se calcularon los índices de Baux (IB), Garcés (IG), Unit Burn Score (UBS) y Abbreviated Burn Severity (ABSI).

Para el análisis estadístico, se usó Irwin-Fisher para las variables categóricas y ANAVA univariado o Kruskal-Wallis para las mensurables según prueba de normalidad de Shapiro-Wilks modificada. Para la concordancia entre CICr y las distintas ecuaciones de TFG se calculó el índice kappa ( $\kappa$ ) y se representaron usando gráficos de Bland-Altman. Se consideró un nivel de significación de 0,05.

Se recibieron 97 pacientes, de los cuales ingresaron 32 al estudio. 24 de ellos presentaron RH (25%). Se detectaron diferencias en CICr 213,03 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (IC 179,05-247,02) vs. 93,07 (IC 74,85-111,30) del grupo control ( $p < 0,0001$ ); Edad 36,83 años (IC 30,77-42,90) vs. 51,88 (IC 34,70-69,05) ( $p = 0,0286$ ); IB 61,38 (IC 55,98-66,77) vs. 79,88 (IC 62,59-97,16) ( $p = 0,0051$ ); Urea plasmática 26,75 mg/dL (IC 21,46-32,04) vs. 52,13 (IC 39,71-64,54) ( $p < 0,0001$ ); Creatinina plasmática 0,56 mg/dL (IC 0,48-0,64) vs. 1,12 mg/dL (IC 0,69-1,54) ( $p = 0,0001$ ). No se hallaron diferencias en balance hídrico, compromiso de vía aérea, politraumatismo asociado, SIRS, uso de vasopresores, ventilación mecánica. La mortalidad, mortalidad asociada a sepsis y los días en UTI no se vieron modificadas. La ecuación más sensible y específica fue CG con  $\kappa$  0,71 (IC 0,45-0,98).

El riñón hiperfiltrante es un fenómeno prevalente, especialmente en pacientes jóvenes con quemaduras de menor gravedad. No se objetivaron diferencias en la mortalidad, mortalidad asociada a sepsis ni días de internación en UTI. Las ecuaciones de TFG presentan pobre concordancia con el aclaramiento de creatinina de 24 horas, con límites de acuerdo clínicamente ineficaces. Ante la imposibilidad de realizarlo, la ecuación más sensible y específica es la de Cockcroft-Gault.





### 0062 PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE NORMAS DE ANALGOSEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

C BERRONDO(1), A FRANCAVILLA(1), M NALLAR(1), E TERÁN(1), F BOCCADORO(1), L TORREIRO(1), S RAUCH(1), MDP ARIAS LÓPEZ(1)  
(1) De Niños R. Gutiérrez.

**Introducción:** La analgo-sedación es frecuente en UCIP. Su indicación inadecuada está asociada a más días de ARM e internación. Su no protocolización es común, siendo pasible de mejora.

**Objetivos:** Describir la primera etapa de implementación de una iniciativa de mejora de analgo-sedación en una UCIP.

**Material y Métodos:** Diseño prospectivo, cuasi experimental. Ámbito: UCIP médico-quirúrgica en hospital pediátrico. Año 2014. Intervención: reuniones multidisciplinarias evaluativas. Revisión de evidencia bibliográfica. Se define normativa: infusión separada de analgésicos y sedantes, optimización de dosis y rescates, evaluación mediante escalas, restricción de hidrato de cloral, ketamina y levomepromacina. Difusión en ateneos, con enfermería y por mail. Se realizan 2 cortes mensuales de prevalencia: inicial y al cuarto mes. Se registran: número, dosis y días de drogas. Se utiliza estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para variables categóricas, mediana y DS para variables continuas. Se compararon con test no paramétricos y chi2 según corresponde.

**Resultados:** Se incluyeron en los cortes 17 y 14 pacientes respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en población, días de AVM y de UCI. La infusión separada de sedantes y analgésicos se cumplió en 100%. Las dosis máxima de fentanilo y midazolam (mcg y mg/kg/h) fueron 6 y 0.3 en el período 1 vs 5 y 0.2 en el período 2 (p:0.5/0.22), 11 pacientes (64.7%) utilizaron hidrato de cloral en el 1 vs 5 (36.7%) en el 2 (p: 0.10). Ninguno usó ketamina en el período 2. Se usó levomepromazina en 4 pacientes (23.5%) y en 2 (14.3%) en ambos periodos (p: 0.51). La dexmedetomidina en

3 (17.6%) pacientes en período 1 vs 8 (57.1%) en período 2 (p: 0.02). La mediana de días de metadona y lorazepam, 9.5/11.1 en período 1 y 6/6.1 en período 2.

**Conclusiones:** En el periodo 2 la infusión separada de sedantes y analgésicos y los rescates diferenciados se cumplieron el 100%. Disminuyó la dosis media y máxima de fentanilo y midazolam y los días de metadona y lorazepam. El uso de hidrato de cloral y de levomepromacina descendió. No se indicó ketamina y aumentó el uso de dexmedetomidina. Estas mediciones son punto de partida del proceso de mejora del servicio.

### 0065 EVALUACIÓN DEL ESTADO CLÍNICO, FUNCIONAL Y DE LA CALIDAD DE VIDA AL ALTA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON 65 AÑOS O MÁS, QUE REQUIERON VENTILACIÓN MECÁNICA EN CUIDADOS INTENSIVOS

S GIANNASI(1), M LAS HERAS(1), N ROUX(1), A MIDLEY(1), MS VENUTI(1), C KECSKES(1), J SINNER(1), E SAN ROMAN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** Hay poca información respecto a la evolución a mediano y largo plazo de los pacientes ancianos críticamente enfermos. Dado que la población anciana está en crecimiento, y que la tecnología y demanda de soporte son cada vez mayores, consideramos esta información necesaria para guiar la intensidad de los tratamientos.

**Objetivo:** Evaluar el estado clínico, funcional y mortalidad al alta hospitalaria, y a los 3, 6 y 12 meses de los ancianos que requieran asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Determinar predictores de mortalidad hospitalaria y al año.

**Material y método:** Cohorte prospectivo de  $\geq 65$  años con AVM por  $>48$ hs en una unidad de cuidados críticos. Se registraron las características basales y complicaciones. Los pacientes dados de alta con vida fueron seguidos durante un año. Se identificaron predictores de mortalidad hospitalaria y al año del alta por regresión logística. Las variables continuas se informaron como mediana e intervalo intercuantil (IQR), y las categóricas como porcentaje.

**Resultados:** Se incluyeron 250 pacientes del 2/1/2012 al 28/12/2013. La mediana de edad fue 77 (IQR:70-84), de APACHE II 20 (IQR:15-25), y el 53% de sexo masculino. El 24,5% tuvo actividad de la vida diaria (AVD) ingreso $\leq 6$  y el 54% AVD instrumental (AVDI) $\geq 8$ . Fallecieron durante la internación 131 pacientes y 13 fueron eliminados. Luego de ajustar por edad y APACHE II, fueron predictores independientes de mortalidad hospitalaria: sexo masculino (OR2,09; IC95%:1,14-3,81; p=0,016), AVD=6 (0,43; IC 95%:0,22-0,88; p=0,021), desnutrición (evaluación global subjetiva o EGS B o C) (OR2,05; IC 95%:1,06-3,96; p=0,032) y diálisis aguda (OR3,89; IC95%:1,8-8,39; p=0,001). La mortalidad a los 12 meses fue 29%. Al año, el 24% de los presentes tuvo AVD $\leq 6$  y el 46% AVDI $\geq 8$ . Ajustando por edad, el AVD de ingreso=6 actúa como protector de mortalidad al año (OR:0,23; IC95%:0,08-0,68; p=0,008).

**Conclusiones:** Edad y APACHE II no fueron predictores de mortalidad pero se mantuvieron en el modelo por su valor teórico. El AVD ingreso es determinante en la evolución posterior. A los 6 meses, el estado funcional se acerca al basal.

### 0066 SOBRECARGA DE VOLUMEN EN PACIENTES CRITICOS COMO CAUSA DE MAL PRONOSTICO

G ALONSO(1)  
(1) Central De Ips.

**Introducción:** El presente trabajo pretende recolectar información acerca del balance acumulativo presentado en los pacientes que fueron tratados en nuestra UCI con la finalidad de establecer si representó un factor de mal pronóstico o el pronóstico de los mismos no se ha visto influenciado por ello.

**Objetivos:** Determinar si la sobrecarga de volumen afecta la mortalidad de los pacientes. Establecer la relación existente entre el peso y el BHS. Interpretar la relación entre los scores SOFA y APACHE.

**Materiales y métodos:** Diseño: observacional, analítico, corte transversal, retrospectivo. Población enfocada: pacientes internados en el Servicio de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Central entre los meses de julio a diciembre del 2012.

**Resultados:** incluidos 135 pacientes. 54 (40 %) óbito, 81 (60%) alta. De óbitos, 34% BHS acumulativo mayor a 5litros, 6% BHS menor a 5 litros neutro o negativo. De pacientes dados de alta, el 15% BHS mayor a 5 litros, 45% BHS <5litros, neutro o negativo. Poca relación entre el BHS y la ganancia de peso, solo 75 pacientes con relativa coincidencia. De 67 pacientes con BHS mayor a 5 litros, 70 % óbito, 30 % alta. Ganancia de peso, 36% del total con mas de 5kg (30% alta, 6% óbito), 64% <5 kg neutro o pérdida de peso. scores de SOFA y APACHE de los pacientes que fallecieron la mayoría con scores altos.

**Conclusión:** asumimos que el BHS acumulado positivo, no fue determinante en la mala evolución de los pacientes, sino un factor agregado a las complicaciones al momento de fallecimiento. Si bien una importante cantidad de pacientes presentaron un BHS acumulado positivo, solo una fracción de ellos evolucionaron al óbito y de estos solo una fracción presentó una ganancia de volumen. En los casos de óbito, la mayoría contaba con alto valor de SOFA y APACHE. Por todo lo expuesto, no consideramos que la ganancia de volumen o sobrecarga sea un factor determinante del mal pronóstico.

#### 0067 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA COMO ALTERNATIVA TERAPEÚTICA EN FÍSTULA BRONCOPEURAL Y DISTRÉS RESPIRATORIO SEVERO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

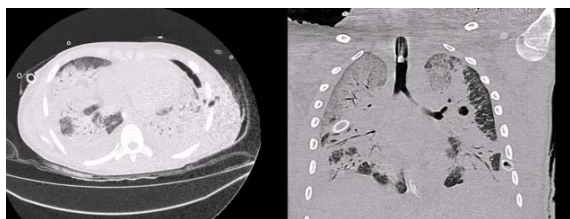
J ASPARCH(1), MB COCA MOGRO(1), M LAS HERAS(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)  
(1) Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La fístula broncopleurales es una complicación infrecuente del trauma de tórax. La ventilación con mínimos niveles de presión positiva al final de la espiración y volumen corriente favorecen su cierre. Si se superpone con distrés respiratorio aplicar esta estrategia ventilatoria se dificulta. Se propone el uso de una membrana de oxigenación extracorpórea como alternativa terapéutica.

**Presentación del caso:** Masculino de 16 años, ingresa a la terapia intensiva tras veintidós días de internación por politraumatismo con trauma torácico. Intercurre con síndrome de distrés respiratorio y fístula broncopleurales. Inicia ventilación protectora, evoluciona con hipoxemia (PAFIO2 >100) e hipercapnia (PCO2 87 mmHg) refractaria. Se coloca oxigenación por membrana extracorpórea 25 días posteriores a la intubación orotraqueal. Se realiza ventilación ultraprotectora, mejorando la clínica y gasometría. A los doce días se retira la membrana. Se externa a los 116 días.

**Discusión:** El manejo ventilatorio de la fístula broncopleurales consiste en mantener los niveles de presión por debajo de los niveles de presión de apertura de la fístula. Patologías asociadas complican esta estrategia ventilatoria. La aplicación de una membrana de oxigenación extracorpórea impresiona ser de utilidad. Existe escasa bibliografía sobre el tema.

**Conclusión:** La membrana de oxigenación extracorpórea parece promisorio como tratamiento de fístula broncopleurales. Permite mantener una adecuada oxigenación y aplicar estrategias de ventilación ultraprotectora con bajos niveles de presión al final de la inspiración.



#### 0068 ANEMIA HEMOLÍTICA ASOCIADA A PIPERACILINA TAZO-BACTAM REPORTE DE UN CASO.

CJ BARREDA(1), AL NISNIK(2)

(1) Clínica Universitaria Rena Fabiola. (2) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

**Introducción:** La anemia hemolítica inducida por fármacos es infrecuente pero de consecuencias graves, presentando una incidencia de 1 caso por millón de habitantes al año.

Este reporte discutirá una paciente que desarrolla anemia hemolítica severa seguida de la administración de Piperacilina Tazobactam (PTZ), haciendo hincapié en nuestra epidemiología y diagnóstico diferenciales.

**Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino de 29 años con antecedentes de microvejiga, ampliación vesical (ileo-cistoplastia), insuficiencia renal crónica e infección del tracto urinario a repetición con aislamiento previo de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente sensible a PTZ, por lo que cumplió tratamiento durante 14 días.

Ingres a sala común el día 05/08/14 con diagnóstico de urosepsis. Previo a la toma de cultivos y por antecedentes epidemiológicos se inicia tratamiento con PTZ. Presentando 3hs posteriores a la primera dosis episodio de hipotensión, taquicardia, taquipnea e ictericia en piel y mucosas. Con analíticas 12hs post ingreso: Hb de 3 sin evidencia de sangrado activo, Bilirrubina: 5,42 GOT:3200 GPT:2100 plaquetas: 330000 creatinina:5,8 urea:2 LDH: 14400 Factor V: 10%. Por lo que se decide su pase a UTI.

Se realiza reanimación inicial con 2000 ml cristaloides. Se informa coombs (+), se transfunden 3 UGR, 8 crioprecipitados 2 UPF. Ecografía abdominal con hepatomegalia sin líquido libre. Ante la sospecha de anemia hemolítica masiva se rota esquema antibiótico a meropenem y se inicia tratamiento con hidrocortisona. Paciente con mejoría clínica 12 hs posteriores a su ingreso.

A las 48 hs de internación en UTI se recibe serología para CMV + (IgM e IgG). No tomándose conducta dado a su evolución y otorrándose el alta de terapia intensiva a las 72hs.

#### 0069 NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN EMBARAZADA.

MN LLANOS(1), PA JUAREZ(1), CM ROLDAN(1), VO OLIVERA(1)

(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

**Introducción:** La incidencia de infecciones respiratorias en el embarazo no difiere en forma significativa de la observada en mujeres de igual grupo etario, pero las complicaciones graves aumentan durante la gestación. Es la causa no obstétrica más frecuente de muerte materna con prevalencia entre semanas 20ª y 36ª. Las repercusiones fetales se vinculan con parto pre término 44%, bajo peso al nacer 12%, muerte fetal 2,6%; muerte neonatal 12%.

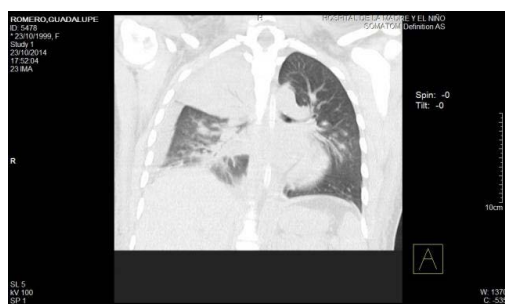
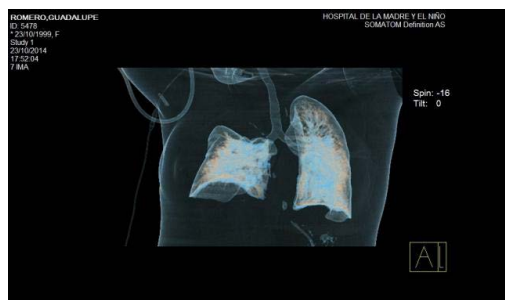
**Caso clínico:** Paciente 15 años, secundigesta, primípara, embarazo de 28semanas, consulta por dolor tipo pleurítico dorsal en hemitórax derecho, fiebre y vómitos de 3 días de evolución. APP: Asma. Ex Físico: Lucida, TA 70/40 mmHg, FC: 120 x min, FR: 24 rpm, T° 39°, Sat O2 92%. Ap. respiratorio: MV disminuido en hemitórax derecho a predominio de 1/3 superior, roncus bilaterales, movilización de secreciones. Laboratorio: HTO 27%, GB 10700 (12% neutrófilos

## ■ Resúmenes

en cayado), Na+131, K+2,8, Creat.1, 01 mg/dl.GSA:EB:-14.Pafi 200. Ingres a UTI, se toman muestra de cultivos y se inicia pauta de antimicrobianos según protocolo (Ceftriaxona, Claritromicina, Osetamivir). Se intuba y se coloca en ARM con necesidad de inotrópicos y maduración pulmonar fetal. En decisión conjunta con Neonatología y Obstetricia se culmina embarazo, nace prematuro de 1010 gr con sospecha de sepsis con-natal. Se extuba al día 4to.Se aisló en dos hemocultivos Streptococo Neumoniae. A los doce días se otorga alta institucional.

**Discusión:** La condición fisiológica de la vía aérea, predispone a mayor incidencia de procesos respiratorios graves. Los parámetros gasométricos y las constantes pulmonares difieren de un paciente no gestante que deberán ser tenidos en cuenta al momento de instrumentar la vía aérea y ventilar en forma asistida. Fiebre, hipoxemia y acidosis son mal toleradas por el feto.

**Conclusión:** Ante paciente embarazada con dificultad respiratoria es imperioso su rápida evaluación, conducta y manejo interdisciplinario. Evaluar la necesidad cesárea en caso de shock e insuficiencia respiratoria que no mejore rápidamente o se agrave a pesar del tratamiento instituido. La extracción del feto mejora la condición materna por lo tanto "LAS EMBARAZADAS QUE CONCURRAN A UN HOSPITAL O CENTRO DE SALUD, CON FIEBRE O SINTOMAS RESPIRATORIOS NO DEBEN ESPERAR A SER ATENDIDAS"



### 0070 HISTIOCITOSIS EN UTI. REPORTE DE EXTRAÑA PRESENTACIÓN.

L CÁNOVAS, M NIEVA(1)  
(1) Policlínico De Neuquén.

La histiocitosis es una enfermedad poco frecuente, de predominio en la edad infantil, con gravedad muy diversa y con características biológicas limítrofes en el campo de hematología, inmunología, oncología y dermatología. Las manifestaciones clínicas más frecuentes involucran piel y huesos. Según los órganos comprometidos pueden clasificarse en alto o bajo riesgo, a su vez pueden localizarse en un solo sitio (unifocal) ó varios (multifocal).

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 49 años, que consulta por cefalea y foco motor izquierdo braquiocrural, disartría, náuseas y vómitos. Antecedentes patológicos de asma e hta y ex fumadora. Laboratorio normal.

TC de craneo: hematoma subdural con desplazamiento de línea media y edema cerebral.

Arteriografía: descarta aneurisma en territorio de acm derecha Equipo de neurocirugía, evacúa hematoma, le llama la atención macroscópicamente color y estructura, por lo que envía material a anatomía patológica.

Evolución: favorable, la paciente esta lúcida, desapareciendo su foco motor.

**Diagnóstico definitivo:** Biopsia: histiocitosis de células de langerhans asociada a hematoma subdural.

Inmunoistoquímica e inmunomarcación: las células de langerhans se destacaron con s100 y cd1a.

**Seguimiento:** se realizó centellograma óseo y pulmonar con marcadores. Se objetivó histiocitosis pulmonar. Hematólogo de cabecera la trata con corticoides y los posteriores controles muestran mejoría y respuesta favorable al tratamiento.

### 0071 EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS DE APLICACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

G MUSSO(1), J ROBLES(1), R GIMENEZ(1), L CLEMENTE(1), A RAMOS(1), C GONZALES(1), L LOVESIO(1), C LOVESIO(1), M MANAGO(1)

(1) Sanatorio Parque.

**Introducción:** Con los avances en el conocimiento y la tecnología, la ventilación no invasiva se posiciono como una alternativa al tratamiento de la falla respiratoria aguda.

**Objetivo:** Describir y analizar las variaciones en la aplicación de VNI en los diferentes años 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 2012 hasta marzo del 2015, se registraron prospectivamente la edad, sexo, horas de VNI, Mejoría clínica a la hora. Éxito de la intervención, complicaciones, PaFiO2 inicial y final, Frecuencia respiratoria Inicial y Final, PEEP inicial y Final, Presión Soporte Inicial y final y mortalidad. Los resultados se presentan como medias (DS) o como proporciones. se utilizó t de student, chi cuadrado y análisis multivariado. Se consideró significativo una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se reclutaron 251 pacientes, edad en años (61,46 DS 16,16), sexo masculino (58,6%). SAPS II (43,38 DE 15,70), En el (66,5%) previno la intubación, La insuficiencia respiratoria Tipo 1 fue el principal motivo de colocación de VNI (40,6%). La Presión soporte Inicial en el año 2012 fue de 12,46 DE 3,83 cmH2O y en el 2015 fue de 8,58 DE 4,3 ( $p = 0,000$ ), La PaFiO2 Inicial en el 2012 fue de 163,00 DE 50,03 y en el 2015 229,22 DE 89,26 ( $p=0,000$ ). El Éxito de VNI en el 2012 fue de 67,7% y en el 2015 fue de 74,4%. En el 2012 el (18,5%) mostro lesiones en el puente de la nariz contra el (9,3%) en el 2015 ( $p = 0,30$ ), Se encontró que en el 2014 (57,9%) que fallaron a la hora fallecieron y en el 2015 el (21,4%) ( $p = 0,08$ ).

**Conclusión:** Se pudo observar la necesidad de P/S inicial fue bajando a través de los años, PaFiO

2 inicial más altas y una menor tasa de fallo a la hora mostrando una disminución en la mortalidad, esto podría deberse a la aplicación precoz de ventilación no invasiva a través de los años. Este trabajo nos aportó datos para diseñar estrategias para mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes.

### 0072 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES VENTILADOS MECANICAMENTE DE MANERA INVASIVA EN UN SANATORIO DE AGUDOS. CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

J ROBLES(1), G MUSSO(1), R GIMENEZ(1), L CLEMENTE(1), A RAMOS(1), C GONZALES(1), L LOVESIO(1), C LOVESIO(1), M MANAGO(1)

(1) Sanatorio Parque.

**Introducción:** El uso de Ventilación Mecánica Invasiva en la unidad de cuidados críticos ha aumentado drásticamente en los últimos años.



**Objetivo:** Analizar las variaciones en la aplicación de la ventilación mecánica invasiva en los diferentes años de implementación

**Material y métodos:** Se analizó la base de datos de Ventilación Mecánica Invasiva desde enero del año 2012 hasta abril del 2015, esta base de datos se registraron prospectivamente la edad, sexo, SAPS III, motivo de ingreso, motivo de ventilación mecánica invasiva, días de Ventilación Mecánica, días de hospitalización, Presiones en la vía aérea, complicaciones de la intervención y mortalidad. Los resultados se presentan como medias (DE) o como proporciones. Para realizar comparaciones entre grupos se utilizó t de student y chi cuadrado. Se consideró significativo una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se reclutaron 587 pacientes que recibieron ventilación invasiva, edad en años (60,09 DE 17,15), sexo masculino (65,5%). SAPS III (34,97 DE 24,88), En el año 2012 los días en ventilación mecánica fue de (3,01 DE 6,1) 2013 (4,63 DE 6,56), 2014 (4,83 DE 9,2) y en el 2015 (2,91 DE 2,5), El modo ventilatorio más usado fue el IPPV en el 2012 (78,4%), 2013 (78,9%), 2014 (75,34%) y en el 2015 (71,9%), Con respecto a las neumonía asociada a la ventilación mecánica 2012 (1,2%), 2013 (0%) 2014 (1,7%) y 2015 (0%), Las reintubaciones se dieron en el 2012 (8,8%), 2013 (10,0%), 2014 (5,6%), 2015 (5,3%), La constante de ventilación en el año 2012 fue de (8,02 DE 1,6 ml/kg), 2013 (7,03 DE 1,4 ml/kg), 2014 (6,29 DE 0,9 ml/kg), 2015 (6,18, 0,4 ml/kg)

**Conclusión:** Se pudo conocer el perfil evolutivo y epidemiológico de la población que requiere ventilación mecánica en la institución, se observa una tendencia a reducir la ventilación en modos volumétricos y a bajar la constante de ventilación. Se observó una disminución de los días de ventilación mecánica y de re-intubaciones. Este trabajo nos aportó datos para diseñar estrategias para mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes.

### 0073 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: REPORTE DE NUESTRA REALIDAD

PB PAHNKE(1), C VIGNETTA(1), V CAMACHO JUNCOS(1), MDLA PONCE(1), JA BRITO(1), MJ DI GREGORIO(1), P LACOMBE(1), S MAESTRO(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** Traumatismo craneoencefálico (TEC) es "una alteración de la función cerebral o evidencia de patología cerebral causada por una fuerza externa", es prioridad de salud pública debido a su magnitud, costo socioeconómico y consecuencias, a menudo previsibles. El dinamismo, la heterogeneidad y complejidad que lo caracteriza dificulta intervenciones eficaces. Los avances en investigación mejoran su monitoreo, atención y rehabilitación. Conocer nuestra realidad de pacientes con TEC brinda las herramientas para mejorar su calidad de gestión.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, datos clínicos, neuroimágenes, monitoreo y evolución de pacientes con TEC de admisión en HMU durante un año.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo y prospectivo de corte trasversal, de pacientes con TEC asistidos en Shock Room (SR) 03/2013 - 03/ 2014. Excluyendo HAF craneal.

**Resultados:** De 960 ingresos, 740 Enfermedad Trauma, 270 TEC (36,4 %), se analizaron 203 TEC (75,18%). TEC aislado 58%, TEC con Politraumatismo (PT) 42%. Relación Masc: Fem 4,8:1, X de la edad 28:35 (Rango 14-85). 85% traídos por SEM. Colisión con moto 69% y 41% sin casco. Severidad del TEC según GCS: < 8 Grave- 44%, 9-13 Moderado-31% y 14-15 Leve Potencialmente Fatal 24%. Lesiones tomográficas: 26% HSD, 24% LAD III, IV, 22% HED, 18% Contusiones, 5,4% Fr. Hundimiento y sin TAC 1,47%. Monitoreo PIC 6,4%, PtiO2 0,98%. Tratamiento médico 66%, quirúrgico 26 % (10,8% Evacuación, 8,8% CD2, 3,9% Reconstrucción, 2,4% CD)

Mortalidad (M) precoz ( 24 hs) 10% (de los cuales el 59% ingreso con GCS 3/11t Midriasis Arreactiva). M. Hospitalaria global 22 %. M en TEC aislado 16,9%. M en TEC con PT 30.5%. (RR 1.8) Valoración ECODAI 7,88%. Donación 3,4% GOS 1: 22,6%; GOS 2-3: 11,3%; GOS 4-5: 59,1%. GOS-E 6m: 1: 24,6%; 2 a 4: 5,9%; 5 a 8: 62,5%; Derivación: 6,8%.

**Conclusiones:** 1/3 ingresos a SR fueron pacientes TEC aislado o con PT. 7/10 Varones motociclistas jóvenes, sin casco. La proporción TEG-TECM y TECLPF admitidos según GCS al ingreso fue diferente de las reportadas en la literatura. La mortalidad hospitalaria global es aceptablemente baja sin neuromonitoreo con tratamiento predominantemente médico y seguimiento seriado clínico-tomográfico, con evolución funcional neurológica a los 6 meses favorables en 62,5 %.

### 0074 REMOCIÓN EXTRACORPÓREA DE CO2, EXTUBACIÓN Y EJERCITACIÓN PRECOZ EN UN CASO DE EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

CA CASABELLA GARCIA(1), F PALIZAS(1), M NORESE(2)

(1) Clínica Bazterrica Santa Isabel. (2) Clínica Bazterrica.

15 a 26% de las exacerbaciones de EPOC en VNI requieren transición a ventilación mecánica invasiva(ARM), con una mortalidad elevada. La ARM puede tener consecuencias graves como PEEPi, neumonía, inmovilidad y debilidad muscular. ECCO2r podría eliminar la necesidad de ARM ofreciendo un nuevo paradigma. Paciente de 71 años, EPOC, VEF.

1 450 ml. Medicación:Fluticasona-Salmeterol y Tiotropio. 48 hs previas al ingreso presenta tos, expectoración y disnea progresiva. Al ingreso se constata FC 100, FR 38, TA 110/70, SpO2 95% (cánula nasal 5 l/m), uso de músculos accesorios, hipoventilación y sibilancias, sin insuficiencia cardíaca. Laboratorio: Hto 47%, GB 12200, EAB 7.36/45/63.

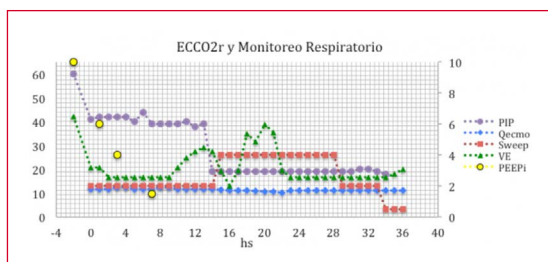
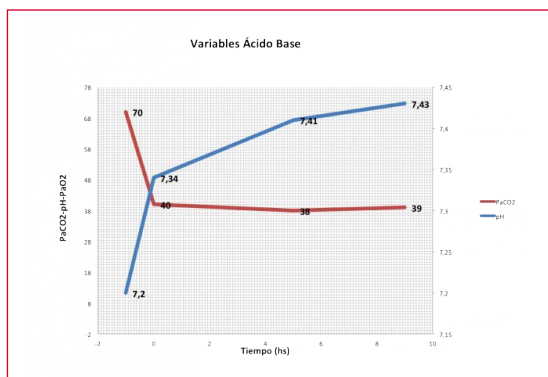
Tomografía de tórax: enfisema paraseptal y centrolobulillar, sin infiltrados. Inicia Levofloxacina, hidrocortisona, salbutamol, ipratropio y VNI. Evoluciona con acidosis respiratoria progresiva (7,32/55/88). Inicia sedación, bloqueo neuromuscular y ARM. VC/CMV, Vt 7ml/kg, Fr 16, VE 6,4 l/min, PEEP 0 cmH2O, Ti 0.7", constándose PIP 60 cmH2O, Pplateau 29 cmH2O, APEEP 10 cmH2O, e inestabilidad hemodinámica. EAB: 7.20/70/88.

Se decide iniciar ECCO2r veno-venosa (Rotaflo y PLS, Maquet), con cánula Avalon Elite 2L, 20 Fr, vía YID. Flujo 1.8 l/m, barrido 2 l/min. En hora 1 de ECCO2r se disminuye el soporte ventilatorio, se suspende el bloqueo neuromuscular y la sedación. El tiempo a la extubación, sedestación y deambulacion fue: 34, 36 y 48 hs. Se utilizó ECCO2r por 240 hs sin complicaciones. Recibió 2 unidades de GR y 5 unidades de plaquetas. Evolucionó favorablemente siendo decanulada con éxito.

Reducir la necesidad de ARM en EPOC es fundamental para mejorar los resultados. En 2009, Cárdenas utiliza ECCO2r en un caso logrando la desvinculación de ARM. Kluge, en un estudio caso-control concluye que ECCO2r evitaría la intubación en 90% de los pacientes con falla de VNI. Del Sorbo disminuye el RR de intubación en pacientes EPOC en VNI con el uso de ECCO2r. En 2013, Abrams describe prospectivamente 5 casos demostrando la factibilidad y seguridad de ECCO2r para extubar y ejercitar a pacientes EPOC. Roncon-Albuquerque reporta también dos casos con resultados similares.

En este caso ECCO2r fue efectivo y seguro, logrando la desvinculación y ejercitación precoz. Si bien debe confirmarse, ECCO2r podría ser una alternativa factible a ARM.





### 0075 CASO DE NEUMONÍA NO RESPONDEDORA A TRATAMIENTO: NEUMONÍA CRIPTOGENÉTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UTI CLÍNICA SANTA CLARA.

M BELLO(1), F SORIA(1)  
(1) Clínica Santa Clara.

**Introducción:** la neumonía organizante criptogenética (noc) describe a las proliferaciones intraalveolares de tejido de granulación sobre una matriz colágena, de etiología no identificada, secundaria a múltiples causas. La incidencia oscila 13% edad promedio 50-60años.

**Presentación del caso:** mujer de 78 años antecedente de FA crónica, MCPD, anticoagulada, colectomía total por colitis ulcerosa, ingresa a clínica medica por insuficiencia respiratoria asociado a trauma cerrado de torax con fracturas arcos costales laterales izquierdos, tac: signo de confusión mínima y neumotórax grado I izquierdo. Presentando evolución tórpida empeoramiento disnea CF IV, con saturación de O<sub>2</sub> 75%, exacerbación dolor con mayor intensidad en hemitórax derecho, fiebre, se decide pase a UTI, se conecta a VNI, se realiza policultivos (negativos), evaluado por infectología se comienza antibioticoterapia con p-t/claritromicina, evolución torpida se re-cultiva iniciando 2º ciclo de antibioticos (impipem-vancomicina). Persistiendo febricular y con empeoramiento radiológico, se solicita nueva tomografía: afectación difusa en vidrio deslustrado, dilataciones bronquiales y engrosamientos septales subpleurales, infiltrados parcheados. Evaluado por neumólogo que realiza FBC con BAL y BTB informando tejido inflamatorio inespecifico con patrón de neumonía organizativa difusa; cuya impresión diagnostica fue neumonía organizada criptogenética.

Se comienza tratamiento con meprednisona 1mg/kg/dia, presentando alivio de los síntomas respiratorios y regresión de las opacidades radiológicas. La dosis de corticoides se redujo gradualmente y quedo en observacion con neumonología.

**Discusión:** es una enfermedad pulmonar cuyo diagnóstico se retrasa por la falta de sospecha clínica y su confusión con otros procesos más frecuentes como la neumonía bacteriana. La presencia de infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax y TAC de torax con afectación difusa en vidrio deslustrado, dilataciones bronquiales y engrosamientos septales subpleurales parcheados obliga a incluir la noc en el diagnóstico diferencial, aunque el diagnóstico definitivo es histológico, algunos autores proponen un diagnóstico probable

de noc en un contexto clínico-imagenológico. La respuesta al tratamiento con corticoides es excelente, pero es imprescindible llevar a cabo un seguimiento por recaídas.

**Conclusión:** este caso ilustra como la NOC requiere de exámenes clínicos e imágenes y procedimientos, incluyendo biopsia pulmonar para el diagnóstico.

### 0076 VARIACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES DE ALTA DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

N IEZZI, E PÉREZ(1), K MIRALLES(1), A COTERO(1), R FAMILIETTI(1), M JANSMA(1), E BONA(1), E DANTAZ(1), J CAMPOST(1), N NICODEMES(1), W TOZZI(1), A BUSTAMANTE(1), J ARMELINO(1), M GIMENEZ(1), M GARELLO(1), S FERNÁNDEZ(1), V JARITOS(1), S KRITTERSON(1), L PIPOLO(1), GOL-FARINI

(1) Hospital De Clínicas José De San Martín.

**Introducción:** la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales. Gracias a los avances en el cuidado del paciente crítico se ha logrado mejorar la sobrevida aunque no logran recuperar completamente el estado de salud previo, debido a que existe una amplia variedad de factores potenciales antes, durante y después de la estadia en la unidad de terapia intensiva (UTI), que pueden afectar la CVRS de los pacientes.

**Objetivo:** describir la variación de la CVRS entre el momento previo a la admisión a la UTI y a 1, 3, 6 y 12 meses del alta de la misma.

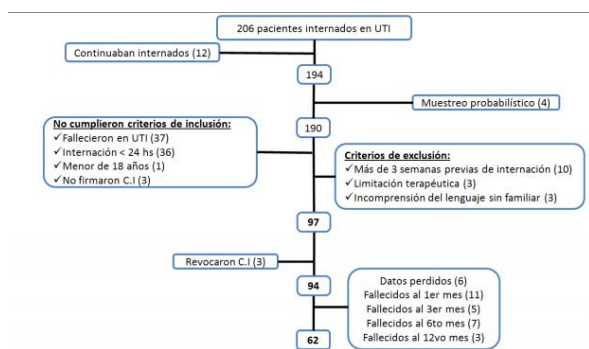
**Diseño y métodos:** se realizó un trabajo descriptivo, prospectivo y observacional durante el período comprendido entre el 1 de Mayo de 2013 y el 31 de Julio de 2014. Los pacientes fueron estratificados según motivo de ingreso en, médicos, quirúrgicos programados y no programados. Se utilizó como herramienta de medición el cuestionario EuroQuol-5D (EQ-5D), versión validada para Argentina. Las variables numéricas con distribución simétrica se expresaron como media y desvío estándar y aquellas con distribución asimétrica como mediana y rango. Las variables nominales se expresaron como porcentajes. Se consideró como estadísticamente significativo una p<0,05. Se utilizó el programa estadístico SPSS v20.

**Resultados:** se analizaron 94 pacientes, el principal motivo de ingreso fue cirugía programada en el 49% de los casos. El 42,6% requirió ventilación mecánica (VM) y la mortalidad al año fue del 29,5%, siendo el primer mes donde se obtuvo el mayor registro (12,5%). La CVRS se analizó en 62 pacientes, evidenciándose una mejoría al mes en el 47% de la población, a los tres meses en el 53%, a los seis en el 58% y a los doce meses en el 55%. El dolor y la ansiedad/depresión mejoran en todos los registros, a diferencia de las actividades de la vida diaria que empeoran. El 82% de los pacientes volvería a internarse en caso de ser necesario.

**Conclusión:** este estudio encontró que la CVRS mejora en el transcurso de un año posterior al alta de la UTI en comparación con su estado previo a la internación. La mayor mortalidad fue registrada al mes del alta en pacientes que presentaron más días de VM y un mayor APACHE.

	Previo UTI N=62	1 MES N=62	3 MESES N=62	6 MESES N=62	12 MESES N=62	Valor de p
<b>Movilidad</b>						
1 n (%)	36 (58)	35 (56.5)	38 (61)	43 (69)	44 (71)	0.17
2-3 n (%)	26 (42)	27 (43.5)	24 (39)	19 (31)	18 (29)	
<b>Autocuidado</b>						
1 n (%)	48 (77)	43 (69)	49 (79)	53 (85)	49 (79)	0.16
2-3 n (%)	14 (23)	19 (31)	13 (21)	9 (15)	13 (21)	
<b>AVD</b>						
1 n (%)	40 (64.5)	31 (50)	36 (58)	36 (58)	35 (56.5)	0.24
2-3 n (%)	22 (35.5)	31 (50)	26 (42)	26 (42)	27 (43.5)	
<b>Dolor</b>						
1 n (%)	26 (42)	36 (58)	34 (55)	40 (64.5)	41 (66)	0.001
2-3 n (%)	36 (58)	26 (42)	28 (45)	22 (35.5)	21 (34)	
<b>Ansiedad/depresión</b>						
1 n (%)	26 (42)	32 (52)	40 (64.5)	42 (68)	38 (61)	0.001
2-3 n (%)	36 (58)	30 (48)	22 (35.5)	20 (32)	24 (39)	

Valor de p significativo <0.05. UTI: Unidad de Terapia Intensiva; "1": representa sin dificultades en la tarea o ausencia del síntoma; "2-3": limitaciones para el desarrollo de la actividad o presencia del síntoma; AVD: Actividades de la vida diaria



### 0079 REPORTE DE UN CASO DE ENCEFALITIS ANTI-NMDA ASOCIADO A TERATOMA OVÁRICO EN PACIENTE JOVEN

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

**Introducción:** La encefalitis anti-NMDA representa 1-4% de encefalitis de causa no clara, más frecuente en mujeres jóvenes, se asocia mayormente a tumores, especialmente teratoma ovárico.

**Objetivos:** 1) Presentar caso infrecuente de encefalitis 2) Mostrar características clínicas, estudios complementarios diagnóstico y tratamiento.

**Material y método:** Mujer de 33 años con antecedentes de hipotiroidismo, que comienza con cefalea, movimientos involuntarios y deterioro de conciencia progresivo de 15 días de evolución, al ingreso Glasgow M4, V1, O1, TAC de cerebro normal, LCR no patológico, cultivo bacteriológico y virológico (-), inmunológico normal, Ac Anti-NMDA en LCR que resulta positivo. TAC de tórax- abdomen y pelvis que muestra ovario derecho con aumento de tamaño. Ecografía con ovario derecho con volumen 15,7 cc, sólida, hiperecogénica de 1,4 cm. Sugestivo de quiste dermoide. Mejora el cuadro neurológico progresivamente luego de la ooforectomía derecha, con mayor conexión con el medio, desaparición de movimientos extrapiramidales, sin necesidad de inmunosupresores. Anatomía Patológica: Teratoma. En UTI persisten movimientos anormales involuntarios de miembros inferiores, sin conexión con el medio, se desvincula de ARM y pasa a sala común.

**Discusión:** La causa del dicha enfermedad no esta clara, pero se asocia como fenomeno paraneoplasico secundario a tumores de ovario (especialmente teratoma), tambien carcinoma de células pequeñas pulmonar. Los receptores NMDA se encuentran en hipocampo y region frontal, la activacion de Ac anti-NMDA tipo Ig G, se une a subunidad RN1/RN2 de receptor causando disminucion reversible y selectiva en la terminal sináptica de via dopaminérgicas, noradrenérgicas, colinérgicas y gabaérgicas. Esto aumenta el glutamato extracelular y lleva a vias excitatorias desinhibidas. LCR puede ser normal, EEG: enlentecimiento difuso, actividad epileptógena, la RNM poco relevante. El gold standart es la detección en LCR de anticuerpos contra el receptor NMDA. El Tratamiento es curativo en el 60% de los casos con la extirpación de la neoplasia subyacente, gammaglobulina, plasmaféresis e inmunosupresores son de segunda línea.

**Conclusión:** La Encefalitis por Ac AntiNMDA, es infrecuente en la población en general, se describen casos en mujeres jóvenes, en las que la búsqueda temprana de la patología tumoral y extirpación quirúrgica, dando tratamiento precoz, con llevaría a mejorar el pronostico.

### 0080 LESIONES DE ARMA DE FUEGO EN EL 2014 EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), D VARELA(1), N TIRIBELLI(1), G SIBILA(1), M VAZQUEZ(1), V NUNES(1), R SANCHEZ(1), S RACERO(1), D QUARANTA(1), V GIUBIS(1), K MONTENEGRO(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

**Introducción:** Se define por herida por arma de fuego, como toda herida producida por proyectiles disparados por cualquier arma de fuego, esta es provocado por la transferencia de energía desde la bala o proyectil hacia los tejidos, que es directamente proporcional a la energía cinética de la bala como de indica en la formula  $E=WV/G$ . Donde E es la energía cinética del impacto, W es el peso de la bala, V es la velocidad y G es la gravedad.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, tratamiento y resultados de pacientes con herida de bala (HB) ingresados durante el periodo 2014 versus el promedio de los últimos 15 años.

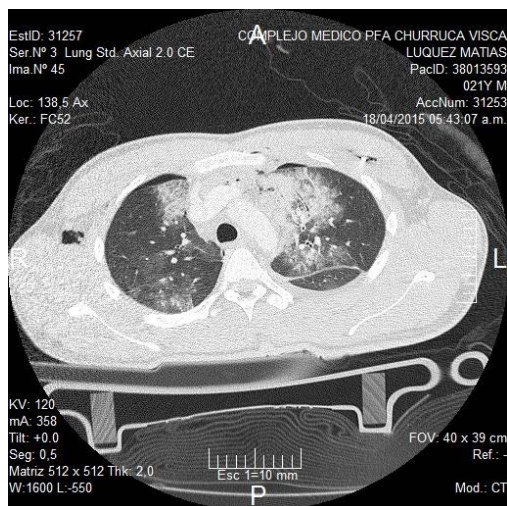
**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes ingresados por (HB) a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde 1/01/2014 AL 31/12/2014 y los datos de los últimos 15 años. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, TSR, lesiones, tratamiento, complicaciones, días de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media  $\pm$ DS, mediana  $\pm$  RI y %.

**Resultados:** Ingresaron 486 pacientes con herido de bala, 23 (5%) ingresaron en el 2014. La edad fue de  $29 \pm 10$  años, 80% hombres, APACHE II fue de  $14 \pm 10$  con un riesgo de mortalidad del 34%, TSR 6, ISS 9. Los días de ventilación mecánica fueron 6 [3-10]. Los días de UTI fueron de 12 [3-14] y la mortalidad fue del 12 %.

PERIODO	2014	HISTORICO
n	23	486
edad	$29 \pm 10$	$39 \pm 10$
sexo	masculino 80%	masculino 80%
apache	$14 \pm 10$	$15 \pm 10$
TSR	6	7
ISS	9	8
dias ARM	6 [3-10]	12 [3-14]
dias UTI	12 [3-14]	12 [3-14]
mortalidad	12 %	14 %

LOCALIZACION	2014	HISTORICO
CRANEO	18%	23%
CUELLO	6%	7%
LESIONES SUPRADIAGMATICAS Y MS	29%	26%
LESIONES INFRADIAGMATICAS Y MI	38%	36%
MIXTAS	9%	8%

**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 y las lesiones que mayor mortalidad tienen son las heridas de bala en cráneo.



### 0081 COEFICIENTE DE VARIABILIDAD DE GLUCEMIA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS

FM RIVERO(1), A CAMPOS MARTÍNEZ  
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

**Introducción:** La oscilación en los niveles de glucemia es frecuente en los pacientes críticos, habiéndose descrito una asociación entre hiperglucemia, hipoglucemia y mortalidad. Los estudios de Van den Bedrghes y el NICE-SUGAR plantean distintas estrategias en el control de la glucemia en UTI. Sin embargo la escasa asociación encontrada en trabajos posteriores entre mortalidad u control estricto o control permisivo de glucemia, ha llevado a plantear un nuevo "marcador" de glucemia, conocido como coeficiente de variabilidad (CV) de la glucemia, formando parte de Iso 3 dominios de la glucemia en el paciente crítico.

**Material y método:** Se diseñó un protocolo de estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, enrolando a todos los pacientes ingresados en UTI desde el 1 de septiembre de 2014, realizándose un corte el 30 de noviembre de 2014. El punto final primario fue mortalidad

en UTI y a 30 días. Como punto final secundario se evaluó tiempo de estadía en UTI.

**Resultados:** Se incluyeron 81 pacientes, 69.1% sexo masculino, edad promedio 63 años. Comorbilidad de mayor prevalencia HTA (92.6%), seguido de Enfermedad Renal Crónica, Cardiopatía Isquémica y Diabetes Mellitus. 37 pacientes presentaron un CV bajo (<20%) y 44 pacientes un CV alto (≥20%). La mortalidad global fue de 22.2%, siendo de 34% en el grupo con CV alto y 8% en el grupo con CV bajo (p=0,005). La mortalidad en pacientes con hiperglucemia (media ≥180 mg/dl) fue de 23% sin diferencias significativas con pacientes sin hiperglucemia. La mortalidad en pacientes con hipoglucemia (media <70 mg/dl) fue de 36.3%, sin diferencias significativas con pacientes sin hipoglucemia. No se observaron diferencias significativas en tiempo de estadía en UTI entre pacientes con CV alto y bajo.

**Conclusiones:** En nuestro protocolo de estudio un CV de glucemia ≥20% se asoció a un aumento de la mortalidad a 30 días, no observándose esta asociación con eventos de hiperglucemia o hipoglucemia.

### 0082 EPIDEMIOLOGÍA DE ADULTOS QUEMADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE QUEMADOS. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

M ACCOCE(1), B BALDO(2)

(1) Quemados. (2) Quemados.

**Introducción:** las lesiones por quemaduras determinan importantes alteraciones homeostáticas y hemodinámicas complejas que comprometen al sistema respiratorio y metabólico.

Gracias al avance en el tratamiento clínico quirúrgico y mejoras en estrategias de cuidado en las últimas décadas, la sobrevida del paciente ha aumentado. Sin embargo el gran quemado sigue siendo un desafío interdisciplinario.

Se disponen de escasos datos descriptivos reportados por centros argentinos especializados en pacientes quemados.

**Objetivo:** generar datos estadísticos descriptivos de pacientes con quemaduras en un centro especializado de atención de Argentina.

**Material y Método:** se llevó a cabo un análisis retrospectivo de pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Quemados entre marzo 2014 y marzo 2015. Los valores fueron expresados en media, mediana (rango) y en porcentaje del total.

**Resultados:** se analizaron datos de 92 pacientes (54 hombres y 38 mujeres), la media de edad fue 43.87 años. La causa más frecuente de lesión fue por fuego directo (74.52%). El 71.74% estuvo en AVM durante la estadía en UCI, con una mediana 3.5 días (rango 0-200). Se traqueostomizaron 13 pacientes. La mediana de superficie corporal quemada (SCQ) fue 30% (1-92); lesiones tipo B: 5% (0-88), tipo AB: 15% (0-60). Los días de internación en UCI arrojaron una mediana de 12.5 (1-208) y los de internación total mediana de 24 (1-228). La mortalidad hallada fue 46.74% en UCI. El 83.72% de los pacientes que obitaron estuvieron en AVM con una mediana de 3 días (0-200). En este grupo de pacientes la media de SCQ fue de 42.34%; lesión tipo B media 24.19%, AB 16.59%, siendo gran quemado el 95.35%. El 46.51% de los fallecidos tuvo diagnóstico de síndrome inhalatorio.

**Conclusión:** se obtuvieron datos descriptivos de una población de pacientes quemados en Argentina. Nuestra UCI no dispone de score de gravedad de ingreso siendo difícil saber si el valor de mortalidad encontrado corresponde al esperado. Debido a la escasa información disponible, no hemos podido compararlos con centros nacionales, al hacerlo con centros internacionales especializados vemos que la mortalidad es demasiado elevada.

Este análisis aporta nuevos datos epidemiológicos y será punto de partida para próximos estudios.



### 0083 INFECCIONES POR ESTAFILOCOCO METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

A FRANCAVILLA(1), P NEIRA(1), MDP ARIAS LOPEZ(1), L ONE-TO(1), E MORENO(1)

(1) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez.

**Introducción:** Un pequeño porcentaje de los niños hospitalizados por infecciones causadas por estafilococo aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMRC) presentan compromiso multisistémico, necesitando tratamiento en unidades de cuidados intensivos (UCIP). La mortalidad de este grupo es elevada, aunque por su baja incidencia, la evolución esta pobremente caracterizada.

**Objetivo:** Describir las características clínico epidemiológicas y evolución en UCIP de pacientes ingresados con infección por SAMRC.

**Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes ingresados entre el 1-12-2011 y el 15-4-2015 en una UCIP clínica quirúrgica de hospital pediátrico. Se uso estadística descriptiva para caracterizar la población: las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartilo (RIC); las variables categóricas como frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron en la UCIP 10 pacientes con diagnóstico de infección por SAMRC, 4(40%) de sexo masculino. La mediana de edad fue 63.21 meses (26.6-107.27). La probabilidad de muerte calculada por PIM2 fue 6.66% (5.08-13.06). La mediana del puntaje de disfunción orgánica pediátrico PELOD al ingreso fue 2(RIC 1-11.75) y el peor PELOD en la evolución fue 12(11-12).

El motivo de ingreso fue shock séptico en 4/10 pacientes (40%), monitoreo postquirúrgico en 2/10 (20%), sepsis severa 2/10 (20%), shock toxico 1/10(10%), insuficiencia respiratoria 1/10(10%)

El principal foco al ingreso en UCI fue respiratorio 6/10 pacientes (60%), 1/10 (10%) articular, 1/10(10%) shock toxico, 2/10(20%) piel y partes blandas.

100% de los pacientes rescataron SAMRC en hemocultivos de ingreso. El 80% de los pacientes (8/10) requirió ARM por una mediana de 11,5 días (8,5-23 días), en 2 de ellos(25%) se utilizo Ventilación de Alta Frecuencia.

El 70% (7/10) requirió inotrópicos: de ellos 100% utilizo noradrenalina por una mediana de 7 días (3.5-15 días), milrinona en el 71.43% (5/7) durante 4 días (2-9). Solo 1 paciente requirió adrenalina (14,29%) y 1(14,29%) paciente dopamina durante 24 hs Solo 1 de los casos requirió hemofiltración durante 7 días Fallecieron 3 pacientes (30%). La mediana de estadía en UCIP fue de 9.5 días (6.75-17.5)

**Conclusiones:** El principal motivo de ingreso en UCIP de los pacientes hospitalizados por infecciones por SAMRC fue el compromiso hemodinámico, secundario a foco respiratorio. La mortalidad de este grupo es elevada.

### 0084 HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO, CASO CLÍNICO INFRECUENTE

JA RAMOS OLIVER(1), A CARUSO(2), E ADAMOLI(2), U ALLEGRE(3), R TORREZ(3), M VILLA(3), C BAEZ(3), A TORRILLO(3) (1) Diego Thompson. (2) Argerich. (3) Corporación Médica.

**Introducción:** Hígado graso agudo del embarazo (HGAE), incidencia 1:10000-15000, mortalidad 20%, alteración oxidación ácidos grasos, defecto genético enzimático, del 3er trimestre del embarazo, náuseas, epigastralgia, ictericia, ascitis. Análítica: hiperbilirrubinemia, hipertransaminemia, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, hipoglucemia, coagulopatía, a veces con encefalopatía hepática falla multiorgánica. Desafío diagnóstico diferencial de: preeclampsia, síndrome HELLP, púrpura trombótica trombocitopénica, síndrome urémico hemolítico, colestasis, sepsis.

**Objetivos:** Presentar el HGAE, infrecuente en el servicio de UTI, documentado en historia clínica.

**Caso clínico:** Primípara 22 años 37,5 sem. con epigastralgia, náuseas, laboratorio: GB 17000, Hto 42, plaquetas 228000, TP 50%, KPTT 48. Cervix: 4 cm. Parto, episiotomía, feto masculino vivo. Laboratorio post parto: GB 27120, Hto 34,6, TP 22%, KPTT 67, plaquetas 207000, RIN 3,43, urea 77, creatinina 2,5, glucemia 68, Na 125, K 5,3, ácido úrico 9,5, Bilirrubina(Bi) total 13, Bi directa 8,0, GOT 186, GPT 142, FAL 406, LDH 674, colesterol 67, triglicéridos 86, proteínas totales 4,4, albúmina 3,0, amonemia 132 (R:31-123) serología (-) hepatitis A, B, C . Proteinuria 24 hrs (-). Ingres a UTI lúcida, sin fiebre, TA 130/80, ictericia, coluria, ascitis, sin sangrado, cultivos e inicio de antibióticos. Ecografía: hígado, bazo normal, vía biliar intra y extra hepático no dilatada, páncreas y riñones normales, ascitis. Tratamiento: albúmina, diuréticos. Frotis: sin hemólisis, esquistocitos, plaquetopenia. Evolución con descenso de: ácido úrico, bilirrubinas, urea, creatinina, factor V 55 (R: 90-120). Hematoma vulvar, caída del Hto 18, plaquetas 58000 TP 50% KPTT 44, fibrinógeno 199 requiere Hemoderivados. TC abdomen: Ascitis peri hepático, esplénico e interasas, sin litiasis, se realiza legrado, drenaje hematoma, recibe ácido tranexámico. 9día: normalizan valores laboratorio a excepción de la Bi, cultivos (-).

**Discusión:** HGAE, aparición en 3er trimestre, elevación de Bi, ascitis, hipocolesterolemia, hipoglucemia, trastornos de coagulación, descenso factor V, se descarta Hellp.

**Conclusión:** Toda sintomatología en la embarazada, otorgar relevancia, por mínima que sea, el seguimiento clínico y analítico es fundamental para tomar conducta terapéutica precoz.

### 0085 VALIDACIÓN DE UN MÉTODO ORIGINAL PARA LA MEDICIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO DE REPOSO EN PERSONAS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA: ESTUDIO DE CONCORDANCIA

N ROUX(1), P GUIMARAENS(1), H BENITO(2), E GOGNIAT(1), MDLÁ CARIGNANO(1), A MIDLEY(1), C KECSKES(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)

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

**Introducción:** la valoración el gasto energético de reposo (GER) a través de calorimetría indirecta (CI) en pacientes que requieren oxígeno y/o ventilación no invasiva (VNI) puede ser errónea. La inestabilidad de la mezcla gaseosa a raíz del oxígeno suplementario y las fugas propias de la VNI alteran los sensores de medición y generan sobre o subestimaciones del consumo de oxígeno y de la producción de CO<sub>2</sub>.

Esta situación dificulta actualmente la adecuación calórica en este grupo de pacientes.

**Objetivo:** validar con un equipo de CI un nuevo método de evaluación del GER en sujetos sanos con VNI-FiO<sub>2</sub> 21% (VNI21) y 30% (VNI30), en comparación con la medición del GER en ventilación espontánea a través de una máscara de neoprene (Vesp).

**Materiales y Métodos:** estudio observacional, prospectivo de concordancia.

Se utilizó un calorímetro *MedGraphics® ULTIMA CPX006*, ventilador *Maquet® SERVO S*, pieza bucal *MedGraphics®*, clip nasal *MedGraphics®* (para la implementación del nuevo método con VNI) y máscara de neoprene *preVent Mask MedGraphics®* (para Vesp).

Se evaluó el GER con CI a voluntarios sanos en tres escenarios: VNI21, VNI30 y Vesp. En el calorímetro se seleccionaron los modos "Ventilator" para las mediciones con VNI21/VNI30 y "Metabolic" para Vesp.

**Resultados:** se evaluaron 56 sujetos sanos (52% mujeres, media de edad 31 años, y media de índice de masa corporal 24 kg/m<sup>2</sup>).

La concordancia entre las mediciones con VNI21, VNI30 y Vesp fue adecuada.

La diferencia media entre VNI21 y VNI30 fue de 60kcal (IC95% 15,9 a 104); entre VNI21 y Vesp fue 117kcal (79-155); y entre VNI30 y Vesp 57kcal (0,8 a 113).

Los errores de la medición fueron similares en los diferentes rangos



## ■ Resúmenes

de GER, con una tendencia mínima a la sobreestimación del GER sin relevancia clínica.

**Conclusiones:** la valoración del GER con CI en sujetos con VNI21 y VNI30 fue concordante con la valoración del GER en sujetos con Vesp. Estos hallazgos permitirían la valoración del GER a pacientes con necesidad de oxígeno suplementario y/o VNI utilizando este nuevo método original.

#### 0086 ANALISIS DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), D VARELA(1), M LOPINZANO(1), G SIBILA(1), V NUNES(1), J CAPELLA(1), R SANCHEZ(1), A PASQUINI(1), M VASQUEZ(1), C POZO(1), S RACERO(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

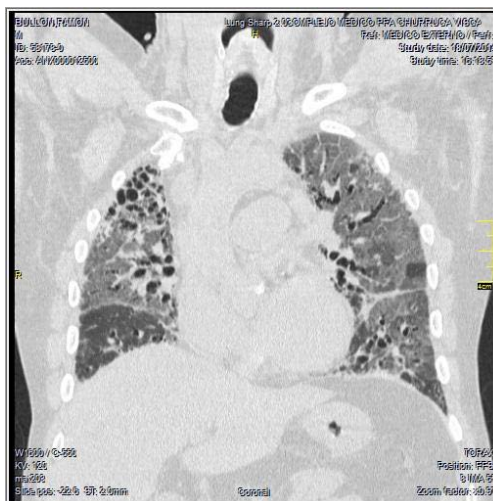
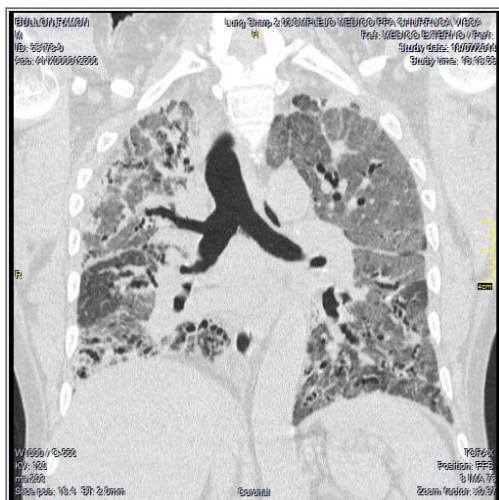
**Introducción:** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se puede clasificar como leve, moderada o grave, con un riesgo de mortalidad < 1 % en los casos leves y 60 % en casos graves.

**Objetivo:** Reportar los datos epidemiológicos de pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva del complejo médico policial por NAC grave.

**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 1/03/2015. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, comorbilidades, uso de VNI, Patrones radiográficos, rescate microbiológico, días de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media y DS, mediana, RI y %.

**Resultados:** Ingresaron a UTI 40 pacientes con NAC grave, de los cuales 32 pacientes (80%) requirieron ARM y 8 (20%) ventilación no invasiva. La edad fue de  $63 \pm 16$  y el 62 % eran hombres. El APACHE II  $24 \pm 8$  con un riesgo de mortalidad del 44 %. Comorbilidades DBT, TBQ, HIV, adicciones, patología oncológica. El 60% tenían patrón alveolar (PA) y el 40% patrón intersticial a quienes se le realizó lavado broncoalveolar (BAL), serología para chlamydia, mycoplasma, citomegalovirus (IgM e IgG) y HIV (ELISA) y panel viral. El rescate microbiológico fue ST.neumoniae 40%, virus influenza estacional 20%, H1N1 10%, P.jiroveci 10%, 10% chlamydia, virus sincicial respiratorio 5 % y citomegalovirus 5 %. Los días de ARM fueron de 5 [3-13], utilización de vni 10%, la estadía en UTI 10 [6-13] días y la mortalidad fue de 66%.

**Conclusiones:** Se objetivan datos epidemiológicos comparables con la literatura mundial con índice de mortalidad alto como específica la bibliografía. Son pacientes con muchas comorbilidades e inmunosuprimidos por lo cual se realizó BAL.



#### 0088 TRAUMA PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO Y LOS MEDIOS DE TRASLADO QUE SE UTILIZAN EN EL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA

A FELDMAN(1), V NUNES(1), S RACERO(1), M VASQUEZ(1), R SANCHEZ(1), G SIBILA(1), D CUARANTA(1), C POZO(1), J YALOSQUE(1), R ALVARADO(1), J CAPELLA(1), M MOLINA(1), A PERAZZI(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

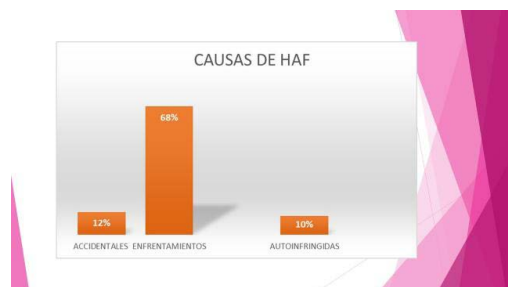
**Introducción:** El transporte sanitario aéreo constituye un complemento del transporte terrestre, conformando ambos uno de los eslabones fundamentales en la actuación médica prehospitalaria, enmarcada dentro de los Sistemas Integrales de Emergencias. Factores como la distancia, accesibilidad y gravedad, determinan la idoneidad del transporte aéreo.

**Objetivo:** Describir las lesiones del trauma penetrante por arma de fuego de los pacientes que se trasladan al hospital desde otros centros sanitarios o del lugar del hecho.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes ingresados por (HB) a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 01/08/1998 hasta 1/04/2015. 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 401 heridos de arma de fuego, de los cuales se completaron datos en 362. La edad promedio fue de  $39 \pm 1,6$ , APACHE II fue de  $22,7 \pm 2,2$ , Trauma Score Revisado (TSR) 6,2; Injury Severity Score (ISS) 28,8. El 91% fueron hombres. La localización de las lesiones son: Cráneo (23%), cuello (3%), lesiones infradiafragmáticas y de miembros inferiores (36%), lesiones supradiafragmáticas y de miembros superiores (22%) y (17%) lesiones mixtas (combinadas). Requirieron ARM 213 (59%) pacientes. El traslado se realizó en helicóptero (49%), en ambulancia (45%) y en patrullero ó particular (6%). Los días de internación fueron 10,2[3-14] y la mortalidad fue del 60% en heridas de bala en cráneo, 18% en cuello, 12% heridas supra diafragmáticas y miembros inferiores, 12% infradiafragmáticas y 13% mixtas. La mortalidad global fue del 23%.

**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. Las lesiones más frecuentes fueron las infra diafragmáticas y de miembros inferiores. Los helicópteros ha revolucionado el concepto de evacuación asistida. Entre sus ventajas destacan la posibilidad de acceso a zonas restringidas, la rapidez, versatilidad y capacidad de maniobra. La resucitación, el soporte vital, la intervención quirúrgica inmediata y un equipo multidisciplinario son los pilares para el tratamiento de estos pacientes.



#### 0089 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST-QUIRÚRGICAS EN CIRUGIA DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR

A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), M CORNU(1), AL DELARRIVA(1), M ARAGÜES(1), M SEPULVEDA(1)  
(1) Cmic.

**Introducción:** Los pacientes sometidos a cirugías (cx) de tubo digestivo superior (TDS) ingresan habitualmente a UTI para su cuidado post-operatorio (PO), no hay grandes trabajos que evalúen la incidencia de complicaciones PO en este grupo de pacientes.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de complicaciones PO en este tipo de pacientes y describir el grupo de pacientes complicados.

**Materiales y métodos:** Trabajo descriptivo, retrospectivo, realizado en el Centro Medicina Integral del Comahue de la ciudad de Neuquén. Durante el año 2014, incluyendo pacientes que ingresaron en condición de post-operatorio de cx de TDS. Los datos fueron cargados en base Excel y los resultados expuestos en valores absolutos o porcentaje según corresponda.

**Desarrollo:** Durante el período de estudio ingresaron a UTI 504 pacientes, de los cuales ingresaron como PO siendo de TDS 233 casos. Edad promedio 54+/-12 años, Apache II 10,2 +/- 4, Índice de Charlson (ICC) 3,24 +/- 1,64. La duración de la internación en UTI (DIU) fue de 10,4 +/- 8,2 y total hospitalaria (LOS) 22,5 +/- 13,2 días, la mortalidad de toda la muestra fue 17,3%.

Las patologías más frecuentes fueron: tumor de páncreas 34,7%, Cáncer gástrico 26%, tumores vía biliar 21,7%, tumor retroperitoneal 8,7% y Cáncer de esófago 4,3%. El abordaje fue laparoscópico 56,5%, el resto por laparotomía.

La incidencia de complicaciones fue del 52,2%, más frecuente en tumores de vía biliar y páncreas, la edad promedio 56,8+/-17, apachell 11,8+/-4,3 e ICC 3,2+/-1,7. Las complicaciones más frecuentes fueron Dehiscencia/Fistula 41%, Sepsis Abdominal 33,3% Hemorragia 8,3% e ileo PO 8,3%. La necesidad de re-intervención en estos pacientes fue del 50%, y por lo general requirieron varias re-intervenciones. La mortalidad de los pacientes complicados fue del 33,3%, la DIU fue de 34 +/- 12,3 y LOS 41,8 +/- 16 días.

**Conclusiones:** La incidencia de complicaciones PO en las CX de TDS es alta, más frecuente las dehiscencias, requiriendo re-intervenciones en varias oportunidades. No se encuentran diferencias significativas en la edad, apachell e ICC que se puedan atribuir a que contribuyan a la aparición de las complicaciones, se expandirá el trabajo para evaluar condiciones microhemodinámicas en POI y variables nutricionales.

#### 0090 HIPERLACTACIDEMIA EN POST-OPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIAS DE TUBO DIGESTIVO

A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), M CORNU(1), AL DELARRIVA(1), S SVAMPA(1)  
(1) Cmic.

**Introducción:** Los pacientes sometidos a cirugías (CX) del tubo digestivo (TD) se encuentran en riesgo de desarrollar complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico (QX). Se busca evaluar la evolución de los pacientes que en el post-operatorio inmediato (POI) presentan hiperlactacidemia (HLCT) como marcador de hipoperfusión celular e inadecuada resucitación intraoperatoria.

**Objetivo:** Incidencia de HLCT en el POI de Cx TD, y su impacto en la evolución del POI de Cx TD.

**Materiales y métodos:** Trabajo observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en el Centro Médico Integral del Comahue de la ciudad de Neuquén. Durante el año 2014, incluyendo pacientes en el POI de CX programadas de TD con dosaje de lactacidemia (valor de corte HLCT>18mg/dl). Los datos fueron cargados en IBM-SPSSv22 y los resultados expuestos en valores absolutos, media-DS, o porcentaje según corresponda.

**Desarrollo:** Durante el período de estudio ingresaron a nuestra unidad 593 pacientes, 131 fueron cirugías de TD y 90 cumplieron los criterios, con una edad 49±15, apachell 10±4, índice de comorbilidad de charlson (ICC) 2,1±2, 54% de los casos eran neoplasia de TD (cáncer páncreas, ca gástrico, y colorectal), la internación en UTI (IUTI) y la estancia hospitalaria (LOS) fueron 10±9 y 19±18 días, mortalidad promedio 8,1%.

Se encontró HLCT en el 34,4% de los casos, con un valor promedio de 28±9mg/dl, el 51,6% de los pacientes con HLCT presentó complicaciones Qx vs el 22% en aquellos sin HLCT (P<0.05), la IUTI 17±15 y LOS 30±24 días en los pacientes con HLCT vs 5±7 y 9±11 (P<0.05) respectivamente. La mortalidad en el grupo con HLCT fue 13,3% vs 5,4% (P<0.05).

**Conclusiones:** La incidencia de HLCT en el postoperatorio se ve en un 1/3 de los casos, tiene un alto impacto en la comorbilidad de este grupo de pacientes, con una alta incidencia de complicaciones, estancia más prolongada en la institución y mayor mortalidad, todos estos hallazgos con significancia estadística.

#### 0092 VASCULITIS SISTÉMICAS ASOCIADAS A ANTICUERPO ANTICITOPLASMA DE NEÚTRÓFILOS EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

X ABRIL ORELLANA(1), M BALDIVIESO(1), R GUACHICHUCA(1), K RODRIGUEZ(1), A SIMONS(1), P ARIAS(1)  
(1) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez.

**Introducción:** Las vasculitis sistémicas asociadas anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son infrecuentes en la infancia, requieren un alto índice de sospecha diagnóstica y el tratamiento oportuno. La enfermedad no tratada lleva a fallo multiorgánico y muerte. La presentación del caso tiene como objetivo aumentar el índice de sospecha.

**Presentación del caso:** Paciente de 12 años de edad con tres meses de evolución con hemoptisis y síndrome anémico, progresa a insuficiencia respiratoria grave y fracaso renal agudo por lo que es derivada al servicio de terapia intensiva. Se constata la presencia de ANCA y anti mieloperoxidasa (MPO). Recibió tratamiento con glucocorticoides, inmunosupresores, 7 ciclos de plasmaféresis, hemodiálisis trisemanal y soporte vital con ventilación mecánica. La paciente egresó de la unidad tras 24 días en ella, habiendo permanecido 7 días en ARM.

**Discusión:** Las vasculitis sistémicas asociadas ANCA se caracterizan por necrosis paucimune de las paredes de los pequeños vasos por auto anticuerpos (ANCA). Presentan afección sistémica con mayor impacto en pulmón y riñón, evolucionando a hemorragia alveolar pulmonar con fallo hipoxémico refractario e insuficiencia renal. Dentro de este tipo de vasculitis se encuentran: Granulomatosis

con poliangeitis de Wegener, Poliangeitis microscópica y el Síndrome de Churg-Straus. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el Síndrome de Goodpasture, lupus y las microangiopatías trombóticas. El diagnóstico del caso se realizó en base a los antecedentes, el examen físico, la determinación de los autoanticuerpos como ANCA y Ac Anti MPO (positivos). El régimen terapéutico se basó en la evidencia actual disponible.

**Conclusión:** Existen escasas publicaciones de esta patología en series pediátricas grandes; la mayoría de los estudios son series de casos. Si bien el tratamiento de la vasculitis ha mejorado, requiere un diagnóstico oportuno previo a la existencia de daño de órgano. Esto permite mayor supervivencia con menor cantidad de comorbilidades.

### 0093 PRESENTAR DELIRIUM DURANTE LA INTERNACIÓN EN UTI NO PREDICE UNA PEOR FUNCIÓN NEUROCOGNITIVA A MEDIANO PLAZO: COHORTE PROSPECTIVA

F CARINI(1), S GIANNASI(1), M PEDACE(1), J HAGEL(1), S TERRASA(1), JE SAN ROMÁN(2)

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

**Objetivo:** Determinar si la presencia de delirium durante la internación en UTI (Unidad de Terapia Intensiva) es un predictor de peor evolución a mediano plazo, con especial énfasis en la función cognitiva.

**Materiales y Métodos:** Cohorte prospectiva de 123 adultos (49% varones; mediana de edad: 68 años; de APACHE: 10 puntos; SIQCODE: 51) internados más de 48 hs durante 2013/14 en una UTI de un Hospital Universitario con 93% de adherencia al paquete ABCDE y una incidencia de delirium de 48%. Fueron excluidos los dementes severos. El diagnóstico de delirium fue realizado aplicando ICU-CAM. La función cognitiva y el ánimo fueron valorados presencialmente a los 4 y 8 meses del alta por una psicóloga entrenada durante sendas entrevistas de 90 minutos de duración en las que fueron aplicadas 13 pruebas neuropsicológicas.

**Resultados:** La incidencia de delirium fue 37%. Fueron evaluados a los 4 y 8 meses el 51% y el 39% de los pacientes.

No se constataron diferencias estadísticamente significativas en la memoria, atención, lenguaje, visoconstrucción, función ejecutiva, ánimo, calidad de vida, ni en la percepción sobrecarga del cuidador entre quienes habían presentado delirium en la UTI, y quienes no lo habían presentado.

**Conclusiones:** Presentamos la primera cohorte argentina de pacientes sometida a una evaluación cognitiva diferida exhaustiva con especial énfasis en si habían presentado o no delirium durante su internación en una UTI. En sintonía con reciente evidencia internacional, el haber presentado delirium no fue predictor de la función cognitiva a mediano plazo.

### 0094 FASCITIS NECROTIZANTE EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

X ABRIL ORELLANA(1), M BALDIVIESO(1), R GUACHICHULCA(1), K RODRIGUEZ(1), A SIMONS(1), P ARIAS(1)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez.

**Introducción:** Las fascitis necrotizante es una enfermedad infecciosa, siendo la tipo II la más frecuente en pediatría, su incidencia es baja de 0,8 casos por millón, pero es una enfermedad con elevada mortalidad. Presentamos un caso de fascitis necrotizante por estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBHGA) en un niño con evolución a shock séptico y falla de órganos.

**Presentación del caso:** Niño de 2 años previamente sano y sin factores de riesgo que consulta por mal estado general, vómitos, fiebre, impotencia funcional y tumefacción de muslo izquierdo. Evoluciona a shock séptico requiriendo reanimación con volumen, vasopresores, cobertura antibiótica y soporte vital con asistencia respiratoria mecánica (ARM). Es intervenido quirúrgicamente en forma precoz.

Evolución favorable con 7 días de soporte inotrópico y 16 días totales de ARM. Requiere extirpación completa del paquete muscular extensor del muslo izquierdo. Recibe el alta hospitalaria tras 2 meses. Es seguido de manera semestral con buen estado general e independencia para las actividades básicas.

**Discusión:** La fascitis necrotizante tiene alta mortalidad, cerca del 40%, pero baja incidencia en pediatría de 0,8 casos por millón. El agente causal más frecuente en niños es SBHGA. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe ser precoz para mejorar la supervivencia. El tratamiento consta de una adecuada cobertura antibiótica, intervención quirúrgica precoz y soporte vital adecuado.

**Conclusiones:** La fascitis necrotizante tiene mejor pronóstico con un diagnóstico precoz, desbridamiento quirúrgico exhaustivo, antibióticos adecuados, y soporte vital. Esto nos lleva a presentar el caso en busca de aumentar el índice de sospecha diagnóstica.

### 0095 DRIVING PRESSURE: NO TODO LO QUE BRILLA ES ORO

N PISTILLO(1), O FARIÑA(1)

(1) Alta Complejidad El Cruce.

**Introducción:** Conceptualmente *driving pressure* ( $\Delta P = P_{\text{Plat}} - P_{\text{EEP}}$ ) representa mejor la relación del  $V_t$  al tamaño pulmonar funcional ( $\Delta P = V_t / C_{\text{st}}$ ). Existen evidencias que  $\Delta P$  puede predecir mejor el riesgo de muerte, inclusive con  $P_{\text{Plat}}$  y  $V_t$  considerados seguros.

**Objetivo:** Evaluar si  $\Delta P$  correlaciona con el riesgo de VILI.

**Materiales y Métodos:** Ingresaron pacientes con SDRA primario, se excluyó EPOC, neumotórax, shock refractario e HEC. Los pacientes fueron ventilados en VCV con  $V_t$ : 6 ml/kg. Se tituló PEEP para obtener una  $P_{\text{Plat}}$  de 30 cmH<sub>2</sub>O (PEEP óptima). Se midieron presiones transpulmonares (PTP). Posteriormente se realizó una TAC de tórax en inspiración ( $P_{\text{Plat}}$ : 30 cmH<sub>2</sub>O) y otra en espiración (PEEP óptima). Se midió el volumen pulmonar: no aireado (NA: -100 a 100 UH), en riesgo de hiperinsuflación (RH: -850 a -900 UH) e hiperinsuflado: (HI: -1000 a -901 UH). Se comparó el riesgo de: *stress* (PTP<sub>insp</sub>), hiperinsuflación (estática: H<sub>resp</sub>/EELV y dinámica H<sub>insp</sub>/EILV), atelectrauma: (NA<sub>esp</sub> - NA<sub>insp</sub>/NA<sub>esp</sub>) y el *strain*: (RH<sub>insp</sub>) - (RH<sub>exp</sub>)/EELV.

**Estadística:** Los datos se expresaron como mediana  $\pm$  IC95%. Se utilizó correlación lineal para analizar la asociación entre variables.

**Resultados:** Ingresaron 12 pacientes, Pa/FiO<sub>2</sub>: 175 (140 a 208), PEEP 14,5 (12 a 17 cmH<sub>2</sub>O), C<sub>st</sub>: 27 (22 a 34 ml/cmH<sub>2</sub>O),  $\Delta P$ : 16 (13 a 18 cmH<sub>2</sub>O), atelectrauma: 10 (1,4 a 20%), HI: 4,5 (0,3 a 11%), *strain*: 10,5 (3,4 a 18%), *stress*: 16,2 (13,7 a 18 cmH<sub>2</sub>O) y PTP<sub>esp</sub>: 6 (4,4 a 7,3 cmH<sub>2</sub>O). En este modelo de ventilación protectora de  $P_{\text{Plat}}$  y  $V_t$  constante y PEEP variable, el principal determinante de volutrauma (EILV) es la C<sub>st</sub>. El  $\Delta P$  se relacionó de forma inversa con la C<sub>st</sub> ( $r = -0,80$ ,  $p = 0,0005$ , IC95% -0,9 a -0,5) y el riesgo de volutrauma (*strain*):  $r = -0,86$ ,  $p = 0,0002$ , IC95% -0,9 a -0,5 e hiperinsuflación:  $r = -0,78$ ,  $p = 0,001$ , IC95% -0,9 a -0,4) y de forma directa con el riesgo de atelectrauma ( $r = 0,89$ ,  $p = 0,0001$ , IC95% 0,7 a 0,9).

**Conclusiones:** *Driving pressure* estuvo condicionado por la elasticidad respiratoria, y expresó más una limitación del uso de PEEP en los pulmones más "duros" (mayor riesgo de atelectrauma) que un verdadero riesgo de sobredistensión.

### 0096 ACV ISQUEMICO EN PACIENTE JOVEN

GA TAUILL(1), C BARRIOS(1), J HAGEL(1), D LERMAN(1), D PINA(1)

(1) Sanatorio Franchin.

**Introducción:** La Arteritis de Takayasu (AT) es una arteriopatía autoinmune, progresiva e idiopática, que produce inflamación en arterias de mediano y grueso calibre. Ocurre principalmente en mujeres de entre 20 y 30 años. A medida que progresa la inflamación vascular se presentan cambios irreversibles de la pared del vaso, estenosis, aneurismas o cambios mixtos. La aorta y sus principales ramas son las localizaciones más frecuentes. Por su baja prevalencia y el debut clínico de nuestra paciente se decide presentar el caso.



**Presentación del caso:** Paciente de 16 años, sin antecedentes, consulta por presentar amaurosis fugax 7 días previos, asociado a hemiparesia derecha y afasia. Se realiza TC de cerebro, sin observar lesiones y se deriva para diagnóstico y tratamiento.

Se constata al examen clínico afasia de expresión y hemiplejía derecha, sin pulso radial derecho. Se realiza Tc de cerebro: isquemia territorio cerebral medio izquierda extensa; RNM: amputación de arteria carótida primitiva izquierda, estrechamiento desde tronco braquiocefálico de carótida primitiva, subclavia y vertebral derechas; Angiografía digital: oclusión arteria carótida primitiva izquierda en el origen, estenosis severa de arteria carótida primitiva derecha, estenosis moderada ostium arteria vertebral izquierda, estenosis moderada de arteria subclavia derecha y ostium arteria vertebral derecho. Se realiza tratamiento con angioplastia de carótida primitiva derecha con stent y balón + angioplastia de subclavia con balón. Se interpreta el cuadro como AT, y se realizan 3 pulsos de metilprednisolona, con mejoría clínica y leve secuela a la deglución de líquidos.

**Discusión:** La enfermedad en su fase inicial puede ser asintomática, insidiosa y con síntomas inespecíficos. La actividad clínica es difícil de evaluar y el laboratorio no es característico. La combinación de estudios por imágenes es lo sugerido para el diagnóstico y el seguimiento. El manejo medicamentoso y quirúrgico es complejo y no existen trabajos controlados que permitan establecer un algoritmo.

**Conclusión:** La AT es infrecuente en nuestro medio y se debe tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Es de gran importancia llegar a un diagnóstico acertado y evitar dilataciones ya que puede amenazar la vida, una vez descartadas otras causas más frecuentes.



#### 0097 VENTRICULITIS EN UCIA, 2011 A 2014 - HCIPS

GML CATTEBEKE RIVEROS(1), G GAONA(1), C ORTIZ(1), A MOLINAS(1), LGC OJEDA CASTILLO(1), S SANCHEZ(1), S ESCOBAR(1), R DIAZ(1), A NOGUERA(1)  
(1) Ips-central.

**Introducción:** La implantación de dispositivos intraventriculares para drenaje de líquido cefalorraquídeo o monitoreo de la presión intracraneal en lesiones neuroquirúrgicas implica asumir altos riesgos en la morbimortalidad del paciente cuando se complica con una ventriculitis.

**Objetivo:** Determinar el germen prevalente en el diagnóstico de ventriculitis en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del HCIPS desde diciembre de 2011 hasta diciembre de 2014.

**Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal.

**Resultado y Conclusión:** De los 87 casos de ventriculitis en estos últimos 3 años, 49% (43/87) corresponden a Bacilos Gram Negativos, 43% (37/87) a Cocos Gram Positivos, 5% (4/87) a Bacilos Gram Positivos, y 3% (3/87) a hongos. Los Bacilos Gram Negativos detectados en los pacientes con ventriculitis son: 50% *Acinetobacter Baumannii* Complex, 20% de *Klebsiella Pneumoniae*, y el 13% la *Pseudomona*

*Aeruginosa*. Los Bacilos Gram Positivos, 80% *Bacillus SP* y 20% de *Bacillus Vallismartis*. Los Cocos Gram Positivos, 75% *Staphylococcus Coagulasa Negativo*, 10% *Enterococcus SP*, y finalmente el *Streptococcus SP* y *Staphylococcus Coagulasa Positivo* con un 8% cada una. Los hongos, *Candida Tripocalis*, *Candida Albicans* y *Criptococcus neoformans* con el 33% cada una respectivamente. El 62% de los casos corresponden al sexo masculino, y mayores de 60 años, con un promedio de 8 a 14 días de instalado el dispositivo intracraneal.

#### 0098 NIVELES DE CITRULINA Y SHOCK, ¿CADA VEZ MÁS CERCA DE UN MARCADOR DE DISFUNCIÓN INTESTINAL?: ANÁLISIS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA

P GUIMARAENS(1), M CARIGNANO(1), D CORBELLI(1), C KECSKES(1), S GIANNASI(1), M GIMENEZ(1), E SAN ROMAN(1)  
(1) Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** si bien la disfunción gastrointestinal es frecuente en los pacientes críticos, hasta el momento, no contamos con marcadores de uso clínico que permitan objetivarla, por este motivo no forma parte de los scores de gravedad y pronóstico que se utilizan a diario (SOFA, APACHEII). La Citrulina (Cit) es un aminoácido de síntesis exclusiva enterocitaria. Sus niveles se asociaron a funcionalidad intestinal en pacientes con síndrome de intestino corto (funcional o anatómico).

**Objetivos:** Primario: describir el comportamiento de los niveles de Cit en pacientes con y sin shock. Secundario: determinar su asociación con mortalidad y duración de estadía en una unidad terapia intensiva (UTI).

**Materiales y métodos:** estudio prospectivo de cohorte. Se incluyeron 99 pacientes mayores de 18 años con y sin criterios de shock que permanecieron internados en la UTI de un Hospital Universitario del CABA, durante más de 48 horas. Se excluyeron aquellos con enfermedad intestinal crónica, resecciones intestinales recientes, y/o insuficiencia renal crónica, A cada paciente se le realizaron tres mediciones de Cit en sangre capilar a través de cromatografía líquida de alta presión (CLAP) a los 0 (basal), 2 (48h) y 7 días.

**Resultados:** ambos grupos de pacientes (con y sin shock) fueron semejantes respecto de su edad (mediana 56,7 años) y sexo (57% varones), y como era de esperar, diferentes en su puntaje de APACHE II (16 vs. 10,7; p=0,003). Los pacientes con shock evidenciaron niveles de Cit más bajos en las tres mediciones (basal: 9,7  $\mu\text{mol/mL}$  vs. 12,9  $\mu\text{mol/mL}$ , p=0,0003; a las 48h: 10  $\mu\text{mol/mL}$  vs. 14,6  $\mu\text{mol/mL}$ , p=0,003; y a los siete días: 10,9  $\mu\text{mol/mL}$  vs. 12,1  $\mu\text{mol/mL}$ , p=0,01). Si bien los valores de Cit evidenciaron asociación cruda con mortalidad y tiempo de estadía en la UTI, ésta asociación desapareció luego del ajuste por la presencia de shock. Tampoco se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre los valores de Cit, edad y sexo de los pacientes.

**Conclusiones:** los valores de Cit fueron consistentemente más bajos en las tres mediciones de los pacientes con shock, lo que reflejaría una disfunción enterocitaria. No hubo asociación entre los niveles de Cit, mortalidad y estadía en UTI.

#### 0099 SOPORTE NUTRICIONAL Y TRASPLANTE DE PULMÓN: REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

P GUIMARAENS(1), M CARIGNANO(1), D CORBELLI(1), P CABRERA(1), C PEREZ(1), M GOLDIN(1), C KECSKES(1)  
(1) Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** el trasplante de pulmón (TxP) es una opción terapéutica para algunas enfermedades pulmonares en su etapa terminal. El estado nutricional es un factor pronóstico postTxP. No existen guías específicas para el manejo del soporte nutricional (SN) en estos pacientes.

**Objetivo:** describir las prácticas nutricionales actuales y las complicaciones en el postTxP en una terapia intensiva (UTI) de un hospital universitario.



**Material y métodos:** observacional, retrospectivo, tipo reporte de casos. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de 12 pacientes adultos trasplantados durante 2013. Resultados expresados en media y desvío estándar (DS) o mediana y rangos mínimo/máximo.

**Resultados:** media de edad 41.8 DS 17.8 años, 58% masculinos. Media APII: 17.6 DS 4.4. Enfermedad de base: 42% fibrosis quística, 33% EPOC, 17% fibrosis pulmonar, 8% otros. El 67%, de los pacientes requirió uso de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) por una mediana de 2.5 (1-10) días postTxP. Tiempo en asistencia ventilatoria mecánica (AVM): mediana 9(1-62) días postTxP. Estadía en UTI: media 29 DS 16.1 días, vivos al alta UTI: 92%. Evaluación Global Subjetiva al ingreso postTxP: A 83% (bien nutrido), B 17% (moderadamente desnutrido o sospecha de desnutrición). BMI kg/m<sup>2</sup>: media 22,8 DS 4.5. El 50% de los pacientes recibieron SN preTxP. Media de inicio del SN postTxP: 3,7 DS 1.1 días. Tipo de SN postTxP: nutrición enteral (NE) exclusiva 55%, suplementos orales (SO): 27%, SN mixto (nutrición parenteral (NP)+NE): 18%. Alcance de meta calórica: mediana 5(3-15) días. Alcance de meta proteica: mediana 6(3-24) días. SN al alta de UTI: SO 89%, NE 11%. Complicaciones asociadas al SN: hiperglucemia 67%, constipación 50%, distensión abdominal 50%, gastroparesia 17% y diarrea 17%.

**Conclusiones:** el uso de ECMO y la inestabilidad hemodinámica (HD) dificultaron el inicio precoz y el avance hacia las metas calórico-proteicas de los pacientes postTxP. El SN mixto (NE + NP) debe implementarse precozmente para cubrir las metas nutricionales, ya que las complicaciones gastrointestinales asociadas a la inestabilidad HD y al uso de ECMO, impiden adecuar el SN por vía enteral exclusivamente. Observamos hiperglucemia como complicación metabólica, probablemente por el uso de corticoides en el esquema inmunosupresor.

#### 0100 IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y SINDROME CORONARIO AGUDO

C NORIEGA(1), MB FERNANDEZ(1), MI BLANCHET(1), HD LLANOS(2)  
(1) San Luis. (2) De La Villa.

**Introducción:** Las alteraciones electrocardiográficas en Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática (HSA) son causadas por disfunción hipotálamo-diencefálica secundaria al efecto irritativo de la sangre y pueden semejar síndrome coronario agudo por clínica, laboratorio y electrocardiograma (ECG).

**Objetivo:** Presentar un caso de HSA cuyo diagnóstico de ingreso fue Infarto Agudo de Miocardio.

**Caso:** Paciente de sexo femenino, 64 años, ingresa a Servicio de Urgencias por dolor precordial y cefalea occipital, Glasgow 15/15. ECG: supradesnivel del ST en cara lateral alta y anteroseptal CPK: 180 U/l. CPK MB: 46 U/l. Troponina positiva. Se indica tratamiento fibrinolítico pero previo a iniciar el mismo la paciente deprieme el Glasgow a 12/15. Se realiza TAC de cerebro encontrándose hemorragia subaracnoidea supratentorial de ambos hemisferios y ventrículos laterales, Escala de Fisher: IV, escala de Hunt y Hess: IV. Angiografía cerebral: aneurisma cerebral de arteria comunicante posterior complicado. Tres días después se realiza embolización del aneurisma con evolución favorable. Cinecoronariografía: sin alteraciones. La complicación cardiológica fue mejorando con la recuperación del cuadro neurológico.

**Discusión:** Disfunción hipotalámica es la alteración fisiopatológica en HSA que produce los cambios electrocardiográficos. Los mecanismos son: Disbalance autonómico = estimulación de región posterolateral del Hipotálamo produce cambios en flujo iónico miocárdico dando alteraciones en segmento ST y onda T; Tormenta de Catecolaminas = compromiso de cisternas basales por el sangrado al estar próximas al hipotálamo inducen síntesis excesiva de catecolaminas las que provocan necrosis miocárdica con aumento de troponina y CPK MB; Hipertensión endocraneana = inervación miocárdica de

fibras originadas en cerebro ventral que al ser lesionado induce arritmias.

Diagnósticos Diferenciales de cambios electrocardiográficos en HSA: cardiopatía isquémica y alteraciones electrolíticas.

**Conclusión:** Las alteraciones electrocardiográficas y la disfunción cardíaca en pacientes con HSA Aneurismática son frecuentes y se asocian con alta morbimortalidad. Ante un cuadro compatible con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) asociado a cefalea o depresión del sensorio deben ser sospechadas las alteraciones electrocardiográficas de HSA antes de iniciar tratamiento para IAM que complique la evolución del cuadro neurológico.

#### 0101 SOPORTE HEMODINÁMICO Y RESPIRATORIO CON ECMO EN PACIENTE CON SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTA VIRUS

M TISMINETZKY(1), JF SINNER(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

El síndrome cardiopulmonar por Hanta Virus es una entidad clínica con una elevada mortalidad secundaria a falla multiorgánica. El principal tratamiento es el soporte vital. La membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) permitiría brindar soporte hemodinámico y respiratorio con disminución de la mortalidad.

**Caso clínico:** Paciente de 40 años que ingresó a Terapia Intensiva por deterioro del sensorio e insuficiencia respiratoria hipoxémica con infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax. Se decide intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Se utilizó ventilación protectora con bajos volúmenes corrientes, asociada a sedación profunda y maniobras de reclutamiento. A las 24 horas evolucionó con falla hemodinámica con requerimiento de vasopresores, insuficiencia renal aguda no oligúrica con requerimiento de hemodiálisis, plaquetopenia y disfunción miocárdica con caída del volumen minuto cardíaco sin regionalidad en el ecocardiograma, por lo que se decidió iniciar soporte con ECMO arteriovenoso mixto. Posteriormente se logró disminuir las dosis de drogas vasopresoras y se observó mejoría de la disfunción cardíaca en el ecocardiograma. A las 48 horas se realizó weaning del ECMO sin presentar complicaciones asociadas al mismo.

Hacia el cuarto día se obtuvo el resultado positivo para Hanta virus por PCR, finalizó el tratamiento antibiótico y comenzó a realizar weaning de la ventilación mecánica.

**Conclusión:**

El síndrome cardiopulmonar por Hanta Virus produce un rápido deterioro de la función respiratoria y cardíaca, con evolución a la falla multiorgánica. Se utilizó la ECMO arteriovenosa mixta para ofrecer soporte a ambos sistemas, evitando así el alto requerimiento de vasopresores e inotrópicos y permitiendo la ventilación ultra-protectora para evitar la injuria asociada a la ventilación mecánica.

#### 0102 CREATÍNFOSFOQUINASA: COMPORTAMIENTO EN LAS PRIMERAS 36 HS EN EL TRAUMA

MDLA PONCE(1), C ARANCIBIA(1), P PAHNKE(1), C VIGNETTA(1), C LA GIGLIA(1), S PAVAN(1)  
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** La CREATÍNFOSFOQUINASA (CPK) es una enzima citoplasmática que se halla en altas concentraciones en el tejido muscular esquelético, cardíaco, y en menores concentraciones en cerebro. Tiene tres isoenzimas: MM, MB y BB. El músculo esquelético contiene MM (95%) el cardíaco MM (80%) y MB (20%) y el cerebro BB. Se puede elevar con numerosas causas, entre ellas politraumatismos, y se monitorea su elevación para vigilancia de una posible rabdomiólisis.

**Objetivo:** Valorar comportamiento de CPK en primeras 36 horas en Trauma fijando las siguientes variables: edad por década, sexo, niveles de aumento y seguimiento de la función renal en los primeros siete días.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y consecutivo de 113 pacientes que ingresaron al Shock Room del HMU con diagnóstico de Politraumatismo (PT) o Traumatismo craneoencefálico (TEC)

**Resultados:** Ver imágenes en cuadro.

**Conclusiones:** Sexo: 4/5 de los casos masculinos, edad: entre 11 y 30 años, más de la mitad de los casos, si ampliamos a 40 años supera los 2/3 de los casos. Uno de cada 11 factores no elevó la CPK. No hubo diferencias significativas en la elevación de CPK entre en PT y el TEC. La mayoría no superó las 5000 U/L de CPK. La incidencia de insuficiencia renal fue 1/11 factores.

Décadas	Número	%
11-20	30	26.54
21-30	33	29.20
31-40	19	16.81
41-50	13	11.50
51-60	6	5.30
61-70	9	7.96
71-80	3	2.65
Total	113	100

Diagnóstico	Número	%
TEC	47	41,59
PT	66	58,41
Total	113	100

Sexo	Número	%
Masculino	97	85,84
Femenino	16	14,16
Total	113	100

CPK	Normal	< 5000 u/L	5000 a 10.000	>10000
Ingreso	10 (8.84%)	101 (98.05%)	2 (1.95%)	0
12hs	10 (8.84%)	92 (89.32%)	7 (6.79%)	4 (3.88%)
36hs	10 (8.84%)	92 (89.32%)	6 (5.82%)	5 (4.85%)

FUNCION RENAL	
Normal	Insuficiencia
102 (90%)	11 (10%)

**0103 EVALUACIÓN DE VIGILANCIA INTENSIFICADA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MMR) EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DR. JOSÉ M. PENNA AM ROMEO(1), MM CAPALBO(1), IPAGANO(1), MDC PERRO-NE(1), M LAURITO(1), E MENDEZ(1), E RELOS(1), C CARRANZA(1), C FERNANDA(1)**  
(1) Dr. José M. Penna Gcba.

**Introducción:** Los pacientes colonizados con MMR representan un importante reservorio a partir del cual ocurre la transmisión y/o posterior infección. La identificación de los mismos a través de los cultivos de vigilancia activa (CVA), facilita la pronta implementación de medidas de control para reducir su diseminación.

**Objetivo:** Evaluar estructura (disponibilidad de recursos), proceso (cumplimiento) y resultado de la vigilancia intensificada llevada a cabo en UTI a través de la comparación de indicadores en el tiempo.

**Material y Método:** Periodo de estudio: primer semestre de 2013 y primer semestre de 2014. Lugar: UTI. Variables: Número (N°) de hisopos provistos; N° pacientes con criterios de CVA; N° boxes individuales; N° pacientes a aislar; N° CVA realizados; N° de pacientes con criterio de aislamiento; N° de pacientes aislados; Frecuencia de IACS por MMR; Frecuencia de IACS y la variable compleja *Presión de colonización* formada por las variables Días-Paciente con aislamiento de MMR y Total Días-Pacientes internados. Se realizó hisopado nasal y rectal a los pacientes que cumplían con los siguientes criterios: internación en otro servicio del hospital por más de 48 hs., provenientes de instituciones de tercer nivel o internación previa (últimos tres meses) al ingreso a la UTI, permaneciendo en aislamiento de contacto preventivo hasta el resultado bacteriológico.

**Resultados:** Cumplieron criterios para ser hisopados 72 pacientes en ambos periodos. De ellos fueron efectivamente hisopados 60 en el primer periodo y 59 en el segundo. De éstos resultaron positivos 24 en el primer periodo y 23 en el segundo. Todos los positivos fueron aislados. La *Presión de colonización* generada en el 2014 (65,7%) fue mayor que en el 2013 (52,5%) y las IACS producidas por MMR fueron el 57,14% de todas las IACS producidas en el periodo 2013 (36/63) y el 75% en el periodo 2014 (30/40).

**Conclusiones:** El conocimiento de la presencia de los MMR nos permite implementar medidas de prevención como el aislamiento de contacto para evitar su diseminación. Consideramos importante se-

ñalar que más de una IACS podría corresponder al mismo paciente. Resulta relevante aclarar que durante el 2014, la UTI no contó con la debida climatización, favoreciendo el crecimiento microbiano.

#### 0104 MANEJO CONSERVADOR EN EL ACRETISMO PLACENTARIO

CM ROLDAN(1), MN LLANOS(1), PA JUAREZ(1), S MONGES(1)  
(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

**Introducción:** Acretismo placentario, una de las principales causas de morbimortalidad materna, debido al incremento del número de cesáreas.

Es la implantación anormal de la placenta, por invasión de las vellosidades coriales al miometrio, por ausencia de la capa basal. El grado de invasión se define con el estudio histopatológico.

Las principales opciones de manejo reportadas en la literatura son cesárea-histerectomía, extirpación de la placenta, embolización de las arterias uterinas y manejo conservador.

**Caso clínico:** Paciente, 24 años, embarazo 38 semanas, parcialmente controlado, doble cesárea anterior, G3P2. Se programa cesárea en nivel de atención 2. Diagnóstico intraoperatorio de Acretismo placentario, se realiza extracción fetal sin alumbamiento y se deriva a centro de 3 niveles a 200 Km de distancia.

Ingresó TA 119/63, FC:86, ginecorragia moderada. Ecografía: útero aumentado de tamaño, placenta anterior, inserción baja lateral izquierda. Doppler: pequeñas zonas flujo lacunar.

Hto 26, Hb: 8, KPT:41", TP:50%, fibrinógeno:179, plaquetas:135.000. Se transfunden 2UGRS y 15ml/kgPFC, pasa a quirófano. Cirugía: Cara anterior: arriba del segmento, se observan signos de implantación anormal de la placenta. Se disecciona plano vesico-uterino. Inserción placentaria: adherencia parcial con márgenes de tejido sano. Resección de la zona afectada, puntos hemostáticos, afrontando bordes sanos del útero. Retracción uterina. Laboratorio intraquirúrgico: Hto:18.6 Hb 5.9, GSAPH 7.25, EB -11.5, Láctico 1.7, Fibrinógeno 180 mg/dl. Regresa UTIO resuelve coagulopatía, a las 72 hs. pasa a sala común.

**Discusión:** Se decide técnica conservadora, por implantación parcial y márgenes de tejido sano de más de 2 cm. Esto permitió disminuir tiempos quirúrgicos, sangrado, evitar lesiones de órganos vecinos, tiempo de recuperación, días de internación y complicaciones psicológicas derivadas de la histerectomía.

**Conclusión:** La postergación de la cesárea, el cierre de la pared abdominal y la derivación a un centro de mayor complejidad no aumentan la morbimortalidad materna ni fetal.

Actualmente la histerectomía sigue siendo el método electivo, se debe tener en cuenta los riesgos y complicaciones que esta implica. El tratamiento conservador, es opción para casos seleccionados, debiendo ser considerado, por la disminución de morbimortalidad y por permitir preservar la fertilidad del paciente.





#### 0106 MENINGITIS POR PANTOEA ANANATIS EN PACIENTES SERO POSITIVO PARA VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE LA EVACUACION DE UN HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO

E NASUTE(1), C BELTRAMO(1), S PAVAN(1), C ARANCIBIA(1)  
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** Pantoea Ananatis es una bacteria Gram negativa, que actúa como patógeno oportunista en el inmunocompetente, causando infecciones en tejidos, sangre y tracto urinario. Se la aísla habitualmente en superficie de platas, semillas y frutas (mandarinas, naranja) y de material fecal o humano.

**Presentación del caso:** Masculino 59 años consulta 28/01/15 por cefalea de aparición posterior al viaje a Amazonia Peruana en noviembre 2014, que incrementa su intensidad en últimos días.

Examen físico: lucido, afebril, Glasgow 15/15, pupilas reactivas, isocóricas y simétricas, sin foco motor ni sensitivo, Praxia conservada, marcha eubásica. Demás aparatos sin particularidades. Tomografía de cerebro (TAC) objetiva hematoma subdural (HSD) subagudo hemisférico derecho con desviación de la línea media. Se evacua hematoma subdural. El 2/2/15 presenta síndrome meníngeo. Punción lumbar: positivo bacteria Gram negativa de difícil identificación. Se envía muestra a dos laboratorios especializados: informa Pantoea Ananatis, sensible a Ceftazidima. Se realiza serología para VIH la cual es positiva.

Evolución favorable, 21 días de tratamiento antibiótico.

**Discusión:** Las infecciones por Pantoea Ananatis no son frecuentes en humanos.

En el caso presentado se da la circunstancia que ocurre en postoperatorio inmediato de evacuación de un HSD en forma de meningitis, en un paciente que hasta ese momento ignoraba ser VIH positivo. El diagnóstico fue realizado en dos laboratorios especializados fuera de la institución.

La respuesta al tratamiento antibiótico fue excelente.

**Conclusión:** Presentación de un paciente que presenta un HSD de etiología no clara, que desconocía ser VIH positivo y que en el postoperatorio inmediato se complica con meningitis por Pantoea Ananatis, una bacteria que causa enfermedades en el ámbito de la agricultura y que se ha comenzado a reportar como un patógeno emergente por el aumento en el número de reportes de enfermedad de huésped no registrado antes.

#### 0108 ECOGRAFIA DEL NERVO ÓPTICO EN HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA

Y SALOMON(1), A TORRES(1), M FARIAS(1), C FARINA(1), C RIVERA(1), X BENAVENTE(1), B SIERRA(1), G IZZO(1), E CENTENO(1), R ANCHORENA(1)  
(1) Simplemente Evita.

**Introducción:** En muchos estudios fue evaluada la asociación entre el diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) medida por ultrasonografía y los valores de PIC, estos estudios intentaron definir si el aumento de DVNO podría ser usado para diagnóstico temprano de hipertensión endocraneana.

**Material y métodos:** Estudio de método de diagnóstico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados desde 01/01/14 hasta el 31/12/14, que requirieron monitoreo de la presión intracraneana (PIC) con fibra óptica. Fueron excluidos pacientes con trauma ocular, embarazadas y patología neurológica previa. Se midieron los pacientes en el transcurso de la primera hora de colocación de catéter de PIC con ecógrafo SONOSITE M TURBO. Se consideró hipertensión endocraneana a una PIC > 20 mm Hg y se consideró DVNO aumentada con  $\geq 6$  mm.

Se utiliza media  $\pm$ DS y %. Se utilizó Chi2. Se realizó test de correlación de Spearman. Se considera significativo un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se estudiaron 31 pacientes con criterios de ingreso, edad  $31 \pm 12$  años, masculinos 20 (66%). Las causas de ingreso fueron: TEC grave 68 % y HSA mal grado 32 %. La PIC promedio fue de  $19 \pm 11$  mmHg, 12 (39%) presentaron HTE. El DVNO promedio fue de  $5 \pm 0.7$  mm, con DVNO aumentado 6 (19%) pacientes de los cuales el 83% tenían HTE. El método DVNO tiene una sensibilidad del 95%, especificidad del 56%, VPP 84%, VPN 83%, área bajo la curva 75%, Correlación de Spearman 0.59 (0.0005).

**Conclusiones:** Se realiza un estudio para evaluar si la medición del DVNO  $\geq 6$  se correlaciona con HTE, observándose una moderada correlación. Es un método no invasivo para detectar HTE.

#### 0109 PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR, RARA CAUSA DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. REPORTE DE CASO

CA ALBANESI(1), A CORNAGLIA(1), M OLMOS(1), M MORALES(1), F ROMERO(1), E MINOLDO(1), M ARAMBURU(1), C GALLETI(1)  
(1) Sanatorio Allende.

**Introducción-Objetivo:** La Proteinosis Alveolar Pulmonar (PAP) se caracteriza por la acumulación de surfactante en el interior del espacio alveolar que determina una alteración del intercambio gaseoso. De curso clínico variable, desde la resolución espontánea hasta el fallo respiratorio. Existen tres formas: genética, secundaria y primaria o idiopática; siendo esta última la más frecuente en adultos (>80%). Se presenta un caso de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) por PAP.

**Presentación del Caso:** Masculino de 35 años, consulta por disnea progresiva y fiebre. Empeoramiento de la sintomatología en las últimas 24 horas; taquipnea, hipoxemia, tos seca, artralgias y mialgias. Antecedentes patológicos: Consumo de drogas (no inyectables); en el último año pérdida de peso significativa, artralgias matutinas y astenia con fatiga fácil.

La Tomografía Computada (TC) helicoidal de tórax mostró engrosamiento del intersticio pulmonar y septos interlobulillares, con patrón de empedrado irregular, difuso, bilateral. Sugestivo, entre otros, de PAP (Figura 1). Laboratorio: linfocitosis, hipoxemia e hipocapnia, PCR y VSG elevadas. Procalcitonina negativa. Serología para HIV, VHB, VHC, CMV y enfermedades autoinmunes negativas. Hemocultivos sin desarrollo; se inició tratamiento antibiótico empírico. Internación en UTI durante 5 días con diagnóstico de IRA y requerimiento de soporte ventilatorio no invasivo (VNI).

Se realizó Biopsia pleuropulmonar por toracotomía izquierda, y se inició tratamiento corticosteroide con buena respuesta clínica



e imagenológica. Diagnóstico anatomopatológico: Proteinosis Alveolar.

Alta luego de 15 días, persistencia de disnea a esfuerzos moderados y alteraciones de pruebas funcionales respiratorias con patrón restrictivo y disminución severa de la difusión de CO. Continúa tratamiento esteroideo.

**Discusión-conclusiones:** La PAP idiopática es causada por autoanticuerpos anti factor estimulante de colonias de granulocitos (GM-CSF), disfunción macrofágica y acumulación del material lipoproteínico. Es una enfermedad extremadamente rara, incidencia de 0,36 casos por millón de habitantes. La TC de alta resolución pone de manifiesto vidrio esmerilado con engrosamiento de los septos; patrón típico en empedrado (Crazy Paving).

Se remarca la importancia del caso por la baja incidencia mundial de la patología. Si bien la biopsia quirúrgica es el método para el diagnóstico definitivo, las manifestaciones clínicas e imagenológicas características y el lavado broncoalveolar con material PAS positivo son suficientes para su diagnóstico.



#### 0110 HIPOFOSFATEMIA Y SU RELACIÓN CON EL INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS

V GONZALEZ(1), E ASINARI(1), F VIANO(1), S BARZÓN(1), C GALLETTI(1)

(1) Sanatorio Allende.

**Introducción:** El 45% de las hipofosfatemias hospitalarias ocurren en pacientes bajo cuidados intensivos, siendo ésta la consecuencia de una combinación de factores y se asocia con incremento de mortalidad. La redistribución celular es la causa más común y puede producirse por el inicio de la alimentación. Ésta característica es llamada síndrome de realimentación (SR) siendo la hipofosfatemia su expresión más significativa. La hipofosfatemia severa puede pro-

ducir complicaciones respiratorias, cardiovasculares, musculares, neurológicas y hematológicas.

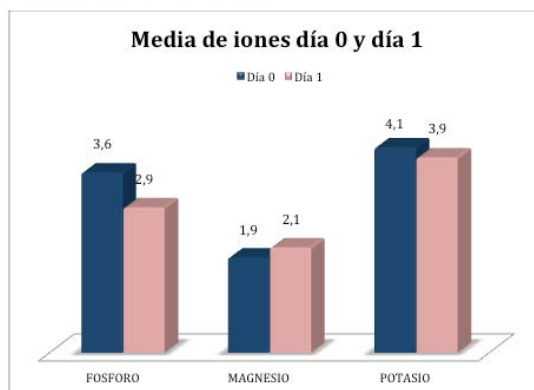
**Objetivos:** Establecer la relación entre variación del fosfato e inicio del soporte nutricional. Determinar incidencia de hipofosfatemia al inicio del soporte nutricional. Analizar el desarrollo de hipofosfatemia en pacientes clasificados "en riesgo" según guía del National Institute For Clinical Excellence (NICE). Determinar asociación entre hipofosfatemia y severidad de la enfermedad a través del cálculo de APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II).

**Material y método:** Estudio retrospectivo, analítico, observacional que evaluó el laboratorio seriado antes del inicio del soporte nutricional y al primer día de éste. Se agrupó a los pacientes en, "con riesgo" o "sin riesgo" de desarrollar SR según guía NICE; se calculó APACHE II clasificándolos en aumento significativo de riesgo de mortalidad con valores  $\geq 20$ . Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó Test T de Student y regresión lineal; Chi2 para datos cualitativos. Se consideraron estadísticamente significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La muestra quedó constituida por 61 pacientes. El nivel del fosfato al día 0, sin alimentación y al día 1 de la alimentación, disminuyó significativamente ( $p=0,001$ ). La incidencia de hipofosfatemia al día 1 fue del 34% y de hipofosfatemia severa 15%. La clasificación por guía NICE en "con o sin riesgo" de desarrollar SR no produjo diferencia significativa en el valor de fosfato ( $p=0,103$ ). No se encontró asociación entre hipofosfatemia y APACHE II  $\geq 20$  ( $p=0,73$ ).

**Conclusión:** La disminución de la fosfatemia encontrada en pacientes críticos al inicio del soporte nutricional, manifiesta la relación de este ion con el inicio de la alimentación. La hipofosfatemia no fue condicionada por la clasificación "en riesgo" de desarrollar SR según la guía NICE o la severidad de la enfermedad por APACHE II. Estos hallazgos confirman la importancia del monitoreo periódico de los valores de fosfato en pacientes con soporte nutricional y de aquellos factores de riesgos que puedan conducir a su disminución.

Gráfico: Media de iones día 0 y día 1



Fósforo mg/dl, Magnesio mg/dl, Potasio mEq/l

#### 0111 PRESENTACION ATIPICA DE TUBERCULOSIS CON CONSOLIDACION PULMONAR

M YAGAS(1), Y ADALA(1), R CURIMAN(1), M CARRASCO(1), F PEJENAU(1), C ORELLANO(1), C ARNAUDIN(1), A PEREZ(1), G HUERTA LORENZETTI(1), L CORSIGLIA(1), L CARBONI(1)  
(1) Hiea Y C San Juan De Dios De La Plata.

**Introducción:** Según la OMS un tercio de la población está infectada con tuberculosis y aproximadamente 25% se manifiestan de modo atípico. El objetivo es la descripción de un caso de tuberculosis con presentación infrecuente de consolidación parenquimatosa.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 20 años con antecedentes de leucemia linfocítica aguda hace 10 años, consulta por



## ■ Resúmenes

tos, disnea y fiebre de varios de días de evolución. En Rx de tórax: consolidación en base pulmonar derecha; leucocitosis (11600) con neutrofilia. Se toman hemocultivos e inicia tratamiento con ampicilina-sulbactam.

Ecografía pleural: derrame pleural derecho compatible con empiema, cultivo negativo.

Se coloca tubo de avenamiento pleural.

Evolución desfavorable con compromiso de hemitórax izquierdo. Ingres a nuestro hospital para resolución quirúrgica del empiema. Evolucion a deterioro de la función respiratoria requiriendo ingreso a UTI.

Tomografía de tórax: condensación bilateral con broncograma aéreo y derrame pleural bilateral.

Se toman hemocultivos y se rota antibióticos a Piperacilina-tazobactam.

Persistentemente febril, leucocitosis en ascenso, PPD negativa, serologías negativas (VIH, VHB, VHC, CMV).

Mayor compromiso respiratorio requiriendo ARM e inotrópicos. Leucocitosis (35500). Se solicita perfil reumatológico (negativo), hemocultivos y se realiza mini-BAL. Inicia vancomicina, imipenem, colistín y tuberculostáticos. Hipoxemia refractaria y shock con alto requerimiento de vasopresores.

Presenta paro cardiorrespiratorio con maniobra de reanimación positiva.

Nuevo paro cardiorrespiratorio con maniobra de reanimación negativa y fallecimiento de la paciente.

Informe de mini-BAL, post-mortem, positivo para Koch.

**Discusión:** La presentación aguda y la falta de epidemiología, hicieron que inicialmente no se considerara el diagnóstico de TBC.

Ante la mala evolución a pesar de tratamiento adecuado para NAC grave, sin rescates bacteriológicos, debería considerarse el diagnóstico de tuberculosis.

La consolidación y compromiso de lóbulos inferiores es más frecuente en inmunodeprimidos. Si bien, esta paciente realizaba controles que evidenciaban remisión de su enfermedad oncohematológica no podría descartarse alteración de la inmunidad.

**Conclusión:** Dada la alta prevalencia de TBC en nuestro medio, deben considerarse las presentaciones atípicas como diagnóstico diferencial de NAC grave con falta de respuesta a antibióticoterapia convencional. Su diagnóstico es tardío precisamente por sus características clínicas y radiológicas que muchas veces inducen al diagnóstico erróneo de neumonía bacteriana.

#### 0112 COMPLICACIONES DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES POR PUNCIÓN, EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

J NAVOTKA(1), M PAIZ(1), R KARATANASOPOLOZ(1), G LEVY(1), L GOSSEN(1), R BAEZ(1), A SERRUYA(1), J GALLO CELIZ(1), D BARRIOS(1)

(1) Vidal.

**Introducción:** La cateterización de venas centrales es un procedimiento rutinario en las Unidades de Cuidados Intensivos. Este tipo de procedimientos se realizan en distintos tipos de pacientes, siendo los oncohematológicos una población en crecimiento. Sin embargo su indicación debe estar normatizada y elegida de acuerdo a las condiciones individuales de cada paciente para lograr la menor tasa de complicaciones.

**Objetivo:** El objetivo es reportar las complicaciones inmediatas en la realización de vías venosas centrales por punción en pacientes oncohematológicos con trastornos de la coagulación en un servicio de terapia intensiva

**Materiales y métodos:** Se analizaron en el periodo 1 de enero 2005 al 31 de marzo del 2015 las historias clínicas, evolución y complicaciones de aquellos pacientes a los cuales se les realizó vías venosas centrales por punción con método de Seldinger y que presentaban trastornos de la coagulación, definido como leves por tiempo de protrombina <50%, kptt <50 segundos o plaquetas <50000 mm3

y severos por tiempo de protrombina <30%, kptt >50 segundos o plaquetas <25000 mm3. En los severos se realizó durante el procedimiento aporte de hemoderivados según el trastorno, plasma fresco cuando la alteración era de las vías de la coagulación o concentrado de plaquetas para corregir su déficit. Se considero sangrado prolongado a aquellos que requirieron compresión del sitio de punción por más de 30 minutos.

**Resultados:** Durante este periodo se indicaron 275 accesos. Las venas utilizadas fueron la yugular derecha en 105 pacientes, la izquierda en 75, subclavia derecha en 60 e izquierda en 35 Entre los pacientes que presentaban trastornos severos se indicaron 160 accesos, observándose 28 sangrados prolongados con resolución espontánea y un hemoneumotorax bilateral.

En el segundo grupo se presentaron 9 episodios de sangrado prolongado.

**Conclusión:** Se observo que las complicaciones en vías centrales realizadas en pacientes con trastornos leves de la coagulación fue el sangrado prolongado en 7,82%; sin complicaciones graves, mientras que en los trastornos severos fue del 17,5% para sangrado prolongado y un solo caso de complicación grave con hemoneumotorax que represento el 0,62%

#### 0113 MENINGITIS POST QUIRÚRGICA A CANDIDA GLABRATA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

RM SANTILLAN(1), F RUGGERI(1), JC GARCÍA ROTH(1), M MOLINA(1), O LEVATTI(1), W GOMEZ SOLIS(1), M CARLOS(1), H LUIS(1), S LOMBARDO(1), L SILVIO(1)

(1) Hospital Escuela "Jose F. De San Martin".

**Introducción:** La meningitis post quirúrgica a candida glabrata es algo sumamente infrecuente, sobretodo, en pacientes inmunocompetentes, estando presente en un 4 y un 7% en América Latina para pacientes neuroquirúrgicos.

Los casos descritos de meningitis por Candida spp. se presentan en pacientes con factores de riesgo como inmunosupresión, catéteres intravasculares, intervenciones quirúrgicas, nutrición parenteral o antibióticoterapia de amplio espectro. Estadísticamente entre el 2,9 y el 10,3% de los pacientes con monitoreo de PIC desarrollan infección meningea.

**Presentación del caso:** Paciente de sexo masculino de 20 años, sin antecedentes patológicos conocidos que sufre TEC grave, requiriendo IOT y conexión a AVM. Ingres a UTI donde se realiza colocación de catéter de PIC el cual permanece durante 24hs y luego es retirado por no dar una medición confiable. Al tercer día de internación, ante la sospecha de sepsis por presencia de SIRS se realizan hemocultivos, minibal y punción lumbar, dando el citoquímico del LCR: 4 linfocitos/mm, lactato 6, glucorraquia de 0,48, proteínas 68 mg/dl. El examen bacteriológico arroja la presencia de Staphylococcus Aureus Oxacilina Sensible en minibal, hemocultivos negativos y crecimiento de levaduras en LCR, identificándose la presencia de C. Glabrata. Se establece el diagnóstico de neumonía y meningitis post quirúrgica.

**Discusión:** En el caso presentado se destaca como único factor de riesgo la colocación de catéter intracraneal, destacándose ser paciente inmunocompetente. Como signos clínicos destacados para su diagnóstico en la bibliografía son fiebre, taquicardia y leucocitosis, sin mejoría pese al tratamiento iniciado para los focos determinados, asociada, luego a líquido obtenido por punción lumbar patológico y la presencia en estudio bacteriológico de candida glabrata. El tratamiento definitivo realizado fue con fluconazol 400mg/día durante 21 días determinado por la sensibilidad del germen con buena respuesta.

**Conclusión:** Si bien el tratamiento ante el diagnóstico de meningitis post quirúrgica está orientado a la flora habitual, la persistencia de signos de inflamación, pese a instaurado el tratamiento, nos debe hacer seguir buscando etiologías. El reto actual en las candidiasis del SNC es su diagnóstico determinando la terapéutica por la situación clínica del paciente. El tratamiento tardío se asocia con una mayor mortalidad.

#### 0114 MUERTE ENCEFÁLICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

M PENAZZI(1), E MARI(1), P PACHECO(1)  
(1) Hospital Del Niño. San Justo.

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

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

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

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

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

#### 0115 MUCORMICOSIS RINOSINUSORBITARIA EN TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE 4 CASOS

V CHEDIACK(1), E CUNTO(1), C DOMINGUEZ(1), P SAUL(1), G MAMMOLITI(1), R GREGORI SABELLI(1), P COMISSO(1), J FERNANDEZ(1), C NOGUERAS(1), O VILLAR(1), J SAN JUAN(1), S CACERES(1)  
(1) Muñiz.

**Introducción:** La mucormicosis (MC) es una infección oportunista con significativa mortalidad (40-50%). La incidencia es de 1,2 casos/millón/año, describiéndose un incremento de la incidencia en los últimos años. Hay 5 formas clínicas, la rinosinusitis-orbitaria (RSC) es la más frecuente (75%). El diagnóstico es dificultoso y requiere un alto nivel de sospecha.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de 4 pacientes con mucormicosis ingresados en cuidados intensivos

**Casos clínicos:** **Caso 1:** mujer, 26 años, diabetes tipo I. Ingresar por celulitis orbitaria derecha con oftalmoplejía. Resonancia magnética: compromiso orbitario, pansinusopatía y trombosis seno cavernoso derecho. Angioresonancia: trombosis carótida interna derecha. Examen directo de biopsia (BX) de seno: elementos cenocíticos, cultivo negativo Anatomía patológica hifas no tabicadas, necrosis, invasión vascular y trombosis. Deterioro del sensorio y foco motor derecho. Tomografía computada de cerebro (TAC): infarto cerebral derecho extenso. Óbito.

**Caso 2:** hombre, 56 años, diabetes tipo I, cirrosis hepática. Ingresar con amaurosis midriasis derecha y cetoacidosis diabética. TAC compromiso etmoidal, esfenoidal y maxilar y del paladar. BX: Rhizomucor sp. Alta.

**Caso 3:** mujer, 56 años, diabetes tipo II y asma bronquial. Ingresar por celulitis orbitaria con eritema y nódulos en zona deltoidea y miembro superior. TAC: Órbita derecha con engrosamiento de tejidos orbitarios, exoftalmía, alteración de la grasa retroorbitaria

profunda, ocupación de senos. BX: Rhizopus sp. Óbito.

**Caso 4:** hombre, 21 años, con diabetes tipo I. Ingresar por celulitis orbitaria. TAC: compromiso de senos maxilares, etmoidales y orbitas. BX: Rhizopus sp. Alta.

Tratamiento anfotericina liposomal y cirugía. Caso 1 y 4 además posaconazol. Hiperbarismo caso 4. 2 requirieron ventilación mecánica. La media y mediana de APACHE II: 17 puntos y fallecieron 2 de 4 pacientes.

**Discusión:** En la MC RSC los diagnósticos diferenciales fueron infección por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, sinergismo y hongos filamentosos La sinusitis en inmunocomprometidos (diabéticos en los casos presentados), requiere de diagnóstico etiológico: punción del seno maxilar para estudio microbiológico y/o biopsia de la mucosa sinusal. Se descartaron procesos tumorales y quísticos.

**Conclusiones:** La MC es una infección oportunista producida por Mucorales de mal pronóstico, se sospecha en celulitis orbitaria, en diabético y/o inmunodeprimido. El abordaje persigue cuatro principios básicos: diagnóstico micológico rápido, eliminación de factores predisponentes, resección quirúrgica de tejidos y antifúngicos adecuados.

#### 0116 REPORTE DE CASO: DISFUNCION MULTIORGANICA PROGRESIVA Y STRONGILOIDIASIS

V CABRAL(1), E BRAÑA(1), G CUETO(1), B CARLA(1), P BOTTA ETTER(1), N JACOB(1), JI PRIETO(1), A SHAER(1), J BAZZANO(1), L GARCIA IRIARTE(1)  
(1) Argerich.

**Introducción:** Strongiloidosis, es una parasitosis prevalente en el norte Argentino, endémica en Brasil, en zonas tropicales de bajo acceso al saneamiento ambiental.

Los infectados, son asintomáticos pero en estados de inmunosupresión, especialmente defectos en la inmunidad celular, presentan alta carga parasitaria, y alta mortalidad (87%).

Clave para el diagnóstico identificar el parásito.

**Caso clínico:** Paciente de 68 años de edad con antecedente de consumo crónico de opioides y glucocorticoides, debido a dolor lumbar crónico por fractura y acuñaamiento de D11, D12 y L1, ingresa por deterioro del sensorio secundario a sepsis a foco urinario (e. Coli), con buena evolución posterior a suspensión por 48 horas de opioides y tratamiento antibiótico dirigido según rescate.

Durante su internación presenta disfunción multiorgánica (hemodinámica, digestiva, renal, hematológica), múltiples intercurencias infecciosas, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y drogas vasoactivas.

Por persistencia de registros febriles, se toman muestras de cultivos con hallazgo de larvas de *Strongiloides stercoralis*, *Acinetobacter* y *Pseudomona* en muestra respiratoria, inicia tratamiento con Ivermectina, Imipenem y Colistin.

Reiterando a los 5 días, shock séptico refractario, hallándose *Strongiloides stercoralis* en aspirado traqueal y lavado gástrico. Falleciendo 48hs despues.

**Discusión:** Paciente inmunodeprimido crónico con glucocorticoides, ingresa con deterioro del sensorio, evoluciona con disfunción multiorgánica con escasa respuesta a tratamiento antibiótico ajustado a rescates microbiológicos, habiéndose descartado otras probables causas. Hallazgo fortuito de *Strongiloides stercoralis*, sin eosinofilia. No sospechando el mismo, por falta de epidemiología compatible.

**Conclusión:** Debido al aumento del consumo de glucocorticoides en la población general, asociado a la endemidad de la strongiloidiasis en América Latina, aumenta el riesgo de infección diseminada, debido a la capacidad del *Strongiloides stercoralis* para producir autoinfección.

Eosinofilia, signo habitual de esta parasitosis, está ausente en inmunocomprometidos.

Se debe enfatizar la búsqueda de este agente infeccioso, en todos los pacientes con patología que comprometa la inmunidad celular.

### 0117 DISFUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: IMPACTO EN EL PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIANO PLAZO.

E GIORDANINO(1), P KLIN(1), C ZAMBRANO(1), F ZEPPA(1), L VARELA FALCÓN(1), A BILBAO(1), F KLEIN(1)  
(1) Fundación Favaloro.

Los pacientes (P) con insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) pueden presentar diversas fallas orgánicas durante su evolución. La información disponible acerca de las alteraciones de la función hepática secundaria a ICAD y su repercusión en el pronóstico es escasa y no está totalmente definida.

**Objetivos:** Analizar el valor pronóstico de la disfunción hepática secundaria a ICAD.

**Material y métodos:** Se analizó una cohorte de 652 P internados por ICAD en CF III/IV NYHA entre Julio de 2011 y Marzo de 2015. Se consideró como disfunción hepática a las siguientes alteraciones del hepatograma al ingreso: TGO  $\geq 40$  UI/L, TGP  $\geq 50$  UI/L, Fosfatasa alcalina  $\geq 150$  UI/L, Bilirrubina total  $\geq 1$  mg/dl ó GGT  $\geq 50$  UI/L. Se evaluaron parámetros clínicos, bioquímicos y eventos, durante la estadía hospitalaria y seguimiento a 180 días.

**Resultados:** El 82% de los P presentaba disfunción hepática al ingreso. Estos P eran más jóvenes ( $70 \pm 14$  vs  $74 \pm 14$  años;  $p=0.02$ ) y con mayor proporción de hombres (63 vs 42%;  $p<0.001$ ). Presentaban a su ingreso menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FE-VI) ( $39 \pm 17$  vs  $47 \pm 18$ %;  $p<0.001$ ), mayor presión sistólica en la arteria pulmonar ( $49 \pm 17$  vs  $43 \pm 14$  mmHg;  $p=0.01$ ) y menor tensión arterial sistólica ( $131 \pm 34$  vs  $142 \pm 36$  mmHg;  $p=0.01$ ).

Se presentaron predominantemente con signos de falla derecha (31.1 vs 17.6%;  $p=0.01$ ) e hipoperfusión (14.1 vs 1.2%;  $p<0.001$ ). Si bien no se observaron diferencias significativas en la duración de la internación, éstos P cursaron con mayor tasa de eventos, que incluyeron un mayor uso de inotrópicos (23.3 vs 6.9%;  $p<0.001$ ) y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (20.8 vs 10.3%;  $p=0.02$ ). disfunción hepática también predijo peor pronóstico, con mayor mortalidad (27.7 vs 16.1%; OR 2; IC95% 1.08-3.7;  $p=0.03$ ), a expensas de la mortalidad en el seguimiento a 180 días (17.8 vs 9.2%; OR 2.1; IC 95% 1.1-4.6;  $p=0.05$ ). En un análisis multivariado las evidencias de hipoperfusión (HR 3.8;  $p=0.006$ ; IC95% 1.4-10), falla derecha al ingreso (2.7;  $p=0.001$ ; IC95% 1.4-5.2) y FEVI  $< 35$ % (HR 1.6;  $p=0.04$ ; IC95% 1.01-2.7) fueron predictores de disfunción hepática al momento de la internación.

**Conclusiones:** La disfunción hepática es frecuente en P internados por ICAD. Su reconocimiento no reviste complejidad y permite predecir una evolución más tórpida en la internación así como un peor pronóstico a 180 días.

### 0118 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LA TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL CARLOS G. DURAND

M DEGUARDIA(1), CY CONSIGLIO(1), M GUARACHI LAURA(1), MM ESPEJO MENDOZA(1), TA SACCHETTI(1), V OJEDA CHOQUE(1), G WAISMAN(1), AA ANTIK(1), AJ FIORANELLI(1)  
(1) Carlos G. Durand.

**Introducción:** la mortalidad es uno de los índices de calidad de resultados en Terapia Intensiva. Consideramos que el análisis de la misma constituye un proceso esencial para monitorear y mejorar la atención del paciente crítico.

**Objetivo:** evaluar la mortalidad estratificada por APACHE II y analizar la variables que se relacionan con las mismas.

**Material y Método:** estudio prospectivo analítico de la mortalidad global y estratificada por apache de los pacientes ingresados en la Terapia Intensiva del H.G.A: Carlos G. Durand, comparándonos con estándares internacionales. Como variables independientes de ingreso se analizó ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica), HIV, IRC (Insuficiencia Renal Crónica), Hipertensión arterial (HTA), Tabaquismo, diabetes, postoperatorios y oncológicos. Como variables rela-

cionadas a la evolución se incluyeron neumonía intrahospitalaria (NI), diálisis, sepsis, sepsis grave y shock séptico. Para el análisis de estas variables sobre la mortalidad se utilizó el riesgo relativo (RR) con IC 95%. Se consideró significativa si  $p<0,05$ . Como paquete estadístico se utilizó el EPI INFO 7.1.2.0.

**Resultados:** Durante el período 01/2014 al 12/2014 ingresaron 268 pacientes, edad promedio 49 años, APACHE 15(DS19), sexo femenino 55%, postoperatorio 48%. La mortalidad global fue de 20%. Ajustada por APACHE: 0-9 0%, 10-14 8%, 15-19 11%, 20-24 39%, 25-29 58%, 30-34 66%,  $>34$  100%. Las variables que se relacionaron en forma significativa en la mortalidad fueron: ARM RR 1,73 (IC95% 1,48,2,03  $p<0.0001$ ), IRC RR 1,22 (IC95% 1-1,5,  $p=0,03$ ), HTA RR 1,16 (IC95% 1,02-1,32  $p=0,02$ ) y posoperatorio 0,74 (0,65-0,83  $p<0.0001$ ). Las variables relacionadas con la evolución que resultaron significativamente en aumento de la mortalidad fueron: NI RR 1,36 (IC95% 1-1,84  $p<0,0001$ ), diálisis RR 1,81 (IC95% 1,26-2,59  $p<0,0001$ ), shock séptico RR 3,45 (IC95% 2,24-5,32  $p<0,0001$ ).

**Conclusión:** la mortalidad de nuestro servicio estuvo en concordancia con la publicada internacionalmente. Las variables que influyeron aumentando la mortalidad fueron ARM, IRC, HTA, NI, diálisis y Shock Séptico. Los postoperatorios presentaron una disminución significativa en al mortalidad.

### 0120 REINICIO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL ACCIDENTE CEREBRAL ISQUÉMICO CON TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA

PM MOREL(1), FM RIVERO(1), ML BRACCINI(1), CP GIUME-LLI(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

**Introducción:** El reinicio de la anticoagulación en pacientes con fibrilación/aleteo auricular tras una accidente cerebrovascular isquémico con transformación hemorrágica y/o hemorragia intracranéana (ICH) continua siendo un tema de controversia, sin existir aún RCTs, que aporten un alto nivel de evidencia sobre cuando hacerlo, o incluso, si reiniciarlo, basándose esta decisión en opiniones de expertos y las pocas específicas recomendaciones actuales. Es por ello que, a punto de partida del caso presentado, se realizo una revisión de la bibliografía actual en este tópico, para así guiar una conducta con el mejor soporte en la evidencia.

**Presentación de caso:** Se trata de un paciente masculino de 57 años con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 1, tabaquista, quien cursando internación en postoperatorio de cierre de CIV post infarto debuta con aleteo auricular con indicación de anticoagulación oral (ACO). Sin embargo tras la confirmación de ACV isquémico con transformación hemorrágica se plantea interrogante de si debe reiniciar ACO, cuando y cómo.

**Discusión:** La decisión del reinicio de ACO tras un accidente cerebral isquémico con transformación hemorrágica no cuenta con una sólida evidencia. Tanto las guías de las American Heart Association (Stroke) como la de la European Stroke Initiative se ven imposibilitadas de ofrecer recomendaciones fuertes debido a la ausencia de RCTs, sugiriendo, la mayoría de los autores, su reinicio desde 7 a 14 días tras el sangrado. Es por esto que el principal arma para la toma de decisiones es la valoración del riesgo de trombosis/resangrado para cada paciente, siendo de suma importancia el riesgo de trombosis de la patología que constituye la indicación de ACO.

**Conclusión:** En el caso de nuestro paciente, el riesgo de trombosis por CHA2DS2-VASc de 5 puntos siendo esta indicación de reinicio de la ACO, sin embargo el riesgo de trombosis para el aleteo auricular en los primeros 7 días post sangrado no supera el de resangrado, por lo que, en concordancia con las guías, se indica antiagregación y HBPM.

### 0121 REPORTE DE UN CASO: STRONGILOIDOSIS DISEMINADA ASOCIADA A LEISHMANIASIS VISCERAL

CY CONSIGLIO(1), M DEGUARDIA(1), R MEDINA CUENTAS(1), TD ALMENDRAS(1), C MACAGGI(1), J VERGES(1), TA SACCHETTI(1), AA ANTIK(1), C LÓPEZ(1), G LEVY HARA(1), A FIORANELLI(1)  
(1) Carlos G. Durand.

**Introducción:** La severidad de las parasitosis sistémicas se relacionan con el estado de inmunidad del huésped; tanto como una infección reciente o reactivación de una latente. Se presenta reporte de caso clínico de un paciente con strongiloidosis diseminada asociada a leishmaniasis visceral.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 58 años, oriundo de Paraguay, con síndrome de impregnación y pancitopenia, se realiza punción aspirativa de médula ósea con diagnóstico de anemia aplásica, recibe tratamiento con prednisona y factores estimulantes de colonias. Se deriva a nuestra institución donde se realiza nueva punción con diagnóstico de leishmaniasis visceral, iniciando tratamiento con anfotericina. Evoluciona con neumonía, bilateral, con progresión clínica con terapia antimicrobiana empírica. Ingres a terapia intensiva con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, distres respiratorio y shock séptico; se toma muestra respiratoria con resaca de Strongiloides Estercolaris, se añade ivermectina y albendazol. Mala evolución clínica con fallo multiorganica y óbito.

**Conclusiones:** El empleo de tratamientos inmunosupresores está claramente asociado a un mayor riesgo de reactivación de infecciones latentes. Por ello se recomienda el screening de enfermedades activas o que pudieran estar en estadio crónico latente; debido a la existencia de múltiples patologías con alta morbimortalidad que pueden encontrarse en pacientes en plan de terapia inmunosupresora.

### 0122 EVALUACION DEL IMPACTO CARDIOLOGICO EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON TRAUMATISMO DE CRANE EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

M CASANOVA(1), E AMUNDARAIN(1), B DORFMAN(1), N GALLUCCI(1), P CASTELLUCCIO(1), O FARIÑA(1), M DE ABREU(1), C TAJER(1), G REYES(1), N GASTALDELLO(1)  
(1) El Cruce.

**Introducción:** La asociación entre compromiso cardíaco y patologías neurológicas ha evidenciado mayor mortalidad y peores resultados funcionales.

Las complicaciones cardíacas asociadas al TEC son reportes aislados. Nosotros intentamos evaluar la prevalencia de compromiso cardíaco en TEC, su impacto en la mortalidad, su correlación con la severidad de la lesión y resultados funcionales.

**Objetivos:** 1) Determinar la prevalencia de compromiso cardíaco en pacientes con TEC sin patología cardíaca previa en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI). 2) Evaluar el impacto en la mortalidad en UTI y hospitalaria 3) Evaluar su correlación con la severidad de la lesión. 4) Evaluar resultados funcionales a 6 meses.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional de pacientes con TEC ingresados a UTI de un Hospital de tercer nivel entre agosto de 2013 y agosto de 2014. Se evaluaron pacientes mayores de 16 años con TEC sin patología cardíaca previa. Se definió compromiso cardíaco: disfunción miocárdica (Fracción eyección <55%) evaluada por ecocardiograma doppler, elevación de enzimas cardíacas y prolongación de QT en electrocardiograma. Se correlacionaron dichos parámetros con gravedad del TEC medida por: escala de Glasgow y escala tomográfica del Traumatic Coma Data Bank (TCDB), y con el pronóstico, evaluado por mortalidad y escala de recuperación neurológica de Glasgow (GOS) a los 6 meses. Los datos se expresaron como media +/- SD ó mediana para variables continuas y porcentajes para variables categóricas. Se realizó *Test Exacto de Fisher* para comparar variables continuas. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incorporaron 27 pacientes. 96,3% hombres. Mediana de edad 25 años (IIC 20-32), mediana de Glasgow 7 (IIC 5-10,5). 55,5% (15) presentó prolongación del QT, 29,6% (8) elevación enzimática y 14,8% (4) disfunción ecocardiográfica. 66,67% (18) presentó algún compromiso cardíológico. No existió asociación entre compromiso cardíaco con la gravedad clínica del TEC ( $p > 0,67$ ) ni con la mortalidad y el pronóstico (GOS a los 6 meses) ( $p > 0,19$ ).

**Conclusiones:** los pacientes con TEC analizados presentaron alta prevalencia de compromiso cardíaco. El mismo no presentó asociación con la gravedad del TEC y con el pronóstico. El bajo  $n$  de la muestra pudo subestimar asociaciones de menor magnitud.

#### Análisis de TEC y Disfunción Cardíaca

##### Generales

Variable	Totales	S/ DC (%)	C/DC (%)	p	RR (IC 95)
Edad (16-31)	26	26 (20-35)	22 (19-22)	0.08	
Sexo masc	26	22 (95)	4 (100)	0.85	
APACHE II	27	19 (14-22)	14 (11-19)	0.66	
Cirugía	22 (78)	20 (86)	2 (50)	0.14	0.23 (0.04-1.25)
HEC	11 (40.7)	10 (43)	1 (25)	0.45	0.48 (0.06-4.1)
Drogas si	15 (53)	13 (56)	2 (50)	0.6	0.8 (0.1-4.9)

##### QT prolongado

Variable	Totales	S/ QT	C/ QT	p	RR (IC 95)
Drogas	15 (53)	8 (53)	7 (47)	0.3	0.7 (0.3-1.3)

##### Clasificación Tomográfica (Traumatic Coma Data Bank)

Variable	Totales	S/ DC	C/ DC
TCDB I	1	1	0
TCDB II	9	6	3
TCDB III	1	1	0
TCDB IV	0	0	0
LOE evacuada	10	9	1
LOE no evacuada	6	6	0

Las drogas analizadas fueron: remifentanilo, fentanilo, midazolam, propofol, tiopental, haloperidol, amiodarona, noradrenalina, dopamina, adrenalina, dobutamina.

##### Clasificación del TEC

	Totales	S/ DC	C/ DC
Leve	1 (3.7)	1	0
Moderado (%)	8 (29)	6	2
Grave	18 (66)	16	2

##### Glosario:

DC= disfunción cardíaca

### 0123 SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO EN PACIENTE CON FALLA MULTIORGANICA EN CONTEXTO DE SHOCK DISTRIBUTIVO

PA BOTTA ETTER(1), C BOULAN(2), V CABRAL(2), I PRIETO(2), N MOLINA(2), L SANTORO(2), G CUETO(2), C COZZANI(2), M TORRES(2), E BRAÑA(2), P CRAVERO(2), L GARCIA IRIARTE(2), J BAZZANO(2), A SCHAER(2), L RODRIGUEZ(2)

(1) Cosme Argerich. (2) Argerich.

**Introducción:** El SAFS es una entidad infrecuente, de rápida evolución que afecta principalmente vasos de pequeño calibre que conlleva a eventos oclusivos vasculares afectando el parénquima de diferentes órganos, con mortalidad cercana al 50%.

**Presentación:** Paciente femenina de 25 años con antecedentes de 3 abortos espontáneos en 1er trimestre. Consulta por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 24 hrs de evolución. Al ingreso hipotensión, fiebre, mala perfusión periférica y lesiones maculares violáceas en miembros. El laboratorio muestra subunidad beta negativa, falla renal con requerimiento de diálisis, coagulopatía, plaquetopenia y anemia. Se interpreta como shock séptico a foco desconocido,



inicia tratamiento antibiótico empírico con toma previa de cultivos (LCR, hemocultivos, urocultivo e hisopado de fauces), negativos. Por agravamiento del cuadro dentro de las primeras 24 horas, se solicitan serologías para dengue y leptospira (negativas), iniciando gammaglobulinas por shock refractario.

Por sospecha de vasculitis (bicitopenia, lesiones en piel) se realiza frotis de sangre periférica (esquistocitos, plaquetopenia) y biopsia con vasculopatía trombótica. Probables diagnósticos diferenciales SAFC vs PTT, inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular asociado a corticoides, gammaglobulina, plasmaféresis y rituximab. Dosaje de anticuerpos específicos (intra tratamiento) negativos.

Evoluciona con resolución del cuadro y se deriva a sala. Se recibe resultado de ADAMS 13 descartando PTT.

**Discusión:** Paciente femenina de 25 años, con antecedente de 3 abortos espontáneos que se presenta con shock distributivo refractario y DMO, sin aislamientos bacteriológicos, asociado a lesiones con biopsia con vasculopatía trombótica. Ante la alta sospecha clínica de SAFC inicia tratamiento específico, aun con anticuerpos negativos (SAF seronegativo) intra tratamiento.

**Conclusión:** El shock distributivo es frecuente en terapia intensiva, principalmente por sepsis. Se presenta paciente sin aislamientos bacteriológicos con clínica y biopsia compatible con vasculopatía trombótica. Inicia tratamiento específico, aun sin anticuerpos positivos, por la elevada sospecha clínica con buena respuesta. Se han informado casos en la literatura de SAF seronegativos donde la positividad de los anticuerpos se dan hasta 8 meses posteriores.



#### 0124 INSUFICIENCIA HEPÁTICA HIPERAGUDA FULMINANTE COMO FORMA DE PRESENTACION DE HIGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO

G PAGELLA(1), A PERE SARRIGUREN(1), A MARTIN(2), C CASTRO(1), C PELLEGRINI(1), A CHENA(1), G ZAKALIK(1), J MARENGO(1), M SANCHEZ(1)  
(1) Lagomaggiore. (2) Logamaggiore.

**Introducción:** La insuficiencia hepática hiperaguda fulminante como consecuencia de hígado graso agudo del embarazo es una patología poco frecuente.

**Presentación:** Paciente de 34 años de edad cursando 34.5 semanas de embarazo con control prenatal adecuado, que comienza con náuseas, vómitos y malestar general. Ingresa en maternidad por amenaza de parto prematuro, se realiza maduración fetal y cesarea, 48hs luego del procedimiento ingresa a UTI con diagnóstico de preeclampsia severa/Síndrome de Hellp. **Examen físico:** taquipneica (22 rpm), SO2: 97%, taquicárdica 108 lpm, TA: 120/80 edemas xx/xxxx MI, buena retracción uterina sin evidencias de sangrado activo.

**Evolución:** a las 24 hs en UTI presenta disminución del ritmo diurético, hipertensión, somnolencia, ictericia abdomen globuloso con ascitis, alteración en mecánica ventilatoria, derrame pleural bilateral y pericárdico. A las 48 hs requiere intubación (Glasgow < 8), soporte dialítico y se realiza por clínica y laboratorio el diagnóstico de insu-

ficiencia hepática hiperaguda fulminante, posteriormente es trasladada donde fue trasplantada. Fallece a las semana postransplante.

**Exámenes Complementarios:** HTO 41.4% GB: 25.320,PLT: 149000 anillos de cabot, glucemia 0.54 mg/dl Uremia 0.87 mg/l, creatinina: 42 mg/dl, TP: 28, TTPK: 51, LDH 1203, GOT 219, GPT 213 FAL 370. colesterol total 1.55 g/5 HDL 0.04 g/l triglicéridos 3.7 g/l bilirrubina T/D/I 117.5 mg/l 104.1/13.4.Ggt 113 U/l Pro tot 54.8 g/l albumina: 23 g/l amilasa 128 u/l colinesterasa 4763 u/l fibrinógeno 204% Fact. V 38 % gasometra arterial Ph 7.24 Co2 29.9 Po2 88.7 Hco3 12.6 Ex Bas -13.2 Na 126 K 5 Lactato 3.4 So2 92 VHA, VHB, CMV, VHC no reactivo. Hemocultivos negativos. Ecografía Abdominal: Hígado de tamaño conservado homogéneo vía biliar conservada vesícula paredes engrosadas 5 mm no se observan litiasis, cabeza de páncreas leve incremento de tamaño, bazo homogéneo ambos riñones de tamaño conservado se observa leve incremento de la ecogenicidad cortical derecha, líquido libre heterogéneo en Douglas. **CONCLUSION:** El hígado graso agudo del embarazo con progresión a insuficiencia hepática hiperaguda fulminante es una entidad poco frecuente que se presenta en cualquier trimestre del embarazo y que debería ser sospechada en toda paciente obstétrica que empeora su cuadro clínico luego de la interrupción del embarazo.

#### 0125 ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

L MORENO(1), G BARBERO(1), P CASTELLANI(1), K FIQUERON(1), A FARIAS(1), P ANDREATA(1), J CRESPO(1), MJ CORNES(1), N LACQUANITI(1), M SILVA(1), P D'ANDREA(1), L REY(1), D PEREYRA(1), J ROO  
(1) El Cruce.

P { margin-bottom: 0.21cm; }

**Introducción:** Los permanentes avances científicos y tecnológicos han hecho posible la sobrevivencia de pacientes críticos, modificando la epidemiología de las enfermedades de la infancia. Esto ha dado lugar a una nueva población: los niños con necesidades especiales de atención médica (NEAM), cuya sobrevivencia está sujeta a la aplicación de tratamientos complejos. Surge así, un nuevo desafío para la atención sanitaria que requiere un equipo multidisciplinario comprometido con un cambio de objetivos respecto al paciente agudo. Por otro lado, la internación de éstos pacientes puede poner en riesgo la disponibilidad de camas para pacientes críticos agudos.

**Objetivo:** Documentar nuestra experiencia para la atención del paciente pediátrico con necesidades especiales de atención médica incluidos en un programa de internación domiciliaria.

Mostrar una estrategia para mejorar la disponibilidad de camas en la unidad de cuidados críticos para pacientes agudos pediátricos y que a su vez posibilite la reducción de costos hospitalarios.

**Materiales y métodos:** Se presenta un programa desarrollado desde 01/06/2013 para dar salida hospitalaria a un grupo de pacientes pediátricos internados en nuestra Institución con NEAM. Por medio de una resolución ministerial, el HEC recibió un subsidio para la internación domiciliaria como parte del Plan de Contingencia de Enfermedades Respiratorias 2013. Este programa es una estrategia de atención extra hospitalaria, que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo interdisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de estos pacientes con una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con su relativo menor costo comparado con la atención hospitalaria tradicional.

**Resultados:** Ingresaron 21 pacientes al programa.

9 niños permanecen internados.

4 niños fallecieron.

2 pacientes regresaron a la internación hospitalaria.

A 6 pacientes se le otorgó el alta hospitalaria.

Tasa de días cama ocupadas 3219 días.

EVALUACION DE COSTOS

Valor día cama en UTIP HEC: \$5400 Valor día cama en internación domiciliaria : \$2000

**Conclusiones:** El Programa permitió dar respuesta a la atención comprometida de estos pacientes por un equipo multidisciplinario especializado llegando a abarcar la problemática de manera integral.

Se logro aumentar la disponibilidad de camas para la atención del paciente crítico agudo y reducir los costos generados por la atención hospitalaria.

#### 0126 DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO SEVERO, COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME ANTISINTETASA

C CASTRO(1), A MARTIN(1), G PAGELLA(2), A PEREZ SARRIGUREN(1), C PELLEGRINI(1), A CHENA(1), G ZAKALIK(1), M SANCHEZ(1), J MARENGO(1)

(1) Lagomaggiore. (2) Logamaggiore.

**Introducción:** El síndrome antisintetasa, se caracteriza por enfermedad pulmonar intersticial, poliartritis, miositis y presencia de ac antisintetasa. La enfermedad pulmonar, se presenta en el 50%. Distress severo está poco descripto.

**Enfermedad actual:** Paciente de 36 años, TBC a los 17 años, comienza con disnea CF II, progresa a CF III, acompañado de tos, artralgias, mialgias, equivalentes febriles y sudoración, se decide internación en Clínica. Se realiza pulso de Metilprednisolona por sospecha de Sd. Antisintetasa, y tratamiento con drogas para TBC. A las 48 hs disnea súbita CF IV, desaturación, taquipnea y taquicardia; ingresa a UTI.

**Ingreso a UTI:** mala mecánica ventilatoria, hipoventilación, FR 30 rpm, SpO<sub>2</sub>: 90%, FC 110 lat/min, TAM: 50 mmHg, t° 38.4 °C, gasometría: pH: 7,27, pCO<sub>2</sub>: 37 mmHg, pO<sub>2</sub> 60 mmHg, (PAFI 90), HCO<sub>3</sub> 3,8 meq. Rx: Infiltrado 4 cuadrantes, se decide intubación, se realiza maniobra de reclutamiento PEEP-Compliance. Expansión con cristaloides, se inicia noradrenalina. Se realiza fibrobroncoscopia, biopsia de músculo. Hto 35.5%, GB 28540, plaq 583000, uremia 0.26g/L, creatinina 0.4mg/L, Na 128 mmol/L, 4.6 mmol/L, TP 79, TTPK 39.6, GOT 385, GPT 343, FAL 70. Complemento 69 U/l, Anti Jo Positivo moderado, ac antinucleo (FAN) 1/160, Ac anti RNP positivo, resto. Durante 48 Hs la paciente permanece bajo sedoanalgesia, con requerimiento de bloqueantes neuromusculares, en ventilatoria protectora, sin mejoría (Distress refractario), se decide ventilación en pronó. Permanece pronada por 72 hs alternando 18 hs de pronó, 6 hs supino, con respuesta favorable, con aumento de la PAFI y mejoría hemodinámica. Se recibe resultado positivo para Anti Jo, se inicia gamaglobulinas y continuar con corticoides 1 mg/kg/día. Al 7mo día se recibe HxH con esquistocitos y fragmentocitos, trombocitopenia severa (35.000), y caída brusca del HTO (21%), por lo que se correlaciona con química de dicho día (LDH, Bilirrubina Indirecta, haptoglobina, y test de Coombs +, interpretándose como Anemia Hemolítica, y diagnóstico probable de PTT). Se inicia tratamiento con plasmáferesis. Se realiza 4 sesiones. Continúa con mala evolución y requerimiento de vasopresores e inotrópicos. A los 15 días presenta pupilas midriáticas arreactivas, reflejo corneano negativo. Fallece a las 48 hs.

**Conclusión:** En la literatura se describen distress leve a moderado, en este caso distress severo, al cual se agrega diagnóstico de purpura trombótica trombocitopénica, no encontrando asociación entre dichas patologías.

#### 0127 TIROTOXICOSIS ASOCIADA A ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA Y CETOACIDOSIS DIABÉTICA. REPORTE DE CASO

A CORNAGLIA(1), M MORALES(1), M OLMOS(1), A ALBANESE(1), N MERCADO(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETI(1)

(1) Sanatorio Allende.

**Introducción:** La crisis tirotóxica (CT), es una manifestación extrema e infrecuente del hipertiroidismo, que conlleva riesgo vital. La

mortalidad es de 10 al 30 %, y puede precipitarse por causas como cirugía, trauma, infarto miocárdico, tromboembolismo pulmonar, cetoacidosis diabética, parto, infección severa y estrés entre otras. La endocarditis trombótica no bacteriana (ETNB) se caracteriza por depósitos de pequeñas masas de fibrina y otros componentes de la sangre en las válvulas cardíacas, en contraste con vegetaciones de la endocarditis infecciosa, son estériles y débilmente unidas a las valvas. Se presenta un caso con esta rara asociación.

**Caso clínico:** Femenino de 26 años, ingresa a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) derivada de unidad coronaria luego de colocación de stent en arteria descendente anterior por IAM anterolateral extenso y presunta endocarditis bacteriana, isquemia aguda de miembro inferior derecho con extracción de trombo fibrinoleucocitario (cuyo cultivo no desarrolló gérmenes) y cetoacidosis diabética (CAD) asociada. Al ingreso sudorosa con temperatura y afebril persistente, 120 -130 latidos por minuto con beta bloqueantes, a pesar de sedación y ventilación mecánica. Dosaje de hormonas tiroideas en niveles supranormales y TSH marcadamente disminuida. Tratamiento médico para CT con escasa respuesta, se decide tiroidectomía total (bocio multinodular tóxico en la ecografía) y en el mismo acto traqueostomía quirúrgica.

Un segundo Ecocardiograma transtorácico no mostró alteraciones valvulares. Se realizó tratamiento de reemplazo hormonal. Revierte el estado hiperdinámico, buena evolución, pudiendo desvincularse gradualmente de ventilación mecánica. Es dada de alta de UTI. No presentó cultivos positivos para microorganismos, no obstante por 7 días recibió tratamiento antibiótico por probable neumonía. La prolactinina se mantuvo en valores bajos (<1)

Al mes de control la paciente esta estable, sin signos de insuficiencia cardíaca, función tiroidea normal diabetes compensada y en rehabilitación por paresia del ciático popliteo externoderecha secundaria a la isquemia

**Discusión/Conclusión:** La CT puede aparecer en hipertiroidismos de cualquier etiología pudiendo ser su maneja de presentación; la enfermedad de Graves-Basedow, el adenoma tóxico y el bocio multinodular tóxico son las entidades con mayor prevalencia. Son frecuentes de factores desencadenantes, en este caso CAD. La ETNB se asocia usualmente a enfermedad neoplásica o del colágeno, se caracteriza por depósitos de trombos plaquetarios estériles friables, en válvulas principalmente en aórtica y mitral. No hemos encontrado relación con CT. Es probable que un estado de hipercoagulabilidad transitoria sea su causa predisponente. El caso plantea los problemas relacionados a la mejor elección terapéutica, en este caso quirúrgica, en una paciente joven con IAM y cetoacidosis diabética, y la inusual asociación con muy probable ETNB

#### 0128 PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDEMICA

TI LUNA(1), R LIGARDA(1), Z SILVIA(1), L URANGA(1), T RODRIGO(1), O CRISTIAN(1)

(1) Hospital Italiano.

**Introducción:** La hipertrigliceridemia es la tercera causa de pancreatitis aguda, después del alcohol y la litiasis biliar. Es del 1% a 4% de las pancreatitis agudas. Se define por la presencia de un nivel alto de triglicéridos (por encima de 1.000 mg/dL), asociado a un cuadro clínico de pancreatitis sin otras causas identificables.

**Objetivo:** Presentación de un caso de Pancreatitis secundaria a Hipertrigliceridemia grave y su evolución tras el tratamiento con plasmáferesis y otras medidas.

**Presentación de caso:** Paciente de sexo masculino de 31 años de edad, que ingresa a uti con diagnóstico de Pancreatitis aguda, APACHE II 7, Ranson 5, presentando cuadro de dolor abdominal de 36 hs de evolución en epigastrio, irradiado a ambos hipocondrios, intensidad 8/10 con vómitos alimenticios. Antecedentes: obesidad, asma y gastritis.

Al ingreso se presentaba álgico, afebril, FC 120 lat x min; TA 120/80 mmHg, Sat O<sub>2</sub> 98% con O<sub>2</sub> por bigotera, FR 18 ciclos x min. Abdomen globuloso, blando, distendido, doloroso a la palpación en

epigastrio e hipocondrios, sin reacción peritoneal, ruidos hidroaereos positivos

Ecografía abdominal: esteatosis hepática, páncreas aumentado de tamaño; vesícula alitiásica. Laboratorio:triglicéridos 2290 mg/dl, colesterol total: 435 mg/dl. Amilasa 203. Dolor controlado con meperidina. Hiperglucemia sostenida que requiere infusión de insulina. Heparinización.

Inicio de plasmaferesis diaria; a las 72 hs, 602 mg/dl de triglicéridos. Mejoría clínica del paciente. Se coloca sonda nasoyeyunal para alimentación. Inicio de Hipolipemiantes. Al 7mo día:TAC abdominal dinámica (balthazar D). Evolucionan febril, taquicárdico y leucocitosis. Punción guiada por ecografía de colección hipodensa (97 x 43 mm). Dosaje de Procalcitoninas seriadas. Cultivos negativos, Procalcitonina <0.7, se decide no inicio de antibioticos. A los 12 días es dado de alta de la unidad afebril y estable.

**Discusión:** El diagnóstico precoz basado en la sospecha clínica, factores de riesgo y valor de triglicéridos. El manejo protocolar de la pancreatitis hipertrigliceridémica no posee actualmente evidencia suficiente. Sin embargo la resolución del caso fue tras la instauración de insulino terapia, plasmaféresis y heparinización, como así también el manejo habitual de la pancreatitis aguda guiado por evidencia.

**Conclusión:** La Pancreatitis Hipertrigliceridémica es una entidad infrecuente que requiere un diagnóstico precoz. Surge la importancia de medir los triglicéridos y la instauración de un protocolo de manejo para esta situación.



#### 0129 MALARIA GRAVE EN TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE 7 CASOS

P SAÚL(1), R GREGORI SABELLI(1), V CHEDIACK(1), C DOMINGUEZ(1), E CUNTO(1), M NOGUERAS(1), J SAN JUAN(1), O VILLAR(1), E CORTES(1), C BISPO(1)  
(1) Muñiz.

**Introducción:** La malaria grave (MG) por *Plasmodium falciparum*, se caracteriza por afección orgánica y/o por hiperparasitemia

(≥2%). Su diagnóstico tardío y/o tratamiento inapropiado tiene alta mortalidad. La exsanguinotransfusión (EXT) es controvertida por la aparición de drogas potentes y de rápida acción (derivados de artemisinina), debe considerarse por la carencia de estos antimaláricos en Argentina y reportes de resistencias en el sudeste asiático. Casos: 7 pacientes con MG en terapia intensiva (UTI) 1999-2015. Varón 1: 42 años, de Nigeria. Parasitemia del 30%. Presenta obnubilación, insuficiencia renal, ictericia, coagulopatía y shock. EXT 6000 ml. Parasitemia de 3% a las 24 horas. Varón 2: 28 años, de Haití, injuria pulmonar, plaquetopenia y anemia severa. Parasitemia del 40%. EXT 6000 ml. Negativización a las 24 horas. Varón 3: 52 años, de Costa de Marfil, icterico, confuso, con falla hemodinámica, parasitemia > 60%. EXT 3.400 ml. A las 24 hs parasitemia del 6%. Intercurrencia: hipoglucemia, ventilación mecánica y hemodiálisis. Negativización de parasitemia al cuarto día. Varón 4: 54 años, de Nigeria. Somnoliento, icterico, hemodinamicamente inestable. Parasitemia del 40%. EXT 1800ml. Negativización a las 72 horas. Varón 5: 29 años, de Nigeria. Ictérico, en coma con disfunción multiorgánica. Parasitemia 4-8%. EXT (2000ml), Obito. Mujer 6: 40 años del Congo. Ictérica, con trombocitopenia y acidosis metabólica. Parasitemia 10-15%. Ventilación no invasiva. Parasitemia negativa a las 72hs. Varón 7: 27 años, de Kenia. Parasitemia: 40%. Ictérico, con trombocitopenia. Todos fueron por *Falciparum*. La mefloquina sólo el primer día, clindamicina y doxiciclina por 7 días (salvo paciente 5). Ninguno recibió profilaxis. Excepto paciente 5, presentaron buena evolución. Con balance negativo mejoró la injuria pulmonar. Discusión. Descartar paludismo en paciente febril de área endémica por el riesgo de rápida evolución a cuadros graves. Las parasitemias ≥2%, con mal estado general y/o evidencia de disfunción orgánica, deben ser internados en UTI.

**Conclusión:** En nuestra experiencia el tratamiento con drogas disponibles en nuestro país mefloquina, más clindamicina con/sin doxiciclina es una modalidad efectiva y segura en el tratamiento de malaria grave. Considerar EXT si parasitemia > 5% y/o evidencia de disfunción orgánica.

#### 0130 RUPTURA INTRAVENTRICULAR DE ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS VIRIDANS

G MEDINA(1), P MARTIN(1), M MONTENEGRO(1), A BALBI(1)  
(1) Hospital Militar Central.

**Introducción:** La ruptura intraventricular de absceso cerebral (RIVAC) es una complicación grave que puede alcanzar una mortalidad del 80%. Infrecuentemente descripta, no existe aún consenso universal en cuanto al abordaje terapéutico más adecuado.

**Presentación caso clínico:** Paciente masculino de 58 años con cuadro de astenia, adinamia y registros febriles de un mes de evolución, sin déficit neurológico ni signos menígeos. Se interpreta cuadro como neumonía de la comunidad, se indica tratamiento ambulatorio con levofloxacina. Regresa a las 48 horas con GCS 12/15, rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski positivos.

**TCH Ingreso:** Imagen hipodensa fronto-temporo basal izquierda.

**Punción Lumbar:** Aspecto turbio, Leucocitos 6.050 cel/mm<sup>3</sup>. Se inicia Ceftriaxona-Metronidazol-Vancomicina.

**RMN Ingreso:** Formaciones hiperintensas en T2, una de 20mm de diámetro fronto-basal izquierda, toma contacto con ventrículo lateral adyacente y otra de 15 mm de diámetro temporo-basal derecha, ambas con realce anular y edema perilesional. Asimetría entre ventrículos laterales y nivel de sedimentación en el ventrículo lateral izquierdo (Fig. 1).

Se interpreta como absceso cerebral complicado con ruptura intraventricular. Se coloca derivación ventricular externa izquierda obteniéndose abundante material purulento. **Cultivo LCR:** *Streptococcus viridans*.

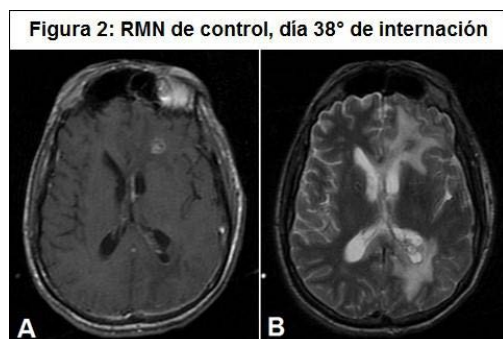
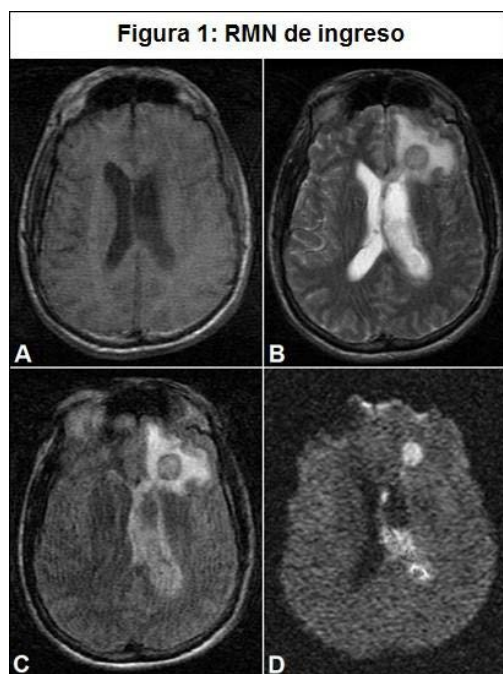
El paciente evoluciona favorablemente con mejoría del estado neurológico. RMN de control en el día 38° muestra franca disminución del tamaño de ambos abscesos (Fig. 2).



Pasa a piso de internación el día 42°, con afasia mixta, respondiendo órdenes simples, Extended Glasgow Outcome Scale (GOSE) de 4. Luego de 30 días de rehabilitación kinesiomotora, presenta adecuada recuperación, siendo autosuficiente para las tareas habituales, GOSE: 7.

**Discusión:** Se trata del reporte de un caso de RIVAC como forma de presentación inicial de dos abscesos cerebrales por *Streptococcus viridans*, sin foco embolígeno ni por contigüidad. Se optó por un manejo multidisciplinario agresivo, con esquema antibiótico de amplio espectro y drenaje quirúrgico precoz. Mediante RMN se realizó el monitoreo de la respuesta al tratamiento y se tomaron las decisiones sobre el requerimiento de nuevas intervenciones quirúrgicas.

**Conclusión:** La RIVAC constituye un cuadro grave infrecuentemente descrito, que reviste alta mortalidad a pesar de los avances tecnológicos, diagnósticos y terapéuticos. En la escasa literatura encontrada, se destaca la falta de consenso en cuanto al abordaje óptimo. Es necesario mantener un elevado nivel de sospecha para detectar esta patología, especialmente en pacientes sin factores predisponentes ni foco infeccioso previo.



### 0131 SHUNT DE DERECHA A IZQUIERDA EN ADULTO JOVEN CON INFARTO CEREBRAL RECURRENTE

J BARROS(1), JC VILCHEZ(1), C VILLEGAS SUCCAR(1), F MORELL(1)

(1) Clínica San Agustín.

**Introducción:** El Shunt derecha izquierda (SDI) como factor de riesgo vascular es controvertido. Con infarto cerebral (IC) criptogénico se observa en 38-66% y etiología definida entre 7-33%.

En la mayoría de los sujetos con shunt no se encuentra flebotrombosis, cuestionando su relación causal. Los mecanismos fisiopatológicos del IC en pacientes con SDI permanecen inciertos: embolia paradójica, embolia aérea y/o policitemia.

**Presentación del caso:** Mujer, 39 años. Antecedentes: hipoxia perinatal, diabetes tipo II, carcinoma de tiroides, IC en 2008 sin trombofilia. Ingresó por convulsiones secundarias IC temporoparietal derecho, asociando trastornos deglutorios. Tomografía Cerebral: pérdida de la diferenciación cortico subcortical temporoparietal derecha, secuela isquémica occipital izquierda. Ecodoppler de vasos de cuello sin lesiones significativas. Ecocardiograma transtorácico (ETT-C): contraste con burbujas con pasaje de derecha a izquierda mayor a 20 a partir del 4° latido, impresionando provenir de venas pulmonares izquierdas sugiriendo fistula arteriovenosa pulmonar (FAVP). Ecocardiograma transesofágico (ETE-C) con sedación consciente: SDI sin evidencia de FOP; sin signos de embolia central. Doppler transcraneal (DTC-C) con contraste: positivo con microembolias en salva. Patrón masivo en cortina. Laboratorio: TSH 0.008/ T4L 1.62/ TT3 62.3.

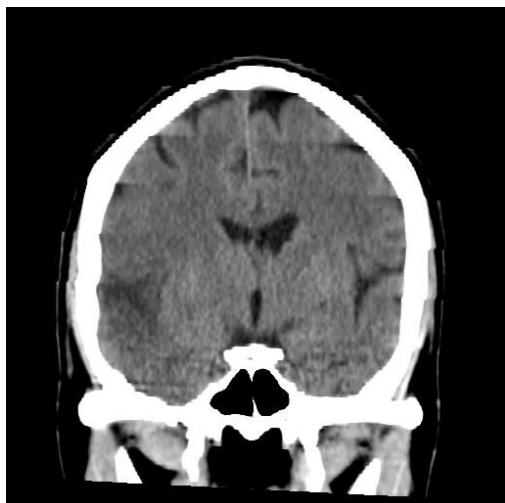
**Discusión:** Mujer con episodio de IC criptogénico previo. Ingresó por IC encontrándose SDI mediante ETT, ETE y DTC.

Si bien presentaba factores protrombóticos (hipertiroidismo), el mecanismo sería el embolismo paradójico a través del SDI. Dada la falta de evidencia de FOP tanto en ETT y ETE, impresionando durante el ETT-C que las burbujas provienen de las venas pulmonares izquierdas se asume que el origen del SDI es una FAVP planteándose la realización de arteriografía pulmonar para confirmar el diagnóstico. Estudio que no se realiza por negativa familiar.

**Conclusión:** La embolia paradójica a través de SDI puede ser una causa infravalorada de ictus isquémico en adultos jóvenes. El ETE-C es una prueba invasiva que requiere sedación del paciente y dificulta la maniobra de Valsalva. Se debería considerar la realización de ETT-C y DTC-C con sensibilidad del 97% y 100%. Son no-invasivos y de monitoreo, adecuados métodos diagnósticos en IC criptogénico. El tratamiento para las FAVP recomienda embolización con coils metálicos o balón sobre el quirúrgico. Tratamiento médico (aspirina/warfarina) o el cierre percutáneo para el FOP.







### 0132 MEDICIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA HIGIENE HOSPITALARIA A TRAVÉS DEL USO DE GEL FLUORESCENTE. EXPERIENCIA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD POLIVALENTE

M ALVARADO(1), I PEREZ(1), E BOGDANOWICZ(1), J DESSE(1)  
(1) San Cayetano.

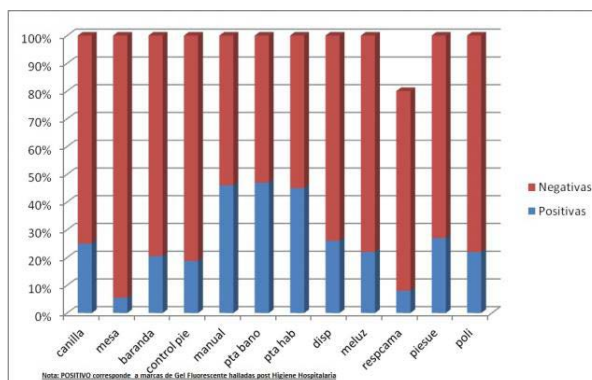
**Introducción:** La adecuada Higiene Hospitalaria es considerada un pilar fundamental en la limitación de la transmisión cruzada de microorganismos nosocomiales. La utilización del gel fluorescente como medio para evaluar indirectamente la técnica de limpieza puede ofrecer herramientas para la mejora continua en dichos procesos.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de la higiene ambiental terminal en el servicio de internación de clínica médica a través de la utilización de la técnica del gel fluorescente.

**Material y método:** El estudio se realizó en los meses de noviembre del 2013 hasta enero del 2014 en el servicio de clínica médica. Se utilizó el gel fluorescente para demarcar sectores dentro de las habitaciones previamente estipulados y documentados. Luego del alta del paciente y antes de un nuevo ingreso, se tomaron las demarcaciones positivas y negativas a la exposición de la luz ultravioleta. Se realizaron un total de cincuenta mediciones al azar en diferentes turnos y habitaciones de las salas de internación. Luego de la medición se realizó una devolución al personal de limpieza, mediante informe escrito y educación incidental.

**Resultados:** Las Tasas de Efectividad mas deficientes se localizaron en: control remoto de la cama manual, picaporte baño y picaporte puerta de acceso. Estos hallazgos no tuvieron diferencias estadísticas en relación a los turnos del personal responsable que se incluyeron en el reporte (Chi2 P= 0.93). Las tasas de efectividad superaron el 75% en los diferentes sectores afectados al monitoreo (tabla 1).

**Conclusión:** Consideramos que las tasas de higiene hospitalaria en las habitaciones se encuentran dentro de niveles aceptables de calidad. No obstante, se detectaron sitios clave con déficit en su higiene y que pueden ser fuente potencial de transmisión cruzada de gérmenes multirresistentes. Se debe continuar en la capacitación continua del Personal involucrado.



### 0133 EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

MD URQUIZA(1), M RISSO(1), MA MAYANS(1), P RIGALI(1), A EXENI(1), R EXENI(1), A SIABA SERRATE(1), I TOMAS(1), T SILVIO(1)

(1) Hospital Universitario Austral.

**Introducción:** El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) típico en la Argentina, constituye la principal causa de IRA, la segunda de IRC y la tercera de trasplante renal en Pediatría.

**Objetivo:** Analizar la sobrevida de pacientes con SUH admitidos en UCIP y los factores predictivos de su evolución.

**Diseño:** Estudio de una Cohorte Retrospectiva.

**Pacientes y Métodos:** Se incluyeron 54 pacientes con SUH en el período 1/03/2005 - 30/04/2015. Se analizó la evolución de la función renal con curva de Kaplan-Meier y se evaluaron factores predictivos de morbilidad utilizando el programa STATA 8. Se realizó análisis uni y multivariado, aplicando regresión logística múltiple entre Micro albuminuria persistente a los 5 años /Hipertensión arterial (HTA) en relación a días de oligoanuria, días de plaquetopenia, afectación neurológica, valor máximo de creatinina. Con el mismo programa se analizó la correlación lineal entre valores máximos de creatinina e HTA.

**Resultados:** 50 fueron SHU típicos y 2 atípicos. Varones 58 (31%). No hubo muertes y solo 1 quedó en Insuficiencia renal terminal. La mediana de edad fue 36 meses (r: 8-192). 26 niños (48.15%) ingresaron a UCIP. El 48.15% (26/54) recibieron soporte renal (4 hemodiálisis, 19 peritoneal, 3 hemodiafiltración continua). La media de recuperación de plaquetas fue de 14 días (SD 6) y la mediana de recuperación de diuresis 12 días (r.3d - 4,5 años). La plaquetopenia mayor a 15 días (OR. 2.18; IC 95% 1.19-4.32) y la oligoanuria mayor a 9 días (OR. 6.321; IC 95% 2.901-14.33) se asociaron a micro albuminuria persistente a los 5 años. En el análisis de correlación lineal un valor de Creatinina máximo mayor a 5.8 mg/dl alcanzado presentó un OR 3.78 (Ic 95%: 2.01-6.32) para HTA.

**Conclusiones:** En nuestra serie la morbilidad de los pacientes se asoció con HTA y micro albuminuria persistente a los 5 años. Si bien la oligoanuria y tiempo de permanencia en terapia de reemplazo renal han sido asociados con evolución a la enfermedad renal crónica, la plaquetopenia mayor a 15 días se ha asociado también a mal pronóstico. Es necesaria una cohorte con mayor tamaño muestral para contrastar estas hipótesis.

### 0135 INCIDENCIA DIFERENCIAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A ACCESOS VENOSOS CENTRALES INFRA Y SUPRA DIAFRAGMÁTICOS.

MA MAYANS(1), T IOLSTER(1), A SIABA SERRATE(1), S TORRES(1), R FRAIRE(1), A LUGRIN BELLOMO(1), E MARTINEZ DEL VALLE(1), F SANCHEZ(1), H FERNANDEZ DARRITCHON(1)  
(1) Hospital Universitario Austral.

**Introducción:** La utilización de catéteres venosos centrales (CVC), constituye una herramienta habitual en la práctica diaria en la Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos. Sin embargo, su utilización se asocia con infecciones que prolongan hospitalización y generan incrementos en la morbimortalidad y en los costos de atención. En adultos los CVC femorales se asocian a un incremento de esta complicación, mientras que en la población pediátrica este riesgo no está claramente establecido.

El objetivo de este trabajo es comparar el riesgo de infección asociada a acceso venoso central, en la Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Austral, de acuerdo a su sitio de colocación: Infra diafragmáticos (femorales) vs supra diafragmáticos (yugulares, subclavios)

**Material y métodos:** Diseño: retrospectivo, descriptivo.

**Resultados:** Se analizaron 1268 pacientes, en los cuales 456 tuvieron al menos un acceso venoso central colocados ya sea en la unidad de terapia intensiva pediátrica como en quirófano. Los sitios de inserción fueron 304 (66.67%) supra diafragmáticos (Subclavios y Yugular Interna) y 152 (33.33%) infra diafragmáticos (Femoral). La mediana de edad fue de 26 meses (1mes - 194meses). La distribución por sexo fue de 57.23% masculinos y 42.76% femeninos. El tiempo promedio de infección fue 14 días.

De los 456 pacientes 27 sufrieron infección asociada a catéter documentada por cultivos positivos, de los cuales 17 fueron supra diafragmáticos (5.59%) y 10 infra diafragmáticos (6.57%). Si bien se encontraron más infecciones en el grupo de los supra diafragmáticos (n mayor) y el porcentaje de infección fue mayor en los infra diafragmáticos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p=0.680).

**Conclusión:** La vía de inserción infra diafragmática (femoral) no se asoció en forma estadísticamente significativa a un mayor riesgo de infección. Por otro lado, el riesgo de infección si se asoció a la cantidad de lúmenes del catéter. Se deben tener en cuenta estos hallazgos al momento de desarrollar intervenciones para reducir las infecciones nosocomiales.

### 0136 ESTADO DE SITUACIÓN REFERENTE AL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN RELACIÓN AL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES.

M ALVARADO(1), I PEREZ(1), E BOGDANOWICZ(1), J DESSE(1)  
(1) San Cayetano.

**Introducción:** Los pacientes colonizados representan un importante reservorio a partir del cual ocurre la transmisión de Microorganismos Multirresistentes (MOMR) y la identificación de los mismos a través de cultivos de vigilancia activa facilita la pronta implementación de medidas de control para reducir la transmisión. Establecer protocolos de Vigilancia de MOMR constituye un pilar fundamental para el control epidemiológico dentro de las instituciones de salud. La aceptación de estas medidas por parte del personal de salud tiene que ver con la comprensión y el conocimiento que poseen respecto al tema.

**Objetivo:** • Recabar información acerca del conocimiento, línea de base, en las características de gérmenes multirresistentes y su impacto en la práctica diaria.

• Reconocer los diferentes niveles de conocimiento según función y lugar de desempeño laboral dentro de la institución.

**Material y Método:** Estudio realizado en el mes de noviembre del 2013, dirigido a profesionales de diferentes áreas del Sanatorio. El estudio fue transversal basado en una encuesta anónima y volun-

taria de cinco preguntas con tres opciones, en las cuales una sola es la correcta. La encuesta esta basada en 5 preguntas sobre:

- Microorganismos pesquisados
- Criterio para la toma de hisopados de pacientes al ingreso.
- Tiempo de estadía del paciente para establecer el criterio de hisopado.
- Microorganismo pasible de ser descolonizado mediante tratamiento
- Elementos de barrera utilizados en un aislamiento de contacto.

**Resultados:** Se utilizó el programa STATA. El análisis es estadístico descriptivo y de regresión logística en la cual se tomó como variable dependiente: "función"

El 84% de los encuestados correspondió a la función Enfermería y el 16 % a Médicos. En relación al lugar de trabajo: 38% "piso", 19% "guardia", 2% "supervisión de enfermería", 12 % neonatología", 8 % pediatría, 19% "UTI".

**Conclusión:** Las tasa de respuesta fue satisfactoria al menos en un 70%. La diferencia según funciones no fue estadísticamente significativa.

Se pudo evidenciar la necesidad de incrementar el conocimiento sobre aislamientos y epidemiología de los MOMR e implementar medidas para reforzarlos mediante la colocación de carteles informativos en diferentes puntos estratégicos del Sanatorio.

### 0138 HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA ASOCIADA A TROMBOSIS SISTÉMICA. REPORTE DE CASO

A CORNAGLIA(1), M OLMOS(1), M MORALES(1), A ALBANESI(1), Y MANCHO(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETI(1)  
(1) Sanatorio Allende.

**Introducción-Objetivo:** La hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), o síndrome de Marchiafava-Micheli, es un desorden adquirido, clonal, caracterizado por una sensibilidad aumentada de los eritrocitos a la lisis mediada por el complemento. Se presenta por igual en ambos géneros, con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años, su incidencia es aproximadamente de uno a cinco casos por millón de habitantes. Está caracterizada por anemia hemolítica intravascular, hemoglobinuria, hipercoagulabilidad, citopenia de origen medular, trombosis y raramente transformación leucémica. Se presenta un caso de HPN con trombois severa y crítica.

**Caso clínico:** Mujer de 37 años ingresa a UTI con diagnóstico de ACV hemorrágico asociado a trombosis múltiple de senos venosos intracraneales según imagen de RMN cerebral (ver imágenes)

Antecedentes patológicos: obesidad, 1 aborto espontáneo, tabaquista activa; 2 meses antes del ingreso internación y cirugía por abdomen agudo secundario a perforación intestinal, biopsia con microtrombosis vascular de la pieza quirúrgica.

Al ingreso, cefalea intensa y paresia braquio-crural izquierda, que evolucionó a plejía, asociada a trastornos visuales; signos de hipertensión endocraneana, edema de papila bilateral. Laboratorio con pancitopenia, signos de hemólisis.

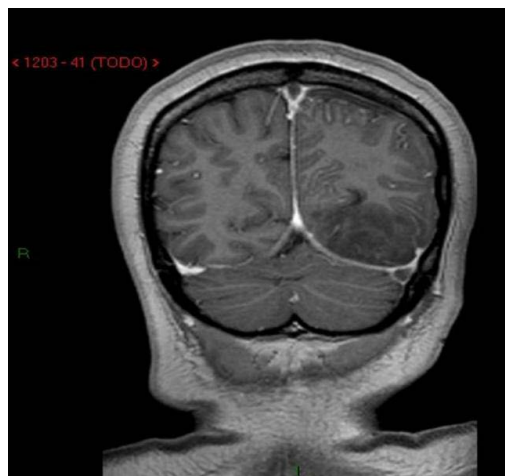
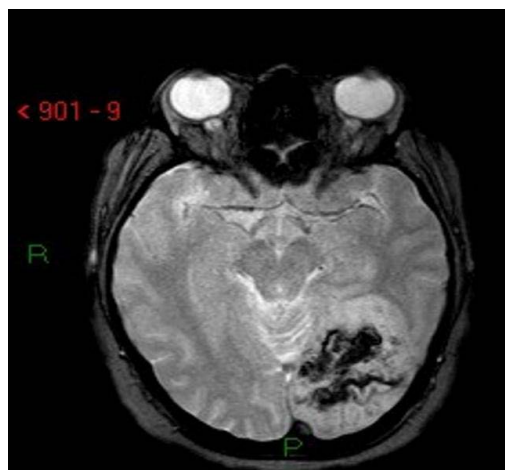
Se inició anticoagulación con Enoxaparina y medidas anti edema cerebral. Nuevo episodio trombótico con TVP en miembro inferior izquierdo.

Se realizó punción aspiración de médula ósea con hipocelularidad, a predominio de serie mieloide, sin células atípicas. Haptoglobina disminuida; citometría de flujo en sangre periférica que mostró clon HPN tipo III en monocitos (87.7%), neutrofilos (61.1%) y eritrocitos (2.8%). Diagnóstico: Hemoglobinuria Paroxística Nocturna. Múltiples transfusiones sanguíneas, pancitopenia refractaria; se inició tratamiento con Eculizumab (anticuerpo monoclonal contra el complemento) y Corticoterapia sistémica. Buena evolución clínica e imagenológica, continúa con terapéutica biológica y anticoagulación oral.

**Discusión-Conclusión:** La expresión clínica de la HPN es muy variable, desde casos con discreta sintomatología hasta graves e incapacitantes. La supervivencia media de la HPN es de 10 a 15 años tras el

diagnóstico. Los fenómenos tromboembólicos, característicamente recurrentes y de localización atípica (abdominal, visceral, cerebral, cutánea), ocurren en casi la mitad de los pacientes y constituyen la principal causa de muerte.

Remarcamos la baja incidencia mundial de esta enfermedad, y lo innovador del tratamiento con anticuerpos monoclonales específicos.



#### 0140 PREVALENCIA DE ERRORES EN UCIP

A SIMONS(1), M MEZZENZANI(1), V POLOP(1), R GUACHICHULCA(1), K RODRIGUEZ(1), M BALDIVIESO(1), XA ORELLANA(1), C BERRONDO(1), A GATTARI(1), AM NIEVA(1)  
(1) Hnrg.

**Introducción:** Los errores (E) ocurren en todos los órdenes porque forman parte de la condición humana y más aun en la medicina, compleja y llena de incertidumbres.

Se debe abordar el error en forma institucional, a fin de que las medidas y estrategias abarquen todos los factores y alcancen a todos los profesionales.

**Objetivos específicos:** – Prevalencia de errores de prescripción – Detectar la frecuencia y características de los errores de prescripción de medicamentos, en una unidad de cuidados intensivos pediátricos polivalente (UCIP) de un hospital público.

**Material y métodos:** Diseño prospectivo, observacional, de prevalencia de errores de prescripción, corte transversal en una UCIP. Se evaluaron todas las indicaciones medicas realizadas en el curso de la mañana, por residentes de pediatría (RP) durante 14 días corridos entre 6/4/2015 al 19/4/2015.

El tipo de error detectado es de acuerdo a la Clasificación internacional según Institute for Safe Medication Practices (ISMP): Error.

**Categoría A y categoría B:** Las supervisiones habituales de las indicaciones médicas fueron realizadas por médicos residentes de posbasica (RPB) y farmacéuticos (F).

Las indicaciones médicas eran de la mañana.

**Resultados:** Se reportaron 2409 prescripciones, con un promedio de 12 con 1 DS.

Se detectaron 122 Errores o sea 5 % de las prescripciones fueron incorrectas.

La vía de administración de las prescripciones evaluadas fue 64% EV y 36% SNG.

Los 122 errores de indicación reportados se distribuyeron según su tipo(n, %): Frecuencia inadecuada o ausente 32(26), Vía de administración inadecuada 13(11), dosis inadecuada (valor numérico) 30(25), error por omisión (iniciado en días anteriores) 6 (5), expresión inadecuada de unidades 8 (7), abreviatura 5 (4), Prescripción inadecuada Nombre similar 1 (1), Falta de datos paciente (peso talla nombre etc.) 6 (5), Infusión. Continua (error concentración, solvente dilución, velocidad) 20 (16) y otros 1 (1). Del total de 122 E fueron detectados 44% por RPB y 54% por F.

En la distribución del E por grupo terapéutico/ EV fueron: 5 cardiovasculares y 11 el grupo de sedoanalgesia y relajantes .

**Conclusiones:** Pudo detectarse el E de prescripción por la revisión sistemática y secuenciada (RPB y F) de las indicaciones. Esto significa que muchos E no llegaron al paciente.

#### 0141 EDEMA CEREBRAL EN CETOACIDOSIS DIABÉTICA (ECCAD). "SI EL AGUA SUBE...¿SABÉS NADAR?"

M PENAZZI(2), E MARI(1), P PACHECO(2)  
(1) Hospital Del Niño. San Justo. (2) Hospital Del Niño. San Justo. Hospital Elizalde.

**Introducción:** El edema cerebral es la complicación más temida de la cetoacidosis diabética (CAD) con una incidencia del 0,1 a 1%. Asumido tradicionalmente como complicación del tratamiento, se sabe actualmente que puede existir desde antes de la instauración del mismo. De etiología incierta y probablemente multifactorial, su elevada morbimortalidad hace que este cuadro sea objeto permanente de revisión no solo de su aproximación diagnóstica sino especialmente de su abordaje terapéutico.

**Objetivos:** A partir de la presentación de 2 casos clínicos de ECCAD, actualizar las diferentes tendencias diagnósticas y terapéuticas en curso.

Presentar el "sistema de dos bolsas –two bag system" (2BS) como técnica de aplicación de los líquidos y electrolitos durante las primeras 24 hs de tratamiento del ECCAD.

**Materiales y métodos:** Presentación de 2 casos clínicos de pacientes con diagnóstico de ECCAD que requirieron internación en las UTIP de 2 Hospitales Pediátricos en el año 2014.

**Resultados:** **Caso 1:** Niño de 8 años, 44 kg, debut con CAD. A las 12 hs de iniciado el tratamiento según normas con el 2BS presentó clínica y TAC de ECCAD con enclavamiento. Se pasó manitol, CINA 3%, ingresó en ARM, se bajó el aporte líquido. Buena respuesta. Extubación a los 4 días. Buena evolución neurológica.

**Caso 2:** Joven de 14 años, 60 kg, ingresa a la guardia en coma (Glasgow 6) sin enclavamiento, con CAD debut y TAC con edema cerebral. Ingresó en ARM, se indicó PHP al 75% de lo normatizado a ritmo regular con el 2BS, se infundió goteo de CINA 3% por 24 hs. Buena respuesta. Extubación a las 24 hs. Buena evolución neurológica.

**Conclusiones:** La disminución del aporte y ritmo de infusión de los líquidos y el uso de terapia osmolar puede ser útil en el manejo del ECCAD pre o intratratamiento

El 2BS como técnica de administración de líquidos en la CAD tiene evidentes ventajas prácticas sobre el sistema tradicional.

**0142 SD SUSSAC**

MV URIOSTE CORREA(1)  
(1) Clínica Pasteur.

**Introducción:** El Síndrome de Sussac es un trastorno poco común, causado por endotelopatía que afecta el SNC manifestada por una tríada clínica caracterizada por encefalopatía, trastornos visuales debido a oclusiones de la arteria de la retina y pérdida de la audición.

El día 7/01/15 ingresa a la Clínica Medica, Neuquén, un paciente femenino de 20 años de edad que presenta, dicha tríada. Debido a la rareza de este síndrome, con sólo 304 casos reportados en la literatura mundial, decidimos presentar el caso.

**Evolución:** Paciente con antecedentes de anemia ferropénica que ingresa derivada de Tierra del Fuego por un cuadro gastrointestinal inespecífico de 72 hs de evolución caracterizado por astenia, adinamia, vómitos, dolor abdominal. Evoluciona con debilidad de miembros, incontinencia urinaria, cefalea.

Posteriormente deteriora el sensorio, con desviación de la mirada hacia la derecha, movimientos incoordinados de hemicuerpo izquierdo. G 8/15. Pasa a UTI. ARM. Realizan TAC: normal. Realizan RM que evidencia lesiones de posible etiología desmielinizante a predominio del cuerpo calloso y periventriculares, con PL hiperproteinorraquia. Se indican pulsos de corticoide, previo tratamiento antibiotico Ceftriaxona, Aciclovir. Evoluciona con hipoacusia, sensorio alternante, fiebre y livido reticulares a predominio MMII. Se deriva a Clínica Pasteur. Ingres a sala de Clínica Médica, con G 10/15, hipoacusia bilateral, cuadriparesia y máculas eritematovioláceas generalizadas. Neurología: Diagnósticos presuntivos: Sm desmielinizante agudo; Sm encefalopático subagudo Hipoacusia neurosensorial bilateral Sm Sussac (vasculopatía cocleo retiniana global). Se indica RM de encéfalo con contraste y espectroscopia y TAC sin contraste que descarta lesiones hemorrágicas; Screening reumatológico que descarta colagenopatía. PL: liquido cristal de roca, glucosa 0.58, hiperproteinorraquia con celularidad normal. Tinta china (-) láctico 12, pH 8.1 Se reinicia tratamiento con corticoides. 13/01: RM de encéfalo con gadolinio; intercorre con hipotensión, signos de hipo perfusión, livideces, desaturación, sin respuesta neurológica. Al examen físico: rigidez generalizada, nula respuesta a estímulos. Se instrumenta vía aérea. Pasa a UTI. 26/01/15. Sedestación en silla por primera vez. Episodio de opistótonos. Del día 03 al 07 de febrero realiza tratamiento con Inmunoglobulina a una dosis de 16 mg/día. Evoluciona favorablemente, en condiciones de Alta institucional, con indicación de kinesioterapia motora rehabilitadora.

**0143 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO IMITADOR DE CUADROS CEREBRALES DIVERSOS REPORTE DE CASOS**

Y MANCHO(1), M MORALES(1), A CORNAGLIA(1), M OLMOS(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETTI(1)  
(1) Sanatorio Allende.

**Introducción:** El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una urgencia neurológica asociada al uso de agentes neurolépticos y antiparkinsonianos. Se manifiesta por cambios en el estado de conciencia, hipertonia muscular, hipertermia y disautonomía. En el laboratorio elevación de creatinina fosfoquinasa (CPK) pudiendo o no presentar insuficiencia renal aguda (IRA). Su incidencia es del 0,02 al 3 % . Afecta por igual a ambos sexos.

**Caso clínico n°1:** Masculino 60 años, antecedente de enfermedad de Alzheimer tratado con haloperidol, quetiapina, divalproato de sodio, con cambios recientes en la dosis de haloperidol. Tres días antes de la consulta: alteración del sensorio, fiebre, taquicardia marcada con sudoración profusa e hipertensión arterial. Luego signos de catatonía y mutismo, con rigidez generalizada en "caño de plomo". Evoluciona a encefalopatía estupor y coma. Laboratorio: CPK de 1300 UI y leucocitosis de 18.000 mill/mm<sup>3</sup> Se suspenden neurolépticos. RMN de cerebro sin hallazgos relevantes. Tratamiento con bromocriptina y diazepam.

Mejoría clínica significativa con persistencia de hipertonia muscular y alteraciones de la conciencia. CPK en valores normales. Alta con bromocriptina.

**Caso clínico n° 2:** Masculino 74 años, Parkinson hace 3 años, tratado con levodopa-carbidopa , con disminución de de la dosis hace 1 mes y agregado de pramiprexol.

Ingres por hipertermia, hipertonia muscular, tensión arterial y frecuencia cardíaca lábil. Rigidez en rueda dentada. IRA secundario a rabiomiolisis con CPK de 37000, creatinina 12mg/dl, anuria. RMN de cerebro sin hallazgos relevantes Hemodiálisis, normalización de CPK. Tratamiento de sostén. Mejoría clínica franca. Recupera función renal. Alta de la unidad solo con discreta rigidez sin trastornos del sensorio.

**Discusión. Conclusiones:** el SNM es una entidad clínica de difícil diagnóstico debido a la patología neurológica de base. La mayoría de los casos están desencadenados por neurolépticos y menos por antiparkinsonianos, generalmente por ajuste de dosis. El diagnóstico es clínico, se sospecha ante los síntomas cardinales. El tratamiento se basa en retirar los fármacos y terapia de sostén. La mayoría de los pacientes se recuperan en un promedio de dos semanas, aunque pueden persistir por meses algunas de las alteraciones neurológicas. La asociación de pramiprexol y SNM no es clara.

**0144 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER**

A FELDMAN(1), N GUMILA(1), C PINTO(1), G SIBILA(1), M GALLARDO(1), E ARISTA(1), D QUARANTA(1), M GALLARDO, R GOMEZ(1), N LUQUE(1), R SANCHEZ(1), V GIUBIS(1), K MONTENEGRO(1), L NAVEIRO(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

**Introducción:** La bacteriemia asociada a catéter venoso central (BACVC) es una infección nosocomial frecuente. Su incidencia es mayor en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI). La morbimortalidad asociada a esta entidad hace de la BACVC un problema de salud importante frente al que es imprescindible desarrollar estrategias de prevención.

**Objetivos:** Evaluar el índice de utilización de catéteres venosos centrales (ICVC) y la densidad de incidencia de las bacteriemias asociadas a catéter (BAC).

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, ingresando a todos los pacientes que requirieron CVC desde el 1/07/2014 hasta el 30/03/2015. Se consideraron variables epidemiológicas y escores de gravedad, mortalidad y días de estadía. Se utilizaron las definiciones del CDC para BAC. Los datos se presentan como media  $\pm$ DS, mediana y RI (mdn) y porcentaje.

**Resultados:** Ingresaron 460 pacientes, edad 67 $\pm$ 19 años, masculinos 71%, clínicos 34%, quirúrgicos 58% y trauma 7%, APACHE II 14  $\pm$ 7, mortalidad predicha 34%, días de UTI 10 [2-12] y la mortalidad 18,4%. Tasa de utilización de CVC 40 %, días de CVC 766 días, tiempo de permanencia 5.5 días, densidad de infección por catéter 3.9/1000 días CVC, contaminación de catéter 4.3/1000 días CVC.

**Conclusiones:** La tasa de utilización de CVC y el tiempo de permanencia fueron cortos. La densidad de incidencia fue similar a la media nacional comparada con el programa VIHDA. Es importante implementar protocolos para la colocación de catéteres para mejorar la calidad de atención en UTI.







#### 0145 SÍNDROME DE VASOCONTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE DE ETIOLOGÍA INCIERTA. REPORTE DE CASO

Y MANCHO(1), M MORALES(2), A CORNAGLIA(2), E MINOLDO(2), C GALLETTI(2), M OLMOS(2)  
(1) Sanatorio Allende Nueva Córdoba. (2) Sanatorio Allende.

**Introducción:** El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) se caracteriza clínicamente por cefalea intensa de inicio brusco, "en trueno", a menudo recurrente, acompañada o no de convulsiones u otros síntomas neurológicos focales. El estudio angiográfico muestra vasoconstricción segmentaria de las arterias cerebrales, que es característicamente reversible en el tiempo

**Caso Clínico:** Paciente de 55 años, sexo femenino, sin antecedentes relevantes que tras estrés emocional intenso (asalto con arma de fuego) presenta cefalea súbita intensidad 10/10. Consulta en la institución, se realiza TC y RMN de cerebro con angioresonancia: hemorragia subaracnoidea (HSA) laminar fronto-parietal derecha. Ingres a UTI, se trata con nimodipina. A las 72 hs alta asintomática y sin foco motor. Cinco días después caída de propia altura, sin TEC, cefalea 8/10 y vómitos con ataque de pánico por recuerdo del evento vivido. TC: HSA laminar frontal izquierda, angiografía cerebral: vasoespasmo segmentario. (Imágenes 1 y 2). Doppler transcraneano normal. Diagnóstico presuntivo: SVCR. Se medica con esteroides, nimodipina 60 mg cada 4 horas y analgesia efectiva.

**Discusión - Conclusiones:** El SVCR es una condición a menudo mal diagnosticada y poco reconocida descrita por Call et al (1988) que describió pacientes con cefalea brusca, con o sin afectación neurológica y concomitante vasoconstricción completamente reversible. Un estudio informó que la hemorragia intracraneal se produjo en el 32 %, principalmente HSA cortical focal, tal como se presentó en este caso. Factores de riesgo independientes para la hemorragia fueron el sexo femenino y la migraña. Es más común en mujeres de entre 20 a 50 años de edad y ha sido observado en relación a post parto, eclampsia, feocromocitoma y asociado con el uso de ciertas drogas vasoactivas, entre otros. En ocasiones no se identifica la causa. Los diagnósticos diferenciales incluyen HSA, Angieitis Primaria del Sistema nervioso y disección vascular. Este caso tuvo estrecha relación con una emoción violenta, que si bien representa una fisiopatología lógica (descarga adrenérgica) no está relacionada como tal en la bibliografía.



#### 0146 COMPARACIÓN DE 2 MÉTODOS PARA EVALUAR LA DIFERENCIA DE VOLUMEN PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN ANTE MODIFICACIONES DE LA PEEP EN PACIENTES CON SDRA.

S FREDDES(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), D CANTO(1), M MADORNO(2), D VARELA(1), A FELDMAN(1), G SIBILA(1), P REVEL CHION(1), C POZO(1), N FALCÓN PEREZ(1), M GUAYMAS(3)  
(1) Cmpfa Churruca Visca. (2) Instituto Tecnológico De Buenos Aires. (3) Cmpfa.

**Introducción:** El Volumen Pulmonar de Fin de Espiración (VPFE) se encuentra disminuido en pacientes con SDRA y la utilización de PEEP es una práctica habitual con el objetivo de aumentar estos volúmenes. Diferentes técnicas o métodos han sido descriptas para evaluar el efecto que tiene la PEEP sobre el VPFE en pacientes con SDRA bajo VM. El cambio en el VPFE inducido por la PEEP puede ser evaluado en forma simple y al lado de la cama del paciente mediante métodos espirométricos (PEEP Vol), o a través de la valoración en el cambio de capacidad residual funcional (CRF) luego del cambio en la PEEP ( $\Delta$ EELV).

El objetivo de este trabajo es comparar el método espirométrico contra el de lavado de N<sub>2</sub> en la evaluación de la diferencia del VPFE ante el cambio de PEEP en pacientes con SDRA.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron 25 pacientes en VM, con SDRA temprano, con analgesia y sedación, ventilados con una estrategia de protección pulmonar (VC-CMV, VT 4-6 ml/kg). En cada paciente se evaluó el cambio en el VPFE generando 4 variaciones decrecientes de 5 cmH<sub>2</sub>O de PEEP, desde 20 hasta 0 cmH<sub>2</sub>O. Cada variación en el VPFE fue evaluado mediante los 2 métodos: se utilizó un equipo de VM con un módulo de gases para calcular FRC con un método de lavado de N<sub>2</sub> (Engstrom Carestation), y además, se realizó el cálculo de PEEP Vol mediante la utilización de un monitor respiratorio FluxMed. Los resultados se presentan como media y desvío estándar. Para las comparaciones se utilizó Test de T apareado y para las correlaciones coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . Para evaluar la concordancia entre  $\Delta$ EELV y PEEP Vol se utilizó el método de Bland Altman.

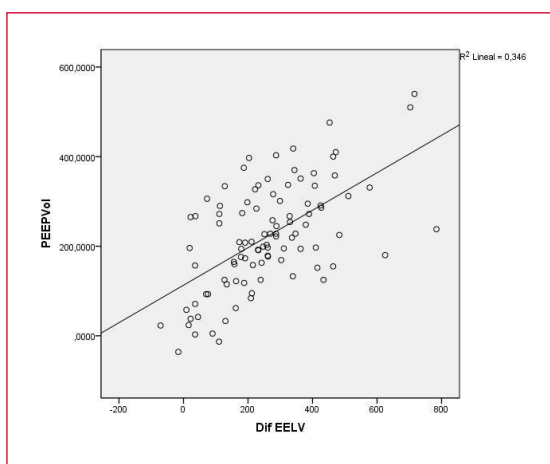
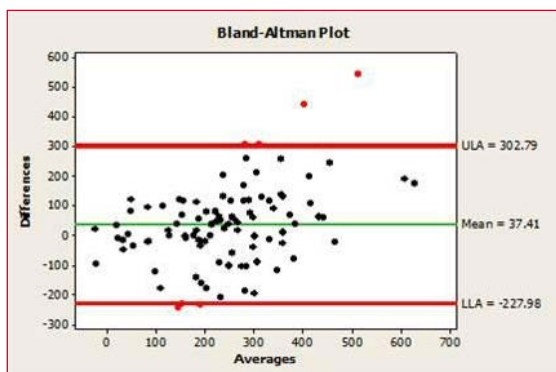
**Resultados:** Se obtuvieron 4 mediciones espirométricas y 4 mediciones de lavado de N<sub>2</sub> por paciente, obteniendo en total 100 mediciones espirométricas y 100 de lavado de N<sub>2</sub>. En la tabla 1 se muestran los valores obtenidos en cada método para cada variación en el nivel de PEEP y la variación global del VPFE:

$\Delta$ PEEP	PEEPVol	$\Delta$ EELV	
20-15	249.9 $\pm$ 87.5	335,2 $\pm$ 163,1	p= 0.034
15-10	250.2 $\pm$ 97.0	255,6 $\pm$ 141,8	p= 0.875
10-5	240.4 $\pm$ 132.7	272,8 $\pm$ 178,0	p= 0.469
5-0	146.6 $\pm$ 118.8	176,9 $\pm$ 147,7	p= 0.429

No se observaron diferencias significativas entre las variaciones de VPFE medidas por espirometría y dilución de gases, excepto con los niveles más altos de PEEP. Sin embargo, la correlación de las variaciones en el VPFE obtenidos entre los 2 métodos fue moderada ( $r=0,59$ ,  $p < 0.01$ ). (Figura 1).

La concordancia entre las mediciones se muestra en la Figura 2. La media de las diferencias fue de 37.41 ml. (IC 95% 302.79, -227.98).

**Conclusiones.** En pacientes con SDRA, las variaciones en el VPFE asociadas al cambio de PEEP medidos por espirometría y lavado de N2 no fueron análogas. Aunque en promedio no son diferentes, la precisión de las mediciones fue baja debido a la dispersión.



#### 0147 VALORACION DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVO ÓPTICO

A PALAZZO(1), M BERTE(1), A SANTA MARIA(1), L DIETZ(1), A RAMOS(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)  
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

**Introducción:** La hipertensión intracraneana (HIC), es una complicación neurológica que se asocia con alta morbimortalidad y obliga a intervenciones rápidas.

La técnica ideal de medición de la PIC sería aquella que sea no invasiva, aplicable en la cabecera del paciente, y con una adecuada correlación con los estándares de uso actual.

Los cambios en el diámetro de la vaina del nervio Óptico (DVNO), han sido observados como un buen reflejo de las fluctuaciones de la PIC.

**Objetivo:** Correlacionar la presencia de HIC evaluando la medición ecográfica del DVNO, simultáneamente con la medición invasiva de la PIC, en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

**Material y métodos:** En el periodo de octubre 2014 a marzo del 2015, se realizaron mediciones de DVNO en ambos NO, en pacientes

que requirieron colocación de catéter de medición de PIC. Se definió HIC a una PIC mayor a 20 mmHg. Se realizaron mediciones aleatorias. La técnica fue el empleo de un ecógrafo siemens acuson, con un transductor de 5-10MHz, a 3 mm de profundidad retrobulbar. Se estimó la recta de regresión entre (DVNO) y la PIC, considerando la medición del DVNO izquierdo, derecho y el promedio entre ambos. Con el valor de corte se calculó especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y negativo. Se trazó curva ROC.

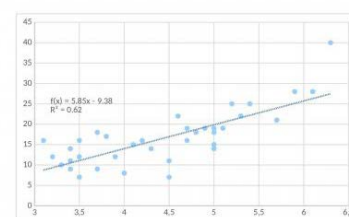
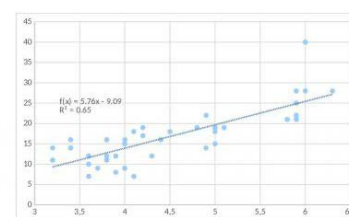
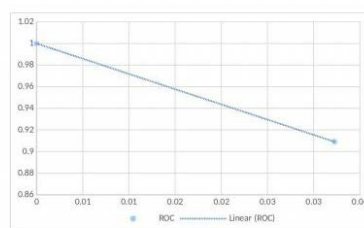
**Resultados:** La edad promedio fue 50,8 años. La mediana de Glasgow: 5, (rango=3-10). Se registraron 42 mediciones de PICS en un total de 11 pacientes, la mediana 18 (rango=7-40 mmHg) que se compararon con 42 mediciones del DVNO de ambos nervios ópticos. La diferencia entre ambos DVNO fue de 0,4 mm promedio (Rango de 0-0,6 mm). Hubo un total de 12 registros de PIC mayor a 20 mmHg. Se obtuvo un valor de corte para HIC DVNO izquierdo 5,02mm DVNO Derecho 5,05mm, un promedio entre ambos de 5mm. Coeficiente de regresión de 0.8. Se obtuvo para el DVNO izquierdo Especificidad 0,90 Sensibilidad 0,97 VPP 0,90 VPV 0,90, DVNO Derecho Especificidad 0,90 Sensibilidad 0,97 VPP 0,96 VPV 0,96.

**Conclusiones:** En esta serie de mediciones un DVNO mayor a 5 mm correlacionó con HIC, con alta sensibilidad y especificidad, no así con su magnitud. La medición ecográfica del DVNO, es una herramienta de rápido acceso, aplicable en la cabecera del paciente, y buen discriminador de HIC en esta serie de pacientes.

Modelo con medición del promedio

	Predicho HIC	No Predicho HIC
HIC	11	0
No HIC	0	31

Modelo	Especificidad	Sensibilidad	VPP	VPV
DNO izquierdo	0.90	0.97	0.90	0.90
DNO derecho	0.90	0.97	0.96	0.96
Promedio	1	1	1	1



El coeficiente de determinación en cada uno de los casos se ubicó entre un 62% y un 69%, lo cual corresponde a un coeficiente de regresión de alrededor de 0.8

### 0148 HEPATITIS E, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FALLA HEPÁTICA FULMINANTE EN NUESTRO MEDIO

CS BOULAN(1), P BOTTA ETTER(1), V CABRAL(1), N MOLINA(1), I PRIETO(1), A NISHIOKA(1), C TONELLI(1), N JACOB(1), ME BRAÑA(1), M TORRES BODEN(1), C COZZANI(1), G CUETO(2) (1) Argerich. (2) Argerich.

**Introducción:** El virus de la hepatitis E es un virus de ARN monocatenario, positivo y sin cubierta. Los brotes aparecen en lugares de escasos recursos y acceso limitado a servicios esenciales. La principal vía de transmisión es fecal-oral. Su presentación clínica va desde la forma asintomática hasta la falla hepática fulminante (FHF), siendo indistinguible de una lesión hepática inducida por drogas (DILI). En pacientes con patología hepática subyacente, inmunosuprimidos y embarazadas se asocian a peor pronóstico.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 17 años de edad, consulta a un Hospital por ictericia, náuseas y vómitos de una semana de evolución, agregando en las últimas 24 horas, deterioro del sensorio. Los análisis mostraron: pancitopenia, elevación de las transaminasas x10 y coagulopatía. Es derivada a nuestro Centro por Falla hepática fulminante para evaluación por Servicio de Trasplante Hepático.

Entre sus antecedentes tuvo 1 parto hace 9 meses sin complicaciones y mantuvo lactancia hasta su internación. Niegan otros antecedentes de relevancia, refieren tener agua corriente. La investigación etiológica confirmó VHE +, recibiendo resultado de RT-nested PCR (región ORF 2) en suero positivo y RT-nested PCR (región ORF 2-3) en suero y materia fecal positiva. Progresa a encefalopatía grado III/IV requiriendo intubación y asistencia respiratoria. Lo relevante de sus análisis: dosaje de amonio 250µ, Quick: 26%, cultivos negativos. TAC de cerebro: sin signos de sangrado, signos de edema cerebral, se coloca catéter de PIC que evidencia hipertensión endocraneana (HTE). Evolución con hiperamoniemia, HTE refractaria a diferentes terapéuticas, incluida hemofiltración e hipotermia, sin respuesta favorable fallece 24 horas más tarde.

**Discusión:** Argentina es un país con baja prevalencia de HEV, sin embargo, gracias a nuevos ensayos serológicos, se observó que la presencia de IgG anti HEV es del 15.4%. Así como pacientes que ingresaban por hepatitis aguda de etiología indeterminada y evolucionaban con falla hepática fulminante, presentaban anticuerpos anti-HEV en el 37%.

**Conclusión:** En Argentina, se debería considerar la Hepatitis E como diagnóstico diferencial en falla hepática fulminante, aun en pacientes sin factores de riesgo clásicos para evolución tórpida.

### 0149 RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SOPORTE NUTRICIONAL EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE LAS CIUDADES DE MAR DEL PLATA, BALCARCE Y PARTIDO DE LA COSTA

N RISSO(1), G CAPURRO(1), J TEVES(1), E MESSERA(1), J HADDAD CONTE(1), M FERRICIONI(1), J PONCE(1), L ZACARIAS(1) (1) Dr Oscar Alende.

Es innegable la importancia que adquirió soporte nutricional del paciente crítico.

La creación de equipos multidisciplinarios de manejo se relaciona con mejores resultados.

**Objetivos:** Evaluar el manejo del soporte nutricional de médicos de terapia intensiva.

Evaluar la población de médicos encuestados

**Material/Método:** Se realizó una encuesta anónima multiple choice en Unidades de terapia intensiva de Mar del Plata, Balcarce y la costa.

**Resultados:** De un total de 70 encuestas respondieron 45(57%). Los médicos eran en su mayoría especialistas en terapia intensiva 82.9%.

El 75.6% cuenta con equipo de soporte nutricional.

El 77.8% cuenta con protocolos de nutrición enteral y el 57.8% cuenta con protocolos de nutrición parenteral. Para el manejo de la hiperglucemia un 93.3% cuenta con un protocolo.

El 68.9% inicia la nutrición enteral dentro de las 24-48hs. En el paciente inestable el 48.9% prioriza el soporte metabólico y el control de la glucemia.

Con respecto a métodos de evaluación nutricional del paciente un 34.1% usa el balance nitrogenado.

Los valores de glucemia que manejan son entre 140-180 mg/dl(45.5%)entre 100-140 mg/dl(45.5%). Con respecto al cálculo de las calorías no proteicas/gramos de nitrógeno un 54.8% no lo realiza y un 40.5% lo utiliza correctamente.

Ante diarrea el 63.6% respondió que disminuye la infusión a la mitad.

El inicio de la nutrición parenteral se realiza entre el día 5 y 7 de la injuria en el 53.8%.

Un 48.7% suspende la nutrición con más de 500 ml /día de residuo gástrico.

El objetivo calórico/ proteico del paciente crítico severamente injuriado es 25 kcal/kg/día con 1.5 a 2 gramos de proteínas/día,53.7%. Para el monitoreo de la nutrición parenteral el 81% controla ionograma y glucemia.

Un 46.7% no lee habitualmente sobre soporte nutricional.

**Conclusiones:** La mayoría de los encuestados eran especialistas en terapia intensiva solo un pequeño porcentaje lee sobre soporte nutricional.

La mayoría cuenta con equipo de soporte nutricional y protocolos de nutrición enteral y de hiperglucemia

Se obtuvieron buenos resultados en inicio precoz de nutrición enteral, en el manejo de complicaciones y monitoreo de nutrición parenteral y resultados más pobres en cálculos de requerimientos y método de valoración nutricional.

### 0151 INFARTO DE LA ARTERIA DE PERCHERON

G GALINDEZ(1), ME VALDEZ(1), V PUJOL LEREIS(1), G BONFANTI(1), J POLLINI(1), M BORRONI(1), M PARLATORE(1), J CASTAGNINO(1) (1) Sanatorio De La Providencia.

**Introducción:** El infarto talámico paramediano bilateral sincrónico, conocido como infarto de la arteria de Percherón, se considera infrecuente y de difícil diagnóstico clínico, basándose su caracterización en la descripción original y en pequeñas series.

**Presentación del Caso:** Paciente de 34 años ingresa derivada a UTI por deterioro de sensorio, sin antecedentes de relevancia previos, refiriendo familiar cuadro de cervicalgia, homalgia, vómitos y mareos de tres días de evolución, medicado con AINES y miorrelajantes. Al examen físico: GCS 7/15, pupilas midriáticas arreactivas, ROT negativos, sin reflejo tusígeno, hemodinámicamente estable. Asistencia ventilatoria mecánica. Resto del examen físico sin particularidades. Bioquímica completa de sangre y orina. Screening para drogas positivo para BDZ.

TAC cerebral y PL al ingreso a UTI, sin evidencia de patología aguda. DTC sin alteración de flujos.

RMN con gadolinio y difusión: múltiples lesiones en hemisferio cerebeloso derecho, tronco, bitalámicas con restricción a la difusión. El estudio se complementó con TAC Cerebral y Angiografía digital cerebral y de vasos de cuello evidenciando oclusión de arteria vertebral derecha cervical e intracerebral, oclusión CP2, compatibles con disección.

EEG: trazado lentificado y desorganizado de forma difusa. Eco-doppler cardiaco: s/p, ETT con burbujas: s/p.

Inicio tratamiento antiagregante.

El paciente presentó mejoría neurológica obedece ordenes simples, hemiparesia braquiocrural izquierda, pupilas midriáticas hiporreactivas, reflejo corneano, reflejo tusígeno y ROT conservados. Traqueostomizado.

Derivado a centro de rehabilitación neurológica y respiratoria.

**Discusión:** El infarto de la arteria de Percheron es infrecuente, su presentación en pacientes jóvenes sin antecedentes es rara. El predominio de las alteraciones del nivel de consciencia, la ausencia de datos de focalidad y la escasa aportación del TAC de urgencias acompañada de una ANGIO TAC, suelen orientar en muchos casos hacia un juicio clínico tóxico, infeccioso o metabólico lo que contribuye al retraso diagnóstico.

**Conclusión:** Constituye un síndrome de presentación variable, con TAC cerebral inicial de baja sensibilidad, que requiere resonancia magnética cerebral para su tipificación. Ello explica la dificultad diagnóstica y la probable infraestimación de su frecuencia.

#### 0152 EMBOLISMO TUMORAL E HIPERTENSIÓN PULMONAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA OCULTA

A GONZÁLEZ FLOREZ(1), A BOEDO(1), J REBERENDO(1), B RODRIGUES(1), F LASCAR(1), S CHAPELA(1), M BLASCO(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** El embolismo tumoral pulmonar es una complicación rara y de difícil diagnóstico, que exige un alto índice de sospecha. Las manifestaciones clínicas son pocas e incluyen: disnea progresiva, hipoxemia, hipertensión pulmonar. En muchas ocasiones el diagnóstico es postmortem.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 69 años presenta cuadro clínico de disnea progresiva de 10 días de evolución. Ingresa a UTI por presentar insuficiencia respiratoria. Se realizó tomografía de tórax con angiografía que muestra nódulo pulmonar de contornos irregulares en lóbulo inferior derecho en contacto con la pleura, y múltiples imágenes nódulos, sin defecto de relleno en la angiografía. Se indicó tratamiento antibiótico. A las 72 horas el paciente evoluciona con rápida progresión de la hipoxemia e hipertensión pulmonar medida a través de catéter en la arteria pulmonar. Al sexto día de internación requiere ventilación mecánica y vasopresores, presentando shock refractario y fallece. El examen histopatológico postmortem de pulmón revela embolismo tumoral microscópico bilateral de carcinoma pobremente diferenciado en arteriolas pulmonares y capilares alveolares. El tumor primario no pudo ser identificado.

**Discusión:** El embolismo tumoral pulmonar es una enfermedad rara que se caracteriza por la migración de células tumorales y trombos asociados a las arterias pulmonares pequeñas, arteriolas y capilares alveolares septales produciendo su oclusión. En ocasiones, el desarrollo de la hipertensión pulmonar es la primera manifestación de una neoplasia oculta. Se ha descrito una incidencia del 3 al 26% en series de autopsias, y solo el 8% de los pacientes tendrán manifestación clínica. Su diagnóstico se realiza a través del examen histopatológico encontrándose células tumorales en la microvasculatura pulmonar. La hipoxemia con radiología normal y un ecocardiograma con signos de hipertensión pulmonar o sobrecarga ventricular derecha, o su confirmación mediante monitoreo hemodinámico invasivo, hacen sospechar el tromboembolismo trombotico.

**Conclusión:** El embolismo tumoral pulmonar es una rara causa de insuficiencia respiratoria e hipertensión pulmonar secundaria. Debe ser sospechada en pacientes con antecedentes de cáncer y disnea aguda o subaguda con o sin hipertensión pulmonar, o sospecha de embolia donde no se puede confirmar su origen trombotico. Es un desafío diagnóstico para el intensivista dado que su presentación clínica se asemeja a otras patologías frecuentes en UTI.

#### 0154 HEMATOMA DUODENAL, UNA RARA COMPLICACION DE LA VIDEO ENDOSCOPIA ALTA, A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

S SAC(1), A GONZALEZ FLOREZ(1), N ROJAS(1), D BELLINI(1), E DESCOTTE(1), E SOLOAGA(1), J CHERTCOFF(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** La video endoscopia digestiva alta (VEDA) es un procedimiento de amplia utilización en la medicina actual. Esta asociada a un bajo riesgo de complicaciones (menor al 0.1%). Entre dichas complicaciones se destacan las perforativas y las hemorrágicas. Se presenta el caso de un paciente con una rara complicación de tipo hemorrágico que requirió internación en terapia intensiva.

**Caso clínico:** Masculino de 18 años de edad con antecedentes dolor abdominal crónico de dos años de evolución. En seguimiento por gastroenterólogo se realiza VEDA con toma de biopsia a nivel de antro gástrico.

Evoluciona en el post procedimiento con dolor abdominal difuso, por lo que consulta a nuestro centro presentándose: hemodinámicamente estable, sin alteraciones en el laboratorio de ingreso. Se realizan tomografía (TAC) de abdomen con doble contraste y seonancia de abdomen, que evidenciaron hematoma de pared duodenal extenso, con signos de sangrado reciente; presencia de líquido libre, con déficit de progresión de contraste a nivel del ángulo de Treitz. Se decide conducta expectante (fig. 1 y 2).

En su internación en UTI, el paciente evoluciona con progresiva caída del HTO (15% en 48 hs), aumento de tamaño del hematoma y líquido libre abdominal en el control por TAC.

Se realiza punción abdominal guiada por ecografía compatible con hemoperitoneo, por lo que se realiza laparotomía exploradora que evidencio: hemoperitoneo en 4 cuadrantes, hematoma de pared duodenal y retroperitoneal, sin evidencia de perforación o sangrado activo.

El paciente evoluciona favorablemente, sin interurrencias, tolerando nutrición enteral y posteriormente dieta líquida.

**Discusión:** El hematoma duodenal es una patología poco frecuente siendo, en general secundario a trauma cerrado de abdomen. Como complicación de una VEDA con toma de biopsia, su incidencia es de 1:1922/año, con prevalencia en la población pediátrica y con factores de riesgo que incluyen: leucemia, trasplante de medula ósea, plaquetopenia y coagulopatía.

**Conclusión:** No encontramos relación entre la toma de biopsia a nivel antral y la formación del hematoma a nivel duodenal. Sospechamos la presencia de un proceso duodenal durante la VEDA que no fue mencionado en el informe o la presencia de un trauma abdominal no referido por el paciente dado que el mismo no presenta factores de riesgo conocidos.

#### 0155 EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA PROCURACIÓN DE TEJIDOS

G FLORES(1), L GOMEZ(1), C BERTINAT(1), P RINALDI(1), M POSKIN(1), M MINGOZZI(1), M BERNADO(1), J TEVES(1), M CHOY(1), O ELEFANTE(1), E MONLA(1), G GONZALEZ(1), G BASCOLO(1), P ZANARDI(1)  
(1) Clinica 25 De Mayo.

**Introducción:** El trasplante es una práctica médica ampliamente difundida y aceptada a nivel mundial, para que pueda llevarse a cabo necesita de la donación de órganos y tejidos.

La donación se constituye en una importantísima toma de decisión, de una conducta que cada vez más, permite que miles de personas puedan, en algunos casos, salvar sus vidas y en todos, mejorar su calidad de vida. Si no hay donación no hay trasplante!!! En nuestro país hay 7800 personas aproximadamente que están en lista de espera.

**Objetivos:** Incorporar la procuración de tejidos como rol de enfermería en la terapia intensiva. Conocer el porcentaje de fallecidos que donan tejidos y que factores influyen. Determinar si la relación enfermero- familiares de pacientes facilita a la donación de tejidos.



**Metodología:** Ingresaron al trabajo, **todo** paciente fallecido. Se completara una ficha. Todo paciente potencial donante que no presente contraindicaciones para la donación será entrevistado por el enfermero que asistió al paciente. Este acompañara al médico en el momento que se informe sobre el deceso y luego realizará la entrevista.

**Desarrollo:** Se incorporaron al trabajo 30 pacientes con un edad promedio 67 años (ds 16.5), los días promedio de internación fueron 4.8 (40 % fallecieron el 1° día) de las causas de muerte el 30 % fueron por FMO. 26 % por causas cardiacas, el 29 % respiratorias, el 7 % neurológicas y el 8 % otras. Tuvieron contraindicaciones para la donación 69 %. Fueron donantes expresos 13 % y se entrevistó al 55 % de los pacientes que eran potenciales donantes. El 40 % de los fallecidos que podían donar, donaron corneas.

**Conclusiones:** Se logró incorporar la procuración de tejidos como rol de enfermería en una unidad de terapia intensiva donde la procuración de tejidos no estaba desarrollada y logramos conseguir la detección de los donantes, eslabon inicial del proceso de donación y trasplante; hasta el momento se observó que hay un alto porcentaje de contraindicaciones para la donación y no logramos determinar si la relación enfermero-familiares de pacientes facilita al proceso de donación de tejidos.

#### 0156 ENCEFALOPATIA TOXICA POR INFUSION DE AZUL DE METILENO. REPORTE DE UN CASO

P HOBECKER(1), J REBERENDO(1), S SAC(1), MS RAÑA(1), F BALLESTERO(1), S CHAPELA(1), M BLASCO(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** El azul de metileno (AM) es un colorante a base de anilina cuya utilización en medicina incluye el tratamiento de las metahemoglobinemias, la malaria, el dolor refractario, el síndrome vasoplejico, la biopsia de ganglio centinela y la marcación paratiroidea. Entre sus efectos adversos se incluyen náuseas, dolor abdominal, sudoración y cefalea. Con menor incidencia se han reportado casos de encefalopatía tóxica.

**Presentación de caso clínico:** Paciente femenina de 62 años en tratamiento con paroxetina ingresa a Terapia Intensiva en el postoperatorio de tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar por cáncer de tiroides y paratiroidectomía subtotal por hiperplasia paratiroidea, por lo que se realizó marcación con AM. Presenta en su ingreso deterioro del sensorio requiriendo soporte vital avanzado. Se realiza tomografía computada de cerebro, resonancia magnética nuclear de cerebro, vasos de cuello, polígono de Willis y electroencefalograma, este último con patrón sugestivo de encefalopatía. Evolución favorablemente al sexto día lográndose su desvinculación de la ventilación mecánica.

**Discusión:** El azul de metileno posee características estructurales similares a los inhibidores de la enzima mono amino oxidasa, lo que genera elevada toxicidad cuando es administrado en forma concomitante con drogas que aumentan la neurotransmisión serotoninérgica, como los inhibidores de la recaptación de serotonina (SIRS). El cuadro clínico característico se presenta con confusión, letargo, desorientación, inestabilidad en la marcha y agitación, con recuperación ad-integrum entre las 48 y 72 hs.

**Conclusión:** La encefalopatía tóxica es un efecto adverso infrecuente de la administración del AM. Su diagnóstico es dificultoso y debe ser tenido en cuenta en pacientes que recibieron AM dado que es indistinguible de otras encefalopatías tóxico metabólicas.

#### 0158 INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO: VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES EN LOS GANGLIOS DE LA BASE

B RODRIGUES(1), X PICON(1), P LUCERO(1), MS RAÑA(1), E DESCOTTE(1), E SOLOAGA(1), M BLASCO(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** La evidencia de alteraciones de los ganglios de la base en las imágenes del SNC pueden encontrarse en una amplia variedad de patologías, ya sean de origen tóxico, metabólico, vascular o degenerativo. Se reporta el caso de un paciente cuya evaluación por neuroimágenes, permitió el diagnóstico retrospectivo de intoxicación por monóxido de carbono (CO).

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, de 72 años, que ingresa a UTI por presentar deterioro del sensorio, disartría, asociado a hipotensión refractaria y requerimiento de soporte vasoactivo. Se realiza TC de cerebro, que evidencia hipodensidad de globos pálidos, sugestiva de intoxicación por monóxido de carbono. Se evalúa gasometría de ingreso, constatándose carboxihemoglobina: 18,2 %. Se instaura tratamiento etiológico. Se interroga de forma dirigida a la familia, que revela la reciente instalación de aparato de combustión en su casa (calefón). A su egreso hospitalario, persiste con trastornos cognitivos y conductuales crónicos.

**Discusión:** Luego de aproximadamente 48 horas de la exposición al CO, se generan cambios histicos a nivel neuronal, producidos por la peroxidación lipídica, con especial predilección por los globos pálidos y la sustancia blanca frontal. Dichas lesiones pueden observarse en la TC de cerebro como áreas hipodensas simétricas y bilaterales de estas estructuras, que se corresponden con zonas de necrosis en exámenes anatópatológicos post mortem. En la literatura, se describe una especificidad del 43% y 82% en TC y RMI, respectivamente, revelando superioridad del último método.

**Conclusión:** Ante la prevalencia y multiplicidad de espectros de expresión en la intoxicación por CO, se sugiere prestar especial atención a los patrones radiológicos compatibles. Pese a su menor sensibilidad y especificidad, la TC de cerebro es una herramienta útil y rápida que permite la sospecha diagnóstica, en casos en que no se cuenta con el antecedente epidemiológico claro.

#### 0159 NEUMONITIS LÚPICA Y RITUXIMAB

MV URIOSTE CORREA(1), E BISHELS(1), R BARRIENTOS(1), L ESPINOSA(1), N ECHEVERRÍA(1), V CAMPOLO(1), R VACA NARVAJA(1), N FERNANDEZ(1)  
(1) Clínica Pasteur.

**Introducción:** La neumonitis lúpica aguda es una complicación pulmonar poco usual del LES; se presenta frecuentemente asociada con manifestaciones de actividad lúpica y de clínica inespecífica. El objetivo del presente trabajo es presentar una manifestación clínica poco usual de neumonitis lúpica que revierte con terapia biológica. Evolución: Paciente de sexo femenino, 17 años, antecedente de obesidad; ingresa con cuadro de catarro de vías superiores de 15 días de evolución; sobreagregándose disnea clase funcional I- II. Consulta ambulatoriamente e indican tratamiento sintomático. Progresión tórpida: fiebre de 38°C, tos con expectoración hemoptoica.

04/12/14 presenta insuficiencia respiratoria, dolor torácico y pleuraltralgias. Se solicita hemocultivos y esputo. Se efectúa TAC de tórax s/contraste: infiltrado pulmonar difuso tipo mixto en "alas de mariposa"; derrame pleuro-pericárdico y adenopatías axilares bilaterales.

ACV: Soplo sistólico 1/6 aórtico  
Ap. Respiratorio: hipoventilación bibasal y rales crepitantes. Regular mecánica ventilatoria con actividad de músculos accesorios. Se inicia tratamiento ATB: Claritromicina – AMS; asociado Hidrocortisona en dosis de estrés. Laboratorio: HIV, HVB, HVC, FAN, Anti DNA, ENA, C3, C4, crioglobulinas, ANCAp, ANCAc, FR, LDH. serología para Hanta Virus, cultivos y esputo.

## ■ Resúmenes

Evolución: SDRa; ARM. Se realiza ventilación protectora: Vt 6 ml/kg. Ecocardiograma doppler color (07/12): Derrame pericárdico leve a moderado (resto s/p)

Se recibe colagenograma: Anti ADN 65 (Positivo mayor a 60) ANA 1/320 homogéneo (Negativo menor a 1/60) C3 27 (VN 80 - 120); C 45 (VN 20 - 40): **Neumonitis Lupica**.

Se inicia tratamiento corticoide: Meprednisolona 1000 mg por 3 días e Hidroxicloroquina.

Persiste, a pesar del tratamiento, sin resolución del cuadro respiratorio, con leve mejoría de los parámetros ventilatorios (Compl Est 24 cm H<sub>2</sub>O; Plateau 24 cm H<sub>2</sub>O; PaFi 140).

El día 15/12 bajo tratamiento inmunosupresor, bajo sedación y relajación neuromuscular, se repite ecopleura y ecocardiograma para valorar poliserositis, se evidencia persistencia de derrame pleural bilateral asociado a atelectasia pasiva; y derrame pericárdico.

(16/12): persistencia del cuadro respiratorio, refractaria al tratamiento; se plantea tratamiento con Rituximab.

Mejoría de los parámetros ventilométricos, Compl y PaFi; se decide extubación el día 23/12, con buena evolución en respuesta a la terapia biológica.

### 0160 SDRa EN UN PACIENTE CON HIV+ Y SARCOMA DE KAPOSI

G MOLINA(1), MS RAÑA(1), F BALLESTERO(1), F LASCAR(1), E BORSINI(1), E DESCOTTE(1), E SOLOAGA(1), J CHERTCOFF(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** El sarcoma de Kaposi (SK) pulmonar se presenta en pacientes con VIH/SIDA, con mayor expresión semiológica en contexto de valores bajos CD4. Su evolución es insidiosa pero puede progresar agresivamente. La presencia de SDRa está poco descrita y aumenta la mortalidad. Los pacientes VIH / SIDA ingresan a UTI por insuficiencia respiratoria en un 20 - 50% de casos; las etiologías infecciosas en la mayoría de los casos son las responsables. El SK raramente provoca SDRa o insuficiencia respiratoria.

**Caso clínico:** Masculino de 47 años, HIV+ en tratamiento antirretroviral con mala adherencia y diagnóstico reciente de Sarcoma de Kaposi cutáneo y gástrico, en tratamiento quimioterápico. Intercurre con neumonía bilateral por lo que se realiza TC de tórax: infiltrados parcheados bilaterales con cavitación y patrón broncovascular. Fibrobroncoscopia que revela lesiones compatibles con SK en tráquea. Se realiza BAL. sin aislamientos infecciosos. Por progresión de insuficiencia respiratoria ingresa a UTI donde requiere VNI y posteriormente ARM. Evoluciona con SDRa, falla multiorgánica y fallece. Biopsia posmortem pulmonar revela SK y descarta infección.

**Discusión:** El SK tiene afectación local pero puede presentar compromiso visceral. La diseminación pulmonar tiene pronóstico ominoso, siendo el recuento de CD4 un indicador de riesgo.

La TC de tórax presenta patrón broncovascular y nódulos asociados, la fibrobroncoscopia es un pilar del diagnóstico. En algunos casos con comportamiento agresivo la terapia antirretroviral aislada no es suficiente; por lo que está indicada la quimioterapia sistémica.

El SK pulmonar puede progresar con rapidez de forma indistinguible a una infección oportunista; el tratamiento antibiótico está indicado.

**Conclusiones:** El SDRa es un cuadro clínico con elevada mortalidad para el paciente con HIV/SIDA. En nuestro caso, el compromiso pulmonar progresivo fue atribuido SK, que desencadenó insuficiencia respiratoria, SDRa y la muerte. No se encontró evidencia de infección concomitante en la necropsia ni en los cultivos. El reporte de SK como causante exclusivo de SDRa, es poco frecuente en la literatura.

### 0161 HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO EN ENFERMEDAD ECLAMPTICA

M FARIAS(1), C RIVERA(1), C FARINA(1), X BENAVENTE(1), Y SALOMON NUÑEZ DEL PRADO(1), A TORRES(1), B SIERRA(1), R ANCHORENA(1), E CENTENO(1), G IZZO(1)  
(1) Simplemente Evita Gonzalez Catan.

**Introducción:** En nuestra población la enfermedad ecláptica es frecuente, en la cual hemos encontrado lesiones cerebrales compatibles con encefalopatía posterior reversible. Sin embargo en un 3.6% se halla stroke. Es mandataria la angiografía para descartar patología vascular.

Se describe caso de una paciente que ingresa en coma por hematoma cerebral y eclampsia

**Material y métodos:** análisis de registro de HC

**Descripción:** ingresa derivada una paciente a UTI en post quirúrgico inmediato de cesárea de urgencia por eclampsia. Sin antecedentes de relevancia. Al examen físico: en coma, GSC 7/15, midriática bilateral. TAC encéfalo evidencia hematoma intraparenquimatoso parieto-occipital derecho de 60 cm, desplazamiento de línea media mayor a 1,5 cm y volcado ventricular.

Inicia tratamiento médico sin respuesta, se decide craniectomía descompresiva.

Se coloca catéter de PIC.

Angiografía de vasos intracraneos: cerebral derecha: no se visualiza segmento A1 pudiendo corresponder a agenesia de la misma o vasoespasmo severo, resto normal. Arteria cerebral media izquierda espasmo a nivel proximal.

Evoluciona con PIC normal, hipertensa, doppler transcraneano (DTC) velocidades aumentadas en territorio cerebral derecho. Se plantea objetivo de TAM 90 mmHg, por alta sospecha de lesión aneurismática. Se trata con labetalol, nimodipina

Se realiza DTC seriado donde se constata patrón de hiperemia, seguimiento de vasoespasmo severo

Día 9 realiza TAC control: área hipodensa temporal derecha y cambios postquirúrgicos

Día 11, GSC 9/15, cambio abrupto del patrón sonográfico, índice de Lindergaard derecho 1.7

(previo de 4), izquierdo 1.3 (previo de 2,5). Evoluciona con mejoría neurológica, con foco motor.

**Conclusión:** describimos un caso de una paciente con alta sospecha de patología vascular previa no confirmada por angiografía, en contexto de eclampsia. En esta paciente se planteo realización de segunda angiografía dado la baja incidencia de sangrado cerebrales en eclampsia.

Se destaca la utilidad del doppler transcraneano como herramienta de seguimiento diario para dirigir el tratamiento

### 0162 TROMBOSIS DE MUÑON RESIDUAL DE LA ARTERIA PULMONAR POSTERIOR A LOBECTOMIA: REPORTE DE UN CASO

P LUCERO(1), X PICON(1), P HOBECKER(1), F BALLESTERO(1), F LASCAR(1), E BORSINI(1), M BLASCO(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** La incidencia de tromboembolismo posterior a reseciones pulmonares es un evento grave con hasta un 50% de mortalidad en las neumectomías. Por otro lado se ignora el valor del hallazgo de trombos en el muñon residual de ese tipo de cirugía. Su significación y conducta a seguir no están claramente definidas.

**Caso clínico:** Femenina de 68 años, se realiza una bilobectomía (lóbulo inferior derecho y lóbulo medio) por un adenocarcinoma. Asintomática, en un control a los tres meses se realiza una Tomografía computada helicoidal de Tórax que demuestra la presencia de trombo en la porción de la arteria pulmonar remanente de la bilobectomía (Figuras 1 y 2). Se decide su internación en Terapia Intensiva con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar iniciando anticoagulación. Se efectúan ecocardiograma y ecodoppler

de miembros inferiores que fue negativos para trombosis venosa profunda. Se decide suspensión de anticoagulación, antiagregación con aspirina y alta hospitalaria. La paciente permanece asintomática en un control al año.

**Discusión:** La trombosis del muñón remanente de la arteria pulmonar en posoperatorio de lobectomías y neumonectomías se asocia a la longitud del mismo y se da por estasis sanguínea. Suele predominar del lado derecho y puede ser sintomáticos o un hallazgo en el seguimiento clínico. Si bien la evolución natural es benigna, en un estudio prospectivo de seguimiento se presentó en el 12 % de las tomografías de control realizadas, en pacientes asintomáticos la indicación de tratamiento no está clara. Por otro lado cuando existen síntomas, factores predisponentes como el reposo prolongado, la presencia de enfermedad maligna activa, o en pacientes de alto riesgo, como aquellos con enfermedad pulmonar previa, el inicio de anticoagulación resultó beneficioso.

**Conclusión:** Se expone el caso de una paciente que evoluciona en el posoperatorio inmediato de bilobectomía derecha con trombosis en el muñón residual de la arteria pulmonar, hallado en controles clínicos posteriores, sin síntomas asociados. Se tomó la conducta de antiagregación y se evidenció buena evolución al año de seguimiento. Creemos que los reportes de estos casos pueden aclarar la conducta a seguir ante su presencia.

### 0163 ECOGRAFÍA DE CUÁDRICEPS EN PACIENTES EPOC

S CHAPELA(1), N ROJAS(1), D BELLINI(1), E DESCOTTE(1), E BORSINI(1), M BLASCO(1), J CHERTCOFF(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** La disfunción muscular en los pacientes EPOC es una complicación extrapulmonar reconocida, que se caracteriza por pérdida de masa muscular magra y es un predictor de discapacidad y mortalidad. En particular la fuerza del cuádriceps se asocia con capacidad al ejercicio reducida, disminución de la calidad de vida, incremento del uso de cuidados médicos, y mortalidad independiente de la obstrucción del flujo aéreo.

**Objetivos:** 1- Evaluar si hay diferencias en el área de cuádriceps, en sujetos sanos, pacientes EPOC en rehabilitación, y pacientes EPOC internados por reagudización.

2- Evaluar si la ecografía del área del cuádriceps, realizada por médicos intensivistas, no especialistas en imágenes sirve para predecir días de internación, días de ventilación mecánica no invasiva y mortalidad en UTI.

**Materiales y Métodos:** Se realizó ecografía de cuádriceps y se midió el área del recto anterior a pacientes internados en UTI por EPOC reagudizado, en pacientes EPOC en rehabilitación pulmonar e individuos sanos.

En el grupo EPOC reagudizado, se dicotomizó el área, de manera que queden 2 grupos con mayor y menor área para evaluar días de internación, días de ventilación mecánica no invasiva, y mortalidad en UTI.

**Resultados:** Hubo diferencias significativas entre los individuos sanos y los pacientes EPOC reagudizado internados y EPOC en rehabilitación ( $P=0,0025$ ), pero no entre EPOC reagudizado internado y EPOC en rehabilitación (tabla 1).

Grupo	Individuos Sanos (N=9)	EPOC reagudizados (N=28)	EPOC rehabilitación (N=13)
Área Cuádriceps (cm <sup>2</sup> )	5,87	2,62	2,58

No hubo diferencias en los días de internación, días de ventilación mecánica y mortalidad, entre los pacientes EPOC reagudizados internados con mayor y menor área de cuádriceps (tabla 2).

	Área menor a 2,66 cm <sup>2</sup> (N=14)	Área mayor a 2,66 cm <sup>2</sup> (N=14)	P
Días de internación	8,01	11,27	0,58
Días de ventilación mecánica	6,66	7,91	0,57
Mortalidad en UTI	4	3	0,49
PCO <sub>2</sub> al ingreso (mmhg)	59,85	51,85	0,22

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, el área de cuádriceps no alcanzó a predecir días de internación en UTI, mortalidad y días de ventilación mecánica. Se necesitan más estudios, con más pacientes para comprender el alcance de esta técnica.

### 0164 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA HEMORRAGIA POSPARTO

MA VASQUEZ(1), P BAEZ(1), A CHILIGUAY(1)  
(1) Pablo Soria.

#### IMAGEN 1

**Presentación del caso:** Paciente de 28 años que ingresa a Terapia Intensiva con Diagnóstico médico: Shock Hipovolémico. Cursando 2ª intervención quirúrgica por desgarro cervical. Paciente cursó gesta de 40 semanas sin antecedente patológico. 1ª intervención quirúrgica: cesárea-de-urgencia por bradicardia fetal a 21:00hs.

22:00-Viene de quirófano post-operatorio de histerectomía por desgarro cervical, despierta con oxigenoterapia por máscara con reservorio con flujo de 10l/min, mala mecánica respiratoria, mala perfusión tisular, palidez generalizada, sudorosa. Petequias en zona de cuello y rostro. Abdomen distendido con herida quirúrgica mediana infraumbilical cerrada, con gasas secas, drenaje abdominal en saco de Douglas con débito serosanguinolento claro compatible con lavado y escasa ginecorragia. Ingresó con una vía periférica profundiendo noraadrenalina (0.76  $\delta$ /Kg/Hs) y cristaloides a goteo libre, sonda nasogastrica y sonda vesical, cabecera 45°.

22:00-Control-de-signos-vitales (CSV):hipotensión sostenida, taquicárdica, hipotérmica.

22:10-Se carga goteo de dopamina ( 500 ml de Sol. Fisiología + 400 mg de dopamina- 9.5  $\delta$ /Kg/Hs para 70 Kg). Se coloca manta térmica y se coloca 2ª vía periférica, se expande con cristaloides tibios.

22:15-Se verifica permeabilidad de sonda nasogastrica y vesical, con oliguria. Se extrae muestra de sangre para laboratorio. Se recibe resultado de quirófano. CSV

23:00-Paciente sin mejoría clínica. Se decide Intubación Orotraqueal tubo N° 7,5, se prepara el equipo de intubación, se asiste al médico terapeuta, es difícil por lo que se llamo a servicio de Anestesia quien realiza la intubación. Saturación 84%. Se conecta a AVM, modo V/C, FiO<sub>2</sub> 100%, FR 15 x min, PEEP 5mmHg, VT 450ml., CSV

23:15-Se extrae nueva muestra de EAB. Se inicia goteo de Sedoanalgesia (500ml de Sol. Fisiologica+ 15amp.midazolán- 500ml de Sol. Fisiologica +4 amp Fentanilo), se recibe resultados de Laboratorio. CSV (IMAGEN 3)

23:30-Se corrige acidosis metabólica con 200 ml de Solución molar de bicarbonato-de-sodio, se envía pedido de transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos y 1 unidad de plasma, se realiza carga de cloruro de potasio (200 ml de Sol Fisiológica + 60 mEq de Cloruro de Potasio). CSV

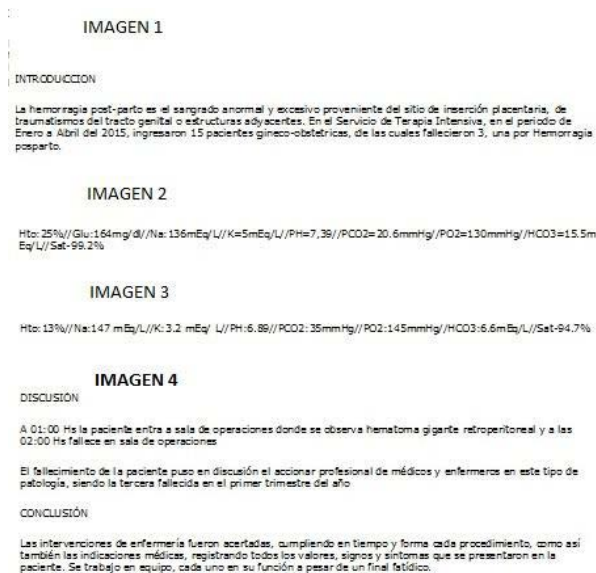
23:45-Se envía interconsulta a servicio de gineco-obstetricia por persistir estado de shock. CSV

24:00-Inicia transfusiones de hemoderivados. CSV

00:30-Se realiza ecografía-ginecología donde se constata líquido en cavidad y se comunica al servicio de ginecología, quien decide nueva intervención quirúrgica. CSV

00:40-Se prepara paciente para traslado a quirófano, tubo de oxígeno portátil, bolsa de resucitación, drogas inotrópicas y transfundiéndose.

00:50-Ttraslado a quirófano con personal medico. IMAGEN 4



### 1065 LA N-ACETILCISTEÍNA DISMINUYE LA FORMACIÓN DE ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO EN CÉLULAS DE LEVADURA EN FASE ESTACIONARIA

S CHAPELA(1), I BURGOS(2), M ALONSO(2), C STELLA(2)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires. (2) Inbiomed Uba-conicet.

**Introducción:** En células de levadura *Saccharomyces cerevisiae* se ha mostrado que el compuesto N-Acetilcisteína tiene efecto antioxidante. El uso de un sistema simple como las levaduras permite realizar ensayos en que los factores presentes son más restringidos o controlables que en un organismo superior. Debido a su metabolismo las células de *S.cerevisiae* pueden crecer tanto en condiciones de anaerobiosis o de aerobiosis. En trabajos previos hemos encontrado que la NAC disminuye la formación de especies reactivas de oxígeno (ROS) en condiciones aeróbicas de crecimiento, y altera la permeabilidad mitocondrial.

**Objetivos:** Comparar el efecto de NAC en células silvestres respecto a deficientes respiratorias en relación al crecimiento celular y formación de especies reactivas de oxígeno (ROS).

**Materiales y Métodos:** Células de la cepa silvestre S288c y su deficiente respiratoria crecieron en medio YPD (levadura, peptona, glucosa) durante 48 horas. Una alícuota se suspendió en *buffer* de Ftalato ácido de potasio (pH = 4,5) en presencia de una concentración final de NAC de 0,20 ó 0,35 mg/mL. La incubación se continuó durante 72 horas y a su término se determinó la viabilidad celular y señal de fluorescencia con 2',7' diclorofluoresceína diacetato (DCFH-DA), para medir producción de ROS.

**Resultados:** Los resultados obtenidos indican: a) en la cepa silvestre la incubación por 72 h en FHK aumentó en un 45% el número de unidades formadoras de colonias (ufc) medido en medio sólido YPD sin observarse cambios para la cepa deficiente respiratoria, b) en células silvestres y en deficientes respiratorias la incubación con NAC no aumentó el número de ufc. c) la presencia de NAC en la cepa silvestre llevó a una disminución del 15 % en el nivel de la señal de fluorescencia de DCFH-DA.

**Conclusión:** La formación de ROS de este proceso es morigerada por la NAC del medio de cultivo sin que esto tenga un efecto sobre el rendimiento celular expresado en ufc. Este modelo, puede sugerir que el principal sitio de acción de la NAC, podría ser la mitocondria. Este trabajo puede abrir las puertas a investigaciones futuras sobre la producción de ROS, en condiciones de escasas de nutrientes.

### 1066 ESPECIES REACTIVAS DE OXIGENO Y N-ACETILCISTEÍNA EN SEPSIS

S CHAPELA(2), I BURGOS(1), M ALONSO(1), C STELLA(1), A GONZALEZ FLOREZ(2), G MOLINA(2), F LASCAR(2), F BALLESTERO(2), E SOLOAGA(2), J CHERTCOFF(2)  
(1) Inbiomed Uba-conicet. (2) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** En la sepsis, esta aumentada la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS). La principal fuente es la mitocondria. Diversos trabajos señalan a la N-Acetilcisteína (NAC) como agente reductor de la producción de ROS.

**Objetivos:** Estudiar el efecto de la NAC, en la producción de ROS sistémicos, en ratas con punción cecal como modelo de sepsis.

**Materiales y métodos:** Se usaron ratas Sprague Dawley, de 400 gr, con punción y ligadura de ciego como modelo de sepsis. Se formaron 2 grupos, A y B, de acuerdo a si recibían o no tratamiento con 150 mg/kg de NAC intraperitoneal. A su vez, cada grupo se subdivide en 5 subgrupos: Control (subgrupo 1); Laparotomía Simple (subgrupo 2), Punción y Ligadura de Ciego (subgrupo 3), y Punción y Ligadura de Ciego con reanimación con 20 ml/kg de ClNa 0,9% y tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Clindamicina Subgrupos 4). Cada subgrupo tenía 8 ratas.

Se usó la técnica de Diclorofluoresceína (DCF), para medir ROS en suero.

**Resultados:** Los resultados se expresan en la Tabla 1.

Subgrupo	Emisión DCF Grupo A (SD)	Emisión DCF Grupo B (SD)	P
1	0,0801 (0,015)	0,1085 (0,055)	0,24
2	0,1087 (0,022)	0,1052 (0,024)	0,77
3	0,1274 (0,035)	0,1048 (0,023)	0,15
4	0,1136 (0,033)	0,1216 (0,026)	0,60

Tabla 1: Emisión de DCF en los grupos con y sin NAC

Se realizó el test de Kurskal-Wallis, para igualdad de poblaciones del el Grupo A, y fue posible encontrar que entre los subgrupos existieron diferencias significativas (P=0,035). El test de ANOVA de una vía, mostró diferencias entre los subgrupos (P=0,045). En el Grupo B, El test de Kurskal-Wallis, para igualdad de poblaciones, no hay diferencias significativas (P=0,14). En test de ANOVA de una vía, no hubo diferencias significativas entre grupos (P=0,76)

**Conclusión:** En nuestra experiencia, el tratamiento con NAC 150 mg/kg vía intraperitoneal, a pesar de ser la dosis descrita por la bibliografía, no presento reducción de ROS sistemicos al comparar los subgrupos tratados y no tratados. Se necesitan más estudios para evaluar la acción de esta droga en sepsis.



### 0168 ASFIXIA POR INMERSIÓN: ¿ES POSIBLE PREDECIR SU EVOLUCIÓN?

P CAPORAL(1), A BORDOGNA(1), M RABINO(1), N TODARO(1), P CASTELLANI(1), SN GIACOBINO(1), ME GUTIERREZ MEYER(1), O RECUPERO(1)  
(1) Hiaep Sor María Ludovica.

**Introducción:** La asfixia por inmersión constituye la tercera causa de muerte por traumatismo no intencional en el mundo. Es una patología prevenible de alta morbimortalidad.

**Objetivo:** -Analizar características epidemiológicas de pacientes con asfixia por inmersión que ingresaron a la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP).

-Correlacionar morbilidad con Score de Orlowski.

**Población, material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes admitidos en UTIP con diagnóstico de asfixia por inmersión entre enero del 2009 y febrero del 2015. Variables: edad, sexo, PIM, estación y lugar donde se produjo, tiempo de sumersión, tardanza en la resucitación, temperatura y Glasgow al ingreso, laboratorio, necesidad de asistencia ventilatoria mecánica (AVM), soporte inotrópico, score de Orlowski y evolución de acuerdo con la Escala Pediátrica de Categorización de Desempeño Cerebral (PCPCS).

**Resultados:** Se revisaron 26 historias clínicas. Mediana de edad: 23 meses, 54% varones. El 70 % de los episodios ocurrieron en verano y el 88% en el hogar. En 61,5% de los casos el tiempo de sumersión fue mayor a 5 min y el 34,6% recibió reanimación en el lugar. En 14 pacientes (54%) la tardanza en la resucitación fue mayor 15 min, siendo la mediana del Glasgow de ingreso de 3. Se registró hipotermia en 10 pacientes (48%).

Laboratorio de ingreso: el 50% tuvieron pH < 7.20, 92% bicarbonato < 20mmol/L, 50% lactato > 5mmol/L, 60% glucemia > 250mg/dl. El 76% requirió AVM y el 60% soporte inotrópico.

Fallecieron 13 pacientes (50%), 2 en las primeras 24 hs. Secuelas neurológicas al alta hospitalaria por escala PCPCS: 12 sin secuelas, 2 con secuelas leves, 4 con disfunción severa, 7 evolucionaron a muerte encefálica.

Score PIM2 promedio: 23.44 para sobrevivientes y 75.53 para fallecidos.

La correlación entre el score de Orlowski y PCPCS fue de 0.68

**Conclusión:** La asfixia por inmersión presenta un alto índice de morbimortalidad. La mayoría ocurre en el hogar y en menores de 2 años, sin diferencia entre los que recibieron resucitación hospitalaria y los que no.

En los pacientes con mala evolución fueron frecuentes: acidosis láctica, hipotermia e hiperglucemia

Se encontró una alta correlación entre el score de Orlowski y el PCPCS.

### 0169 EVENTOS ADVERSOS A DROGAS COMO CAUSA DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA EN 2 CENTROS DE CABA

JP SUAREZ(4), M HUNTER(1), G ECHABARRIA(2), G BADARIOTTI(3), R LOPEZ(4), M KHOURY(4)  
(1) Lanari / Mater Dei. (2) Lanari /mater Dei. (3) Mater Dei. (4) Lanari.

**Introducción:** Los eventos adversos a drogas (EAD) son reconocidos en la literatura como una causa importante de morbilidad y mortalidad.

**Objetivo:** Describir la frecuencia y características de los EAD que motivaron el ingreso a terapia intensiva en dos centros de la CABA

**Materiales y Métodos:** Se revisaron las epicrisis de los pacientes ingresados en el último año en dos terapias intensivas de CABA. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que cumplieran criterios posible, probable o probado EAD y se clasificó a los EAD en leve, moderado y grave según Naranjo y col. Se definió EAD prevenible cuando la medicación fue utilizada en forma inapropiada según los criterios definidos por Schumock y col.

Se compararon los datos de ambos centros utilizando t-test y rank-sum test para variables continuas paramétricas y no paramétricas respectivamente. Se utilizó prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Se tomó una p menor a 0.05 para considerar significación estadística. Por presentar diferencias significativas se reportaron ambos centros por separado

**Resultados:** Se analizaron 40 pacientes (mediana edad 68 años; 55% varones) con EAD (30% posible y 70% probable) de 567 ingresos en el centro 1 y 33 pacientes (mediana edad 76 años; 54 % varones) con EA (58.06% posible y 41.94% probable) de 469 ingresos en el centro 2.

En el centro 1, la gravedad fue moderada en 42.5% y grave en 47.5%. El 65% de los EAD se clasificaron como prevenibles. La mediana de fármacos por paciente fue de 5 y la mortalidad fue del 10% (4/40).

En el centro 2, la gravedad fue moderada en 32.26% y grave en 58.06%. El 41.94% de los EAD se clasificaron como prevenibles. La mediana de fármacos por paciente fue de 7 y la mortalidad fue del 15.15% (5/33).

**Conclusión:** En ambos centros, el 7% de las internaciones en UTI fueron por EAD y se detectó un elevado porcentaje de EAD prevenibles (41,94 y 65%). Más de 1/3 de los eventos prevenibles fueron graves. Se considera haber identificado oportunidades de mejora en ambos centros, en especial en la población añosa con polifarmacia.

### 0170 INJURIA PULMONAR AGUDA ASOCIADA A LA TRANSFUSIÓN: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

P CAPORAL, A BORDOGNA(1), M RABINO(1), SN GIACOBINO(1), O RECUPERO(1), ME GUTIERREZ MEYER(1)  
(1) Hiaep Sor María Ludovica.

**Introducción:** La injuria pulmonar asociada con la transfusión (TRALI) está caracterizada por dificultad respiratoria aguda posterior a la transfusión de sangre o hemoderivados. Es un evento subdiagnosticado y de frecuencia variable. Está entre los eventos más graves asociados a transfusiones, junto con la incompatibilidad ABO y la contaminación bacteriana de hemoderivados.

Consideramos oportuna su difusión con el fin de aumentar su reconocimiento y disminuir la incidencia, evitando transfusiones innecesarias.

**Presentación de caso clínico:** Niña que comienza a los 6 meses de vida con plaquetopenia, anemia y hepatoesplenomegalia. Se realiza punción de médula ósea (PAMO) que arroja resultados normales. Al no revertir la clínica, se indica gammaglobulina y pulso de metilprednisolona sin respuesta. Presenta reiterados registros febriles durante la internación y cumple múltiples esquemas antibióticos, siendo todos los cultivos negativos. Persiste bicitopénica con sangrado activo y recibe múltiples transfusiones de GRS y plaquetas. Se descarta metabolopatías, enfermedades reumatológicas e infecciones y se plantean como diagnósticos diferenciales enfermedad linfoproliferativa autoinmune asociada a RAS (RALD) y leucemia mielomonocítica juvenil (MMJL).

A los 2 meses del comienzo del cuadro presenta episodio brusco de dificultad respiratoria a las 4 horas de recibir transfusión de plaquetas, por lo que ingresa a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) con diagnóstico de distres respiratorio agudo. Se interpreta como TRALI, ingresa en asistencia respiratoria mecánica (AVM) y evoluciona con hipoxemia refractaria.

Se confirma defectuosa apoptosis compatible con RALD, se solicita estudio genético para su confirmación.

Permanece 12 días en UTIP en estado crítico y finalmente fallece.

**Comentario:** El TRALI presenta una mortalidad del 5-10%. Los síntomas comienzan dentro de las 6 horas posteriores a una transfusión. Se caracteriza por hipoxemia severa y anomalías radiológicas de rápida evolución, generalmente transitorias. La radiografía de tórax se normaliza dentro de las 96 hs y la P02 entre 48-96 hs. El tratamiento es de soporte. Su reporte es obligatorio.

**Conclusión:** El TRALI es un evento grave cuyo diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado permite disminuir la morbimortalidad. Deben evitarse las transfusiones innecesarias. Su incidencia no está en relación con su diagnóstico y reporte.

#### 0171 MOVIMIENTOS ANORMALES PAROXÍSTICOS: SÍNDROME DE LANCE ADAMS

SN GIACOBINO(1), A BORDOGNA(1), M RABINO(1), O RECUPERO(1), S BRANDIMARTI(1), ME GUTIERREZ MEYER(1), P CAPORAL(1)

(1) Hiaep Sor María Ludovica.

**Introducción:** El Síndrome de Lance-Adams (SLA) o mioclonías posthipóxicas crónicas es una rara complicación que se desarrolla después de la recuperación completa de un paro cardiorrespiratorio (PCR) o hipotensión sostenida. A pesar de ser infrecuente, se debe sospechar su diagnóstico para su tratamiento correcto.

Se presenta un caso clínico de dicho síndrome con el objetivo de poder reconocerlo y diagnosticarlo

**Presentación del caso:** Niño de 13 años que ingresa luego de haber sufrido incidente en vía pública en el que presenta paro cardiorrespiratorio prolongado. A las 6 horas del ingreso presenta convulsión tónica clónica generalizada que cede con difenilhidantoina. Electroencefalograma (EEG) sin paroxismos.

Ante el descenso de la analgesia para desvinculación del respirador presenta episodio convulsivo que cede con lorazepam por lo que persiste en AVM por 48 hs más.

Ante nuevo intento de prueba de ventilación espontánea presenta movimientos clónicos ante estímulos que se interpretan como convulsiones; se indica benzodiazepinas, difenilhidantoina y fenobarbital. A las 12 horas repite nuevo episodio; se administra ácido valproico y, ante la persistencia de los mismos, tiopental, que se suspende a las 72 horas.

A pesar que el paciente persiste con movimientos mioclónicos generalizados, no se observan paroxismos en nuevo EEG; se disminuye progresivamente los anticonvulsivantes y se duplica dosis de ac. valproico revirtiendo el cuadro. Se reinterpreta como Síndrome de Lance Adams.

A los 7 días se desvincula del respirador. Presenta secuelas neurológicas al alta.

**Discusión:** El síndrome de Lance Adams se caracteriza por EEG sin paroxismos, exacerbación de las mioclonías ante estímulos táctiles y auditivos y desaparición de las mismas durante el reposo y/o sueño, lo que lo diferencia de las convulsiones mioclónicas. Puede cursar con ataxia cerebelosa de distinto grado, siendo más marcada en tronco.

El trastorno bioquímico estaría en la producción de serotonina y la alteración de la inhibición de receptores GABA

Los tratamientos recomendados de primera línea son ácido valproico, carbamazepina, levetiracetam y clonazepam.

**Conclusión:** El síndrome de Lance Adams debe ser considerado ante la aparición de mioclonías tras la recuperación de un evento hipóxico sostenido, y tratado de manera adecuada, los resultados son eficaces.

#### 0172 INTOXICACIÓN CRÓNICA POR MONÓXIDO DE CARBONO: UN DIAGNOSTICO A TENER EN CUENTA.

M GUERRERO(1), F MUÑOZ(1), J TAGLIOLI(1), J BARRIGA(1)  
(1) Policlínico Neuquén.

**Introducción:** La intoxicación con monóxido de carbono (CO) puede resultar en alteraciones cardíacas, psiquiátricas o neurológicas e incluso la muerte. Tipos de exposición: Aguda. Subaguda. Crónica. Las zonas sensibles a la hipoxia son corteza cerebral, ganglios de la base, células de purkinje cerebelosas, sustancia blanca.

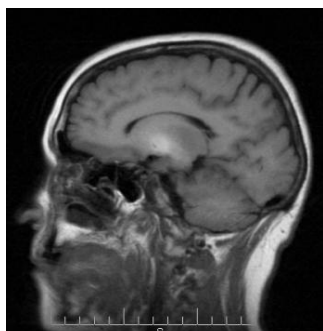
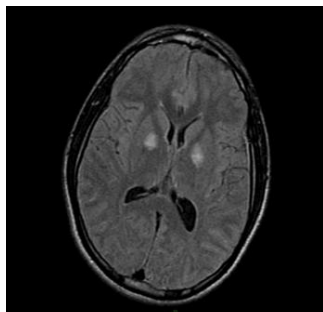
**Caso 1:** Paciente de 54 años fumadora, cocinera. Hace 3 meses, presenta cefalea, somnolencia, pérdida de memoria, disartria, temblor fino y paresia de miembros inferiores de curso alternante por lo que consulto a neurología. Se interpreto como cuadro psiquiátrico. Ingres a UTI por deterioro neurológico sin foco. Evoluciona con

recuperación del estado de conciencia. **TAC cerebral** y **PL** normales. **RNM:** T1 hiperintensidad a nivel de núcleos lentiformes. Se recibe informe de **medición de CO ambiental** aumentado.

**Caso 2:** Paciente de 18 años, sin antecedentes. Ingres a guardia con deterioro severo del estado de conciencia, se realiza intubación orotraqueal y derivación a nuestra unidad. Requiere de drogas vasoactivas, fue pancultivado, se objetivo infección urinaria. LCR normal, dosaje de PCR para herpes virus, CMV y **drogas** (BDZ-opioides-cocaína) negativas. Dosaje de etanol y etinilglicol en orina, negativos. **Tomografía cerebral:** sin alteraciones. Se suspenden drogas sedoanalgesicas, presenta apertura ocular espontánea, sin respuesta a órdenes verbales, movimientos oculares asincrónicos. **Electroencefalograma** normal. **RNM de cráneo:** lesiones hiperintensas en ganglios de la base. **Medición de CO ambiental** aumentado.

**Discusión:** La clínica por exposición a CO es inespecífica, no existe un Gold Stándar para el diagnóstico, se discute la utilidad de los métodos complementarios y el uso de los mismos. Se han documentado efectos nocivos cardiovasculares y neuropsicológicos en población expuesta en forma prolongada a concentraciones de CO en aire atmosférico superiores a 25 ppm. Ante la sospecha etiológica es útil dosar actividad de la enzima arilsulfatasa A, biomarcador de susceptibilidad, y niveles de CO ambiental. Es importante destacar que los niveles iniciales de carboxihemoglobina, no se correlacionan bien con la severidad de las secuelas al alta.

**Conclusión:** el diagnóstico requiere perspicacia clínica y un alto índice de sospecha. Siempre considerar el CO en pacientes con deterioro neurológico.



#### 0173 GESTIÓN DE ALARMAS EN UTIA NUEVOS INDICADORES

C OLIVERA(1), M MASTANTUONO(1), C KECSKES(1), M ENCINA(2), M VEGA(1)  
(1) Italiano. (2) Italiano.

**Introducción:** El incremento de alarmas falsas positivas (AFP) es un factor predisponente de fatiga en enfermería; que a su vez genera respuestas demoradas poniendo en riesgo al paciente. En el 2014, la JCHAO propuso como objetivo y trabajar en la gestión de alarmas de equipos hospitalarios. La utilización del método de simulación de Montecarlo está poco promovida en medicina, si bien muestra su utilidad para generar muestreos simulados.

**Objetivos: Primarios**

- Conocer las causas que generan las AFP
- Elaborar indicadores para medir la performance

**Secundarios:**

- Medir el tiempo de respuesta de enfermería.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en Unidad de Terapia Intensiva Adultos, Hospital X. Se realizó observación directa incidental a cargo de tres observadores pasivos al momento en que se produjo un evento de alarma y sin manipulación de las variables. Se utilizó muestreo no probabilístico (muestreo por conveniencia).

Las variables del estudio fueron eventos de alarma y la causa que precipitó cada episodio, incluyéndose monitores multiparamétricos y respiradores. Para la elaboración de los indicadores de performance se utilizó el método de Montecarlo con el fin de generar un muestreo simulado.

**Resultados:** Se obtuvieron 401 eventos medidos durante Septiembre 2014 y Marzo 2015 (24 hrs de observación), 55% fueron generadas por el Paciente 25%, por el Enfermero y 20% por el Entorno; El 64% correspondió a los monitores multiparamétricos, y el 36% a los respiradores..

Las AFP representaron el 94.6%. La mayoría de estas fueron generadas por el paciente. El tiempo de respuesta fue de 3,52 minutos (30 a 0,05). Se obtuvieron 3 escenarios simulados sobre los cuales se calcularon los indicadores elaborados: Índice de fatiga, credibilidad y probabilidad de alarma verdadera/paciente.

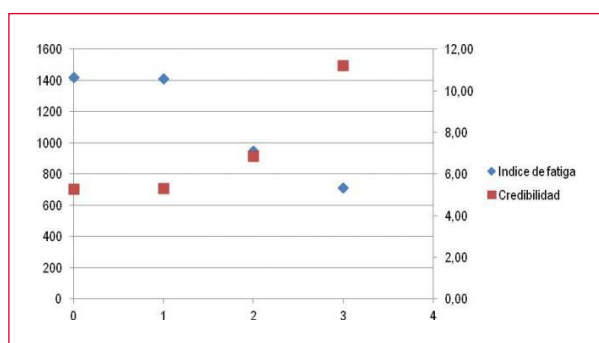


Gráfico 1. Ilustración Índice de fatiga y credibilidad del sistema de alarma

**Conclusión:** La prevalencia de AFP es elevada, acorde a lo reportado en la literatura. Su relevancia está dada por la asociación con la fatiga del personal y la baja credibilidad; en consecuencia, se retrasan los tiempos de respuesta. El primer paso fue conocer las causas que las generan y elaborar indicadores de performance en la gestión de alarmas.

#### 0174 VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD LA IMPORTANCIA DE CONOCER LA SITUACIÓN LOCAL

P SAUL(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), C DOMINGUEZ(1), R GREGORI SABELLI(1), F GIL ZBINDEN(1), L GONZALEZ(1), N CHACON(1), C NOGUERAS(1), J SAN JUAN(1)  
(1) Muñiz.

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) representan un evento serio. Se considera 5-10% de los pacientes internados presentan un episodio de IACS. En Argentina sería 7.4%, 250.000 episodios anuales y 29.000 muertes atribuibles. La implementación de paquetes de medida o *bundles* puede disminuir la incidencia de IACS. Es importante conocer la situación local para identificar problemas e implementar paquetes de medidas apropiados. **Objetivos:** Conocer la situación de IACS en unidad de terapia intensiva (UTI), comparar la densidad de incidencia de BAC, NAV e infección urinaria asociada a sonda vesical (ITU-S) con datos a nivel nacional (Programa VIHDA) y reevaluar los paquetes de medidas usados. **Material y Métodos:** Se realizó vigilancia epidemiológica en UTI, mayo-diciembre 2014. Se vigilaron tres eventos: BAC, NAV e ITU-S. Se compararon con datos del programa VIHDA (2010). Se evaluó que componentes de los paquetes de medidas se cumplen en UTI. **Resultados:** 215 pacientes. Mortalidad 25.11%. VIH positivos 43% VIH negativos 57%. Motivo de ingreso: neumonía grave de la comunidad (29 pacientes), tuberculosis (37 pacientes), lesión ocupante de espacio (15 pacientes), sepsis

(13 pacientes), meningitis (19 pacientes), postquirúrgico (16 pacientes), insuficiencia renal (15 pacientes), patología cardiovascular (8 pacientes), enfermedad hematológica (5 pacientes), encefalitis (7 pacientes), hepatopatía (7 pacientes), otra causa (36 pacientes). **Tasas de utilización:** fueron mayores: catéteres centrales 96,9% (VIHDA 70%) y sonda vesical 87,1% (VIHDA 81%) y similares en ventilación mecánica 53.2% (VIHDA: 52%). En IACS nuestro servicio presentó: tasa de infección nosocomial, tasa de infección días paciente, NAV e ITU-S mayor que VIHDA, pero la tasa de BAC fue menor. Tasa de infección hospitalaria 22,7%, tasa de infección hospitalaria días paciente 39,07 0/00, NAV 55,3 0/00 e ITU-S 7,31 0/00 mayores que VIHDA, y BAC fue menor: 3,28 0/00. **Cumplimiento de paquetes de medida por encuesta:** se cumplía con la mayoría de componentes de paquete de BAC, cumplimiento irregular con resto de paquetes (irregularidad en ventanas de sedación, higiene oral, posición de cabecera, evaluación diaria de sonda vesical). **Conclusiones:** La vigilancia epidemiológica demanda tiempo, en nuestra experiencia es útil para detectar problemas en el control de IACS, en el cumplimiento de paquetes de medidas y evaluar modificación de conductas.

#### 0175 ELEVACIÓN PASIVA DE LOS MIEMBROS INFERIORES COMO PREDICTOR DE LA RESPUESTA HEMODINÁMICA A LA INFUSIÓN DE FLUIDOS

ML CABRERA(1), MC GONZALEZ(1), G SUAREZ(1), A RAMOS(1), A DOGLIOTTI(2), C LOVESIO(1), A DUBIN(3)

(1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular De Rosario. (3) Sanatorio Otamendi.

**Objetivos:** Determinar si el índice cardíaco (IC) registrado después de la elevación pasiva de los miembros inferiores (EPMI) predice cambios tras la infusión de fluidos.

**Métodos:** Se registraron los parámetros hemodinámicos con eSCO ("estimated Continuous Cardiac Output") en pacientes internados en la unidad de terapia intensiva. Se registraron 6 mediciones: basal, 30 y 60 segundos tras la EPMI, y a los 30 y 60 minutos luego de infundir 500 y 1000 ml de solución fisiológica respectivamente. Se consideró una respuesta positiva al incremento del 10% con respecto a las mediciones basales. Se usaron las curvas ROC para determinar sensibilidad y especificidad del método

**Resultados:** De los 30 pacientes relevados, 6 elevaron el IC tras la EPMI a los 30 y 60 segundos. Luego de infundir 500 ml y 1000 ml elevaron el IC 3 y 4 respectivamente.

A los 30 (500 ml) y 60 minutos (1000 ml) la sensibilidad de la EPMI fue idéntica: 50% (IC 95%, 12-87) para ambas mediciones, especificidad: 100% (IC 95%, 84-100) y 100% (IC 95%, 85-100), ambas con un ABC ROC: 75% (p= 0,04 y 0,001 respectivamente).

**Conclusiones:** la EPMI mostró un alto valor en predecir ausencia de incremento en el IC tras la infusión de fluidos y fue escasamente predictora de incremento.

#### 0177 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A SEPSIS

R LUNA(1), C REYES(1), L VILASECA(1), V RODRIGUEZ(1), I TAMER(1), G DOMENICONI (1), O YUNK (1)

(1) Sanatorio de la Trinidad San Isidro

**Introducción:** La encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad con características propias que puede ser demostrada por Tomografía Axial Computada (TAC) o Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Se observa compromiso bilateral a predominio parieto-occipital en la sustancia blanca pero también en regiones corticales. Las imágenes hipodensas en estudios tomográficos o zonas hiperintensas en secuencia FLAIR de RMN son características. Los síntomas varían desde trastornos visuales, cefalea y convulsiones hasta alteración de la conciencia. Ocurre en condiciones clínicas como Pre Eclampsia, enfermedades auto inmunes, quimioterapia y Sepsis.

**Presentación de Casos:** MI. (04/2013) 39 años. Masculino. Mediastinitis con requerimiento de cirugía. Alteración del estado de conciencia. Compromiso frontal, parietal, temporal y cerebeloso. Ventilación

prolongada, traqueotomía, rehabilitación motora y respiratoria. AM. (11/2013) 71 años. Masculino. Neumonía en post operatorio de Lobectomía superior. Status Convulsivo. Compromiso fronto parieto occipital. Ventilación prolongada, traqueotomía y rehabilitación respiratoria. MJ. (06/2014) 55 años. Femenina. Distress asociado a neumonía. Convulsiones tónicas clónicas. Compromiso temporal y occipital. Óbito. TL. (07/2014) 16 años. Femenina. Peritonitis con foco apendicular. Convulsiones tónico clónicas y trastornos visuales. Compromiso frontal, temporal y occipital. Buena evolución neurológica. Todos presentaron criterios para shock séptico, utilizaron noradrenalina y asistencia ventilatoria mecánica.

**Discusión:** La secuencia de difusión resultó negativa. Angio RMN sin compromiso arterial o venoso. La secuencia FLAIR mostró edema vasogénico en los territorios descriptos. En contexto de Sepsis se asocio las imágenes con leucoencefalopatía.

La presencia de mediadores inflamatorios provoca cambios endoteliales con disfunción de la micro circulación cerebral y alteración del tono vascular. Se producen cambios en la perfusión y desarrollo de edema vasogénico. Los mecanismos incluyen disrupción de la barrera hemato encefálica y daño neuronal.

El Shock Séptico mantiene una elevada mortalidad. El delirio está presente hasta en el 70% de los casos como signo de compromiso neurológico. Sin embargo no se conoce con exactitud la frecuencia, relevancia o características de la injuria encefálica inducida por Sepsis.

**Conclusiones:** 1) La leuco encefalopatía (PRES) inducida por Sepsis puede demostrarse mediante TC o RMN.

2) Los trastornos inflamatorios con compromiso de la microcirculación son causa de leucoencefalopatía.

3) Ante el hallazgo de cambios neurológicos debe pensarse en compromiso encefálico y definir pautas diagnósticas.

#### 0178 MENINGITIS/VENTRICULITIS POSQUIRÚRGICA: ¿BACTERIANA O INFLAMATORIA?

G GENOVESE(1), F MARTINEZ(1), F BARBERIS(1), G RAMOS(1)  
(1) Dupuytren.

**Introducción:** La meningitis posquirúrgica tiene alta morbimortalidad, donde el inicio del tratamiento antimicrobiano oportuno juega un rol crucial. Un 60% de los pacientes pueden tener un LCR inflamatorio en ausencia de infección (meningitis aséptica), lo que lleva a un sobrediagnóstico de la meningitis posquirúrgica con el consecuente tratamiento innecesario. Se realizó el presente estudio con el objetivo de evaluar si mediante el control sistemático del LCR una vez iniciado el tratamiento se podía diferenciar tempranamente la meningitis bacteriana de la inflamatoria.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo utilizando base de datos del servicio. Fue analizado un período de 8 meses (Julio de 2014 a Marzo de 2015). Fueron ingresados pacientes con intervención neuroquirúrgica y sospecha clínica de meningitis/ventriculitis. Se definió como meningitis bacteriana (MB) con LCR inflamatorio y cultivo positivo, meningitis inflamatoria sin ATB previo (MISA) y con ATB previo (MICA) con cultivo negativo. Se analizaron los LCR del día 1, 3 y 7. Fue excluido un caso de ventriculitis candidiásica. Los valores fueron expresados en mediana e intercuartiles (25-75). Se utilizó para comparar los datos continuos el test de Student considerando un valor  $P < 0.05$  (2-colas).

**Resultados:** Se incluyeron 43 eventos en 13 pacientes. Craniectomías 9, drenaje lumbar externo 4, derivación ventriculoatrial 1, ventriculoperitoneal 6, y ventricular externo 23. No fueron meningitis 21 eventos, MB 10, MICA 4, MISA 8. La etiología de la MB fue *Acinetobacter* 4, *SCN* 3, *Pseudomonas* 2, *Enterococo* 1. Se registraron diferencias entre los eventos sin meningitis versus meningitis (bacteriana o inflamatoria) en glucorraquia 66 (50-71) vs 40 (33-51), proteinorraquia 65 (30-101) vs 190 (60-417) y ácido láctico 3.25 (2.6-3.6) vs 5.8 (4.2-7.4) ( $p < 0.05$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre MB, MISA y MICA en los días 1, 3 y 7.

**Conclusiones:** Los datos habituales del LCR (físico-químico y citológico) no han permitido diferenciar la meningitis/ventriculitis bacteriana de la inflamatoria ni al inicio del evento ni en los controles posteriores de la primera semana.

#### 0179 NEURO BEHCET, A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.

A ALFARO(1), RJ PIZZO(1), ML MENECHINI(1), GR TOCALLI(1), OS MODOTTI(1), E VALTORTA(1), E ALTAMIRANO(1), A SCHMUKLER(1), G SCHMUKLER(1)

(1) Sanatorio Británico.

**Introducción:** La enfermedad de Behcet es una vasculitis multisistémica de origen desconocido con compromiso mucocutáneo, ocular, cardiovascular, neurológico y gastrointestinal su presentación es más frecuente en países mediterráneos, generalmente se presenta en adultos entre los 20 y los 40 años, con más frecuencia en varones, con peor pronóstico. En 5-10 % de los casos compromete el sistema nervioso central y el debut de la enfermedad con compromiso central se da en el 3% del total de la enfermedad.

**Presentación caso clínico:** Paciente masculino 40 años ingresa por fiebre cefalea, diplopía y debilidad en miembros inferiores. Punción Lumbar Pleositosis (PMN), Hipoglucorraquia e Hiperproteinorraquia. Agrega alteración de deglución, paraparesia y retención de orina. Resonancia magnética hiperintensidad en tronco encefálico, se interpreta como ROMBOENCEFALITIS y comienza con Ceftriaxona/Ampicilina/Acidovir y Dexametasona. Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda por lo que requiere asistencia respiratoria mecánica. Mejoría del cuadro y completa esquema antibiótica por sospecha de Romboencefalitis por Listeria (cultivos y PCR negativas). Evolución favorable de lesiones encefálicas. Reingresa a los dos meses por fiebre, lesiones orales y deterioro del sensorio. LCR normal. Lesiones hipertensas en ganglios de la base y talamos. Agrega signos por ecocardiograma de insuficiencia cardiaca. Se interpreta como posible Enfermedad de Behcet con afectación Neurológica y Miocárdica por lo que comienza con pulsos de corticoides con escasa respuesta, agrega Inmunoglobulina con mejoría. Descarta proceso infeccioso comienza con pulsos de Ciclofosfamida mensual y prednisona con evolución favorable.

**Discusión:** Neuro-behcet se presenta con predominio en varones con media de 30 años, los síntomas de afectación central son cefalea trastornos cognoscitivos, de la consciencia, hemiparesia y trastornos esfinterianos. Las regiones anatómicas más afectada son unión protuberancia-pedúnculos, bulbo-protuberancia, tálamo-hipotálamo, ganglios basales y cerebelo, su diagnóstico se realiza según el grupo internacional behcet. Diagnostico diferencial fundamental con esclerosis múltiple.

**Conclusión:** A pesar de que la enfermedad de behcet sigue siendo una entidad poco frecuente y más aún la afectación del sistema nervioso central, debería tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales en aquellos pacientes jóvenes, varones, con lesiones ulcerosas orales y genitales.

#### 0180 GANANCIA DE PESO DE RECIEN NACIDOS DE GESTAS MÚLTIPLES, PRETERMINO DE MUY BAJO PESO, CON NUTRICIÓN PARENTERAL

FDV SÁNCHEZ, JC FAEDDA(1), H PRETTE, J ASSA(1), ADC ELIAS  
(1) Del Niño Jesus.

La morbimortalidad neonatal de gestas múltiples es mayor que en las gestas únicas, riesgo que se ve incrementado cuando el nacimiento se produce antes de las 37 semanas de edad Gestacional (EG) y con peso  $< 1500g$ . Lograr una adecuada y correcta nutrición durante los primeros 7 días de vida es un desafío para el equipo de salud. Los lineamientos para el cuidado nutricional seguro y efectivo del Recién Nacido (RN), pretermino y con muy bajo peso, utilizados en Argentina se basan en los propuestos por la American Society Parenteral Enteral Nutrition (ASPEN).

**Objetivos:** Estudiar las características del RN. Analizar si la ganancia de peso (GP) fue adecuada. Evaluar diferencias significativas entre las GP según EG.

**Material y Métodos:** Estudio Exploratorio Descriptivo de corte transversal. Población: 157 RN de 1 día de vida, de 75 gestas múltiples con EG de 28 y 29 semanas, de muy bajo peso, nacidos durante el período Octubre de 2010-Diciembre de 2013, que recibieron Nutrición Parenteral Extemporánea (NPE). La nutrición parenteral utilizada en todos los RN tuvo la misma base de componentes y modificaciones según criterio médico basados en patología, EG y Peso (PRN). Estudio Estadístico: Distribuciones Univariadas y prueba de Mann-Whitney.



**Resultados:** De los RN: 90% nacimientos dobles, 1 caso de cuatrillizos; 58% de sexo Masculino; 86% con EG de 28 semanas; PRN: 29% (900 -1200g); 71% (1200 -1500g). EG=28: GP=93±51g y días con NPE 8±6días; EG=29: GP=115±62g y días con NPE 9±6días. Se observaron diferencias significativas en GP (p=0.022), la GP en 29 semanas fue un 24% mayor que en 28.

**Conclusión:** A partir del análisis de los resultados de RN de gestas múltiples con NPE se evidenció una evolución favorable del RN de 1 día de vida con peso adecuado al inicio del tratamiento, observándose un alto porcentaje de incremento en el peso.

### 0181 ESCLEROSIS TUBEROSA: DIAGNÓSTICO A PARTIR DE UN SÍNTOMA POCO HABITUAL

C RODRIGUEZ(1), D OTERO(1), F PODESTÁ(1), J ECHAVE(1), K FIQUEPRON(1), A PICCIRILLI(1), K CINQUERANI(1)  
(1) El Cruce.

**Introducción:** La esclerosis tuberosa (ET) es un síndrome neurocutáneo autosómico dominante con una incidencia de 1/10.000 recién nacidos. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas, convulsiones y retraso mental. Entre sus manifestaciones extracutáneas se destacan los rabdomiomas cardíacos. La mayor parte son asintomáticos aunque pueden originar síntomas mecánicos o producir arritmias de las que la más frecuente es la taquicardia supraventricular paroxística.

**Caso clínico:** Paciente de 23 días de vida sin antecedentes patológicos, internada en hospital derivante con diagnóstico de deshidratación. Durante la internación presentó taquicardia supraventricular. Se derivó a nuestra unidad.

Se realizó tratamiento con adenosina con respuesta favorable.

En la valoración cardiológica se constató por ecocardiograma la presencia de múltiples tumoraciones en ambos ventrículos y a nivel septal formando parte de la estructura muscular. Una de mayor tamaño generaba obstrucción leve del tracto de salida del ventrículo derecho. Con la sospecha diagnóstica de ET se completaron estudios complementarios: ecografías abdominal, renal y cerebral y electroencefalograma, todo dentro de parámetros normales. Fondo de ojo: lesión hipopigmentada en ojo izquierdo, de límites netos y bordes regulares menor a 1 mm de diámetro papilar en sector temporal próxima a arcada temporal inferior.

Durante el transcurso de la internación se hicieron evidentes lesiones cutáneas no presentes al momento del ingreso.

Se realizó diagnóstico de ET. La evolución clínica fue favorable. Se externó con tratamiento con amiodarona y seguimiento multidisciplinario.

**Discusión:** Existen criterios clínicos que asociados determinan el diagnóstico de ET. Generalmente surge a partir de las manifestaciones cutáneas

En la infancia los rabdomiomas son asociados a este síndrome. En nuestro paciente con taquicardia supraventricular la sospecha diagnóstica surgió luego del hallazgo de tumores intracardiacos confirmándose luego con la aparición de manifestaciones cutáneas y hallazgos compatibles en la evaluación oftalmológica.

En cuanto a la evolución cardiológica, en general es buena con tendencia espontánea a la regresión de los tumores, por lo que el tratamiento debe ser expectante. Nuestro paciente continuó en seguimiento por cardiología, medicada con amiodarona.

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes con ET se diagnostican a partir de manifestaciones cutáneas y/o neurológicas. Se presenta el siguiente caso cuyo diagnóstico se realizó a partir de un síntoma habitualmente no relacionado a este síndrome como la taquicardia supraventricular.

### 0182 TAPONAMIENTO CARDÍACO POR PERICARDITIS SUPURADA, REPORTE DE UN CASO

F VILLARREAL(1), G CHAPARRO(1), E CORTEZ(1), C GARCIA(2), R ESCARAY(1), JM HARISTOY(1)  
(1) Instituto Medico Platense. (2) Instituto Mdico Platense.

**Introducción:** Las complicaciones supurativas y no supurativas de la celulitis por St. pyógenes, disminuyeron ostensiblemente a partir de la era antibiótica. Justifica la presentación de este caso la infrecuente aparición actual de pericarditis supurada como complicación grave.

**Presentación del caso:** Masculino de 77 años, con antecedentes de déficit de vitamina B12, HTA, cursando 4 días de internación en UTI por shock tóxico secundario a celulitis facial.

Laboratorio: reacción leucemoide neutrófila, 41000 blancos, Hb 11.2. Ph 7.45, CO2 19.8, BIC 13.6, (Exc de base -7.6), PO2 79.7, SAT O2 96.6, creatinina de 2.35, Urea 101. Bil total 1.78 (d 0.21) TGP 173, TGO 26, Albumina 3. HC 2/2 para Streptococcus pyógenes.

El motivo de internación en Terapia Intensiva fue taquipnea, dolor precordial atípico con FAARV, cambios en segmento ST-T, enzimas cardíacas (troponina 0.05, cPK 25), requerimiento de noradrenalina, ecocardiograma con derrame pericárdico moderado, colapso de AD y colapso diastólico de pared libre de VD, sin colapso de vena cava inferior.

Se realizó punción guiada por ecocardiograma con extracción de 300 ml de material purulento y se completó con drenaje quirúrgico de 1300 ml de líquido de iguales características.

Finalizó tratamiento antibiótico en sala general, sin secuelas.

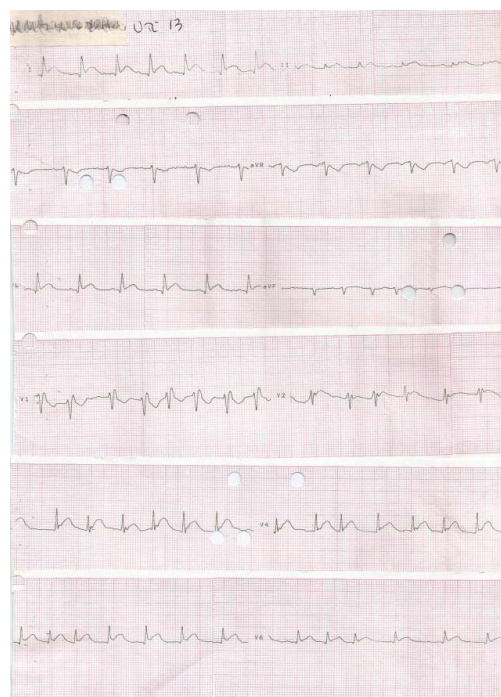
**Conclusión:** La pericarditis de este paciente progresó a taponamiento cardíaco con síntomas que amenazaron la vida a pesar de la correcta elección del antimicrobiano.

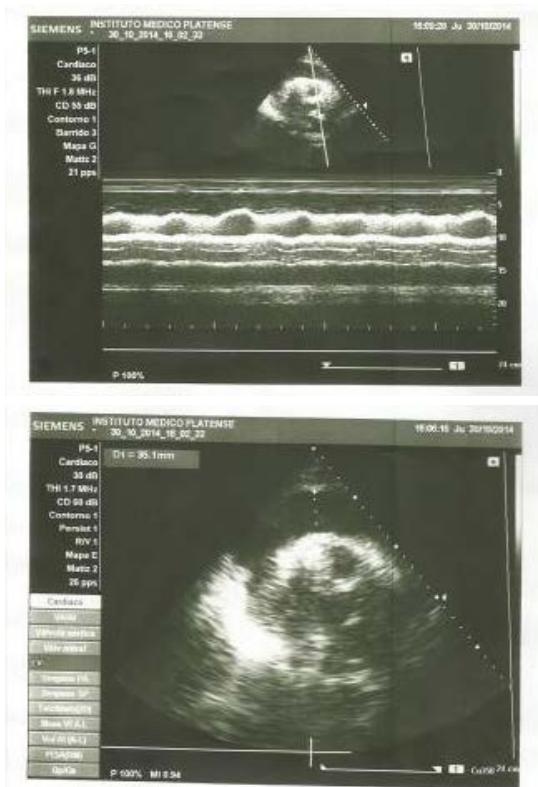
La incidencia de enfermedad invasiva estreptocócica es de 1,5 casos por 100000 habitantes por año.

Se realizó entrecruzamiento de datos bibliográficos, no encontrándose St. beta hemolítico del grupo A como causal de pericarditis purulenta.

**Referencias:** Pubmed.

Invasive Group A Streptococcal Infections in Ontario, Canada, N Engl J Med 1996; 335:547-554.





### 0183 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

R GIMENEZ(1), L AMADO(1), G GIOVANNINI(1), E SANCHEZ(2), P AVILA(1), W SERRA(1), A BAEZ(1), M BELOTI(1), G IZAGUIRRE(1), L TALAMONTI(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1)  
(1) Hospital Provincial Rosario. (2) Hospital Prvincial Rosario.

**Introducción:** La Aspergilosis Pulmonar ha aumentado en las últimas dos décadas como consecuencia de la mayor expectativa de vida de la población y el aumento de pacientes inmunocomprometidos por tratamientos antineoplásicos, trasplantes y HIV-SIDA. Es una enfermedad grave con una tasa de mortalidad entre el 50 y 80%, siendo infrecuente en pacientes inmunocompetentes.

**Presentación del caso:** Mujer de 55 años, que trabaja en forrajería, ex tabaquista. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución de fiebre, tos con expectoración, adenopatías submaxilares, astenia, pérdida de peso, exantema macular en tronco no pruriginoso y hepatomegalia. Ingres a UTI por insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM prolongado y traqueostomía. Laboratorio Hto 28,9%, Hb 9 gr/dl, GB 5.9 mil/mm<sup>3</sup>, Plaquetas 65 mil/mm<sup>3</sup>, TGO 247 U/l, TGP 85 U/l, FAL 175 U/l, GGT 538 U/l. TAC de tórax: adenomegalias yugulo carotídeas y aortopulmonares, múltiples imágenes de distribución difusa en ambos campos pulmonares micronodulares. Broncofibroscopia con infiltrado inflamatorio a predominio de histiocitos y linfocitos con cultivo positivo para *Aspergillus Fumigatus*. Biopsia cutánea: Vasculitis Leucocitoclástica. Se descartaron infecciones por gérmenes comunes, micobacterias; HIV, VHC, VHB, VDRL, CMV, VEB. Laboratorio Inmunológico, serologías plasmáticas para *Coccidioides*, *Histoplasmosis* y *Aspergilosis* negativos. Screening oncohematológico negativo.

El cuadro se interpreta como Aspergilosis Pulmonar invasiva e inicia tratamiento con Voriconazol.

Cursa 46 días en UTI con buena respuesta al tratamiento.

**Discusión:** La Aspergilosis puede presentarse clínicamente bajo las formas broncopulmonar alérgica, pulmonar invasiva y diseminada. Si bien el diagnóstico de certeza es anatomopatológico, en este caso se puede considerar como probable por la asociación de criterios clínicos, radiológicos y documentación microbiológica. La ausencia de factores inmunosupresores predisponentes típicos es

lo que hace particular a este caso. La vasculitis leucocitoclástica es inespecífica y se halla asociada a numerosas entidades clínicas entre ellas, farmacológicas, inmunológicas e infecciosas incluyendo como en este caso, las micológicas.

**Conclusión:** La Aspergilosis pulmonar invasiva si bien no es frecuente, debe tenerse en cuenta en pacientes inmunocompetentes.

### 0184 UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO HOSPITAL ANDRES ISOLA - PUERTO MADRYN

A RODRIGUEZ CALVO(1), R FRANCO(1), G SANDALI(1), J BESSONART(1), M GARUTTI(1), G ROJAS(1)  
(1) Hospital Andres Isola.

**Introducción:** Para lograr estándares mínimos de calidad que permitan un cuidado efectivo de los pacientes pediátricos críticamente enfermos para disminuir la morbilidad y mortalidad, las normas de categorización de las Unidades de Cuidados Intensivos del Ministerio de Salud de la Nación, propone para los establecimientos con categorización de bajo riesgo (Nivel I) o de moderada complejidad, que la atención de los mismos se realice en Unidades de Reanimación (UR) debiendo contar con un sistema adecuado de traslado a otra institución de mayor complejidad. El Servicio de Pediatría del Hospital Isola, organizo y puso en funcionamiento una UR bajo el nombre de Unidad de Estabilización y Traslado (UET).

**Objetivo:** Mostrar la actividad desarrollada en la Unidad de Estabilización y Traslado de Pacientes Pediátricos Críticos, como una alternativa en la atención inicial del niño crítico en hospitales generales que no cuentan con servicio de UCIP.

**Material y Métodos:** El estudio es observacional, retrospectivo, descriptivo, realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Isola, desde el 01/01/11 al 31/12/13. Se estudiaron los pacientes entre 1 mes y 13 años que requirieron cuidados de la UET. Se realizo análisis descriptivo de las variables y se procesaron mediante el programa Epi Info 3.5.

**Resultados:** Se incluyeron 123 pacientes, el rango de edad entre 1 mes y 3 años represento el 59.7%. El 88% eran oriundos de Puerto Madryn. El 40 % de los niños permaneció entre 12 y 24 hs con un promedio de 14 hs. Los pacientes postquirúrgicos representaron el 21%, BQL 13,8% y la insuficiencia respiratoria 10,5%. Intervenciones: sedoanalgesia el 34%, intubación endotraqueal 19,5%, ARM 19,5%, colocación de A.V.C 18%, requerimiento de volumen 64% e inotrópicos el 3,3%. Se utilizo VNI en 10 pacientes. Se derivaron 29 niños a la UCIP de Trelew teniendo complicaciones en 3 oportunidades. La mortalidad en nuestra serie fue de 2,8% (n=3).

**Conclusión:** Dada la importancia de una adecuada atención inicial del niño críticamente enfermo, mostramos el funcionamiento de una UET, como una estrategia válida para optimizar la atención de los mismos en los Hospitales Regionales del interior del país que no cuentan con UCIP dando una respuesta a la demanda asistencial de estos niños.

### 0185 MIOCARDITIS POR SHIGELLA SONNEI. REPORTE DE UN CASO

J PEREZ(1), F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI(1)  
(1) Hospital De Niños Dr. O. Alassia.

**Introducción:** En Argentina la Shigelosis, patología endémica asociada a *Shigella*, se atribuye a dos subgrupos más frecuentes: *Shigella flexneri* y *Shigella sonnei*; esta última se asocia a infecciones leves, asintomáticas y autolimitadas que puede presentarse con manifestaciones digestivas y extra-digestivas. Este reporte hace referencia a un niño que, en el contexto agudo de una gastroenteritis por *Shigella sonnei*, desarrolla una miocarditis.

**Presentación del caso:** Ingres a UCIP, un niño de 5 años, cursando cuadro de 1 día de evolución caracterizado por deposiciones líquidas y vómitos; febril con signos de deshidratación grave con shock. PIM2: 11,5%.

Ingres a ARM, con diagnóstico de shock que no responde a líquidos, comienza con inotrópicos. En primeras horas de internación presenta 5 PCR, inestable hemodinamicamente; requerimiento de

inotrópicos altas dosis (dopamina, adrenalina, noradrenalina, milrinona), ligera cardiomegalia en Rx tórax; ecocardiograma: fracción de acortamiento 18%, mala función ventricular; CPK MB >20; diagnóstico evolutivo de miocarditis.

Se realiza tratamiento con Levosimendan y Gammaglobulina con muy buena respuesta. Ecocardiograma de control: franca mejoría, buena función ventricular.

Tratamiento antibiótico amplio espectro. Rescate en coprocultivo de *Shigella sonnei*.

Recibe alta de UCIP al 7mo día de internación.

**Discusión:** En la actualidad solo se han informado dos reportes de casos de miocarditis aguda por *S. sonnei*. La miocarditis es un proceso inflamatorio del miocardio, subdiagnosticado. Clínicamente puede encontrarse asintomático o presentar taquicardia sinusal, insuficiencia cardíaca o hasta shock cardiogénico, como presentó nuestro paciente. Los exámenes complementarios son inespecíficos; enzimas cardíacas elevadas; ECG: normal o bajo voltaje y/o trastornos de conducción. Radiografía tórax: cardiomegalia en pacientes con insuficiencia cardíaca. El Ecocardiograma es de gran ayuda diagnóstica ya que puede arrojar algún hallazgo. El tratamiento debe abarcar la patología de base y la insuficiencia cardíaca. El tratamiento específico basado en inmunosupresión/inmunomodulación es contradictorio, se ha asociado el uso de gammaglobulina endovenosa con mejoría de la función ventricular izquierda y de la sobrevida.

**Conclusión:** La miocarditis se debería sospechar e investigar en todo paciente que en el contexto de una deshidratación severa con shock, no responde a líquidos, y presenta alto requerimiento de inotrópicos, ya que el tratamiento precoz disminuye la morbimortalidad de estos pacientes.

#### 0186 AUTOAGRESION TRAUMATICA PENETRANTE POR ARMA PUNZO CORTANTE EN CUELLO

M SALVA(1), L CABANA(1), L VIDAL(1), M FARFAN(1), C DIAZ(1)

(1) Pablo Soria.

El cuello representa el 1% de la superficie corporal, es de gran complejidad anatómica con numerosas estructuras vitales; solo el 5% de todas las heridas traumáticas lo involucran debido al tamaño y los reflejos de defensa (flexión de mandíbula y elevación de hombros). Las heridas penetrantes requieren una rápida evaluación y exploración quirúrgica.

**Material y Método:** masculino, 34 años, trasladado al Servicio de Emergencia del interior de la provincia por familiares presentando herida en cuello por autoagresión con arma blanca. Lúcido, hemodinámicamente estable, sin fonación, herida cubierta y ventilación espontánea. Se accede a la vía aérea (VA) con intubación orotraqueal y se deriva a centro de mayor complejidad. Se visualiza herida cortante en región anterior de cuello, zona II, de 25 cm de longitud. **En quirófano:** lesión laríngea, sección de cartílago tiroideo, sección parcial de la glándula tiroidea y ausencia de compromiso de paquete vasculo-nervioso; se realizó plastia de cartilago tiroideo, toilette y traqueostomía, 2 UGRS. En UTI, postoperatorio inmediato, acidosis metabólica descompensada, ARM por 24 hs, tratamiento antibiótico por neumonía aspirativa. **Rx de cuello:** sin enfisema subcutáneo ni cuerpo extraño. **Evolución:** Permanece 14 días en sala común, se descartan lesiones asociadas en la encrucijada aero-digestiva, se dacanula con protocolo fonaudiológico/kinésico, se externa con apoyo psicológico.

**Discusión:** en la literatura nacional existe una limitada referencia acerca del tratamiento específico de estos casos, el abordaje multidisciplinario es fundamental. Los determinantes de conducta quirúrgica son: hemorragia con inestabilidad hemodinámica, compromiso de VA, lesión esofágica y/o deterioro neurológico. En este caso se aseguró transitoriamente la VA y se maneja según protocolo ATLS para trauma penetrante de cuello hasta la intervención quirúrgica, donde se repararon las estructuras afectadas en un solo tiempo. Se descartaron lesiones asociadas por la cinemática del trauma y la zona afectada. Previo al alta se realizó contención psicológica.

**Conclusión:** el trauma penetrante de cuello es infrecuente; dada la complejidad y alto índice de complicaciones se debe identificar las

lesiones que requieren resolución quirúrgica. La pericia y experiencia del cirujano es determinante en la evolución.

#### 0187 VENTILACION MECANICA EN PACIENTES CON FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMICA

G PLOTNIKOW(1), R PRATTO(1), E ANDRICH(1), N TIRIBELLI(2), S ILUTOVICH(2), R GOMEZ(1), C QUIROGA(1), P D'ANNUNZIO(1), D VASQUEZ(1), C SANCHEZ(1), JL SCAPELLATO(1), D INTILE(1), G AVACA(2), A GARCIA(2), D NOVAL(2), P DESMERY(1)

(1) Sanatorio Anchorena. (2) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

**Introducción:** La falla respiratoria aguda hipoxémica (FRAH) es una causa de necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) que no es exclusiva de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), y que puede desarrollarse durante el transcurso de la VMI.

**Objetivo:** Describir las características y evolución clínica de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con requerimiento de VMI con FRAH. Evaluar la asociación de la mortalidad con la edad, el motivo de VMI, el número y tipo de complicaciones desarrolladas, el driving pressure de las primeras 24 horas (DP24hs), la evolución de la PaFiO<sub>2</sub> durante las primeras 72 horas, el tiempo de VMI y la estadía en UCI.

**Materiales y métodos:** Estudio de serie de casos, descriptivo-retrospectivo, multicéntrico realizado entre el 1 de julio de 2013 y 31 de diciembre de 2014. Se incluyeron todos los pacientes mayores a 18 años, que ingresaron a la UCI con requerimiento de AVMI por más de 24 horas y que desarrollaron FRAH, con registro diario completo de monitoreo ventilatorio. Para el análisis se estratificó la muestra en 3 grupos de severidad según la PaFiO<sub>2</sub> (severo = PaFiO<sub>2</sub> ≤100; moderado = PaFiO<sub>2</sub> >100 y ≤200 y leve = PaFiO<sub>2</sub> ≥200 y ≤300).

**Resultados:** Se incluyeron 229 pacientes, 58,1% hombres, edad promedio de 62±18 años. El 70,7% de los ingresos fue por causa médica. El SAPS II fue de 42 [31-57]. De los pacientes incluidos, el 61,6% logró ser destetado, el 14,8% requirió ser reintubado y el 22,7% traqueostomizado. La duración de la VMI fue de 7 [3-15] días, y la estadía en UCI de 14 [6,2-24] días, con una mortalidad del 36,7%. La edad (p=0,002), el SAPS II (p<0,0001) y el DP24hs (p=0,02) fueron mayores en los pacientes fallecidos. A su vez, hubo asociación entre la mortalidad y las siguientes complicaciones: falla multiorgánica (p=0,05), paro cardio-respiratorio (p=0,006) y shock (p<0,0001). El tiempo de VMI y de estadía en UCI fue mayor en los pacientes con delirio (p<0,0001 en ambos).

Cuando se estratificó la muestra por severidad de la hipoxemia, se encontró diferencia en los ml/kg de Vt inicial (p=0,037), en los niveles de PEEP inicial (p=0,021) y también en los días de VMI (p=0,013). En un modelo de regresión logística ajustado por severidad de la hipoxemia, la edad (OR 1,02; IC95% 1,002-1,04; p=0,033) y el shock (OR 2,37; IC95% 1,12-5: p=0,023) resultaron predictores independientes de mortalidad.

**Conclusiones:** Independientemente del grado de severidad de la hipoxemia se encontró asociación de la mortalidad con la edad y el shock. También hubo asociación entre la severidad de la hipoxemia y la duración de la VMI. El delirio se asoció con un aumento significativo del tiempo de AVMI y de estadía en UCI.

#### 0188 LEPTOSPIROSIS. HEMORRAGIA PULMONAR Y SINDROME DE WEIL. REPORTE DE UN CASO.

F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI(1), J PEREZ(1)

(1) Hospital De Niños Dr. O. Alassia.

**Introducción:** En Argentina la Leptospirosis es una zoonosis endemo-epidémica de notificación obligatoria, siendo poco frecuentes las formas de presentación graves, el Síndrome de Weil y Pulmonar Hemorrágico Grave, con una letalidad cercana al 50%.

**Presentación del caso:** Niño de 14 años, oriundo de zona costera de la Provincia de Santa Fe, que trabaja junto a su padre en construcción de techos de paja. Presenta 2 días de evolución de cefalea frontal y tos, agregando disnea, hemoptisis y fiebre. Es derivado









### 0190 UNA RARA CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA: HEMOBILIA

F MUÑOZ CASTILLO(1), J ACEVEDO(1), M GUERRERO(1), L VARGAS(1)

(1) Policlínico Neuquén.

**Introducción:** La hemobilia se define como una comunicación patológica entre los conductos biliares y los vasos sanguíneos. Clínicamente se manifiesta como un cólico biliar con ictericia y hemorragia digestiva, y es causada en la mayor parte de los casos por traumatismos hepáticos. Se ha descrito como complicación infrecuente de la biopsia hepática percutánea y, excepcionalmente, tras la realización de drenaje biliar transhepático. Puede ocurrir entre 4.1 a un 17.7 % de las punciones hepáticas realizadas. Una de las etiologías posibles es el pseudoaneurisma.

#### Caso 1

Paciente de 57 años con antecedentes de HTA. 08/2014 Sme. Colodiosiano, RMN dilación de vía biliar, obstrucción total de tercio medio de colédoco. Intento de CPRE frustra. 09/2014 drenaje percutáneo de vía biliar. 10/14 coledocoduodenostomosis. Presento posteriormente varias internaciones por HD con estudios endoscópicos altos y bajos negativos.

01/15 internación en UTI por shock hipovolémico. Endoscopia sangrado desde vía biliar. Arteriografía: pseudoaneurisma en rama derecha de arteria hepática, se emboliza.

#### Caso 2

Paciente de 71 años, antecedentes de colecistitis, síndrome colodiosiano solucionado quirúrgicamente a través de coledocoduodenostomosis. Presenta varias internaciones por colangitis evoluciona en forma desfavorable con abscesos hepáticos múltiples. Mala respuesta al tratamiento antibiótico empírico instaurado, desarrolla cuadro compatible con sepsis. Se toma muestra transhepática por punción. A las 48 hs evoluciona con HD, shock hipovolémico. Endoscopia digestiva sangrado desde vía biliar. Angiotomografía sangrado activo en segmento VI. Se solicita arteriografía.

**Discusión:** El diagnóstico de hemobilia en ocasiones es difícil de realizar, ya que tanto la ecografía y la TC, como la endoscopia y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, tienen una baja sensibilidad, y en ocasiones es necesario recurrir a la arteriografía para el diagnóstico de esta entidad, con la ventaja añadida terapéutica que posee esta técnica.

Habitualmente suele producirse una resolución espontánea, aunque en ocasiones precisa la realización de procedimientos terapéuticos invasivos como hepatectomía parcial, la ligadura de las arterias hepáticas y la embolización arterial.

**Conclusión:** Debemos tener en cuenta la hemobilia como causa de hemorragia digestiva, fundamentalmente si consta como antecedente la existencia de un traumatismo o la realización de cualquier procedimiento invasivo hepático previo.

Caso 2



### 0194 SHOCK SEPTICO POR MEDIASTITIS NECROSANTE DESCENDENTE: CASO CLINICO

M VASQUEZ(1), A FELDMAN(1), R SANCHEZ(1), V NUNES VELLOSO(1), V GIUBIS(1), R GOMEZ(1), K MONTENEGRO(1), L NAVIRO(1), E ARISTA(1), C PINTO(1), N GUMILA(1), A MARRINO(1), M GUAYMAS(1)

(1) Churruca.

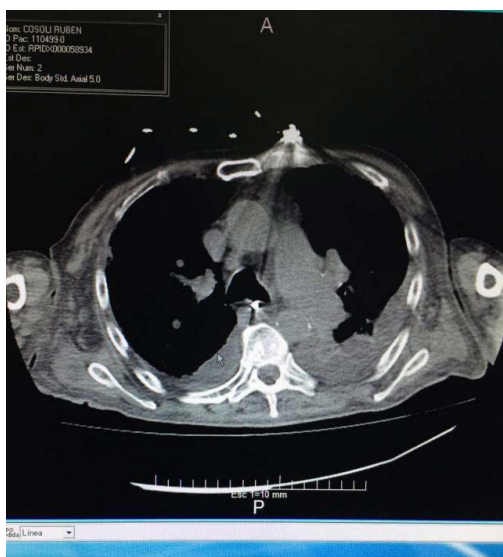
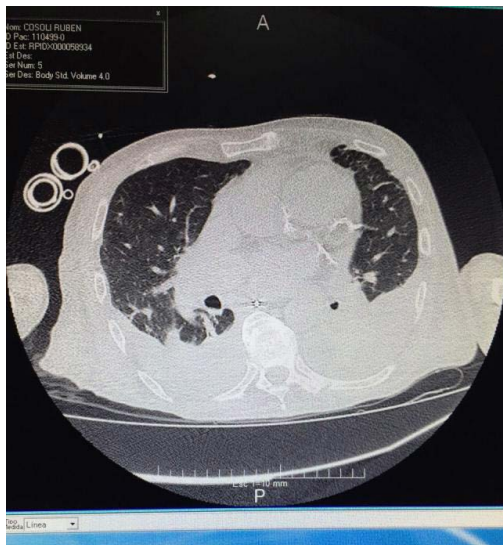
**Introducción:** La mediastinitisnecrosante descendente (MND) es la infección que se inicia en la región orofaríngea, diseminándose a través de los planos fasciales y vainas carotídeas hacia el mediastino. Se presenta con baja incidencia (series 5/1.000.000 hab/año) tercera causa de mediastinitis aguda, siendo el foco odontógeno responsable del 60% de los casos y el *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico el microorganismo causante en el 71,5%.

**Caso Clínico:** Paciente de 18 años en tratamiento antibiótico ambulatorio con betalactámicos por faringoamigdalitis. Ingres a UTI en coma, ARM, con shock séptico sin foco evidente. Se realiza TAC de tórax que objetiva neumomediastino asociado a derrame pleural bilateral e infiltración grasa pericárdica, se coloca avenamiento pleural bilateral debito purulento, presenta tumefacción en región submaxilar derecha realizándose incisión y drenaje de la misma. Inicia imipenem, vancomicina y se realiza toracotomía anterolateral bilateral con colocación de drenajes en mediastino y cervicotomía universal izquierda. Evaluado por odontología se objetiva foco séptico odontógeno a nivel primer molar izquierdo requiriendo exodoncia de cuatro piezas dentales. En el día diez del POP persiste febril y con bacteriemia por lo cual se decide nueva toracotomía antero lateral izquierda con lavado pleural y decorticación. Evoluciona favorablemente con realización de traqueotomía por intubación prolongada y miopatía del paciente crítico. Luego de 50 días de UTI pasa a clínica medica vigil normotenso hermodinámicamente estable.

**Conclusión:** Motiva la presentación la baja incidencia de la patología como causante de shock séptico. La MND es una complicación primaria de una infección cervical u odontológica que se disemina hacia el mediastino bajo a través de los espacios anatómicos, es

## Resúmenes

de vital importancia la sospecha diagnóstica y el manejo médico-antibiótico y quirúrgico.



### 0195 FISTULA PANCREÁTICA DESPUÉS DE NEFRECTOMÍA IZQUIERDA

A FELDMAN(1), N GUMILA, C PINTO, G SIBILA, M LOMPIZANO, L NAVEIRO(1), M GALLARDO(1), S RACERO(1), E ARISTA(1), R SANCHEZ(1), V GIUBIS(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

**Introducción:** La fístula pancreática es una complicación postoperatoria después de la resección del páncreas. Los carcinomas de células renales constituyen el 3,6% de todos los cánceres en los hombres y 2,6% en mujeres. El tratamiento estándar es la nefrectomía radical transperitoneal. La formación de una fístula es causada por el daño de los conductos pancreáticos y la formación de un canal que conecta el tejido pancreático con la piel.

**Objetivos:** Aportar nuestra experiencia con fístula pancreática después de la nefrectomía izquierda.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes postoperatorios

de nefrectomía izquierda que presentaron fístula pancreática ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde el 1/11/2013 hasta el 1/03/. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, complicaciones, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

**Resultados:** Ingresaron a UTI 3 pacientes postoperatorios de nefrectomía izquierda. La edad fue de  $60 \pm 16$  y el 70 % eran hombres. El APACHE II fue de  $24 \pm 9$  con un riesgo de mortalidad del 52%. Presentaron shock hipovolémico 33%, falla renal 33%, distress respiratorio 33%. Los días a TQT fue de 12 [9-14]. Los días de ARM fueron de 6 [3-10], la estadía en UTI fue de 12 [5-15] días y la mortalidad fue del 66%.

**Conclusiones:** Todos los pacientes eran varones, con una edad media de 60 años. Signos inflamatorios en la herida aparecieron en el tercer día del postoperatorio, el drenaje de líquido pancreático apareció en día cuatro del postoperatorio, salvo en un paciente que apareció al décimo día. El tratamiento consistió en nutrición parenteral por 7 días, drenaje percutáneo y antibióticos de amplio espectro. La lesión de la cola del páncreas es una posible complicación de la nefrectomía izquierda, más frecuente en casos de tumores grandes. En la mayoría de los casos, el tratamiento conservador es exitoso.

### 0196 REPORTE DE CASO: SALMONELOSIS MENINGEA EN PACIENTE HIV

A BAEZ(1), E SANCHEZ(1), L TALAMONTI(1), G IZAGUIRRE(1), P AVILA(2), G GIOVANNINI(1), W SERRA(1), L AMADO(1), R GIMENEZ(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1)  
(1) H. Provincial De Rosario. (2) H. provincial De Rosario.

**Introducción:** La salmonelosis es una infección con compromiso gastrointestinal y solo el 1-4 % de los casos cursa con bacteriemia. Si bien los pacientes HIV positivos con menos de 200 CD4 pueden tener manifestaciones extraintestinales, existen escasos reportes de salmonelosis con compromiso meníngeo.

**Presentación del caso:** Mujer de 45 años con antecedentes de LES, VHC, HIV+ con carga viral de 1200 copias y 381 CD4 sin tratamiento antirretroviral; que consulta por cuadro de 30 días de evolución caracterizado por fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos y pérdida de peso. Dos semanas después agrega ictericia, coluria y diarrea. Al ingreso presenta hipotensión, oligoanuria, bradicardia. Laboratorio HTO 14%, HB 4gr/dl, COOMBS directo +, GB63.600/mm<sup>3</sup> (PMN 72%), plaquetas 630.000/mm<sup>3</sup>, urea 94mg%, creatinina 1,2mg%, TGO 92U/l, TGP 32U/l, FAL 1.169U/l, BIL T22mg/dl (D 17 mg/dl), GGT 727U/l, lactato 42mg/dl. Se realiza ecografía abdominal y TAC de tórax, abdomen y pelvis, que informa hepatomegalia homogénea, sin dilatación de la vía biliar, ni litiasis. A las 12hs agrega síndrome confusional realizándose TAC de SNC normal y PL que evidencia presión de apertura 38 cmH<sub>2</sub>O, líquido turbio, 2200 elementos (PMN 87%), glucorraquia 50mg% (glicemia 136mg%), proteinorraquia 6gr/l. Cultivos de LCR para hongos, micobacterias; VDRL, PCR para VHS I y II, VEB, CMV, VVZ, JC; reacción de ADA, tinta china y látex para criptococo resultaron negativos. Laboratorio inmunológico; serologías para FHA, leptospirosis, dengue, hantavirus, VDRL negativos. Presenta hemocultivos y cultivo de LCR positivos para Salmonella. Ecocardiograma transesofágico sin vegetaciones. Realiza tratamiento con ceftriaxona, evolucionando favorablemente.

**Discusión:** La salmonelosis sistémica es una enfermedad marcada en SIDA, alcanzando una mortalidad del 60% cuando presenta compromiso meníngeo. Los abscesos cerebrales, meningocelulitis y empiemas subdurales son otras formas de compromiso en SNC. Fiebre con bradicardia, anemia hemolítica por anticuerpos calientes y colestasis son también manifestaciones de la infección, observándose todas ellas en ésta paciente. Otras enfermedades infecciosas e inmunológicas fueron descartadas. La recurrencia es frecuente en pacientes bacteriémicos, reduciéndose de forma significativa en aquellos que realizan tratamiento antirretroviral.

**Conclusión:** Aunque los pacientes con HIV muestran mayor susceptibilidad a infecciones graves, la meningitis con bacteriemia y salmonella es una complicación poco frecuente.

#### 0197 P01/END TIDAL DE CO<sub>2</sub> EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS INGRESADOS A UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

D VILLALBA(1), V FELD(1), V LEIVA(1), M SCRIGNA(1), E DISTEFANO(1), J COLLINS(1), AP ROCCO(1), A MATEA(1), D ROSSI(1), L ÁREAS(1), S VIRGILIO(1), N GOLFARINI(1), G GIL ROSSETTI(1), P PINI(1), M HANNUN(1), P DIAZ BALLVE(2), P BUÑIRIGO(1), D NOVAL(1), F PLANELL(1)  
(1) Basilea. (2) Posadas.

**Introducción:** El número de pacientes en ventilación mecánica prolongada (VMP) está en aumento en el mundo. Describir variables asociadas al éxito de la desvinculación de la VMP permite prever la evolución y planificar el tratamiento.

**Objetivos:** Describir los cambios en la P01/end tidal de CO<sub>2</sub> (ETCO<sub>2</sub>) en pacientes traqueostomizados ingresados a un centro de desvinculación de la VMP. Analizar variables asociadas a una respuesta normal o patológica a la hipercapnia inducida.

**Materiales y método:** Se evaluó a los pacientes en posición semisentada en cama. Se midió la P01 en un circuito de re-inhalación de CO<sub>2</sub> con válvulas unidireccionales y bolsa de Douglas con 7% CO<sub>2</sub> y 50% de oxígeno. La maniobra se realizó durante 4 minutos con oclusiones cada 5 mm Hg de aumento de ETCO<sub>2</sub>.

Se incluyeron pacientes traqueostomizados con o sin requerimientos de VMP. Se excluyeron pacientes que por su patología neuromuscular de base son dependientes de la VM.

Las variables numéricas se expresan en media±DS o mediana y RIQ según su distribución. Las variables categóricas se expresan en porcentaje. La independencia entre variables se probó con el test t o la U de Mann Whitney según su distribución. En las variables categóricas se utilizó el test de Chi<sup>2</sup>. Se asumió un nivel de significación de 5% (p<0,05)

**Resultados:** Se midieron 25 pacientes de los cuales el 20% tuvo una respuesta patológica al aumento de la CO<sub>2</sub>. De todas las variables analizadas se halló que la respuesta patológica a la hipercapnia se asoció a ser dependientes de la VMP (p < 0,046). La edad, género, antecedentes, motivo de ingreso a UTI, días de internación en UTI, albumina, creatinina, TSH, hemoglobina, Pimax y Pemax no se asociaron a respuesta patológica a la hipercapnia inducida.

**Conclusión:** La respuesta disminuida a la hipercapnia inducida se asoció a una menor cantidad de pacientes liberados de la VMP.

#### 0198 EVALUACIÓN DE LA DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE DIOXIDO DE CARBONO EN UN CANINO CON SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, HIPERLACTATEMIA Y VALORES ELEVADOS DE SATURACIÓN VENOSA DE OXIGENO.

JM GUEVARA(1), PA DONATI(1)  
(1) Ucicoop.

**Introducción:** Existen varios mecanismos implicados en la génesis de la hiperlactatemia en pacientes con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). La saturación venosa de oxígeno (SvO<sub>2</sub>) refleja el equilibrio entre la disponibilidad (DO<sub>2</sub>) y el consumo (VO<sub>2</sub>) de oxígeno de los tejidos. Los pacientes con SRIS pueden cursar con valores normales o incluso supranormales de SvO<sub>2</sub> debido a una disminución de la extracción de oxígeno. La diferencia venoarterial (V-A) de CO<sub>2</sub> podría definir si el paciente presenta o no hipoxia isquémica. Este marcador no se ha reportado previamente en medicina veterinaria.

**Presentación del caso:** Un canino, hembra, de raza Golden Retriever, de 13 años de edad, fue derivado a la clínica con un cuadro de vómitos, anorexia y adipsia. El paciente había sido intervenido hace

un mes por un linfoma folicular de bazo, y había recibido una dosis de quimioterapia. Al examen inicial presentó taquicardia, taquipnea e hipertermia. Se realizó gasometría venosa donde se observó hiperlactatemia (4,26mmol/litro) y SvO<sub>2</sub> de 87,8%. Se sospechó de SRIS de origen oncológico y se decidió evaluar la diferencia venoarterial de CO<sub>2</sub> para definir la conducta a seguir. Se colocó vía central y se realizó una nueva gasometría venosa. En ese momento se realizó una punción arterial para evaluar la diferencia V-A de CO<sub>2</sub> obteniéndose un valor de 7mmHg. Se evaluó la integral velocidad-tiempo (IVT) mediante ecocardiografía Doppler y la presión venosa central (PVC). Se administró solución de Ringer lactato hasta subir la PVC 3cm/H<sub>2</sub>O y se reevaluó la IVT observándose un incremento mayor al 15% (el paciente se hallaba en precarga-dependencia). El paciente presentó una mejoría en los parámetros clínicos y en la siguiente evaluación del lactato se observó un descenso marcado de los valores séricos (1,6mmol/litro). Debido al mal pronóstico se decidió la eutanasia.

**Discusión:** En presente caso, una diferencia veno-arterial de CO<sub>2</sub> mayor a 6mmHg se asoció a una mejoría de los parámetros clínicos, y a un descenso marcado de los niveles de lactato sanguíneo.

**Conclusión:** La diferencia veno-arterial de oxígeno podría tener un rol en guiar la toma de decisiones en pacientes con SRIS y niveles sanguíneos elevados de SvO<sub>2</sub> y lactato.



#### 0199 ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE ACIDOSIS METABÓLICA AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA Y EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE?

FD MASEVICIUS(1), SP WELSH(1), ED VALENZUELA(1), EF GUERRA ARIAS(1), MC ZERPA LUNA(1), MF MOTTA(1), F BERDAGUER(1), MA FURCHE(1), F ZECHNER(1), PN RUBATTO BIRRI(1), A RISSO VAZQUEZ(1), ML CAMPASSI(1), A DUBIN(1)  
(1) Sanatorio Otamendi.

**Introducción:** Distintos tipos de acidosis metabólica (AM), al ingreso a terapia intensiva, han sido relacionadas con diferentes pronósticos. Mientras que la acidosis láctica se ha asociado a una mayor mortalidad hospitalaria, otros estudios sobre acidosis hiperclorémica y mortalidad han arrojado resultados contradictorios.

**Objetivos:** Estudiar la asociación entre los distintos tipos de AM al ingreso a terapia intensiva y la mortalidad hospitalaria.

**Métodos:** Estudio observacional de una cohorte retrospectiva. Utilizamos la base de datos del servicio de Terapia Intensiva, la cual cuenta con datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio al momento del ingreso de todos los pacientes admitidos desde 01/01/2006 a 31/12/2014.

Los pacientes que al ingreso presentaron AM fueron seleccionados y agrupados de acuerdo al tipo de anión en exceso en: a) AM hiperclorémica (AMH), b) AM láctica (AML), c) AM por aniones no medidos (AMA) y d) indeterminados (AMI). Un grupo de pacientes sin trastornos ácido base ingresados durante el mismo período constituyeron el grupo control. Todos los pacientes fueron seguidos hasta el alta hospitalaria o muerte.



Para evaluar la asociación entre los tipos de AM y mortalidad se utilizó un modelo de regresión logística. El grupo control fue utilizado como referencia para el cálculo de los OR.

**Resultados:** 4901 pacientes ingresaron en el período estudiado. Se identificaron 1568 pacientes con AM y 154 sin trastornos ácido base. La mortalidad general fue 11%. El tipo de acidosis más frecuente fue la AMA (51%), seguido por la AML (21%) y por la AMH (16%).

	AMH	AML	AMA	AMI	Control
n (%)	244 (16)	327 (21)	802 (51)	41 (2)	154 (10)
edad	60 ± 17	63 ± 18	64 ± 18	57 ± 20	65 ± 19
APACHE II	9.9 ± 6	12.8 ± 9	12.9 ± 7	11.1 ± 9	8.9 ± 5
muerte	4.9	17.7	12.7	7.3	5.8

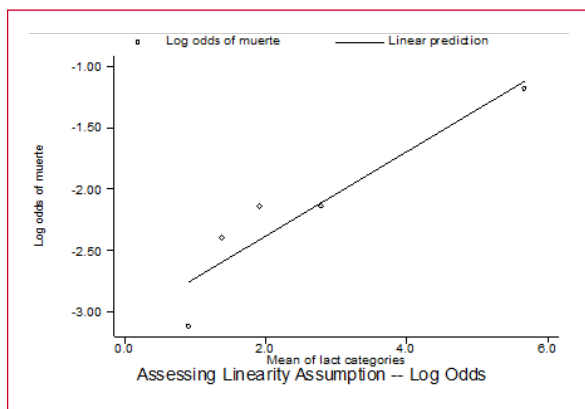
Datos epidemiológicos

La mortalidad fue mayor en los grupos AL y ANM y no fue diferente en el grupo AH con respecto al grupo control.

Tipo de AM	OR	p	IC95%
AMH	0.83	0.69	0.34-2.07
AML	3.47	0.00	1.67-7.21
AMA	2.35	0.02	1.16-4.75
AMI	1.28	0.73	0.33-4.79

Valores de lactato iguales o superiores a 1.9 mmol/L se asociaron con mayor mortalidad (Imagen).

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes críticos con AM, la hipercloremia como causa de acidosis no se asoció con mayor mortalidad mientras que si estuvieron asociadas la hiperlactatemia y el aumento de aniones no medidos.



## 0200 INTOXICACIÓN AGUDA POR HIDROCARBUROS

C SADI(1), K FIQUEPRON(1), D OTERO(1), MF PODESTA(1), K CINQUEGRANI(1), A PICCIRILLI(1), G WALSER(1), M RABINO(1)

(1) El Cruce.

**Introducción:** El tolueno es un hidrocarburo aromático que se utiliza como disolvente para pinturas, revestimientos, adhesivos y lacas. La inhalación y/o ingestión produce afectación pulmonar, cardíaca, renal y del sistema nervioso central (SNC); irritación local de mucosas y muerte súbita.

Presentamos el caso de un niño que ingirió e inhaló thinner.

**Caso clínico:** Paciente de 19 meses de edad que ingresó al hospital derivante presentando insuficiencia respiratoria secundaria a

la ingesta e inhalación accidental de thinner. Requirió intubación electiva y reanimación avanzada por presentar paro cardiorrespiratorio. Se trasladó a nuestra unidad. Desarrolló distrés respiratorio y shock con fallo múltiple de órganos (ventilación alta frecuencia 5 días. AVM total 14 días). Drogas vasoactivas, politransfusiones y hemodiálisis por 9 días. Presentó hemorragias intraparenquimatosas evidenciadas en la tomografía cerebral.

Como complicación intrahospitalaria cursó una sepsis a pseudomona aeruginosa.

Permaneció en terapia por 22 días egresando a sala de cuidados intermedios sin secuelas.

**Discusión:** Los incidentes en el hogar constituyen la principal causa de muerte en la edad pediátrica. El tolueno se encuentra en productos domésticos, es un líquido incoloro y principal componente del thinner, la dosis letal es de 2 a 5 ml por kilo de peso. La inhalación y/o ingesta aguda produce depresión del SNC, edema pulmonar con neumonitis, necrosis tubular renal y muerte súbita por hipoxia o arritmias cardíacas.

Nuestro paciente presentó compromiso respiratorio, cardiovascular, renal, hematológico y del SNC.

**Conclusión:** Es indispensable un mayor compromiso y participación de los profesionales de la salud y adultos responsables del cuidado de los niños en el desarrollo de estrategias de prevención primaria de la intoxicación con disolventes de uso habitual en el hogar teniendo en cuenta el cuadro de gravedad que pueden ocasionar.

## 0201 COLESTASIS EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: DEMASIADO IMPORTANTE PARA NO MIRAR !

P KLIN(1), C ZAMBRANO(1), L VARELA FALCÓN(1), E GIOR-DANINO(1), F ZEPPA(1), A BILBAO(1), F KLEIN(1)

(1) Fundación Favaloro.

Las comorbilidades en pacientes (P) internados por episodios de insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) son relevantes, pero su impacto en el pronóstico no está totalmente estudiado. La disfunción hepática, en particular la presencia de colestasis, podría colaborar en este sentido.

**Objetivo:** evaluar la importancia pronóstica de la colestasis al ingreso en P internados por ICAD.

**Métodos:** Se analizaron variables clínicas y bioquímicas dentro de las primeras 24 hs en internaciones por ICAD. Se definió Colestasis ante una alteración de las pruebas de función hepática caracterizada por Fosfatasa alcalina  $\geq 225$  IU/L, bilirrubina total  $\geq 1.5$  mg/dl o gama-glutamil transferasa  $\geq 100$  IU/L al ingreso. Se compararon estadía hospitalaria, mortalidad y tasas de reinternación a 180 días, así como las tasas de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, uso de inotrópicos y disfunciones renal y tiroidea concomitantes.

**Resultados:** Sobre un total de 611 P consecutivos internados por ICAD entre Julio de 2011 y Diciembre de 2014, un 31% tenían antecedentes de nefropatía crónica, 71% de disfunción tiroidea y 27% de diabetes mellitus. El 46% tenían algún grado de falla renal al ingreso. Los P con colestasis eran más jóvenes ( $67 \pm 16$  años vs  $72 \pm 14$ ,  $p < 0.01$ ) y de sexo masculino (64 vs 40%;  $p < 0.001$ ). Se diagnosticó colestasis en el 83.1% de los P. La tensión arterial sistólica al ingreso fue inferior en los P con colestasis ( $127 \pm 32$  vs  $142 \pm 39$  mmHg;  $p < 0.01$ ). Al evaluar la forma clínica predominante de presentación, la insuficiencia cardíaca progresiva (53 vs 38%;  $p = 0.01$ ) y los signos de falla derecha (32 vs 17%;  $p = 0.005$ ) fueron más frecuentes en P con colestasis, así como los valores de presión sistólica del ventrículo derecho ( $49 \pm 18$  vs  $44 \pm 14$  mmHg;  $p < 0.01$ ) y venosa central ( $13 \pm 6$  vs  $8 \pm 6$  mmHg;  $p < 0.03$ ) fueron mayores en esta población.

Las evidencias clínicas de hipoperfusión fueron más frecuentes (17.4 vs 3.7%;  $p = 0.001$ ), así como más infrecuentes los signos de congestión pulmonar (50 vs 71%;  $p < 0.001$ ) en P con colestasis al ingreso.



La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue inferior ( $38 \pm 17$  vs  $45 \pm 17\%$ ;  $p = 0.001$ ), así como la tasa de uso de inotrópicos y de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca ( $29$  vs  $10\%$ ;  $p < 0.001$ ) y ( $23$  vs  $10\%$ ;  $p < 0.01$  respectivamente). El desarrollo de colestasis y de falla renal estuvieron asociados ( $48$  vs  $36\%$ ;  $p = 0.04$ ).

La tasa de internaciones previas fue mayor en el grupo de P con colestasis ( $53.7$  vs  $27.7\%$ ; OR 3; 95%CI 1.8-5;  $p < 0.001$ ). El 19% de los P se reinternó por ICAD en el seguimiento a 6 meses. No se observaron diferencias significativas al considerar la presencia de colestasis al ingreso, pero sí un menor tiempo al reintegro en este grupo de P (91 vs 105 d;  $p = NS$ ).

No se registraron diferencias en cuanto a la duración de la internación, si bien la proporción de P con internaciones prolongadas ( $> 7$  días) fue mayor ante evidencias de colestasis al ingreso ( $50$  vs  $36.8\%$ ;  $p = 0.02$ ). la mortalidad hospitalaria fue similar en ambos grupos, pero la mortalidad en el seguimiento a 180 días fue mayor ante el diagnóstico de colestasis ( $16.8$  vs  $6.9\%$ ; OR 2.7; 95%CI 1.1-6.5;  $p = 0.02$ ).

Las evidencias de bajo gasto anterógrado al ingreso (Wald 7.8; HR 5.5; CI95% 1.6-18;  $p = 0.005$ ), de falla derecha (Wald 7.3; HR 2.5; CI95% 1.3-5;  $p = 0.007$ ) y la historia de internación previa por ICAD (Wald 5.5; HR 1.9; CI95% 1.1-3.5;  $p = 0.01$ ) fueron predictores independientes de colestasis al ingreso.

**Conclusiones:** El diagnóstico de colestasis fue prevalente en P internados por ICAD. Se asoció con una tasa mayor de eventos en el hospital y peor pronóstico a mediano plazo. Debería enfatizarse que la evaluación precoz de las fallas orgánicas en P internados por ICAD podría colaborar en la predicción de eventos y en la toma de decisiones en esta población.

## 0202 PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS EN UCI.

F RIOS(1), A RISSO-VAZQUEZ(1), I MOYANO(1), A TORN(2), G DIAZ(1), N RONDINELLI(1)

(1) Sanatorio Las Lomas. (2) Santorio Las Lomas.

**Introducción:** La fragilidad es un concepto usado para evaluar individualmente a pacientes ancianos, los pacientes son caracterizados por su estado físico y cognitivo, identificando la vulnerabilidad que condiciona una mala evolución. existen varias formas de evaluar Fragilidad, una de ellas es el Escore Clínico de Fragilidad (CFS).

**Objetivo:** Evaluar la Prevalencia de fragilidad y su relacion con la mortalidad en una cohorte de pacientes en UCI

**Métodos:** Estudio Cohorte Retrospectivo realizado en una UCI medico-quirurgica, se incluyen 353 pacientes  $\geq 65$  años, con una permanencia en UCI  $\geq 72$  hs en un periodo 33 meses.

**Definición:** La fragilidad fue determinada mediante el CFS, se considera fragil un puntaje  $> 3$ .

**Resultados:** En el periodo fueron admitidos a UCI 1028 pacientes, 457 mayores de 65 años, 353 se incluyeron, 237 pacientes presentaron un CFS  $> 3$  (%). Los características y la evolución de los grupos en tabla 1 y 2, fallecen en UCI 47 pacientes, el riesgo de muerte en los pacientes con CFS  $> 3$  Odds Ratio (OR) 2,65 (IC 95% 1,20-5,89), de los pacientes que egresan de UCI fallecen en el Hospital 31 pacientes, OR 2,16 (IC95% 1.19-3.95), Ajustando por sexo, Ventilación mecánica, APACHE II, limitación de esfuerzos terapéuticos OR 1,26 (IC95% 1,01-2,43)

**Conclusiones:** en nuestra UCI los pacientes  $> 65$  años son frecuentes, entre ellos la Fragilidad definida como un CFS  $> 3$  es frecuente (67%), la presencia de un CFS  $> 3$  identifica una población vulnerable cualquier sea el motivo de internación. La presencia de fragilidad se asocia a una mayor estadía en UCI y una mayor mortalidad (no existe relacion con APACHE II).

TABLA 1

Escore Clínico Fragilidad	n (%)	Limitacion Terapéutica	Muerte en UCI
1	1 (0,3%)	0	0
2	19 (5,4%)	0	0
3	96 (27%)	0	8 (2,3%)
4	119 (34%)	2 (0,6%)	16 (4,5%)
5	46 (13%)	1 (0,3%)	7 (2%)
6	27 (7,6%)	1 (0,3%)	6 (1,7%)
7	32 (9%)	1 (0,3%)	4 (1,1%)
8	7 (2%)	0	1 (0,3%)
9	6 (1,7%)	6 (1,7%)	5 (1,4%)

TABLA 2

	TOTAL (n=353)	No-Fragilidad (n=116)	Fragilidad (n=237)	p
Edad	78 $\pm$ 8	74 $\pm$ 7	79 $\pm$ 8	<0,001
APACHE II	12 $\pm$ 4	13 $\pm$ 4	12 $\pm$ 4	0,628
Masculino	195 (55%)	66 (57%)	129 (54%)	0,662
<b>Grupo Diagnostico</b>				
Clínico	279 (79%)	83 (30%)	196 (70%)	
Cx Programada	51 (14%)	24 (47%)	27 (53%)	
Cx Urgencia	21 (6%)	7 (33%)	14 (77%)	
Trauma	2 (0,6%)	2	0	-
Días UTI	5 (4-9)	5 (3-8)	5 (4-9)	0,422
Ventilación mecánica	53 (15%)	17 (15%)	36 (15%)	0,895
Días ARM	6 (4-12)	4 (2-13)	7,5 (5-12)	0,113
Limitacion esfuerzos Terapeuticos	11 (3,1%)	0	11 (4,6%)	0,003
Muerte en UCI	47 (13,3%)	8 (7%)	39 (16%)	0,012
Muerte en Hospital	31 (10%)	8 (26%)	23 (74%)	0,262
Alta 3 Nivel	21 (6%)	11 (%)	10 (%)	0,652

## 0204 QUIENES RESPONDEN A LAS ENCUESTAS DE DOCENCIA? EXPERIENCIA DE DOS ENCUESTAS EN UNA SOCIEDAD CIENTIFICA

L CAMPUTARO(1), F BACCARO(2)

(1) Juan A Fernandez. (2) Juan A. Fernandez.

**Introducción:** El nuevo siglo a planteado desafíos a los Docentes en general y los de post-grado en particular, de lidiar con la enseñanza en un entorno cada vez más competitivo y a su vez con menos tiempo por parte de los educandos adultos, los cuales pertenecen a un grupo etéreo donde las tareas laborales llegan a entorpecer la actividad académica.

Serán los nuevos Docentes los más dispuestos a al cambio, o estarán los Docentes con experiencia más dispuestos al cambio?

**Objetivo:** 1.- explorar en nuestro cuerpo Docente quienes están más dispuestos a realizar participación activa en las nuevas estrategias de enseñanza, tomando como indicador la respuesta a las encuestas de exploración generadas en la Sociedad.

2.- definir cuál es la "masa crítica" a la cual volcar recursos en entrenamiento de nuevas estrategias de enseñanza que permita un eventual cambio de paradigma en la enseñanza.

**Material y Métodos:** Análisis de dos encuestas autodirigidas, diseñadas con fin exploratorio. Amabas contaron con 4 preguntas epidemiológicas. La primera (1) contó con 4, y la segunda con 3 preguntas

dirigidas a la exploración propiamente dicha. Se realizaron vía Internet con software (SurveyMonkey®). Se enviaron a 70 encuestados la primera encuesta y a 253 en la segunda; identificados como Docentes. Ambas se realizaron durante el mes de Abril (2014 y 2015 respectivamente).

**Resultados:** Respondieron n 40 (57.1%) en la 1era encuesta y n 92 (36.6 %) en la 2da encuesta.

Variable	2014	2015	P
	Competencias 70 encuestados n: 40 (57.1 %)	Web Based 253 encuestados n: 92 (36.6 %)	0.05
> 10 años Especialista	67.5	68.5	0.54 ns
> 10 años de Docencia	40.0	45.6	0.73 ns
35-60 años Edad	77.5	77.2	1 ns
Conocimiento de la Estrategia	65.0	65.0	1 ns
Conocimiento Por actividad Docente	A través SATI 25.0	37.8 35.8	48.9 nc
Ambas		15.3	nc
Formación Docente Formal		64.1	nc

ns: no significativo nc: no corresponde

**Conclusiones y discusión:** Ambas encuestas tuvieron mayor porcentaje de respuesta por el grupo etario 35-60 años, los cuales a su vez son los de más experiencia en Docencia. Llamativamente a su vez, este grupo tenía conocimiento de estas nuevas estrategias en docencia (competencias y a distancia web-based), y estarían dispuestos a recibir mayor entrenamiento 59% y 56.5% respectivamente

### 0205 ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO DEL ACRETISMO PLACENTARIO EN LA UCI: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

L MILANESIO(1), A CARRERA(1), F FERNÁNDEZ GARCÍA(1), N ZULJEVIC(1), J CONDE(1), R ROJAS(1), A PASARELLI(1), W DÁVALOS(1), A SORIA(1), M PRUDENTE(1), A DAS NEVES(1), S GONZÁLEZ(1), C LOUDET(1), S CARINO(1), R REINA(1), G SÁENZ(1), E ESTENSSORO(1)  
(1) San Martín De La Plata.

**Introducción:** La placenta ácreta consiste en una implantación placentaria anormal, con ausencia de decidua e inserción directa en el miometrio, sobre sectores de endometrio lábil (usualmente cicatrices de cesárea o en zonas de raspados evacuadores previos). Su incidencia se encuentra en aumento, debido al incremento de la tasa de cesáreas. Actualmente ocurre en 2 casos/1000 partos. En 2011 se creó el Programa de Derivación y Atención de Acretismo Placentario (AP) de la Prov. de Buenos Aires, con sede en el Hospital San Martín de La Plata, a cargo de obstetras; y en 2012 se formó por un equipo multidisciplinario de obstetras, hemodinamistas, cirujanos, especialistas en diagnóstico por imágenes, urólogos e intensivistas.

**Objetivo:** Analizar los resultados del programa.

**Métodos:** Serie de casos retrospectiva de pacientes admitidas a la UCI en el POP inmediato del tratamiento del AP, entre 01/02/11 -27/11/14. Se registraron antecedentes obstétricos, datos epide-

miológicos, tipos de procedimiento efectuados, complicaciones y mortalidad. Los datos se presentan como media/DS, mediana/ percentilos, o porcentajes.

**Resultados:** Ingresaron 39 pacientes de 33±5 años; APACHE II 8.3±3.8; SOFA 2[1-3], y días de internación UCI 2[1-4]; gesta de 33±3 semanas y 85% de embarazos controlados. El diagnóstico de AP se efectuó con ecografía; sólo en 23% se realizó RMN, y en 23% se efectuó cistoscopia; 95% presentaron placenta previa. El promedio de embarazos previos era 5±2; cesáreas previas 2±1, y 46% presentaban antecedentes de aborto. En 38 pacientes se efectuó cesárea y luego histerectomía; 8(22%) no requirieron ningún procedimiento adicional, 26(68%) requirieron endoclamping de arterias uterinas, y 4(10%) endoclamping+embolización. Hubo 1 fallecimiento, de la única paciente no histerectomizada. Con respecto a las complicaciones, 72% requirieron transfusiones, y 26% presentaron shock hemorrágico; 36% requirieron sutura vesical por placenta percreta, y 13% colocación de catéter doble-J; 10% requirieron reimplante ureteral. 21% presentaron diversas complicaciones quirúrgicas (evisceración, infección de herida, colecciones), y 10% hematomas/trombosis.

**Conclusiones:** El AP es una patología infrecuente, pero de enfoque terapéutico complejo; las pacientes presentan una gravedad importante ya desde el ingreso. La admisión programada a la UCI permite el diagnóstico y tratamiento precoz de las múltiples complicaciones, principalmente del shock hemorrágico post-procedimiento.

### 0206 INFECCIONES CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.

F FERNÁNDEZ GARCÍA(1), M LARES(1), AL GONZÁLEZ(1), MC MARCHENA(1), C LOUDET(1), L MILANESIO(1), N ZULJEVIC(1), F CAMINOS(1), A CARRERAS(1), A PASARELLI(1), J CONDE(1), F ROJAS(1), W DÁVALOS(1), L TUMINO(1), R REINA(1), E ESTENSSORO(1)  
(1) San Martín De La Plata.

**Introducción:** Las infecciones secundarias a enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) constituyen un problema médico emergente. Causan infecciones graves en pacientes críticos e inmunodeprimidos, con estadias hospitalarias prolongadas y aumento de mortalidad (30% hasta 70%). La terapia antimicrobiana aún es controvertida.

**Objetivo:** Evaluar factores asociados a las infecciones por EPC y su impacto en la mortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en una UCI médico-quirúrgica de 14 camas de un hospital escuela de alta complejidad, entre los años 2013-2015. Se describen características demográficas de toda la población que contrajo EPC en la UCI y se comparan las características de los pacientes y las relacionadas a la infección por EPC entre vivos y muertos. Los datos se presentan según su naturaleza. Para las comparaciones se utilizaron Student-Ttest, Wilcoxon-ranksum, test chi2 o Fisher, según corresponda. Un valor de p < 0.05 a dos colas se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** Durante el período de estudio 40 pacientes presentaron infecciones invasivas secundarias a EPC. La mortalidad en la UCI fue del 50%. En la Tabla 1 se muestran las características de toda la población estudiada y la comparación entre vivos y muertos.

**Conclusiones:** Se observó una elevada mortalidad en este grupo de pacientes, acorde a lo referido en la literatura, con internación prolongada en la UCI y alta incidencia de infecciones MR. La edad, el antecedente quirúrgico previo y la presencia de shock el día del evento fueron los factores asociados a mortalidad.

TABLA 1  
Características de los pacientes con EPC

	TODOS (n=40)	MUERTOS (n=20)	VIVOS (n=20)	VALOR DE P
Edad	48±18	54±15	43±19	0.048
Género masculino	28 (70%)	15 (75)	13 (65)	0.49
KPC	14 (35%)	9 (45)	5 (25)	0.32
OXA	26 (65%)	11(55)	15 (75)	
Ingreso quirúrgico (vs médico)	14 (35%)	11 (55)	3 (15)	0.03
Días de VM	23 [13-50]	21[13-37]	35 [9-61]	0.38
APACHE II	19 [14-22]	21 [16-23]	16 [12-21]	0.08
SOFA24	8 [6-9]	9 [7-10]	7 [6-9]	0.19
Shock al ingreso	27 (68)	16 (80)	11 (55)	0.18
UTI días	23 [12-49]	25 [9-62]	23 [15-38]	0.84
Datos de Infección				
Shock en evento	16 (40%)	12(60)	4 (20)	0.02
Betalactámicos previos	37 (93)	20(100)	17(85)	0.23
Enterobacterias no productoras previas	20 (50)	11(55)	9 (45)	0.53
Otros BGN MR durante internación	27 (68)	15 (75)	12 (60)	0.31
Foco				
BAC	17 (43)	8 (40)	9 (45)	0.86
BP	13 (33)	7 (35)	6 (30)	
NAV	6 (15)	2 (10)	4 (20)	
PB	1 (2.5)	1 (5)	0 (0)	
Abdomen	3 (8)	2 (10)	1 (5)	

Datos presentados como media ±DS, mediana [p25-75] o N (%)

\*BGN MR: bacilos gram- multirresistentes; BAC: bacteremia asociada a catéter;

BP: bacteremia 1ª; NAV: neumonía asociada VM; PB: partes blandas

### 0207 EPIDEMIOLOGÍA Y PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

S TAL BENZECRY(1), C LOUDET(1), C BALASINI(1), MC MARCHENA(1), R REINA(1), S CARINO(1), M MOIRANO(1), L ZOPPEGNO(1), G SÁENZ(1), L TUMINO(1), E ESTENSSORO(1)  
(1) San Martín De La Plata.

**Introducción:** Los pacientes oncohematológicos (POH) ingresados a UCIs suelen presentar elevada morbimortalidad. Conocer los factores pronósticos de mortalidad permitiría brindarles soporte adecuado.

**Objetivo:** Evaluar la epidemiología y predictores de mortalidad de POH ingresados a la UCI.

**Métodos:** Cohorte retrospectiva. Se evaluaron los POH ingresados consecutivamente a una UCI médico-quirúrgica de 14 camas de un hospital escuela, entre 01/01/2000 y 31/03/2015. Se registraron variables demográficas, scores de gravedad, motivo de ingreso, tiempo de evolución de enfermedad, presencia y tiempo de evolución de neutropenia, presencia de fallas orgánicas, requerimiento y días de ventilación mecánica (VM), requerimientos transfusionales, días de internación en UCI y mortalidad. Se compararon variables entre vivos y muertos y se realizó regresión logística múltiple para identificar predictores independientes de mortalidad. Adicionalmente, se

analizaron las características de los pacientes con "estadía corta" en UCI (EC, ≤48 hs) y "estadía prolongada" (EP, >48 hs). Los datos son presentados según su naturaleza. Las comparaciones se realizaron con T-Test, Wilcoxon ranksum test, Chi2 o Fisher según corresponda. Para el modelo de regresión logística se testearon las variables con valor p < 0,20. Se testó calibración y discriminación del modelo. Para todos los análisis se consideró significativo a un valor de p < 0,05 a dos colas.

**Resultados:** Ingresaron 67 POH: 72% leucemias, 22% linfomas y 6% otras enfermedades oncohematológicas (aplasia medular y mieloma múltiple). La mortalidad global fue del 66%.

Los pacientes con EC (vs. EP) presentaron respectivamente mayor APACHE II y SOFA24, 28±6 vs. 23±7; y 1 [11-13] vs 9[6-11] (p<0,01), y mortalidad (89% vs. 56%, p=0,02).

En la Tabla 1 se observan las características de los pacientes y la comparación entre vivos y muertos.

Los predictores independientes de mortalidad fueron días de VM (OR 1,06; IC95% 1,00-1,12; p=0,05) y SOFA

24 (OR 1,43; IC95% 1,18-1,75; p=0,0003), con adecuada calibración y discriminación del modelo (Hosmer-Lemeshow p=0,65; AUROC: 0,83).

**Conclusión:** • Los POH que fueron admitidos a la UCI fueron jóvenes, de gran gravedad, con múltiples fallas orgánicas, alta intervención terapéutica y elevado riesgo de mortalidad. El 30% egresaron antes de las 48hs, mayoritariamente por fallecimiento.

• El SOFA24 y la VM fueron factores pronósticos independientes de mortalidad, tal como se ha observado en otras series semejantes.

TABLA 1  
Características de los pacientes oncohematológicos

	TODOS (n=67)	MUERTOS (n=44)	VIVOS (n=23)	p
Edad	40 ± 17	40 ± 17	41 ± 19	0,9
Género masculino	43 (65%)	26 (59%)	17 (74%)	0,23
Tiempo evolución enfermedad, días	31 [9-158]	23 [6-152]	35 [15-191]	0,25
Menos 48 hs estadía UCI	19 (30%)	17 (40%)	2 (10%)	0,02
Ventilación no invasiva	13 (26%)	5 (16%)	8 (47%)	0,04
VM	51 (81%)	44 (100%)	9 (39%)	<0,01
DIAS VM	5 [2-10]	4 [2-9]	0 [0-5]	<0,01
APACHE II	24 ± 7	27 ± 6	19 ± 7	<0,01
SOFA24	10 [6-12]	11 [9-11]	6 [5-9]	<0,01
TISS28	28 ± 8	31 ± 6	22 ± 7	<0,01
ARDS ingreso	21 (34%)	17 (43%)	4 (19%)	0,09
SHOCK ingreso	45 (73)	36 (83%)	12 (52%)	<0,01
Días UCI	5 [2-9]	5 [2-10]	5[3-8]	0,8
Sepsis	53 (82%)	37 (86%)	16 (72%)	0,3
Refractariedad	10 (15%)	7 (16%)	3 (13%)	1
Neutropenia	48 (76%)	34 (81%)	14 (67%)	0,2
Días neutropenia previo ingreso a UCI	6 [2-16]	5 [2-16]	9 [1-18]	0,9
Aplasia medular	46 (70%)	33 (77%)	13 (57%)	0,09
Transfusiones múltiples en UCI	32 (48%)	23 (52%)	9 (39%)	0,4

Datos presentados como media ± DS, mediana [p25-75] o N (%)

### 0208 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

YJ NIEVES MARQUEZ, WI RÍOS VILLCA(1), N ESPINOSA(1), L LOZA(1), M LINARES(1)  
(1) Enrique Tornú.

**Introducción:** La miocardiopatía periparto (MCP), es una enfermedad miocárdica primaria idiopática, se presenta entre el último mes del embarazo y los 5 meses posteriores al parto. Se relaciona con factores de riesgo como: multiparidad, edad > 30 años, embarazo gemelar y preeclampsia.

**Caso Clínico:** Paciente de 30 años, con antecedentes de asma, G2, C2, cursando puerperio mediado de embarazo de 38 semanas finalizada por preeclampsia. Consulta por disnea CF II-III y registro febril aislado. Se presenta vigil, hemodinámicamente estable, crepitantes bibasales, ortopnea, abdomen con herida quirúrgica sin signos de flogosis, loquios escasos no fétidos. Laboratorio con leucocitosis incipiente, se realiza hemocultivos por 3 y urocultivo e inicia antibioterapia con AMS. Ecografía abdomino-pelvíana sin hallazgos patológicos, ECG: taquicardia sinusal, T negativas de V4 a V6, enzimas cardíacas y DD negativo. Rx y TC de tórax: signos de congestión parahiliar.

A las 24 horas de su ingreso evoluciona con disnea CF-IV e inestabilidad hemodinámica requiriendo IOT y conexión a ARM. Inicia vasopresores (noradrenalina a 0.1 ug/kg/min). Ecocardiograma con hipoquinesia generalizada, dilatación y deterioro severo de la FS-VI (FEY: 20%). Se inicia Dobutamina a 5 ug/kg/min. Se interpreta cuadro como probable miocardiopatía periparto. Se solicita serologías para virus causantes de miocarditis y perfil reumatológico que resultan negativos.

A la semana evoluciona con mejoría clínica lográndose extubar con éxito, se discontinúa drogas vasoactivas, optimizando medicación cardiológica. Se realiza ecocardiograma control sin cambios respecto al previo. Se externa 2 semanas más tarde. Actualmente paciente realiza seguimiento ambulatorio. Ecocardiograma 3 meses posterior al alta, (FEY: 35%).

**Conclusión:** Se conoce muy poco sobre la etiología de la MCP. Muchos mecanismos patogénicos han sido propuestos, pero ninguno hasta el momento resulta definitivo. La miocarditis se ha relacionado con la MCP, sin embargo no existen estudios que lo confirmen. La terapia estándar de la MCP es similar a la utilizada en otras causas de IC. Estudios recientes, han propuesto nuevas terapias, como el uso de inmunosupresores, inmunomoduladores y bromocriptina, con resultados contradictorios.

A pesar de la reversibilidad parcial o total de esta patología, en pacientes con persistencia de la disfunción ventricular en el tiempo pueden requerir trasplante cardíaco.

### 0209 DIRECTRICES ANTICIPADAS EN UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

FD BERDAGUER FERRARI(1), MA FURCHE(1), MF MOTTA(1), PN RUBATTO BIRRI(1), A RISSO VÁZQUEZ(1), A DUBIN(1), RT RICCI(2)  
(1) Sanatorio Otamendi. (2) Cátedra Antropología Médica. Fac. De Med. U.n.t..

**Introducción:** Existen enfermedades que afectan progresivamente la calidad de vida de los pacientes, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) una de ellas. A esta la medicina actual puede ofrecer soporte terapéutico pero no lo curación. El paciente puede hacer uso del derecho de elegir o no las medidas de soporte, a esto se llama directrices anticipadas (DA). Existe un amplio debate ético y legal detrás de este tema, la dificultades de la puesta en práctica y una ley con algunas debilidades, hacen necesario la discusión sobre este tema. El objetivo del presente trabajo es revisar los conceptos bioéticos y legales sobre las DA a raíz del caso de un paciente con ELA quien había manifestado rechazo a determinadas medidas de soporte.

**Presentación del caso:** Se presenta un paciente masculino, de 58 años, con antecedentes de esclerosis lateral amiotrófica hace 2 años. Consulta por ortopnea de 2 semanas de evolución. Progresa con disnea en reposo. Se interpreta cuadro como progresión de enfermedad de base. Se plantea requerimiento de ARM. El paciente había manifestado su deseo de no progresar el soporte en caso de requerir traqueostomía.

**Discusión:** Las DA son el derecho del paciente a elegir sobre determinadas conductas médicas de forma anticipada en caso de que posteriormente se vea desposeído de su autonomía. El modelo paternalista de relación médico paciente (RMP), argumentaba que en pos de beneficio del paciente, el médico sea el que decidiera unilateralmente sobre la conductas a seguir. El análisis actual a la luz de los principios de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia) trata de igualar las partes en la RMP, devolviendo al paciente su derecho a elegir. Las leyes (Ley 26,529 y Ley 26.742) amparan a los pacientes en la toma de decisiones y a los médicos que respetan las mismas.

**Conclusión:** El equipo sanitario, así como vela por salud de sus pacientes, también debe hacerlo por el derecho del paciente de autorealizarse. Los avances médicos no nos dan derecho de prolongar cantidad de vida cuando el paciente expresa su voluntad sobre lo que entiende él, de cómo vivir una muerte digna.

### 0210 MEGACOLON TÓXICO EN UNA PACIENTE CON COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

FD BERDAGUER FERRARI(1), FE ZECHNER(1), PM DOMINGUEZ(1), MC ZERPA(1), EF GUERRA ARIAS(1), M FABIO DANIEL(1)  
(1) Sanatorio Otamendi.

**Introducción:** La colitis pseudomembranosa es una patología relacionada con el uso de antibióticos. Usualmente presenta buena evolución con solo el tratamiento médico indicado. En raras ocasiones puede evolucionar a un megacolon tóxico que requerirá resolución quirúrgica. El presenta trabajo tiene como objetivo reportar el caso de un megacolon tóxico por colitis pseudomembranosa a clostridium difficile, en una paciente joven, sin comorbilidades, con el único antecedente de haber recibido antibioterapia en los días previos.

**Presentación del caso:** Se presenta una mujer, de 22 años, con antecedente de haber recibido amoxicilina/clavulánico por una extracción dentaria en los días previos a la consulta. Presentó cuadro de diarrea líquida, fiebre y vómitos. Rx abdomen y TAC abdomen: Distensión marco colónico derecho mayor a 6cm. Toxina para clostridium en materia fecal: Positiva. Inicia vancomicina vía oral y metronidazol endovenoso. Evoluciona con abdomen agudo quirúrgico por megacolon tóxico. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral. Paciente cumple tratamiento simultáneo con piperacilina-tazobactam endovenoso, metronidazol endovenoso y vancomicina oral.

**Discusión:** La colitis pseudomembranosa asociado a tratamientos antibióticos es un cuadro ampliamente conocido. La población más vulnerable se trata de pacientes hospitalizados y ancianos. Es rara en pacientes jóvenes y sanos. El diagnóstico está dado por la toxina positiva para clostridium difficile en materia fecal y objetivación por videocolonoscopia de pseudomembranas. El tratamiento inicial consiste en vancomicina vía oral o metronidazol endovenoso. Algunos pacientes podrán evolucionar hacia un megacolon, perforación o muerte. Al diagnóstico de megacolon tóxico, se arriba mediante los criterios de Jalan. El tratamiento inicial consiste en el esquema antibiótico básico antes planteado. De no presentar buena evolución el tratamiento quirúrgico está indicado. Estos pacientes pueden presentar una mortalidad hasta del 70%.

**Conclusión:** El uso indiscriminado de antibióticos constituye un serio factor de riesgo para el desarrollo de esta patología. La población joven y sana, si bien raro, no está exenta de presentar la enfermedad y evolucionar hacia alguna complicación. Se debe sospechar de



esta ante signos de toxicidad sistémica y una imagen que evidencie dilatación colónica. De ser necesario, la conducta quirúrgica no debe prorrogarse.

#### 0212 ESTUDIO DE CALIDAD EN LA UCI - PRIMERA ETAPA. ACESOS ENTERALES PARA NUTRICION ENTERAL EN PACIENTES CRITICOS: TASA DE UTILIZACION, FACTORES ASOCIADOS AL RECAMBIO Y COMPLICACIONES.

S GUERRERO FRÍAS(1), S FERNÁNDEZ(1), G VALENZUELA(1), M RAMÍREZ(1), V ROMERO(1), S ROJAS(1), F VALDERRAMA VARGAS(1), N LIPORACE(1), D BUSTAMANTE(1), M CASTILLO(1), L IRAOLA(1), I HERRERA(1), M MONTANE(1), G ALVARADO(1), E PALAVECINO(1), F CAMINOS(1), AL GONZÁLEZ(1), MC MARCHENA(1), L TUMINO(1), C LOUDET(1)  
(1) San Martín De La Plata.

**Introducción:** La nutrición enteral (NE) en pacientes críticos con vía digestiva indemne es considerada cuidado estándar.

Los accesos enterales por vía naso u oro-digestiva son de fácil colocación aunque no libres de complicaciones. Como parte de un ciclo de mejora de calidad en nuestra UCI, se estableció una primera etapa de diagnóstico del manejo de los accesos enterales para NE.

**Objetivos:** Describir la tasa de utilización de sondas (TUS) para NE, los factores asociados al recambio de sondas y las complicaciones vinculadas a las mismas.

**Métodos:** Serie de casos prospectiva en UCI médico-quirúrgica de 14 camas de un hospital escuela, realizado entre noviembre 2014 y abril 2015. Se registraron datos epidemiológicos de los pacientes con requerimiento de NE, relación enfermero/paciente de la UCI, carga de trabajo de enfermería (TISS28 y NAS score). Se definió TUS= N° sondas para NE/días-paciente NE X 100. Se registraron N°, tipo, ubicación y duración total de sondas, N° y causas de recambios como: auto-extracción, salida por terceros, mal-posición, oclusión, electiva. Complicaciones: lesiones por decúbito, ubicación en vía aérea, mal-posición en vía digestiva. Los datos se reportan como promedio  $\pm$ DS, mediana [p25-75], o N° (%), según corresponda.

**Resultados:** Ingresaron 50 pacientes. Edad  $44 \pm 20$ , ingreso médico 50%, cirugía urgencia 38%, programada 12%; APACHEII  $17 \pm 6$ , SOFA24  $7[5-9]$ , Shock ingreso: 53%, politraumatismo: 31%, TEC grave 24%; VM: 96%, días-VM  $19[8-27]$ , días-UCI  $22[10-32]$ , mortalidad 30%. Relación enfermero/paciente: 1:2.8, TISS28:  $26 \pm 7$ , NAS:  $39 \pm 9$ . La TUS fue 18,16/100 días NE. Se utilizaron 201 sondas: 3 [2-6] sondas/paciente, con una duración total de 1040 días, 3 [0-8] días/paciente. Material: 104(52%) PVC ("gruesas"); 97(48%) poliuretano (tipo k108).

Ubicación: estómago: 84%, 1-2°duodeno: 11%, 3-4°duodeno: 5%. N° de recambios 155: 35% salida, 25% auto-extracción, 25% electiva, 10% mal-posición, 5% ocluida. Complicaciones: 12(6%): 4 lesiones por decúbito, 4 vía aérea, 4 mal-posición.

**Conclusiones:** • Se observó una aparente alta tasa de utilización de sondas para NE, reflejado en el alto recambio y la escasa duración de las mismas.

• La incidencia de complicaciones fue similar a la reflejada en la literatura.

• Concluida la primera fase diagnóstica, una intervención educativa de calidad focalizando en los cuidados, permitirá optimizar el uso costo-efectivo de los accesos enterales y minimizar las complicaciones.

#### 0214 SINDROME DE GOBBI: REPORTE DE CASO

AV SACCO(1), E SALCEDO NORIEGA(1), F MARTINEZ(1), N DIAZ PRIETO(1), F RINCON ERAZO(1)  
(1) Sanatorio Colegiales.

**Introducción:** Síndrome caracterizado por CONVULSIONES, CALCIFICACIONES CEREBRALES Y ENFERMEDAD CELIACA, asociado a Anticuerpos Antigliadina en LCR con activación de Linfocitos T que

atacan la mielina con posterior calcificación. Relacionado a HLA II DQ2 y DQ8 y a la descendencia Italiana, inicia en la niñez con Enfermedad Celíaca disminuyendo la incidencia con dieta libre de TACC. Fue descrito en el año 1976 por Garwicz y Mortensson y en 1991 por Giuseppe Gobbi en Italia, reportándose 171 casos hasta 2005.

**Presentación del caso:** Femenina de 53 años, celíaca, antecedentes de epilepsia, presenta diarrea acuosa, parestesias y paraparesia leve de una semana de evolución. Adelgazada, con pediculosis, Glasgow 14/15, debilidad generalizada y úlceras en cavidad oral. Laboratorio: Potasio 1,9 fosforo 1,84. Presenta Convulsión Tónico Clónica focalizada en hemicuerpo derecho, refractaria a Lorazepam y Difenhidantoina, mayor a 60 minutos, trasladándose a UTI por Status Epiléptico Refractario. TAC cerebro calcificaciones occipitales bilaterales simétricas, sin atrofia cortical, sin realce al contraste. LCR: Aspecto turbio sanguinolento, Proteínas 2,67 mg/dl, LDH 106 pg/ml, sin leucocitos. PCR HSV IyII no detectable, Cultivo Negativo. Difenhidantoinemia 4,2 ug/L, LAMOTRIGINA sérica 9,10 ug/ml, Ac anti Endomisio IgA e IgG positivo, Ac anti Gliadina Ig A e IgG positivo y Ac anti Transglutaminasa positivo. Electroencefalograma: Brotes de ondas lentas y actividad espiculada. Requirió sedoanalgesia con Midazolam y Fentanilo, IOT-ARM, tratamiento con Aciclovir por lesiones orales y presunta meningitis viral hasta obtenerse PCR. Tratamiento con DFH, Levetiracetam, extubada a las 48 hs, pasa a Sala General a las 96 hs.

**Discusión:** El síndrome de Gobbi, consiste en pacientes con Enfermedad Celíaca, convulsiones, calcificaciones cerebrales característicamente occipitales bilaterales simétricas o asimétricas, sin atrofia ni realce al contraste. En nuestro caso, la Enfermedad Celíaca se diagnosticó tardíamente sin adherencia a la dieta, descartándose causas infecciosas y metabólicas de convulsiones, hallándose calcificaciones típicas. El Gold Standar es el dosaje de Ac anti Gliadina en LCR, no se realizó por no disponer de reactivos.

**Conclusión:** El Síndrome de Gobbi es una infrecuente afección neurológica central de la Enfermedad Celíaca, con pocos casos reportados mundialmente, evitándose con el diagnóstico temprano y el cumplimiento de la dieta libre de TACC.

Re: un caso de síndrome de gobbi en nuestro servicio- argentina



Giuseppe Gobbi (giuseppe.gobbi@aui.bologna.it) Agregó contactos 08/08/2014  
Para Antonella Sacco

Gentile dott.ssa Sacco,

la ringrazio moltissimo di questa segnalazione! Ovviamente sono molto interessato a conoscere il caso clinico, a vedere la documentazione e a sapere cosa avete fatto fino ad adesso... Ma mi dica le cose posso fare per aiutarla. Letteratura recente...? novità etologiche...? Resto in attesa

Molti cordiali saluti

Giuseppe Gobbi

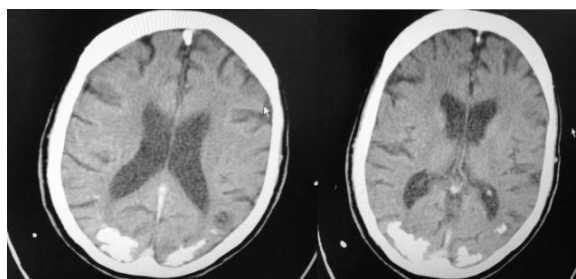
----- Original Message -----  
From: Antonella Sacco  
To: giuseppe.gobbi@aui.bologna.it  
Sent: Friday, August 08, 2014 2:38 AM  
Subject: un caso di síndrome de gobbi en nuestro servicio- argentina

Caro Dr. Gobbi:

Il mio nome è Antonella Sacco di Argentina, io sono il medico reparto di terapia intensiva dell'ospedale Colegiales di Buenos Aires. Vi scrivo per dirvi che abbiamo un caso di síndrome de gobbi nel nostro servizio che presenteremo in ateneo. È il mio desiderio di essere in contatto con voi per informarvi in dettaglio di questa sindrome rara e sono a vostra disposizione per ulteriori informazioni sul nostro caso, se gli interessi come dati epidemiologici.

Vi ringrazio molto, sarebbe un onore per me avere una risposta da voi.

Dr. Antonella Victoria Sacco



**0215 DISECCION CAROTIDEA TRAUMATICA**

L ESPINOSA(1), D LERMAN(2), I AVERSA(2), D PINA(2), C BARRIOS(2)

(1) Fernandez. (2) Sanatorio Franchin.

**Introducción:** La disección carotídea traumática (DCT) es una entidad rara, con mortalidad aproximada del 25% y tasa de secuelas neurológicas graves en los sobrevivientes, mayor al 50%. Los mecanismos de trauma son diversos, las colisiones en vehículos corresponden a casi el 50% de los casos.

Presentamos un caso de DCT secundario a colisión vehicular.

**Caso clínico:** Paciente de 20 años, motociclista sin casco vs auto. Sufriró trauma craneofacial sin pérdida de conciencia, contusiones pulmonares bibasales, sin otras lesiones. Ingresó a guardia con Glasgow 15/15, 12 horas después, presenta deterioro del sensorio: desorientación y foco motor faciobraquiocrural izquierdo. TC de cerebro sin contraste: con hipodensidad corticosubcortical en territorio silviano derecho, edema local y leve efecto de masa sobre ventrículo lateral homolateral y línea media, hematoma subdural parietal derecho. AngioTC de vasos cervicales: Borramiento de arteria cerebral media derecha, obstrucción abrupta de bordes irregulares de carótida interna derecha a 7mm del bulbo carotídeo. Angiografía digital: oclusión de arteria carótida interna derecha post bulbar compatible con disección. Se interna en UTI vigil, con paresia severa braquiocrural izquierda, ventilando espontáneamente y hemodinámicamente estable. Se inicia anticoagulación con HBPM y antiagregación con AAS. TC control sin transformación hemorrágica. Evoluciona con disfagia para líquidos y leve mejoría de foco neurológico. Se deriva a centro de rehabilitación.

**Discusión:** La DCT es una entidad con alta morbimortalidad y frecuentes secuelas neurológicas. Las fuerzas involucradas en la lesión vascular son variadas, siendo las más frecuente la torsión y elongación, la lesión de la íntima constituye el daño preponderante. La clínica es variada, dependiendo del vaso afectado, sitio y grado de lesión, y de la existencia de enfermedad cerebrovascular previa. El 80% de los pacientes no presenta manifestaciones neurológicas al momento de la lesión, pues normalmente existe un período de latencia entre el momento del daño y la aparición de manifestaciones clínicas. El método diagnóstico de elección es la angiotomografía, siendo alternativas la arteriografía por sustracción digital y la angiorensonancia. El tratamiento en los pacientes en quienes se descarta ACV maligno consiste en terapia antitrombótica y antiagregación plaquetaria. Dependiendo del daño vascular algunos pacientes podrían beneficiarse de manejo quirúrgico o endovascular

**0216 DESCRIPCIÓN DEL MANEJO DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA**

A GOLDBERG(1), N TIRIBELLI(1), G AVACA(1), M BOSSO(1), S FREDER(1), A GARCIA(1), F GHELLINAZA(1), L GIMENEZ(1), P GIMENEZ(1), M OJEDA(1), M BERTE(1), A SANTA MARÍA(1), D NOVAL(1), V TRONCOSO(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

**Objetivo:** describir el manejo de sedación, analgesia y delirium en pacientes adultos en ventilación mecánica (VM), y evaluar asociaciones entre la presencia de coma y/o delirium con la duración de la ventilación mecánica, la mortalidad y la estadía en la UCI.

**Materiales y métodos:** Se analizaron retrospectivamente los datos de los pacientes que requirieron VM en un sanatorio privado de la Ciudad de Buenos Aires. El servicio cuenta con una guía para el manejo de analgesia, sedación y delirium.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, internados en la UCI con VM mayor a 12 horas desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014. Se excluyeron los pacientes que requirieron VM por coma o paro cardiorrespiratorio.

Los datos se reportan como mediana (RIC) o número (%). Para las comparaciones se utilizó test de t, suma de rangos de Wilcoxon o Chi cuadrado. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ .

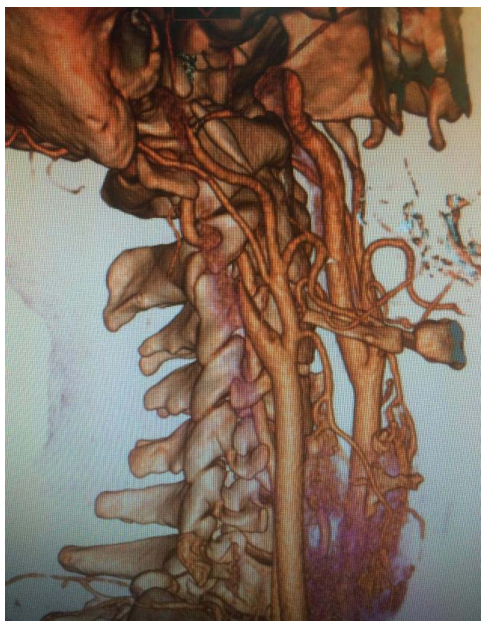
**Resultados:** 304 pacientes (78%) recibieron sedación 4 (2-6) días, y 351 pacientes (90,2%) tuvieron analgésicos 5 (3-8) días. 318 pacientes (81,7%) estuvieron en coma 3 (2-6) días. 254 (65,2%) pacientes presentaron delirium 3 (1-6) días.

Los pacientes que estuvieron en coma tuvieron más días de VM (DVM) hasta iniciar el weaning [7 (3-12) días vs 1 (1-3) días  $p < 0.0001$ ] y DVM totales [8 (4-15) días vs 2 (1-4) días  $p < 0.0001$ ]. También tuvieron mayor estadía en la UCI [14 (8-24) días vs 8 (5-12) días,  $p < 0.0001$ ].

Los pacientes con delirium, tuvieron más DVM hasta comenzar el weaning [7 (4-13) días vs 2 (1-6) días,  $p < 0.0001$ ] y más DVM totales [8 (5-16) días vs 3 (1-6) días,  $p < 0.0001$ ] y mayor estadía en UCI [16 (11-28.75) días vs 6 (3-12) días,  $p < 0.0001$ ].

La mortalidad fue mayor en los pacientes con coma (38.5% vs 8.1%), pero menor en los pacientes con delirium (26.6% vs 47.2%).

**Conclusión:** La duración de la VM y la estadía en UCI fueron mayores en los pacientes con que tuvieron coma y/o delirium.



Los pacientes con coma tuvieron mayor mortalidad, así como los que no tuvieron delirium.

VARIABLE	NO COMA	COMA	P
N (%)	62 (16%)	312 (84%)	
Edad media (SD)	60.6 (14.7)	66.6 (18.2)	0.034
SAPS II media (SD)	36.6 (18.5)	46.7 (18.4)	<0.0001
DVM hasta weaning			<0.0001
Mediana (RIC)	1 (1-3)	7 (3-12)	
DVM total			<0.0001
Mediana (RIC)	2 (1-4)	8 (4-15)	
LOS UCI			<0.0001
Mediana (RIC)	8 (5-12)	14 (8-24)	
Vivo UCI (N, %)	57, 91.9%	192, 61.5%	<0.0001
Días coma			
Mediana (RIC)	-----	3 (2-6)	-----
Delirium (N, %)	33, 53.2%	216, 69.2%	0.022
Días delirium			<0.0001
Mediana (RIC)	2 (1-2)	4 (2-6)	
Sedación (días)			<0.0001
Mediana (RIC)	2 (1-2)	4 (2-6)	
Analgesia			<0.0001
Mediana (RIC)	2 (1-3)	5 (3-9)	

Tabla 3. Comparación de los pacientes según presencia de coma.

Pacientes	N= 389
Sexo femenino (N, %)	164 (42%)
Edad (Mediana, Rango)	69 (56-80)
SAPS II (Mediana, rango)	43 (31-58)
Causa VM (N, %)	
• Falla respiratoria aguda	352 (90%)
• Exacerbación de enfermedad pulmonar crónica	30 (7.71%)
• Neuromuscular	7 (1.8%)

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.

### 0217 QUIENES ASISTEN A LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS AGUDOS EN EMERGENCIA. ENCUESTA DE EXPLORACIÓN A KOVAC(1), L CAMPUTARO(1), L SCALISE(1), S MARTIN(1), CDE SATI (1) J A Fernandez.

**Introducción:** La patología Neurológica Aguda es la tercera causa de morbi-mortalidad en el mundo moderno. Muchas conductas decididas en las primeras horas determinan la efectividad de las nuevas terapéuticas. (Control del daño secundario, estrategia basada en diagnóstico, etc.) Nos encontramos frecuentemente que la primera atención no siempre esta brindada en las Emergencias por personal entrenado en este tipo de afecciones.

**Objetivo:** Explorar quienes son los responsables en brindar la primera atención al paciente neurológico agudo en el área de Emergencias.

**Material y Métodos:** Se realizó encuesta web base anónima, dirigida a todos los que tienen participación en la Emergencia de su respectiva institución. Se requirió: país de origen, tipo de Institución, cantidad de pacientes atendidos en Emergencias, con que especialistas cuenta y en qué modo (part-time full-time), quien toma las primeras conductas. La encuesta estuvo disponible en la página institucional de SATI durante el mes de Abril.

**Resultados:** Respondieron n 109 de 10 países. La mayoría de Argentina (77.06%); 41.3% de los centros con menos de 100 camas; 36.7% atienden mas de 120 pacientes por día. De estos en un 42.2 % requieren shock room en menos del 10% de los asistidos. 58.5% recibe menos de 5 pacientes/día con afección Neurológica Aguda. La gran mayoría cuenta con Neurólogo o Neurocirujano part-time o pasiva. Modalidades Tabla I y II.

TABLA I  
Quien realiza la primera recepcion en Emergencias

Especialidad	n	%
Clínica Medica	53	48,6
Emergentólogo Certificado	27	24,7
Neurólogo	6	5,5
Medico de Familia	3	2,7
Otro	20	18,3

TABLA II  
Quien decide primera conducta

Especialidad	Dep horario	Dep Patología	Las 24 hs	Siempre
Emergentologo	5	10	22	1
Neurología	8	18	14	1
Neurocirugía	4	29	15	1
Clínica Medica	5	13	24	2
MD de Familia	4	6	4	1
Terapia Intensiva	2	16	51	6
Otros	1	2	1	

**Conclusiones y discusión:** Los pacientes son en su gran mayoría recibidos por Medicos Clínicos o Emergentólogos (73.3% Tabla I), La decisión de las primeas terapéuticas en el ítem "las 24 hs" la realiza en mayor proporción el Intensivista, Clínica Medica, Emergentología, quedando muy por detrás Neurocirugía y Neurología. Estos datos apoyan la necesidad de concientización y entrenamiento en la atención de estos pacientes en otras especialidades distintas de las Neurológicas tradicionales.

### 0218 DESENSIBILIZACIÓN PARA TRATAMIENTO CON PENICILINA POR SÍFILIS EN PACIENTE EMBARAZADA CON ANTECEDENTE DE ALERGI A SEVERA

PS CALAMARI(1), M MONTENEGRO(1), DR PEREYRA(1), F LIPOVESTKY(1)

(1) Sanatorio La Maternidad Osperyh.

**Introducción:** La alergia a betalactámicos es de aproximadamente el 2% por tratamiento y las reacciones anafilácticas secundarias a su utilización ocurre en 1 de cada 10.000 tratamientos. Para el tratamiento de la sífilis en la paciente embarazada, no ha sido demostrada la superioridad de otro antibiótico frente a penicilina.

**Presentación del Caso Clínico:** Paciente de 17 años, que cursaba 20 semanas de gestación, y se diagnostica Sífilis. Se le indico tratamiento con 3 dosis de Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI. Luego de la primera dosis, la paciente desarrolla rash cutáneo generalizado pruriginoso acompañado de broncoespasmo severo, requiriendo atención por guardia y admisión en terapia intensiva. Luego de 7 días del alta se solicita prueba de sensibilidad cutánea con penicilina G sódica, siendo el resultado positivo. Luego de la misma es indicada realización de prueba de desensibilización a la penicilina. En UTI se utilizó el protocolo de desensibilización con fenoximetilpenicilina. Este consiste en la administración de penicilina VO en dosis crecientes cada 15 minutos durante 3.15hs, luego de la cual se esperan 30 minutos hasta el inicio de la dosis parenteral con Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI (Tabla.1). La desensibilización es lograda con éxito, dejando luego mantenimiento con 500.000 UI/día VO, y 1 dosis por semana de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI. La paciente a las 34 semanas negativizó la VDRL, el embarazo curso normalmente y a las 38 semanas se produjo un parto eutócico con recién nacido normal.



**Discusión:** El diagnóstico de la hipersensibilidad a penicilina suele ser retrospectivo. Para la corroboración del mismo puede realizarse el test cutáneo con penicilina G sódica. La efectividad en la embarazada de la ceftriaxona, azitromicina u otros macrólidos no ha sido fehacientemente probada, por lo que la desensibilización y administración a posteriori de penicilina, constituye el tratamiento de elección.

**Conclusión:** La penicilina G benzatínica es de elección para el manejo de la sífilis en la gravidez. Es menester realizar tratamiento tanto de la embarazada como de la pareja para evitar reinfecciones. Una vez más el adecuado tratamiento de la sífilis ha demostrado que evita las complicaciones tanto del feto como en la embarazada durante la gestación.

TABLA 1: Esquema de desensibilización con penicilina vía oral

Penicilina V Suspensión Dosis	Cantidad* Unidades/ml	ml	Unidades	Dosis Acumulativa
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1.500
5	1.000	1,6	1.600	3.100
6	1.000	3,2	3.200	6.300
7	1.000	6,4	6.400	12.700
8	10.000	1,2	12.000	24.700
9	10.000	2,4	24.000	48.700
10	10.000	4,8	48.000	96.700
11	80.000	1,0	80.000	176.700
12	80.000	2,0	160.000	336.700
13	80.000	4,0	320.000	656.700
14	80.000	8,0	640.000	1.296.700

\* Cantidad a diluir en 30 ml de agua para administración oral.  
NEJM 1985; 262:1229-32.

## 0219 A PROPOSITO DE UN CASO: ACV ISQUEMICO Y DISECCION VERTEBRAL

E SIMES(1), S MERCADO(1)

(1) Incor.

**Introducción:** la disección de las arterias vertebrales son una causa poco comun de accidente cerebrovascular, puede ser traumática o espontánea.

**Caso Clínico:** paciente de 32 años de edad sin antecedentes patológicos, refiere haber presentado traumatismo con caída de su propia altura tres días anteriores al comienzo de los síntomas. Ingres a UTI por presentar vertigo, imposibilidad de la marcha de 48 horas de evolución, a lo que se suma trastorno deglutorio y hemianopsia en las últimas 12 horas. Se realiza tac de cerebro donde se observan varias lesiones isquémicas en territorio posterior. RMN dende compatible con lesiones isquémicas en cerebelo, tronco y territorio occipital de cerebro. Angioresonancia: estrechamiento de la luz de la arteria vertebral. Angiografía digital: se observa oclusión completa de vertebral derecha con signos de disección de la misma y estenosis con reducción de la luz de la arteria vertebral izquierda. A los seis días de internación se inicia anticoagulación con heparina endovenosa y pasa a sala común con sustancial mejoría clínica.

**Conclusión:** una causa frecuente de disección vertebral es la traumática, especialmente en pacientes jóvenes. Siendo de fundamental importancia la sospecha clínica para el diagnóstico y tratamiento.



## 0220 HIPONATREMIA POR TERLIPRESINA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARI-CEAL. FACTORES PREDISPONENTES BASALES Y EFECTOS EVOLUTIVOS

JA BERRETA(1), M MARINO(2), D KOCIAK(2), G ROMERO(2), V LAPLACETTE(2), A CORONEL(2), A BALDUCCI(2), H PLÁCIDO DOS SANTOS(2), J BERRETA(2)

(1) Dr C.b. Udaondo. (2) Dr.c.b. Udaondo.

**Introducción:** la terlipresina tiene efecto vasoconstrictor (receptores V1) e hiponatémico (receptores V2).

**Objetivo:** evaluar los efectos de la terlipresina sobre la [Na] y sus consecuencias evolutivas en pacientes cirróticos con hemorragia variceal tratados con terlipresina más terapia endoscópica.

**Material y métodos:** 60 pacientes internados por hemorragia variceal entre 3-2012 y 1-2015 recibieron terlipresina 2 mg c/4 hs endovenoso hasta control del sangrado, y luego 1 mg c/4 hs por 2 a 5 días. A todos se realizó laboratorio diario durante el tratamiento con terlipresina y luego c/48 hs hasta su egreso. Se registró la [Na] basal y la menor durante el tratamiento y, según el descenso de [Na], se conformaron 2 grupos: Grupo A reducción  $\leq$  a 5 mEq/L y Grupo B: reducción  $\geq$  que 6 mEq/L. Se confrontaron 21 variables basales y 5 evolutivas entre ambos grupos.

**Resultados:** 76.6 % de los pacientes fueron hombres, edad  $54 \pm 11$  años, etiología alcohólica 53,3 %, Child A: 10 %, B 60 % y C 30 %. El tratamiento con terlipresina duró  $3,5 \pm 1$  días y la [Na] descendió significativamente durante el mismo ( $136 \pm 7$  a  $132 \pm 5,7$  meq/L descenso:  $-3,7 \pm 4,8$   $p < 0,001$ ). La reducción de la [Na] intratratamiento fue significativamente mayor en el grupo B vs. A ( $9 \pm 2$  vs  $0,9 \pm 1$  meq/L,  $p < 0,001$ ). De los 60 pacientes, 39 (65%) pertenecieron al Grupo A y 21 (35%) al B. De las variables basales: la [Na] fue mayor en el grupo B ( $139,9 \pm 5,4$  vs.  $133,7 \pm 6$  meq/L,  $p < 0,001$ ), y el recuento de plaquetas menor en el mismo grupo ( $88,2 \pm 35,4$  vs.  $122,6 \pm 66,6 \times 10^3/\text{mm}^3$ ,  $p = 0,0278$ ). No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en las demás variables de ingreso ni en las siguientes variables evolutivas: días de tratamiento con terlipresina, control del sangrado, resangrado y mortalidad.

**Conclusiones:** El tratamiento con terlipresina en la hemorragia digestiva variceal en cirróticos se asoció a descenso de la natremia. Aquellos en los que la natremia descendió más tenían valores mayores de Na sérico al ingreso y menor recuento de plaquetas. La hiponatremia asociada al tratamiento no influyó en la evolución de los pacientes en lo que se refiere a control del sangrado, resangrado ni mortalidad.



### 0222 PARALISIS RESPIRATORIA ASOCIADA AL USO DE COLISTIN

J MINDIOLA(1), N MARINI(1), M MARTINEZ NAVARRO(1), D VARELA(1), G TUHAY(1), L AGUIRRE(1), F KLEIN(1)  
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Introducción:** La polineuropatía asociada a uso de polimixinas es una entidad poco frecuente que puede llegar a ser de riesgo vital.

**Reporte de caso:** Femenina de 65 años con antecedente de cirugía de cadera complicada con infección de partes blandas. Ingresó en postoperatorio de toilette quirúrgica y recambio de espaciador. Presento una PCO<sub>2</sub> de ingreso 31 mmHg. Se inició tratamiento antibiótico con colistin, meropenem y daptomicina según rescates microbiológicos previos. A las 24 horas evolucionó estuporosa y con tetraparesia severa e insuficiencia ventilatoria asociada a acidosis respiratoria con pH 6.97, pCO<sub>2</sub> 98 mmHg, pO<sub>2</sub> 87mmHg y requerimiento de VNI. No se encontraba bajo efectos de opiáceos ni sedantes.

Se interpretó el cuadro como probable neurotoxicidad por colistin, se rotó esquema a tigeciclina, daptomicina y meropenem con mejoría progresiva de tetraparesia, estado de conciencia y mecánica ventilatoria egresando al día 27 de internación.

**Discusión:** Se presenta paciente con insuficiencia ventilatoria aguda tras el inicio de tratamiento con colistin requiriendo VNI. El colistin ha sido asociado a parálisis respiratoria mediante un mecanismo de probable bloqueo presináptico. Se utilizó la escala de Naranjo para determinar la relación causal entre el fármaco y el efecto adverso, encontrando un valor de 7 compatible con relación probable. La incidencia de neurotoxicidad por colistin, reportada en la literatura fue alrededor del 7%.

**Conclusión:** La parálisis respiratoria es una complicación grave a tener en cuenta con el uso de colistin. Ha aumentado en incidencia debido a la necesidad creciente de uso de colistin en infecciones por microorganismos multirresistentes.

### 0224 UTILIDAD DE LA EVALUACION ENDOSCOPICA ANTE EL FRACASO REITERADO DEL DESTETE DE LA VENTILACION MECANICA. REPORTE DE CASOS

H NÚÑEZ(1), G CHIAPPERO(1), L BUIRA(1), J LARDIES(1), A CURBELLO(2)  
(1) Altergarten/ Fernandez. (2) Altergarten.

**Introducción:** se describen los hallazgos endoscópicos que justifican la falla en la desvinculación de la ventilación mecánica en un centro de ventilados crónicos.

**Presentación de casos:** 1-Paciente de 51 años, ingresa 09/2010 a Hospital Agudos por Hemorragia Subaracnoidea de mal grado, sin resolución del aneurisma, con hipertensión endocraneana, requerimiento de derivación ventricular externa y asistencia respiratoria mecánica. Presentó varias infecciones, traqueostomizada, y derivación ventrículo peritoneal definitiva. Ingresó a centro de rehabilitación 10/2010. Vigil, sin respuesta a estímulos. Evoluciona con fracaso en la ventilación espontánea. En fibrobroncoscopia (FBC) se constata colapso dinámico de vía aérea en pared posterior hasta 1° división bronquial. Se logra el destete definitivo con CPAP Boussignac.

2-Paciente de 18 años, antecedentes de atrofia de cuerpo calloso. Internación por convulsiones, hidrocefalia obstructiva, derivación ventrículo peritoneal con múltiples infecciones valvulares. Evoluciona con estado de mínima de conciencia y destete de ARM dificultoso. En 11/13 ingresa a centro para destete. Se inicia ventilación con Presión Soporte y PVE, con regular tolerancia. Fibrolaringoscopia con hallazgo de estenosis concéntrica (2-3 anillos traqueales) y granuloma distal, mas colapso dinámico de vía aérea. Se deriva al hospital de agudos. Se realizó dilatación y colocó cánula espiralada Tracoe tras pasando la lesión. Reingresa en ARM. Realizó periodos progresivos PVE. Desde 01/15 se encuentra en Traqueo en T.

3-Paciente de 80 años, antecedentes de enfermedad pulmonar restrictiva severa secundario a toracoplastia por TBC y disnea habitual CF II. Internación en 08/12 por neumonía con ARM y traqueostomía. En tercer nivel FBC con granuloma en ostoma y colapso dinámico de vía aérea. Se colocó prótesis Montgomery con regular tolerancia y retiro posterior por fallo ventilatorio. Nueva FBC en Febrero 2013, constatándose colapso dinámico, manteniéndose cánula de traqueostomía extra-larga, favoreciendo el destete, lográndose ventilación espontánea diurna.

**Discusión:** la implementación de FBC en el fracaso en el destete de ARM es un método seguro, que nos permite diferenciar las causas de dicho fallo y así tomar una conducta adecuada para lograr el éxito parcial o total de la ventilación espontánea.

**Conclusión:** la fibrobroncoscopia en los 3 pacientes, nos permitió hallar la causa estructural o dinámica en la vía aérea que generaban la dificultad en el destete.

### 0225 DELTA DE PRESIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO Y VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTORA.

MJ BOSSO(1), S FREDES(1), G AVACA(1), A GOLDBERG(1), A GARCIA(1), L GIMÉNEZ(1), M OJEDA(1), P GIMÉNEZ(1), G NAHMÍAS(1), E LÓPEZ(1), A PALAZZO(1), D NOVAL(1), N TIRIBELLI(1), S ILUTOVICH(1)  
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

**Introducción:** La mortalidad de los pacientes con SDRA es elevada y hay discusión acerca de los resultados de la implementación de ventilación mecánica invasiva (VMI) protectora fuera de los ensayos clínicos.

La diferencia entre PEEP y presión plateau ( $\Delta P$ ) podría estar asociada a mortalidad, pero no se utiliza rutinariamente como variable de monitoreo.

**Objetivo:** Reportar la evolución y los resultados de la implementación de VM protectora en pacientes con SDRA, y el  $\Delta P$  en los días 1, 3 y 7.

**Material y método:** Estudio retrospectivo. Se analizó la base de datos de los pacientes en VMI de una UCI médico quirúrgica docente desde enero 2012 hasta diciembre 2014. Se incluyeron pacientes con SDRA según Consenso de Berlín. Se utilizó el protocolo de VM del Servicio: VC-CMV, VT 6 ml/kg PCP, PEEP titulada según ExPress. Si la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  $\leq$  100, PEEP por presión transpulmonar (PTP), y/o o decúbito prono, y/o maniobra de reclutamiento alveolar progresiva. Se registraron VT, presión plateau, PEEP y cálculo de  $\Delta P$ ; variables demográficas, SAPS II, motivo y duración de la VM, weaning y extubación, TQT, intercambio gaseoso, días de UCI.

**Resultados:** Durante 2012-2014 requirieron VMI 749 pacientes, 63 pacientes con SDRA (8.4 % del total), 38 moderado (60 %) y 25 severo (40 %) (tabla 1).

Causas de VMI: SDRA 11, aspiración 4, coma 7, neumonía 15, otra 1, postoperatorio 9, sepsis 9, trauma 7.

Se desvincularon de la VMI 40 pacientes (63.5%): weaning simple 20 (50%), dificultoso 4 (10%), prolongado 16 (40%). Extubados 30 (47.6%), reintubados 6/30 (9.52%).

La evolución de los parámetros ventilatorios y la oxigenación se muestran en tabla 2.

De los 63 pacientes, 25 (39 %) alcanzaron un  $\Delta P > 15$  cmH<sub>2</sub>O en al menos un registro. De ellos, 9 fallecieron (36 %).

La mortalidad en UCI fue 33.3 %, similar a la de los pacientes en VMI sin SDRA (36 %, p= 0.97). De los fallecidos 10 tenían SDRA moderado y 11 severo.

**Conclusión:** La mortalidad en este grupo de pacientes fue baja. Aunque se utilizó un protocolo de VM protectora, algunos pacientes alcanzaron un  $\Delta P > 15$  cmH<sub>2</sub>O.

Tabla 1.

	Total N=63	Vivos N=42	Fallecidos N=21	P
Edad (media, DS)	50.87 (16.6)	47.35 (15.8)	57.90 (16.3)	< 0.05
Masculinos (n, %)	44 (69.8)	28 (66.7)	15 (71.4)	NS
SAPS II (media, DS)	41.78 (17.04)	39.4 (16.2)	46.9 (18.2)	< 0.05
Días de VM (mediana, RIC)	12 (7.5 -19)	12 (8 -17)	8 (5-16.5)	NS
TQT (n, %)	23 (36.5)	16 (38)	7 (33.3)	NS
Días de UCI (mediana, RIC)	23 (12.75 -36.5)	21 (17 -36)	27.2 (6 -37)	NS

Tabla 2.

	Día 1	Día 3	Día 7	P
Modo ventilatorio (n,%)				
VC-CMV	58/63 (92)	43/56 (76.7)	15/42 (35.7)	< 0.05
PC-CMV	4/63 (6.34)	9/56 (16)	21/42 (50)	< 0.05
PC-CSV	1/63 (1.58)	4/56 (7.1)	6/42 (14.3)	< 0.05
Vt ml/Kg (media, DS)	6.97 (1.85)	7.44 (2.31)	8.17 (1.64)	< 0.01 (Día 1 vs 7)
P plateau cmH2O	28.7 (2.75)	27.1 (3.98)	26.26 (4.31)	NS
PEEP cmH2O (media, DS)	14.86 (3.13)	12.92 (3.37)	10.97 (3.32)	< 0.05 (Día 1 vs 3 vs 7)
Δ presión cmH2O (media, DS)	13.61 (3.13)	13.26 (4.14)	12.86 (4.7)	NS
PaO2/FiO2 mmHg (media, DS)	180.4 (54.8)	215.7 (55)	240 (58)	< 0.05 (Día 1 vs 3, Día 1 vs 7)

## 0226 CAPACIDAD RESIDUAL FUNCIONAL Y CAPACIDAD INSPIRATORIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO.

N TIRIBELLI(1), S FREDÉS(1), M LOMPIZANO(1), D CANTÓ(1), M MADORNO(2), D VARELA(1), A FELDMAN(1), G SIBILA(1), P REVEL CHION(1), N FALCÓN PÉREZ(1), C POZO(1), M GUAYMAS(1)

(1) Churrucá Visca. (2) Instituto Tecnológico De Buenos Aires.

**Introducción:** En el síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA), se ha propuesto titular el volumen corriente (VC) de acuerdo al volumen pulmonar y no al peso predicho (PPred). El cálculo de la capacidad residual funcional (CRF) se ha incorporado en algunos ventiladores, pero no está ampliamente disponible. La medición de la capacidad inspiratoria (CI) es sencilla pero pocos estudios la sustentan.

El objetivo de este trabajo es evaluar la CRF y la CI en pacientes con SDRA, determinar sus relaciones y compararlas con los valores predichos.

**Materiales y métodos:** Se evaluaron pacientes con SDRA ventilados con protección pulmonar. Se utilizó un ventilador con un módulo de gases para calcular FRC por lavado de N<sub>2</sub>, y un monitor de mecánica respiratoria para calcular la CI.

Con los pacientes a PEEP 0, se midió CRF por duplicado. Se midió la CI como el volumen durante una insuflación a 40 cmH<sub>2</sub>O durante 5 segundos. La suma de CRF y CI se consideró capacidad pulmonar total (CPT).

Se calcularon los valores predichos de CRF, CI y CPT y sus proporciones. Se compararon con los medidos.

Los valores se reportan como media y DS, o mediana y RIC. Se compararon las diferencias con test de T apareado. Las correlaciones se evaluaron con regresión lineal. Se consideró significativo p<0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes con SDRA temprano. En la tabla se describen las mediciones de CRF y CI.

La CRF fue baja: 46,3±18 % del predicho. La caída de la CI fue similar: 47,1±21 % del predicho.

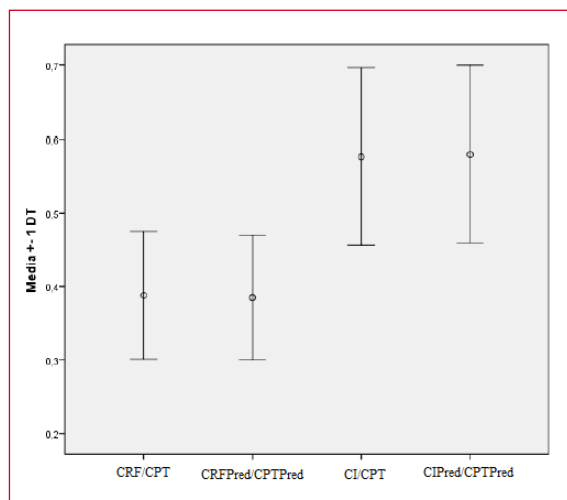
Existió gran variabilidad individual: CRF ajustada según Ppred 13,5 (6-31,2) ml/kg. CI según Ppred 25,8 (7,5-35,9) ml/kg.

Las proporciones entre CRF, CI y CPT fueron similares a los valores predichos (p=0,85) (Gráfico).

La correlación entre CRF y CI fue 0,81, R<sup>2</sup>=0,65 (p = 0,01). Línea de regresión para CRF y CI: CRF=CI\*0,571+130,031.

**Conclusión:** Los pacientes con SDRA tienen bajos volúmenes pulmonares, pero la proporción entre CRF, CI y CPT es similar a los valores predichos.

La medición de CI podría ser útil para estimar el volumen pulmonar en los pacientes con SDRA.



Variable	Valor medido	Valor predicho	P
CRF (ml) (media, DS)	966 (420)	2120 (420)	< 0,01
CI (ml) (media, DS)	1465,2 (594,1)	3230 (870)	< 0,01
CPT (ml) (media, DS)	2431,2 (965)	5350 (1170)	< 0,01
CRF/CPT	0,40 (0,06)	0,40 (0,06)	0,85
CI/CPT	0,60 (0,06)	0,60 (0,06)	0,85

## 0227 IMPORTANCIA DE LAS BASES DE DATOS MULTICÉNTRICAS EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA SATI-Q

A FERNANDEZ(1), SP GRUPO(2)

(1) Sati.gestion. (2) Sati.

**Introducción:** el ingreso en cuidados intensivos es un hecho infrecuente en pediatría. Cada unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) habitualmente ingresa un número restringido de pacientes con patologías relativamente infrecuentes por su diagnóstico o gravedad. Debido a lo expuesto es importante disponer de bases de datos multicéntrica como el programa de calidad SATI-Q pediátrico, auspiciado por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva desde el año 2005.

**Objetivo:** describir la epidemiología y evolución de los pacientes ingresados en las UCIP participantes del programa SATI-Q Pediátrico.

**Material y métodos:** análisis retrospectivo de base de datos SATI-Q pediátrica año 2005 a 2014. Descriptivo, observacional. Se incluyeron pacientes entre 1 mes y 191 meses de edad ingresados en las UCIP participantes. Se utilizó estadística descriptiva: media y desvío estándar (DS), mediana (rango), frecuencias (porcentajes) según se tratara de variables cuantitativas continuas, discretas o cualitativas.

**Resultados:** Durante los 10 años del programa SATI-Q, la mediana de UCIP participantes anuales fue 9(7-25). Ingresaron 24451 pacientes, registrándose datos de 253457 días/paciente de internación. El 59.23% de los pacientes eran de sexo masculino (14483/24451). La media de edad fue de 52,71 meses (DS: 56,61). La

mortalidad fue 9.77% (2390/24451) mientras que la mortalidad esperada por PIM2 fue 7.81%. La tasa de mortalidad estandarizada del periodo fue de 1.25. La estadía media fue 10.37 días (DS21.79). El principal motivo de ingreso fue respiratorio (5533/17812; 31%) seguido por ingreso postquirúrgico (4441/17812; 24,9%). El 17% de los pacientes ingresó por otros diagnósticos (3038/17812), el 12% (2150/17812) por causa externa, 11% (1942/17812) motivo neurológico y 4% (708/17812) cardiológico. Durante el periodo se registraron 132.867 días de Asistencia respiratoria mecánica (ARM) invasiva, 10.094 días de ARM no invasiva, 133.135 días de catéter venoso central (CVC) y 94.124 días de sonda vesical (SV). La tasa de utilización de ARM, CVC y SV fue 52.42%, 52.53% y 37.14% respectivamente. Las tasas de Neumonía asociada a ARM, infección asociada a CVC y Infección asociada a SV fueron 10.27%, 4,77% y 8.47% días de uso de dispositivo respectivamente. La tasa de reingresos fue 2.46% (601/24451)

**Conclusiones:** disponer de una base de datos multicéntrica aporta valiosa información para identificar tópicos de investigación relacionados con epidemiología de las enfermedades, estándares de calidad y seguridad del paciente que permitan optimizar la calidad de atención brindada en las UCIP.

## 0228 LEPTOSPIROSIS, UNA PATOLOGÍA SUBDIAGNOSTICADA A CONSIDERA EN NUESTRO MEDIO.

JC ESCARDO(1), MP VIDAL ARTETA(1), P BEVIONE(1), S MEREONGONE  
(1) Sanguinetti.

**Introducción:** Zoonosis mundialmente distribuida, predominante en países tropicales causada por bacterias espiriliformes. El litoral argentino, es la zona más afectada reportándose en 2015, 248 casos. Reviste gran importancia por su difusión y gravedad.

**Presentación de caso:** Paciente, 31 años, albañil, consulto por cuadro pseudogripal, mialgias, dificultad en la marcha y fiebre de 1 semana. Tratándose sintomáticamente con ibuprofeno. Al examen físico, lucido, febril, hemodinámica y ventilatoriamente estable, dolor a la palpación en miembros inferiores, ictericia y anasarca. Se constató insuficiencia hepática, renal y plaquetopenia. Se adjunta laboratorio. Ecografía: hepatomegalia moderada. Se sospecho el cuadro de leptospirosis por clínica y epidemiología. Se solicitaron serologías para Leptospiriosis, Hantavirus y Dengue, obteniéndose IgM positivo, MAT 1/200 para L. Castellionis, 1/1600 Caviola, 1/1600 Pomona y 1/3200 Harjo Se interpretó como Síndrome de Weil, se administró, doxiciclina y tratamiento de sostén. Evolucionó favorablemente sin requerimiento de diálisis ni ARM. Tras 15 días, se otorgo el alta.

**Discusión:** Prevalencia no estimada por falta de datos, reportándose 100.000 casos anuales. Según la Organización Panamericana de la Salud de 568 alertas entre 2007 y 2011, más de la mitad corresponden a América Latina.

Vasculitis generalizada. 90% variante leve y anictérica. 10% Síndrome de Weil. Caracterizado por ictericia, insuficiencia renal, diátesis hemorrágica y mortalidad elevada. Suele asociarse al serotipo icterohemorrhagiae/copenhageni. Bifásica, la primer fase, septicémica, 1 a 7 días inespecífica: fiebre, inyección conjuntival, eritema faríngeo, dolor muscular, y linfadenopatías. En 3 días la curva febril cede volviéndose asintomático hasta la fase inmune. De 1 a 30 o más días: falla hepática, ictericia, hepatoesplenomegalia, insuficiencia renal, lesión pulmonar, hemoptisis e insuficiencia respiratoria. También hemolisis, rhabdomiólisis, insuficiencia cardíaca congestiva, shock cardiogénico y meningitis.

Elevación de glóbulos blancos. Eritrosedimentación y creatinofosforinasa elevada. Proteinuria, piuria, cilindros granulares. Azoemia y creatinemia. Hiperbilirrubina a predominio directo. 40% aumento de transaminasas. Coagulopatía, alargamiento del tiempo de protrombina y plaquetopenia. La confirmación se realiza por Micro-Aglutinación (MAT), gold standard, o identificación de ADN por PCR.

Tratamiento de elección penicilina o tetraciclina, preferentemente doxiciclina.

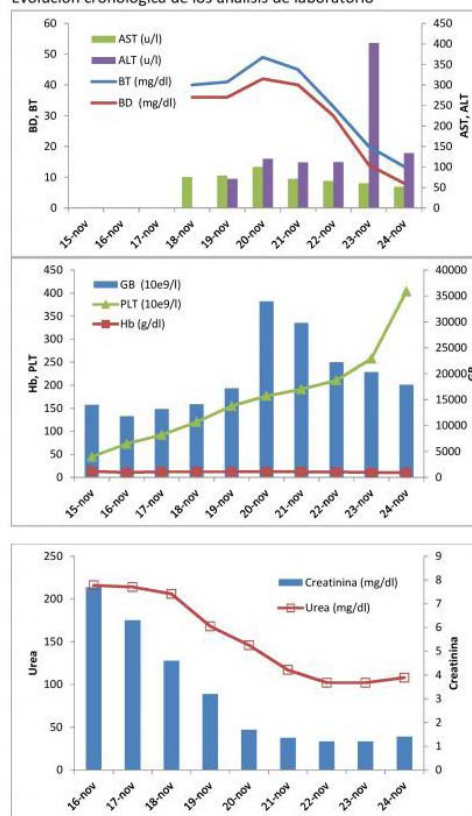
**Conclusiones:** Síndrome de Weil, mortalidad del 5 al 10%. Debe sospecharse y efectuarse diagnóstico diferencial: síndrome hemolítico urémico, vasculitis, fiebres hemorrágicas virales.

### PRUEBA DE MICROAGLUTINACION (MAT) CON ANTIGENOS VIVOS

SEROVAR	TITULO
CASTELLIONIS	1/200
CAVICOLA	1/1600
POMONA	1/1600
HARJO	1/3200

Se considera positiva una reacción de 1/50 o 2 o más antígenos presentes de leptospirosis

### Evolución cronológica de los análisis de laboratorio



## 0229 "MIDIENDO EL PULMÓN EN CANINOS". AJUSTANDO EL VOLUMEN CORRIENTE A LA CAPACIDAD INSPIRATORIA.

PA DONATI(1), E GOGNIAT(2), M MADORNO(3), JM GUEVARA(1), MDC LAVALLE(4), P SCORZA(5), G MAYER(2), J MORETTI(1), G BELERENIAN(6), A PINTO(1), E GUILLEMI(1)  
(1) Ucooop. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires.. (3) Instituto Tecnológico De Buenos Aires.. (4) Veterinaria Salvador Gabriel Benincasa. (5) Cevisur. (6) Instituto Luis Pasteur.

**Introducción:** Existe un rango muy amplio de volumen corriente (Vc) considerado como normal en la literatura veterinaria (5 - 20 ml/kg peso real). Debido a las grandes variaciones anatómicas observadas entre caninos se decidió investigar la relación entre Vc y capacidad inspiratoria (CI) como subrogante del tamaño pulmonar en esta especie.

**Objetivos:** Evaluar CI en perros sanos y enfermos y normalizarla a peso real.

Evaluar mecánica pulmonar mediante la construcción de la curva presión-volumen (P-V), y determinar: punto de inflexión superior de la vía aérea (PiflexSupAw) y transpulmonar (PiflexSupTP).



Programar Vc como porcentaje de CI, siguiendo rangos considerados normales en medicina humana, y evaluar impacto en PaCO<sub>2</sub> y en variables de mecánica estática.

**Materiales y métodos:** Primer etapa: se incluyeron 3 caninos sanos anestesiados en AVM pasiva, se les colocó balón esofágico, se construyó curva P-V, y se determinaron mediante análisis posterior PiflexSupAw y PiflexSupTP.

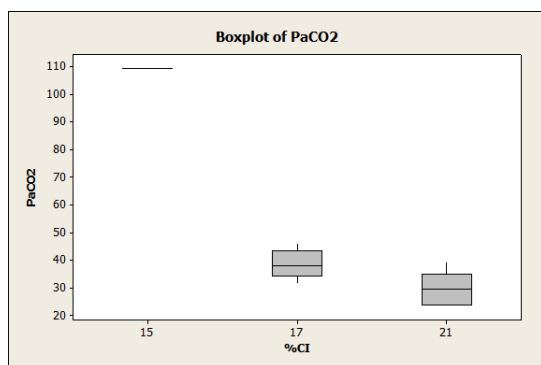
Segunda etapa: en 11 caninos sanos se midió CI y se la normalizó a peso real. Durante 10 min los animales fueron ventilados con la siguiente estrategia de selección de Vc: 15, 17 y 21 % de la CI. Se mantuvo la frecuencia respiratoria en un valor fijo considerada normal, y se aseguró la estabilidad hemodinámica y metabólica.

Tercer etapa: se utilizó dicha estrategia de selección de Vc en animales enfermos.

**Resultados:** La CI normalizada a peso real fue muy variable (Tabla 1). Entre los perros sanos se encontró un PiflexSupAw promedio de 31,93 cm/H<sub>2</sub>O, y un PiflexSupTP promedio de 15,4 cm/H<sub>2</sub>O.

El Vc con el que se lograron los mejores valores de PCO<sub>2</sub> correspondió al 17% de la CI (figura 1). La media del delta de presión generado por ese Vc en pacientes sanos fue de 9,2 cm/H<sub>2</sub>O.

**Conclusión:** En el presente trabajo se observó que la CI normalizada a peso real muestra una gran variación entre individuos. Programar Vc teniendo en cuenta la CI de cada animal muestra ser una herramienta segura a la hora de programar el ventilador tanto en perros sanos como enfermos.



	Peso (kg)	Capac. Insp. (ml)	Capac. Insp. (ml/kg)	Vc (ml)	Vc (%Cap. Insp.)	Vc (ml/kg)
Paciente 1	8.7	580	66.66	90	15%	10.34
Paciente 2	26	1960	75.38	330	17%	12.69
Paciente 3	5	490	98	80	17%	16
Paciente 4	8	540	67.5	90	17%	11.25
Paciente 5	13	850	65.38	150	17%	11.53
Paciente 6	20	1880	94	320	17%	16
Paciente 7	7	550	78.57	110	21%	15.71
Paciente 8	15	2000	133.33	420	21%	28
Paciente 9	10	730	73	150	21%	15
Paciente 10	35	2520	72	530	21%	15.14
Paciente 11	4	320	80	70	21%	17.5
Media	13.8	1129.1	82.2	212.7	18.6%	15.4
Desvío estándar	9.7	789.4	20.0	159.8	2.3%	4.8

Tabla 1. Parámetros relacionados a capacidad inspiratoria y VC registrados en los caninos durante la Etapa 2.

Parámetros ventilatorios	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Media	Desvío estándar
Ppico (cm/H <sub>2</sub> O)	8	9	9	12	8	9,2	1,6
Pplateau (cm/H <sub>2</sub> O)	7	9	8	11	8	8,6	1,5
Pesof (cm/H <sub>2</sub> O)	2,72	5,44	1,36	-	1,36	2,7	1,9
PTP fin Insp. (cm/H <sub>2</sub> O)	4,3	3,56	6,6	-	6,64	5,3	1,6
Vc (ml)	150	330	80	320	90	194,0	122,6
Vc (ml/kg)	11,53	12,59	16	16	11,25	13,5	2,4

Tabla 2. Parámetros ventilatorios en caninos del Grupo 2 (17 % de la CI).

### 0231 TRAQUEOSTOMIA PERCUTÁNEA VERSUS TRAQUEOSTOMIA QUIRÚRGICA. NUESTRA EXPERIENCIA

A GONZÁLEZ FLOREZ(1), F LASCAR(1), MS RAÑA(1), F BALLESTERO(1), S CHAPELA(1), E SOLOAGA(1), M BLASCO(1), J CHERTCOFF(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** La técnica percutánea se ha impuesto por sobre la quirúrgica para la realización de la traqueostomía en terapia intensiva, debido a la posibilidad de efectuarla en la cama del paciente, mas precozmente, no necesitar quirófano ni personal altamente entrenado, disminución de las complicaciones y de los costos. La utilización de la ecografía y la fibrobroncoscopia para guiar el procedimiento incrementa la seguridad del mismo. En nuestro centro hasta el año 2013 la traqueostomía era efectuada quirúrgicamente, a partir del año 2014 se implementa la técnica percutánea con guía fibrobroncoscópica.

**Objetivo:** comparar los resultados, complicaciones inmediatas y costos de la traqueostomía percutánea versus la traqueostomía quirúrgica en nuestra unidad de terapia intensiva.

**Material y método:** Se analizaron en forma retrospectiva las traqueostomías realizadas quirúrgicamente durante el año 2013 y las efectuadas por vía percutánea en el año 2014. Se comparó datos demográficos de la población, tiempo de asistencia respiratoria mecánica (ARM) al momento de realizarse la traqueostomía, tiempo total de ARM, mortalidad y costos del procedimiento. Se utilizó test de Student para datos cuantitativos, Chi cuadrado para datos cualitativos.

**Resultados:** en el año 2013 se efectuaron 46 traqueostomías quirúrgicas, en año 2014 se efectuaron 30 traqueostomías percutáneas, ambos grupos fueron similares en edad ( $65,7 \pm 14,1$  vs  $63,3 \pm 15,7$  p=0,5075), sexo masculino (58% vs 60% p=0,9100), APACHE II ( $17,2 \pm 7,6$  vs  $16,1 \pm 5,8$  p=0,1222), día de realización de la traqueostomía ( $11,9 \pm 5,1$  vs  $11,4 \pm 5,4$  p=0,7781) días de ARM ( $25,9 \pm 11,8$  vs  $24,4 \pm 12,9$  p=0,5757), días de internación en terapia intensiva ( $32,9 \pm 13,5$  vs  $32,5 \pm 14,9$  p=0,5379) y mortalidad (17% vs 20,6% p=0,7549). El costo promedio de la traqueostomía quirúrgica fue de \$10133 y de la percutánea \$ 5450. No se registraron complicaciones importantes en el grupo traqueostomía quirúrgica, una traqueostomía percutánea debió ser rehecha.

**Conclusiones:** El cambio de la técnica quirúrgica por la percutánea, no significó diferencias en el tiempo de la realización de la traqueostomía, ni en la duración de la ARM, días de internación en terapia intensiva o mortalidad, tampoco en la incidencia de complicaciones, sí una disminución del costo del procedimiento.

### 0233 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD: "DEMORA" AL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y "DEMORA" DE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL.

M LUGARO(1), H QUINTELA(1), C PEREYRA(1), L BENITO MORI(1), P SCHOON(1)

(1) Higa Dr. Luis Güemes.

**Introducción:** La disponibilidad de camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un recurso limitado, como consecuencia, los pacientes permanecen en otros sectores hasta que puedan ser admitidos. El objetivo es evaluar si la demora de ingreso a UCI (DeUCI) y la demora de la intubación orotraqueal (DeIOT) influyen en la evolución de los pacientes con Neumonía Grave de la Comunidad (NACG).

**Metodología:** Sobre una base de datos de UCI cargada de manera prospectiva desde el 20/12/2009 al 05/05/2014 se analizan los pacientes ingresados con NACG que requirieron IOT. Se define como DeUCI a la permanencia fuera de la UCI igual o mayor de 24hs de un paciente con criterios de ingreso a la misma y DeIOT a pacientes con NACG y retraso de IOT mayor a 48hs desde el ingreso hospitalario.

**Resultados:** En el período ingresaron 1875 pacientes de los mismos se identificaron 67 NACG, de los cuales 49 requirieron IOT.



	Total 49 pts	DeUCI 20 pts	p valor	DeIOT 18 pts	p valor
Sex Mas	35 (71)	16 (80)	NS	13 (72)	NS
Edad (media)	56±18	53±18	NS	55±19	NS
HTA	14 (28)	3 (15)	NS	4 (22)	NS
EPOC	11 (22)	2 (10)	NS	2 (11)	NS
ASMA	5 (10)	2 (10)	NS	1 (5)	NS
DBT	6 (12)	2 (10)	NS	2 (11)	NS
HIV/INM	7 (14)	6 (30)	0.009	5 (27)	0.04
CURB65≥3	43 (88)	18 (90)	NS	16 (89)	NS
APACHE (media)	22±7	22±7	NS	21±6	NS
APACHE≥25	21 (48)	7 (35)	NS	6 (33)	NS
SDRA	26 (53)	13 (65)	NS	12 (66)	NS
Neumotórax	5 (10)	3 (15)	NS	3 (17)	NS
Empiema	2 (4)	1 (5)	NS	1 (5)	NS
NAVM	8 (16)	5 (25)	NS	4 (22)	NS
Shock	47 (95)	18 (90)	NS	16 (89)	NS
Rx Bilateral	26 (51)	13 (65)	NS	12 (66)	NS
Rx >1 cuadrante	26 (53)	14 (70)	0.018	13 (72)	0.032
Días UCI (mediana)	9 (1-67)	10 (1-36)	NS	10 (1-36)	NS
Rescate Germen	23 (47)	8 (40)	NS	5 (28)	0.041
Óbito	26 (53)	16 (80)	0.002	14 (77)	0.008

Inmunocomprometidos/HIV	HIV previos	HIV diagnosticado en UCI	Uso de corticoides por colagenopatía
7	2	4	1

Los grupos de DeUCI y DeIOT solo se diferenciaron del grupo general en el mayor número de HIV/Inmunocompromiso (la mayoría de HIV diagnosticados en la UCI) y el compromiso >1 cuadrante en RxTx, sin diferencias en predictores como factores de riesgo previos al ingreso, APACHE, CURB65, complicaciones de la NACG y días de UCI. En relación a la etiología el rescate promedio fue 47%, siendo los gérmenes más habituales el *S.pneumoniae* (5) y el *Staphylococcus aureus* (5).

**Conclusión:** En nuestro estudio, la DeUCI y la DeIOT fueron factores de riesgo de mortalidad. Es prioritario incrementar la disponibilidad de camas en UCI para no acrecentar la morbimortalidad como así también tener pautas de alarma claras para no retrasar la IOT en la NACG.

#### 0234 EXPERIENCIA CON PACIENTES QUEMADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DE 2014 A MAYO DE 2015

R MENENDEZ(1), A MURATURE(2), R GARCIA TUIELLA(3), A GRACIELA(3)

(1) Italiano Garibaldi (rosario). (2) Italiano Garibaldi De Rosario. (3) Italiano Garibaldi De Rosario- Lunir.

**Resumen:** Nuestro objetivo es comparar la experiencia en morbimortalidad en el Área de Quemados, incluida en el Servicio de Terapia Intensiva de adultos, de nuestro nosocomio; con la indicada en la literatura. Para el mismo se tendrá en cuenta la población con motivo de ingreso al Área de Cuidados Intensivos, con diagnóstico de Quemado, comprendida en el periodo de doce meses, abarcando desde Mayo de 2014 a Mayo de 2015. El Servicio de Quemados inició sus actividades, dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos en

el año 2014, siendo esta la primera experiencia en el control y tratamiento de dichos pacientes, por parte del personal de la misma.

**Hipotesis:** Si la morbimortalidad de nuestro Servicio de Quemados se ajusta a los estándares de la literatura, entonces nuestros estudios estadísticos serán iguales a la morbimortalidad indicada en la literatura.

#### 0235 ESTUDIO COMPARATIVO PARA VALORAR LA UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA Y LA PROTEÍNA C REACTIVA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA SEPSIS DE ETIOLOGÍA BACTERIANA

J DESSE(1), FN ORELLANA(2), P OKURSATI(2), A CASTRO(2), P FONTENLA(2), M MEDINA(2)

(1) San Juan De Dios. (2) Casa Hospital San Juan De Dios.

La sepsis es una de las principales causas de mortalidad en pacientes críticos. El tratamiento eficaz se basa en el correcto y oportuno diagnóstico, pero existen múltiples inconvenientes para llegar a establecerlo. El aislamiento del agente etiológico no se logra realizar en un gran porcentaje de situaciones. Los exámenes de biomarcadores o reactivantes de fase aguda cobran importancia en la desición de la instauración de la antibioticoterapia.

**Objetivo:** Evaluar el valor predictivo positivo de la procalcitonina (PCT) en relación a la proteína C reactiva (PCR) en el diagnóstico precoz de sepsis en pacientes hospitalizados que requieren antibioticoterapia.

**Metodología:** Modelo prospectivo, observacional, en los servicios de Clínica Médica y Cuidados Intensivos, entre los meses de abril y agosto del año 2014. Se realizó una estadística descriptiva para variables cuantitativas a través de Media y desvío estándar, percentiles o media y error estándar o IC 95% para los resultados. Regresión lineal simple para mediciones de PCT/PCR por paciente. Se tomó como una P significativa, un valor menor a 0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 147 pacientes que se estudiaron 50,3% hombres y 49,7% mujeres. Edad media 63,6 años (femenino), 67,6 años (masculino). Los diagnósticos de ingreso al estudio: neumonía (36,1%), infección urinaria (22,4%) infección de piel y partes blandas (13,6%). En el 64,8% no se obtuvieron aislamientos, en el 33,3% un germen y en 1,9% dos gérmenes. Gram negativos (61,2%), Gram positivos (35,4). Según tipo de cultivos: hemocultivos positivos (10%), bal (1,4%), ósea (2%), partes blandas (4,8%), abdominal (1,4%). Neumonía (13%), biliar (35%), abdominal (70%), biliar (28%). En el análisis mediante regresión lineal de los valores de procalcitonina al tiempo 0 y a las 6 horas se evidencia una correlación lineal positiva entre las variables (p:0,01). C. En el análisis mediante regresión lineal de los valores de Procalcitonina, Proteína C reactiva tomados previo al inicio de antibiótico terapia, no se evidencia correlación 0.01). La relación de segundas muestras tomadas 6-8 horas posterior al inicio de antibioticoterapia no se evidencia una correlación lineal (p:0,086).

**Conclusión:** no se demostro la utilidad de un biomarcador sobre el otro por lo cual la eleccion de los mismos es indistina al momento de su disponibilidad.

#### 0236 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO A 30 MESES

I CHIAVARO(1), A CURA(1), W TOZZI(1), M VILLARRUEL(1), G MUHAFARA(1), L FINN(1), L AREAS(1), P PROS(1), G PAZ(1), C GROSSI(1), M FERRERO(1), G BATAGLIA(1), S VIRGILIO(1), L GAREGNANI(1), N NOVO(1), TUYA

(1) Hospital General De Agudos "parmenio T. Piñero".

**Introducción:** la ventilación mecánica invasiva (VMI) es uno de los procedimientos más comunes en el manejo del paciente crítico. Sin embargo, se desconocen las características y factores que intervienen en la evolución de los pacientes sometidos a VMI en nuestro país.

**Objetivo:** describir las características epidemiológicas, prevalencia y variables que influyen en la evolución de los pacientes mayores de 18 años que requieren VMI por más de 12 horas en una unidad de terapia intensiva (UTI) polivalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

**Materiales y método:** estudio descriptivo longitudinal prospectivo, desde 01/07/2012 al 31/12/2014. Los pacientes incluidos fueron  $\geq 18$  años y recibieron VMI >12 hs. Las variables principales fueron: edad, sexo, APACHE II, días y motivos de VMI, interurrencias, tipo de weaning, tipo de extubación, traqueostomía, estadía y mortalidad en UTI.

**Resultados:** el 55,88% de los pacientes ingresados a la UTI requirieron VMI (328/587), los cuales presentaron una mediana de edad de 54 (Rmin-Rmax 18-95), siendo el 61,58% hombres, con una media de APACHE II al ingreso de 17,70 (DS $\pm$  7,48). Los principales motivos de VMI fueron insuficiencia respiratoria aguda (70,73%) y coma (23,17%). Dentro de las interurrencias analizadas, la principal fue delirio (22,87%), seguida de neumonía asociada a la ventilación mecánica (21,65%) y polineuropatía del paciente crítico (17,38%). La mediana de días de VMI fue de 7 (RIQ 2-15). La prevalencia de weaning fue de 57,62% (simple: 41,80%, dificultoso: 26,46% y prolongado: 31,75%). La mediana de días weaning y de días previos al mismo fue de 3 (RIQ 1-7,5) y 3 (RIQ 1-6) días respectivamente. Las tasas de extubación deseada y reintubación fueron de 92,35% (169/183) y 24,26% (41/169) respectivamente. La prevalencia de traqueostomía fue 27,13%. La estadía en UTI y hospitalaria presentaron una mediana de 9,5 (RIQ 4-19) y 19 (RIQ 8-41) respectivamente. La mortalidad en UTI fue de 42,27%.

**Conclusión:** el presente estudio nos permitió conocer el perfil epidemiológico y la evolución de los pacientes que requirieron VMI en un Hospital General de Agudos de la C.A.B.A. A partir del desarrollo del mismo han surgido interrogantes los cuales son el comienzo de futuras investigaciones.

### 0237 FRECUENCIA DE INFECCIONES FÚNGICAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL IPS

A TORRES(1), L OJEDA(1)  
(1) Ips.

**Introducción:** Las infecciones fúngicas pueden causar un gran número de entidades clínicas, aumentando la morbimortalidad en pacientes críticos.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de infecciones fúngicas encontradas en pacientes de la Unidad de Terapia del HCIPS desde Enero a Diciembre de 2013.

**Metodología:** Estudio retrospectivo observacional y de corte transversal.

**Resultados:** de 1142 pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva durante el periodo de estudio, se analizaron 124 pacientes, siendo la frecuencia de infecciones fúngicas encontradas del 10,85%. El sexo femenino presentó una cantidad mayor de pacientes con relación al masculino de 64 (52%) pacientes. Las edades de mayor rango se registraron entre los 71 a 80 años conformado por 26 pacientes (21%). Se obtuvo una predominancia de casos procedentes de Asunción en 36 pacientes (29%). En 49 pacientes (40%) Candida Albicans como el germen de mayor afección. La terapia utilizada en el 100% de los casos fue Fluconazol. Con relación a las muestras el urocultivo fue el de mayor porcentaje en 72 (58%) casos analizados.

**Conclusión:** La frecuencia de infecciones fúngicas encontradas en pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central durante el periodo comprendido entre Enero a Diciembre de 2013, fue del 10,85%. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron Candida Albicans, seguido de Candida Tropicalis, única terapéutica fue Fluconazol. El sexo femenino fue el predominante y las edades de mayor rango se registraron entre los 71 a 80 años, mayoría de Asunción.

**Palabras Clave:** Candidiasis, Morbimortalidad, Antifúngicos.

### 0238 ENFERMEDAD DE FABRY

BE ABRAMOR(1), BE ABRAMOR(2), MC CARCEDO(2), M GINI(3), R GARCIA TURIELLA(2), R GUIDI(3), G ARANA(2), D BOLZICO(4)

(1) Hospital Italiano Garibaldi De Rosario. (2) Italiano Garibaldi-iunir. (3) Italiano Garibaldi. (4) Lunir.

Paciente masculino de 30 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, que es derivado por servicio de emergencias médicas, por cuadro de hemiparesia facio-braquio-crural derecha y disartria de 12 hs de evolución. Se interna en unidad de terapia intensiva, se realiza tac de craneo, donde se evidencia isquemia en brazo posterior de la capsula interna izquierda. Es evaluado por servicio de neurología. Se interconsulta a servicio de nefrología a causa de proteinuria y sospecha de enfermedad de Fabry, debido a la presentación de acv y proteinuria en paciente joven y sin antecedentes previos. Se toman muestras sanguíneas para realizar diagnóstico por medio de detección de déficit enzimático de alfa-galactosidasa en plasma, leucositos o fibroblastos cultivados. Se inicia tratamiento con terapia de reemplazo enzimático ya que poseía dos criterios mayores para iniciarlo.

El desafío del médico de cuidados intensivos es diagnosticar y tratar la enfermedad en paciente jóvenes, sin antecedentes previos, que ingresen por cuadros de acv, dolor neuropático grave, IAM, arritmia, proteinuria o insuficiencia renal crónica.

Enfermedad de Fabry: (Grupo argentino de diagnóstico y tratamiento de enfermedad de Fabry.) Es una enfermedad de "deposito" secundaria al déficit enzimático de alfa-galactosidasa que conlleva a un almacenamiento lisosomal de globotriosilceramida. Esta presenta una transmisión ligada al sexo (cromosoma X). La falla renal es la principal causa de muerte seguida por insuficiencia cardíaca y acv. El diagnóstico definitivo de Enfermedad de Fabry se basa en la demostración de la deficiencia o ausencia en la actividad de alfa-galactosidasa A (EC 3.2.1.22) en plasma, leucocitos o fibroblastos cultivados (métodos clásicos). Actualmente en Argentina contamos con la posibilidad de realizar búsqueda de las mutaciones genéticas por medio del estudio molecular. Actualmente se cuenta con el diagnóstico enzimático en gotas de sangre en papel de filtro. Esta nueva metodología posibilita el envío de muestras a distancia, el diagnóstico retrospectivo y el tamizaje poblacional. El dosaje del glicosfingolípido G13 acumulado en distintos tejidos y fluidos se considera un marcador biológico útil para seguir la progresión de la enfermedad o evaluar la respuesta al tratamiento. El tratamiento se realiza con Agalsidasa Alfa a dosis de 0.2mg/kg. Agalsidasa Beta a dosis de 1mg/kg.

### 0239 FACTORES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS RELACIONADOS A LA MORTALIDAD EN PACIENTES POST OPERADOS DE CIRUGÍAS ABDOMINALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Z ARANDA SCARPELLINI(1), M PORTO VARELA(1), C ORTIZ(1), G GAMARRA DE FLEITAS(1), A MONTIEL ROA(1)

(1) Instituto De Previsión Social.

Los ingresos quirúrgicos a Cuidados Intensivos son debidos a cirugías de urgencias o programadas, relacionadas a diferentes patologías. Según la literatura internacional existen varios factores que influyen en la mortalidad inherentes a los mismos y relacionados al acto quirúrgico.

**Objetivo Principal:** evaluar la morbilidad y mortalidad de pacientes quirúrgicos en Cuidados Intensivos.

**Material y Métodos:** evaluación descriptiva, retrospectiva de corte transversal desde enero a diciembre de 2014. Variables estudiadas: edad, sexo, comorbilidades, tipo de cirugía, cirugías urgentes o programadas, necesidad de re intervenciones, APACHE II, SOFA, albuminemia, requerimiento de inotrópicos, internación y mortalidad.

**Resultados:** Fueron evaluados 132 pacientes evaluados, mayoritariamente hombres (63.6%). 81.8%(n=108) presento comorbilidad

## ■ Resúmenes

des, especialmente Hipertensión (36.3%) (n=48). El promedio de edad fue de 43,3 años, la moda 41 años con un máximo de 65 y mínimo 23. Fueron operados de urgencia 81,81% siendo las demás cirugías electivas. Cirugías por Abdomen Agudo Quirúrgico de tipo Oclusivo en 35,55% luego las de traumatismos abdominales en 24,24% seguidos de Peritonitis de origen apendicular 18,21 y Hemorragia digestiva alta en 12,12%. Fueron re intervenidos 27,27% de los pacientes.

El mayor SOFA fue de 23 y mínimo de 0, promedio de 10. El SOFA máximo de 9 – 12 en 51,51%, de 5 a 8 en 35% de los pacientes, 13 a 16 en 25% de los pacientes, el SOFA al alta fue de 0 – 4 en 45,45% con una media de 3 en los pacientes, la PAFI superior a 300 se registró en 69,69%. Requirió inotrópicos 36,36%, la albuminemia osciló entre 2 – 2,5 mg/dl en 38,18% con un promedio de albumina de 2,3 mg/dl, valores máximos de 3,8 mg/dl y mínimo de 1,5 mg/dl. El mínimo valor de glóbulos blancos fue de 2000 y el máximo de 36000, con valores de Glóbulos blancos entre 5000 y 10000 en 39,39% del total de pacientes. Fueron traqueostomizados 12,12%. El promedio de internación fue de 6,3 días. La mortalidad de 30,3%.

**Conclusión:** la mortalidad de pacientes ingresados en la UCI por cirugías abdominales está influenciada de forma significativa parámetros de severidad encontrados al ingreso y complicaciones quirúrgicas que llevan a re intervención.

**Palabras Clave:** Cirugía Abdominal, Mortalidad, Cuidados Intensivos.

#### 0240 ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN NIÑOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA ADMITIDOS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

P REYES(1), S TORRES(1), P LONGO(1), A SIABA(1), G KUSMINSKY(1), T IOLSTER(1)

(1) Universitario Austral.

**Introducción:** El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un tratamiento potencialmente curativo para una variedad de patologías, tanto oncológicas como no oncológicas. El ingreso a UCIP de esta población centrado en factores predictores de morbilidad y supervivencia continúa siendo controversial.

**Objetivos:** Analizar factores predictivos de morbilidad y supervivencia de pacientes trasplantados de medula ósea pediátricos admitidos en UCIP.

**Diseño:** Análisis de una cohorte retrospectiva.

**Material y Métodos:** Revisión y análisis retrospectivos de historias clínicas computarizadas de una población de niños y adolescentes trasplantados de células hematopoyéticas desde 01/01/2003 al 31/12/2014 admitidos en la UCIP en el Hospital Universitario Austral.

**Resultados:** Sobre 131 trasplantes de medula ósea (126 pacientes), 53 pacientes ingresaron a UCIP (22 niñas y 31 niños). Tipo de trasplante: 31 alogénicos no relacionados, 17 alogénicos relacionados y 5 autólogos. La mediana de edad fue de 11 años. La mortalidad global fue de 43.39% (n=23). La causa más frecuente de admisión fue sepsis 70% (n=37) con rescate de germen en 29 oportunidades. 21(40%) pacientes tuvieron falla respiratoria aguda y 18 de ellos requirieron asistencia con presión positiva, siendo 12 con VNI y 9 con ventilación invasiva. 6 pacientes tuvieron afectación neurológica. Tras el análisis Univariado, el tipo de trasplante (no relacionado), enfermedad de base (maligna vs no maligna), neutropenia febril, infección por citomegalovirus, falla multiorgánica, insuficiencia respiratoria, enfermedad injerto contra huésped (EICH), y desnutrición previa al trasplante se asociaron a mayor mortalidad.

Tras el análisis Multivariado de Regresión Logística las variables EICH (OR 1,92, IC 95%: 1.46 a 2,53) Tipo de trasplante no relacionado (OR 1.23, IC95% 1.18 a 1.69) y desnutrición previa (OR: 1.34, IC95% 1.078-2.74) se asociaron de manera estadísticamente significativa a mortalidad.

El análisis global de sobrevida al año del trasplante de la población que ingreso a UCIP (n = 53) fue del 56.66 % (60% para autólogos y 56.25 % para alogénicos, p=0.12)

**Conclusiones:** El TPH en niños implica complicaciones potencialmente mortales que requieren cuidados críticos. La EICH, el trasplante no relacionado y desnutrición previa son predictores de mortalidad. Es recomendable que el equipo de salud tratante tenga entrenamiento en cuidados intensivos o fácil acceso a los mismos para el tratamiento precoz.

#### 0241 CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA, CLINICA Y QUIRURGICA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Z ARANDA SCARPELLINI(1), M PORTO VARELA(1), C ORTIZ(1), A MONTIEL ROA(1), A MOLINAS(1)

(1) Instituto De Previsión Social.

**Introducción:** La pancreatitis aguda constituye un proceso inflamatorio del páncreas que conlleva un compromiso local y sistémico pudiendo producir disfunción multiorgánica y la muerte del paciente en algunos casos.

**Objetivo:** Describir los hallazgos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y evolución de los pacientes en nuestra unidad y compararlos con estándares internacionales de manejo.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva, descriptiva de corte transversal de los casos de pancreatitis aguda manejados en Unidad de Cuidados Intensivos.

**Resultados:** Se hospitalizaron 35 pacientes con PA, 21 tuvieron PA Grave (PAG) y 14 tuvieron PA Leve (PAL). La el rango de edad más frecuente fue de 40 – 50 años en 60%, siendo más frecuentes en el sexo femenino en 80 % de los pacientes. La etiología predominante fue biliar con 28 casos (80%). El 80% tuvo dolor abdominal estando en 48% asociado a náuseas y vómitos. Presentaron comorbilidades todos los pacientes predominando la Hipertensión Arterial en 60% de los mismos. El SOFA de ingreso predominante fue de 9 – 12 en 60%. El SOFA máximo fue de 6 – 10 en 60% de los pacientes. La mayor parte de los pacientes tuvieron una internación entre 10 a 20 días en el 60%. La albuminemia de 2 – 2m5 mg/dl predominó en 60%, la PAFI menor a 100 se registró en 60% del total. El rango de bicarbonato fue de 9 – 12 en 60%. La Tomografía contrastada fue realizada a 26 pacientes, el Índice de Severidad Tomográfica promedio fue 5,6 puntos (0-10 puntos). Se identificó necrosis pancreática infectada como complicación quirúrgica en 20% de los pacientes. Se registró Neumonía Asociada a Ventilación en 40% de los internados e Insuficiencia Renal Aguda en 60%. Fueron sometidos a necrosectomía 20% del total. La mortalidad fue de 40%. La estancia hospitalaria en UCI fueron de 7,1 ± 3 días.

**Conclusión:** Los casos de pancreatitis aguda grave requieren en su mayoría un soporte intensivo, pudiendo estar estas acompañadas de complicaciones clínicas y quirúrgicas. Esta gravedad se asocia a compromiso local y sistémico aumentando de manera importante la morbilidad y mortalidad de los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos.

#### 0243 REPORTE DE UN CASO DE FISTULA CAROTIDO CAVERNOSA DE ALTO FLUJO DE ORIGEN ESPONTANEO

MI BLANCHET(1), MB FERNANDEZ(1), CM NORIEGA(1), HD LLANOS(2)

(1) San Luis. (2) De La Villa.

**Introducción:** La fístula carótido cavernosa directa es una comunicación anómala entre la arteria carótida interna y seno cavernoso. La etiología más frecuente es por traumatismo o rotura de aneurisma y menos frecuente es la aparición espontánea que afecta generalmente a mujeres de edad avanzada.

**Objetivo:** Presentar un caso de fístula carótido - cavernosa directa de alto flujo de aparición espontánea.

**Caso:** Paciente de sexo femenino, 77 años, con hipertensión arterial, que consulta por cefalea súbita intensa fronto-ocular derecha. Ojo derecho con mirada fija, ptosis palpebral, inyección conjuntiva

val, oftalmoplejía, glaucoma y soplo orbitario. Náuseas, vómitos y Glasgow 15/15. **TAC de cerebro:** sin alteraciones. **Ecodoppler ocular derecho:** dilatación de vena oftálmica superior con inversión de flujo y vasos arteriales normales. **Angiografía cerebral:** fistula carótido-cavernosa directa de alto flujo y ausencia de aneurisma. Se realizó tratamiento endovascular vía arterial sin éxito por lo que deberá realizarse abordaje por vena oftálmica.

**Discusión:** El drenaje anterior de la fistula hacia la vena oftálmica produce la sintomatología ocular y soplo orbitario. El drenaje posterior hacia senos cavernosos causa oftalmoplejía por afectación del nervio motor ocular común (III par), patético (IV par) y motor ocular externo (VI par). El dolor retroorbitario es por afectación de la primera rama del nervio trigémino (V par). El tratamiento principal es endovascular con oclusión de la fistula vía arterial a través del seno cavernoso y cuando este no es posible por alteraciones anatómicas, la segunda opción es por cateterización retrograda de la vena oftálmica superior.

**Conclusión:** La fistula carótido cavernosa es una entidad poco habitual que debe ser sospechada ante una consulta por cefalea y múltiples manifestaciones oculares. Realizar los estudios necesarios para confirmar el diagnóstico y proceder al tratamiento oportuno podrá evitar la amaurosis así como las complicaciones intracraneales.

#### 0244 ESTUDIO DE CALIDAD EN LA UCI -PRIMERA ETAPA. EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN PACIENTES CRITICOS: INCIDENCIA, FACTORES RELACIONADOS Y COMPLICACIONES.

A PASARELLI(1), J CONDE(1), F ROJAS(1), F CAMINOS(1), N ZULJEVIC(1), F FERNÁNDEZ GARCÍA(1), A CARRERAS(1), L MILANESIO(1), W DÁVALOS(1), F IGLESIAS(1), M SIMIONATO(1), A PORCEL(1), MC BUSTAMANTE(1), E VALGOLIO(1), G SÁENZ(1), S CARINO(1), MC MARCHENA(1), AL GONZÁLEZ(1), L TUMINO(1), C LOUDET(1), R REINA(1), E ESTENSSORO(1)  
(1) San Martín De La Plata.

**Introducción:** La extubación no programada (ENP) es considerada un indicador de seguridad relevante. Se asocia con alta tasa de reintubaciones y aumento de morbi-mortalidad. Como parte de un ciclo de mejora de calidad en nuestra UCI, se estableció una primera etapa de diagnóstico de situación de ENP.

**Objetivos:** Describir la tasa, factores asociados y complicaciones de la ENP.

**Métodos:** Serie de casos prospectiva en UCI médico-quirúrgica de 14 camas de un hospital escuela; período mayo/2013-abril/2015. Registros: datos epidemiológicos de pacientes con VM y tubo orotraqueal(TOT), relación enfermero/paciente, TISS28 y NAS score. Tasa de ENP= N° ENP/N° total días VM x1000. ENP incluye: autoextubación, accidental (desplazamiento o salida de TOT por terceros), obstrucción, rotura del balón. Factores asociados: material de fijación/posición del TOT, sedo-analgésia(RASS score), contención física, contexto (VM/destete) y consecuencias: reintubación, ninguna, ventilación espontánea, desaturación, desreclutamiento, atelectasia, PCR/óbito. Datos reportados como promedio±DS, mediana[p25-75], o N°(%).

**Resultados:** Ingresaron 653 pacientes, 376(58%) requirieron VM (4061 días de VM por TOT). Registrados 134 ENP (101 pacientes), tasa: 33 ENP/1000 días-VM. Características: Edad 39±18, APACHEII 16±6, SOFA24 7[4-9], Shock ingreso:49%, politraumatismo:24%, TEC grave25%; días-VM 22[8-38], días-UCI 24[8-41], mortalidad35%. Relación enfermero/paciente:1/2.8, TISS 28:29±6, NAS:39±8.

En Tabla 1: Factores asociados a ENP y consecuencias.

**Conclusiones:** Se observó una elevada tasa de ENP (referencia 15/1000 días-VM, SEMICYUC) con alto requerimiento de reintubación, reflejando problemas relacionados al cuidado de los TOT y a las características de los pacientes. Concluida la primera fase diagnóstica, una intervención educativa de calidad focalizando en los problemas detectados, permitirá una reducción de la tasa de ENP.

TABLA 1  
Factores asociados y consecuencias de Extubaciones no programadas

	AUTOEXTUBACIÓN (N=29)	DESPLAZADO (N=28)	OCCLUSIÓN (N= 53)	BALÓN ROTO (N= 24)
Posición Central TOT	14 (48)	13 (46)	14 (25)	12 (50)
Posición lateral TOT	15 (52)	15 (54)	39 (75)	12 (50)
Fijación venda	26 (90)	23 (82)	45 (85)	19 (79)
Fijación cinta	3 (10)	5 (18)	8 (15)	5 (21)
RASS	2 [0-3]	0[-3 a 1]	-2[0 a -4]	-3[0 a -4]
Contención física	20 (69)	20 (71)	28 (53)	13 (54)
VM	19 (66)	23 (82)	53 (100)	24 (0)
Destete	10 (34)	5 (18)	0 (0)	0 (0)
Reintubación	26 (90)	28(100)	49 (92)	23 (96)
<b>CONSECUENCIAS</b>				
Ninguna	9 (31)	19 (68)	23 (43)	12 (50)
Respiración espontánea	3 (10)	0 (0)	4 (8)	1 (4)
Desaturación	14 (48)	7 (25)	18 (34)	4 (17)
Desreclutamiento	1 (3)	0 (0)	4 (8)	6 (25)
Atelectasia	2 (7)	2 (7)	2 (3.5)	0 (0)
PCR/Óbito	0 (0)	0 (0)	2 (3.5)	1 (4)

Datos presentados como media ±DS, mediana [p25-75] o N (%)

#### 0245 SÍNDROME HEMOFAGOCITICO: PENSARLO PARA DIAGNOSTICARLO. EXPERIENCIA EN 2 CASOS

J ARANDA(1), P MEDICI(1), P SABANDO(1), A MANOLIO(1), A CARRANO(1), E IACULLO(1)  
(1) Hiemi.

**Introducción:** El síndrome hemofagocítico (SHM) es una enfermedad poco conocida, infrecuente y que puede ser letal.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos. Consideramos fundamental descartar este síndrome ante un niño con fiebre y esplenomegalia, realizando los exámenes complementarios dirigidos a su diagnóstico precoz.

##### Caso 1

Paciente de 11 años que ingresa por fiebre de 15 días de evolución con neumonía izquierda y exantema. A las 24 hs desarrolla empiema pleural con empeoramiento de su dificultad respiratoria y es admitida al servicio de UTIP para monitoreo. Persiste con dificultad respiratoria y a las 48hs requiere arm por distress respiratorio y shock séptico.

Servicio de hematología realiza PAMO informando la presencia de hemofagocitosis sin blastos y se indica dexametasona. Continúa con empeoramiento de su cuadro clínico, con refractariedad al tratamiento por lo que fallece a las 48 hs.

##### Caso 2

Paciente de 7 años internada con diagnóstico de artritis de cadera izquierda, fiebre de cinco días de evolución y rash. Pasados 10 días, por persistencia de la fiebre y fallo multiorgánico pasa a UTIP. Se realiza primer PAMO, informe negativo. Ante la sospecha clínica de SMH, se decide comenzar con pulsos de solumedrol. Cinco días después se repite PAMO donde se observan fenómenos de hemofagocitosis. Laboratorio: Hto 33%; Gb 500; Plaquetas 17000, Ferritina >30000, Fibrinógeno 400.

Debido a la falta de respuesta, se decide, comenzar tratamiento con etopósido con buena evolución.

A los diez días empeora clínicamente con aumento de transaminasas y pancytopenia por lo que se decide iniciar tratamiento con suero antilinfocitario en UTIP con mala evolución. Fallece a los 20 días de iniciado el tratamiento.



**Discusión:** El reconocimiento y tratamientos precoces son cruciales para el pronóstico del paciente. El diagnóstico es inminentemente clínico, con datos de laboratorio que pueden ser muy sugerentes.

**Conclusiones:** El síndrome se presenta en general con una clínica compatible con sepsis severa con falla multiorgánica, se desarrolla en un periodo corto de tiempo y tiene elevada mortalidad.

En estos cuadros sépticos se debería solicitar screening de hemofagocitosis y según criterios, evaluar la PAMO ya que el diagnóstico precoz y el uso de corticoides disminuyen la morbimortalidad de esta patología.

#### 0246 SINDROME DE TAKOTSUBO PRESENTACION DE UN CASO

H JACOBO(1), L FLORES(2)

(1) Instituto Cardiovascular Rawson. (2) Quilmes.

**Introducción:** El takotsubo o disquinesia apical transitoria es clínicamente similar a un síndrome coronario agudo aunque sin lesiones significativas en las coronarias, afecta mujeres posmenopausicas desencadenado por una situación de gran estrés. Curso benigno y recuperación en semanas.

**Presentación del caso:** Paciente de 48 años menopausia precoz ingresa tras situación de severo estrés con taquicardia supraventricular sintomática por dolor precordial típico subintrante de 24 horas de evolución; continuo en las últimas dos horas, incremento enzimático, electrocardiograma taquicardia sinusal, supra ST significativo de v3 y v4 con presunción de infarto con supra ST de cara anterior se realizó hemodinamia que objetivo coronarias normales y un cuadro de severa hipocinesia anterior medial y apical e infero medial y apical con una contractilidad basal aumentada conformando la típica imagen de anfora en el ventriculograma. Con diagnóstico de takotsubo recibió tratamiento médico. Evolucionó favorablemente miocardiopatía adrenergica.

**Discusión:** Descripto en los años 90 en Japón, prevalencia desconocida hay algo más de 200 casos publicados en el mundo.

Ocurre en mujeres posmenopausica de mediana edad desencadenado por una situación de estrés. Debe su nombre al aspecto del apex del ventrículo izquierdo durante la hemodinamia, por la acinesia, de los segmentos apicales que contrastan con la hipercontractilidad de los basales adoptando la morfología del anfora (TSUBO) con la que los japoneses atrapaban pulpos (TAKO) de aparición aguda y transitoria se normaliza entre una y tres semanas y aunque la evolución es buena encierra cierto porcentaje de morbimortalidad. Etiología parcialmente conocida incide en 1 a 2% de los cuadros de síndrome coronario agudo del cual es casi indistinguible. Es indispensable para el diagnóstico la ausencia de enfermedad aterotrombótica en la cinecoronariografía.

**Conclusión:** Indistinguible de un síndrome coronario agudo, para diagnóstico de certeza se requiere, cinecoronariografía según ABE y BYBEE al menos ecocardiografía según tsuchihashi, es probable entonces que haya infradiagnóstico y por tanto sean trombolizados.

#### 0247 USO DE LEVOSIMENDAN EN ESCORPIONISMO GRAVE

M BORTAGARAY(1), L DE ZAN(1)

(1) Orlando Alasia.

**Introducción:** Escorpionismo es el cuadro clínico, potencialmente letal, producido por la inoculación de veneno de escorpiones, tiene acción neurotóxica expresándose clínicamente como "tormenta autonómica". En Argentina el *Tityus Trivitattus* es el principal agente causal, distribuyéndose principalmente en centro y norte. La principal causa de morbimortalidad es la afección cardiológica por daño directo de las catecolaminas y probable efecto tóxico directo.

**Descripción:** **Caso 1:** Ingresa niña de 11 meses, oriunda de santa fe, con vómitos gástricos de inicio súbito y llanto agudo. Taquicardica, fría, sudorosa, taquipneica, quejosa, hipertensa, somnolienta. Se constata hiperglucemia, acidosis metabólica, hipokalemia, CPK aumentada, amilasemia normal. PIM 8.73. Se realizan 300DL de suero antiescorpión.

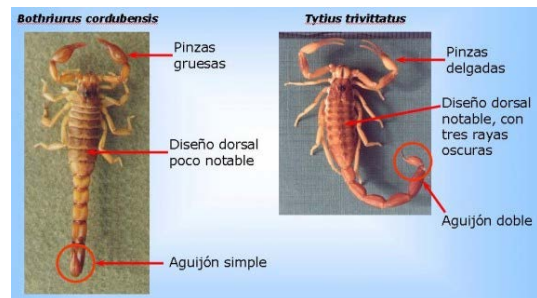
Requerimiento de ARM e inotrópicos. Dopamina 15 mcg/kg/min, Adrenalina 0.2mcg/kg/min, Noradrenalina 0.4 mcg/kg/min, Milrinona 0.37 mcg/kg/min. Ecocardiograma con función ventricular disminuida (FA 15%). Inicia *Levosimendan* 0.1 mcg/kg/min (sin dosis de carga) durante 24hs. A las 24hrs se suspende Noradrenalina y Adrenalina. Ecocardiograma control a las 48hs con función ventricular mejorada (FA 30%). Se extuba al 7° día de internación, egresa el 9° día.

**Caso 2:** Ingresa niño de 11 meses, oriundo de San Cristobal, por picadura de alacrán, vómitos y llanto agudo intenso. Taquicardico, taquipneico, hipertenso, pálido. Recibe 300DL de antiveneno. Se constata acidosis metabólica, hiperglucemia, hipokalemia, CPK aumentada, amilasemia normal. PIM2: 5.7.

Requiere ARM e inotrópicos. Dobutamina 10 mcg/kg/min, Milrinona 0.5 mcg/kg/min. Ecocardiograma con función ventricular disminuida (FA 15%). Se agrega *Levosimendan*, dosis de carga 6 mcg/kg en 15 minutos, luego 0.1 mcg/kg/min durante 24hs. Se suspende Dobutamina y Milrinona a las 24hs. Ecocardiograma a las 48hr con función ventricular mejorada (FA 30%). Se extuba al 5° día, egresa al 6° día.

**Discusión:** Hallazgos clínicos y bioquímicos comparten características con patologías como cetoacidosis diabética, sepsis e intoxicaciones. El soporte cardiológico es el pilar fundamental, siendo actualmente discutido la eficacia del suero antiescorpión.

**Conclusión:** En los casos descriptos de shock cardiogénico refractario por escorpionismo, el uso de *Levosimendan* mostró sus efectos benéficos sobre el índice cardíaco, transporte de oxígeno, presión pulmonar, con escaso efecto en la presión arterial, haciéndolo atractivo para optimizar la relación transporte-consumo de oxígeno tisular a través de mejorar la función miocárdica sistólica y diastólica.



#### 0248 DESCRIPCION Y COMPARACION DE PACIENTES SEGUN SUS CARACTERISTICAS DE OXIGENACION AL COMIENZO DE LA VENTILACION MECANICA INVASIVA

R PRATTO(1), G PLOTNIKOW(1), R GOMEZ(1), E ANDRICH(1), C QUIROGA(1), P D'ANNUNZIO(1), V RIENZI(1), A LEOZ(1), J VAZQUEZ(1), D VASQUEZ(1), C SANCHEZ(1), JL SCAPELLATO(1), D INTILE(1), P DESMERY(1)

(1) Sanatorio Anchorena.

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMI) constituye un pilar fundamental en el manejo del paciente críticamente enfermo, que se instaura con el objetivo principal de mantener un adecuado intercambio gaseoso y poner en reposo la bomba muscular, mientras se evita la injuria pulmonar y de otros órganos distales.

**Objetivo:** Describir las características y la evolución clínica de los pacientes que ingresan a UCI y requieren VMI. Asimismo realizar un análisis comparativo entre los pacientes de acuerdo a la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> registrada al inicio de la VMI.

**Materiales y métodos:** Estudio de serie de casos, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ a 18 años, que requirieron VMI por más de 24 horas entre julio de 2013 y diciembre de 2014. Se registraron variables demográficas, monitoreo ventilatorio completo y evolución clínica. Se utilizó test Chi Cuadrado y Mann-Whitney. Se estableció un valor de p<0,05.

Para el análisis se dividió a la población en dos grupos de acuerdo a la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> registrada al inicio de la VMi, entre aquellos con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 300 (G1) y aquellos con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 300 (G2).

**Resultados:** Se incluyeron 190 pacientes, 54.7 % fueron hombres con edad promedio de 59.9 ± 17.6 años. El principal motivo de ingreso a UCI fue médico (73.7%) y las indicaciones más frecuentes de VMi fueron shock, neumonía y coma estructural (tabla 1).

Un total de 119 pacientes pertenecieron al G1, 89 ingresaron por causa médica. El principal motivo de ingreso a VMi en el G1 fue neumonía (26.9%) y en el G2 coma estructural (26.8%). No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad entre los grupos (38.7% vs. G2 26.8%, p=0.095) ni en la estadía en UCI (11.5 días vs. 10, p=0,262). Se obtuvo diferencias significativas en la duración de la VMi (6 vs. 3 días, p=0.05). También se halló diferencias en parámetros ventilatorios como PEEP de inicio y de 24 horas, y en variables de monitoreo y evolución como la presión meseta y el delta PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (tabla 2).

**Conclusiones:** La presencia de hipoxemia al ingreso (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor a 300) se asoció con más días de VMi, pero no se asoció con un aumento en la mortalidad ni en la estadía en UCI. Los parámetros ventilatorios y las variables de monitoreo también fueron diferentes entre los dos grupos.

Tabla 1. Comparación de las características de base entre los grupos.

	Total	Grupo 1		p valor
	190 ptes	PaFiO <sub>2</sub> ≤ 300	PaFiO <sub>2</sub> > 300	
Edad, media (DS), años	59.9 ± 17.6	59.42 ± 16.6	60.72 ± 19.3	0,625
Sexo mujer, n (%)	86 (45,3)	53 (44,5)	33 (46,5)	0,795
Peso predicho, mediana [RQ]	60 [50-68,5]	60 [50,5-68]	60 [50-70]	0,613
SAPS II, mediana [RQ]	41 [29-52,7]	41 [27,5-53,7]	41 [32-51]	0,881
APACHE II, mediana [RQ]	19 [14,2-24,7]	19 [14,25-25]	19,5 [14,25-24]	0,658
Motivo de ingreso, n (%)				
Médico	140 (73,7)	89 (74,8)	51 (71,8)	0,654
Quirúrgico	50 (26,4)	30 (25,2)	20 (28,2)	0,654
Motivo de ingreso a AVMn (%)				
Aspiración	4 (2,1)	2 (1,7)	2 (2,8)	0,598
Coma estructural	29 (15,3)	10 (8,4)	19 (26,8)	0,001*
Coma no estructural	16 (8,4)	13 (10,9)	3 (4,2)	0,108
Edema agudo de pulmón	1 (0,5)	1 (0,8)	0 (0)	0,439
EPOC	6 (3,2)	4 (3,5)	2 (2,8)	0,836
Neuromuscular	2 (1,1)	1 (0,8)	1 (1,4)	0,710
Neumonía	36 (18,9)	33 (27,7)	3 (4,2)	0,000*
Paro cardiopulmonar	9 (4,7)	6 (5,1)	3 (4,2)	0,798
Post operatorio	22 (11,6)	11 (9,2)	11 (15,5)	0,193
Shock	51 (26,8)	30 (25,2)	21 (29,7)	0,511
Trauma	2 (1,1)	0 (0)	2 (2,8)	0,066
Otra causa	12 (6,3)	8 (6,7)	4 (5,6)	0,746

\*diferencia estadísticamente significativa entre G1 y G2

SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), AVM (asistencia ventilatoria mecánica), EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Tabla 2. Comparación de variables ventilatorias y resultados entre los grupos.

	Total de	Grupo 1		p
	pacientes	PaFiO <sub>2</sub> ≤ 300	PaFiO <sub>2</sub> > 300	
Modo ventilatorio inicial, n (%)				
- VC-CMV	171 (90)	107 (89,9)	64 (90,1)	0,96
- PC-CMV	19 (10)	12 (10,1)	7 (9,9)	0,96
Vt inicial, mediana [RQ]	7,8 [7-8]	7,5 [7-8]	7,5 [7-8]	0,625
Presión meseta inicial, mediana [RQ]	18 [15-21]	19,5 [16-22]	17 [14-19]	0,000*
Peep inicial, mediana [RQ]	5 [5-7]	6 [5-8]	5 [5-5]	0,000*
Peep a las 24 horas, mediana [RQ]	5 [5-8]	7 [5-8]	5 [5-5]	0,000*
Delta PaFiO <sub>2</sub> , mediana [RQ]	10 [-31,5-70]	38 [0-94]	-21,5 [-89-16]	0,000*
Driving pressure, mediana [RQ]	11,6 [9-14,05]	12 [9,5-14,5]	11 [9-16]	0,14
Días de AVM, mediana [RQ]	5 [2-12,25]	6 [2-14]	3 [2-10]	0,05*
Mortalidad, n (%)	65 (34,2)	46 (38,7)	19 (26,8)	0,095
LOS UTI (días), mediana [RQ]	11 [5-18]	11,5 [5-21,5]	10 [5-15]	0,262

\*diferencia estadísticamente significativa entre G1 y G2

\* ml/kg, \* en cmH<sub>2</sub>O

VC-CMV: ventilación controlada por volumen, PC-CMV: ventilación controlada por presión  
Vt: volumen tidal, PaFiO<sub>2</sub>: relación presión parcial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno.  
AVM: asistencia ventilatoria mecánica, LOS UTI: estadía en Unidad de Terapia Intensiva.

## 0249 TROMBOSIS MURAL EN AORTA TORÁCICA DESCENDENTE, NO ANEURISMÁTICO - NO ATROESCLERÓTICO

F RIOS(1), E PRENAFETA(2), F RIOS(2), A RISSO-VAZQUEZ(2), H CICHERO(2), G DIAZ(2), M LUGARO(2), N RONDINELLI(2), J HIDALGO(2)

(1) Hospital Nacional Profesor A Posadas. (2) Sanatorio Las Lomas.

Los trombos en la Aorta torácica descendente sin aneurismas o aterosclerosis (TMATD-NA) son extremadamente infrecuentes, pueden originar embolias catastróficas. El manejo y diagnóstico de TMATD-NA es controversial.

**Caso:** Mujer de 37 años, fumadora con dislipemia, sobrepeso, hipotiroidismo; antecedente familiar de diabetes. Consulta a Guardia por dolor precordial opresivo de 3 días de evolución, acompañada de cianosis distal con dolor en dedo índice derecho. En el laboratorio presenta hiperglucemia (498 mg/dl) sin cetoacidosis con marcadores enzimáticos cardíacos negativos; laboratorio completo ver tabla.

Se interna en clínica médica, se realizan: Ecodoppler de miembros (superiores e inferiores), de vasos de cuello: s/p. ETE: Informa masa móvil de 10x11 mm en Aorta torácica descendente, resto s/p. Se realiza angioTC de Aorta confirmando TMATD-NA.

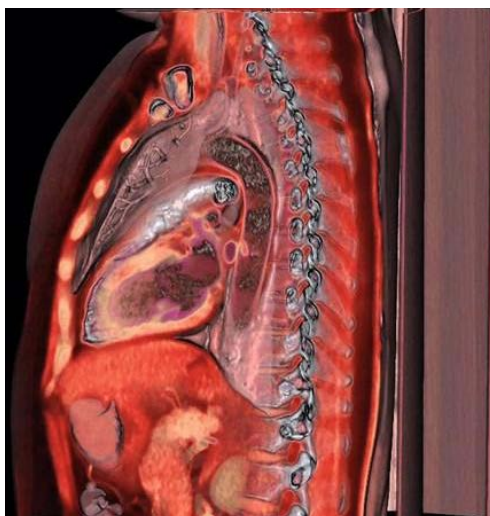
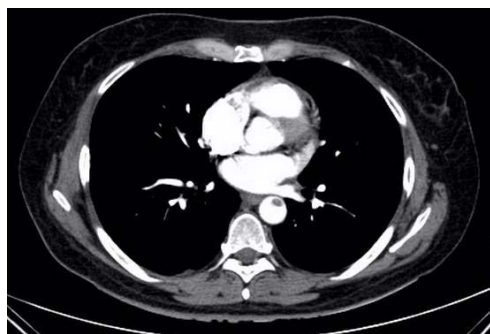
Se inicia anticoagulación con HBPM más aspirina.

Día 2 presenta hemiparesia derecha leve con restitución ad-integrum a las horas. Se solicita RMN de cerebro: En secuencia de difusión imágenes focales hiperintensas a nivel del núcleo talámico izquierdo, rodete protuberancial homolateral e imágenes de antigua data en hemisferio cerebeloso izquierdo de tipo focal en sector basal. para descartar diagnósticos alternativos se solicita CardioRMN (día 6): Se observa masa intraluminal en aorta descendente torácica a 5 cm del diafragma, pediculado con amplia movilidad de 7.3x6.6 mm y 12mm en su eje mayor. AngioRMN de cerebro: s/p, Fondo de ojo normal.

Tras realizar 23 días de anticoagulación, ETE control sin evidencia de TMATD-NA. A 6 meses del evento se mantiene anticoagulación con acenocumarol sin evidencia de recurrencias o embolias.

**Conclusión:** En presencia de embolias arteriales, para detectar el origen en aorta torácica el ETE y la RMN son métodos útiles. La anticoagulación es el tratamiento de elección, la resección quirúrgica se reserva para las urgencias y las complicaciones embolicas. En pacientes que presentan embolias arteriales se debería descartar la aorta torácica como origen, incluso en ausencia de factores de riesgo cardiovasculares clásicos. En presencia de TMATD-NA se debe descartar la presencia de trombofilias. La hiperglucemia no está descrita como factor de riesgo.

Eritrosedimentación	20mm
Homocisteinemia	8.2 uMol/l
Colesterol	169 mg/dl
Trigliceridemia	310 mg/dl
Anti-DNA	NEGATIVO
C3	133 mg/dl (VN:90-180)
C4	31.7 mg/dl (VN:10-40)
FAN	1:80
Factor reumatoideo	5.4 UI (VN:0-14)
Anti-GAD	0.81 U/ml (VN:0-1)
Plaquetas	219000



#### 0250 USO DE UN LISTA DE CONTROL (CHECK-LIST) CON APUNTADOR DURANTE LA RECORRIDA MULTIDISCIPLINARIA EN CUIDADOS CRÍTICOS: PRINCIPALES OMISIONES DETECTADAS E IMPACTO SOBRE EL PACIENTE.

P DESMERY(1), P DETTORI(1), F DESMERY(1), L FATA(1), G PLOTNICOW(1), D VAZQUEZ(1), P D'ANNUNZIO(1), C SANCHEZ(1), C QUIROGA(1), N IRASTORZA(1), V CARDENAS(1), V APHALO(1), F MOS(1), D AGAZZI(1), A LEOZ(1), M SOSA(1), J SCAPELLATO(1), D INTILE(1)

(1) Sanatorio Anchorena.

**Introducción:** Las listas de control auditadas ha mostrado ser un herramienta efectiva para la reducción de errores principalmente por omisión en cuidados críticos.

**Objetivo:** Describir las modificaciones en el proceso asistencial inducidas por un apuntador durante la recorrida multidisciplinaria (RM) en Terapia Intensiva.

**Materiales y Métodos:** Estudio cohorte prospectiva, en el que una persona externa a la unidad (apuntador) controlaba por medio de un check-list si los 31 parámetros investigados fueron cubiertos en cada paciente durante la RM, estos tenían relación con: identificación y alergias, ventilación mecánica y prevención de neumonía, nutrición, uso de antibióticos, catéteres vasculares, prevención de TVP y úlceras stress. La función del apuntador era forzar su tratamiento si eran olvidados y registrar si una conducta activa era motivada por su intervención. Solo se controlaban los ítems al que el paciente aplicaba. Al momento de iniciar el estudio la unidad ya contaba con check-list independiente para VM/neumonía por kinesiólogos respiratorios y recordatorios para médicos y enfermeras. Los datos se expresan como porcentajes y las comparaciones de variables categóricas se realizaron con test exacto de Fisher.

**Resultados:** Entre el 27 de julio y el 23 de noviembre se efectuaron

un total de 48 RM con apuntador sobre un total de 86 efectuadas (56%), equivaliendo a 497 días/paciente, fueron controlados 11277 ítems. Los principales cambios de conducta fueron (modificaciones/días-paciente controlados (%)): alerta de alergia: 27/470 (6%), infección en el sitio de ingreso del cater principal: 3/378 (1%), segundo acceso vascular (Swan-Ganz, Diálisis etc): 8/38 (21%), nutrición no indicada: 14/422 (3%), indicación incorrecta de antibióticos 7/337 (2%) o dosis: 8/336 (2%), ausencia de registro de cataris: 15/448. En cuanto a las correcciones por ítem controlados, fueron para VM: 6 correcciones en 1820 controlados (0,3%) contra 141 de 9457 (1,49%) no incluidos en el check-list de kinesiólogía ( $p < 0,01$ ). Las primeras 10 recorridas apuntadas hubo 56 correcciones sobre 2264 ítems controlados, mientras que en las últimas 13 en 2391 ( $p < 0,05$ ). **Conclusión:** Las intervenciones introducidas por efecto del apuntador fueron menores al 3 % de los controles, siendo relevante las relativas al segundo catéter frecuentemente omitido en las presentaciones. Una lista de control efectuada por kinesiólogos respiratorios no requiere control en RM y es una estrategia mas eficiente que las basadas en recordatorios. Una estrategia basada en check-list y apuntador redujo en forma significativa las omisiones de la RM en el final del periodo de evaluación.

#### 0252 ACIDOSIS METABÓLICA CON ANIÓN GAP ELEVADO DEBIDO A INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL. REPORTE DE CASO.

J CONDE(1), A PASARELLI(2), R ROJAS, A CARRERA, L MILANESIO, N ZULJEVIC, F FERNANDEZ GARCIA, P CANAVESSI, M COLOMBO, MM ALMENDROS, L LANNOO

(1) Higa San Martín De La Plata. (2) Higa San Martín.

**Introducción:** El paracetamol es ampliamente utilizado. Metabolizado en un 95% en hígado. Pequeña porción oxidada por la citocromo p-450 a N-acetil-para-benzoquinonimida (NAPQI), responsable de hepatotoxicidad, neutralizada por el glutatión y eliminada como ácido mercaptopurico. En el contexto de una alta dosis, la producción de NAPQI aumenta, agotando las reservas de glutatión.

**Caso clínico:** Masculino 25 años, 30hs previas a la consulta ingiere 20gr de paracetamol, comienza con vómitos incoercibles por lo que la consulta. Diagnóstico: hepatitis aguda grave y pasa a UTI. Inicia tratamiento con N-Acetilcisteinadosis de carga y mantenimiento. 4to día: descenso transaminasas, mejoría sintomática, persistencia de la acidosis metabólica (AM) con GAP aumentado. Descartadas causas frecuentes, se concluye en acumulación de ácido piroglutámico. Llegó a valores normales de  $\text{HCO}_3^-$  dos días después de finalizada la infusión de N-acetilcisteína.

Día	1	2	3	4	5	6	7	8
TGO	3225	1732	414	220	122	66	47	42
TGP	2466	657	1323	1068	716	512	338	243
PROTROMBINA	48	48	52	62	83	87	97	94
PH	7,4	7,27	7,3	7,23	7,3	7,38	7,39	7,4
CO2	27,8	32,5	32,1	33,4	35,4	42	43	42
HCO3	16,8	14,8	15,5	16,2	17,3	25	25	25,6
EB	-6,3	-10,8	-9,5	-10,8	-8,1	-0,1	0,5	0,7
Na	144	140	140	137	138,9	138	141	140
Cl	105	109	108,7	107,8	103,8	98	99	100
K	3,4	4,1	3,8	4,3	3,69	3,64	4,89	4,04
GAP	22,2	13	15,8	13	17,8			

Verde: días con N-acetilcisteína

**Discusión:** La AM está asociada a la intoxicación con paracetamol. Existe una causa de AM con GAP aumentado que en nuestro medio no es posible diagnosticar. Cuando hay una depleción de glutatión aumenta la concentración de gamaglutamilmcisteína que es



transformada en ácido piroglutámico, saturando la 5-oxiprolinasa lo que perpetua su ascenso. Esto genera la acidosis metabólica. La N-acetilcisteína, actúa convirtiéndose en cisteína que replecciona los depósitos de glutatión.

**Conclusión:** Consideramos que es importante tener presente este mecanismo de acidosis ya que es frecuente en este contexto y muy difícil de diagnosticar en nuestro medio, donde carecemos de la posibilidad de dosar ácidos orgánicos en orina.

### 0253 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA EN EL PACIENTE CRITICO ESTUDIO COMPARATIVO CON TRAQUEOSTOMIA CONVENCIONAL EN LA PROVINCIA DE JUJUY

L OROPEZA(1), JF APAZA(1), C VARGAS(1), L CABANA(1), L VIDAL(1), L FERNANDEZ(1), A PLAZA(1)

(1) Pablo Soria.

La intubación orotraqueal (IOT) es uno de los procedimientos invasivos más frecuente en Terapia Intensiva (TI). Un número importante de estos pacientes precisaran ventilación mecánica (VM) durante períodos prolongados (por diferentes patologías). La traqueostomía (TQT) se realiza para proteger las estructuras laríngeas y ha logrado reducir significativamente la estancia en TI. La técnica puede ser quirúrgica o percutánea según la disponibilidad. **Precoz** (48-72 horas de la IOT) y **Tardía** (entre los 14-21 días de la IOT). Se presenta la experiencia inicial en el Hospital Pablo Soria de la ciudad de Jujuy

**Objetivos:** Describir la experiencia y los resultados obtenidos de la realización de TQT percutánea en TI polivalente comparados con la traqueostomía convencional.

**Material y Métodos:** Se analizó 64 pacientes en el periodo comprendido entre Octubre del 2013 y Abril del 2015, características, tiempo de espera desde la indicación de la TQT, duración del procedimiento según el operador, complicaciones y técnica utilizada.

**Resultados:** 64 pacientes requirieron VM prolongada. Predominio de varones (43). Edad media: 44.7 años (17-72). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Patología infecciosa (32,8%), Politraumatismo (26,5%), TEC (26,5%), Enfermedad Cerebrovascular (7,8%), Pancreatitis (3,1%) y otros (3,1). Tiempo de espera mayor de 14 días para el procedimiento TQx 23 (n= 38) VS TPc 3 (n=26) (P=0,0004). Duración del procedimiento: TPc 20min. (15-40). Complicaciones: TQx 2 (n=38) VS TPc 4 (n=26) (P=0,19).

**Discusión:** La última década la consideración de la consecuencia de la enfermedad crítica ha cobrado importancia debido al creciente aumento de la expectativa de vida y la reducción de la mortalidad en TI. La TQT percutánea evita traslados a quirófano, logrando acortar el tiempo de espera para el procedimiento y según el entrenamiento del operador los resultados fueron optimizados con la práctica y con baja tasa de complicaciones.

**Conclusión:** Se concluye que esta modalidad de traqueostomía es segura en pacientes críticamente enfermos y que puede ser practicada por médicos intensivistas. Es fundamental el entrenamiento del Team que realizará las TQT en TI. Esta técnica previene lesiones laringo-traqueales, acorta tiempos de espera para el procedimiento y estancia en TI. La mejor recuperación del enfermo crítico se plantea como meta superadora.

### 0254 UTILIDAD DEL ULTRASONIDO EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE HIDROCEFALIA EN UNA PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.

J TEVES(1), M CHOY(1), M BERNADO(1), J PONCE(1), L BARRIENTOS(1), J ESPINOZA(2)

(1) H.i.g.a Oscar Alende Mar Del Plata. (2) H.

**Introducción:** el ultrasonido en cuidados intensivos neurológicos incluye: además del doppler transcraneano, la medición del nervio óptico, la evaluación del tamaño y reacción pupilar y la desviación de la línea media.

Los pacientes con craniectomía descompresiva (CD) ofrecen una

excelente ventana acústica para la exploración de las estructuras intracraneales.

La hidrocefalia es una complicación frecuente luego de la HSA y tiene mayor incidencia en los pacientes tratados con CD.

La TAC es el gold standard para el control y seguimiento de estas complicaciones.

**Objetivo:** Mostrar la utilidad de la ecografía en la detección y seguimiento de la hidrocefalia y compararla con los hallazgos en la tomografía axial computada.

**Caso clínico:** se presenta una paciente de sexo femenino de 60 años de edad con HSA (Fisher III/HuntyHess III), la arteriografía mostró un aneurisma de arteria comunicante posterior derecha que fue excluido con cirugía convencional. Evolucionó con vasospasmo moderado e hidrocefalia. Requiriendo la colocación de una DVE, que fue retirada en el día 10 de POP. El control de la evolución de la hidrocefalia se realizó con TAC y Ecografía bedside realizada por intensivistas. En el cuadro se muestran los resultados de las mediciones del diámetro del sistema ventricular con mediciones de los ventrículos laterales derecho e izquierdo por ecografía y por TAC.

Día	16°	22°	28°	29°	34°	37°DVP	39°	43°
DVLDUS	16mm	19mm	22mm	24mm	25mm	-	18mm	16mm
DVLIUS	18mm	25mm	25mm	28mm	28mm	-	20mm	20mm
DVLDTC	16mm	20mm	-	-	26mm	-		
DVLIITC	20mm	26mm	-	-	28mm	-		

*DVLDUS (diámetro del ventrículo lateral derecho por ultrasonido)*

*DVLIUS (diámetro del ventrículo lateral izquierdo por ultrasonido)*

*DVLDTC (diámetro del ventrículo lateral derecho por tomografía)*

*DVLIITC (diámetro del ventrículo lateral izquierdo por tomografía)*

Finalmente 10 días después de la colocación de la DVP el ultrasonido mostró colapso de los ventrículos laterales y desarrollo de una colección subdural izquierda de 2cm de espesor, hallazgos que fueron corroborados por TAC.

**Conclusión:** en esta paciente el ultrasonido fue una herramienta útil comparable a la tomografía computada en el diagnóstico y seguimiento de la hidrocefalia antes y después de la colocación de la DVP.

### 0255 VALOR DEL DIÁMETRO DE LA VENA CAVA INFERIOR PARA PREDECIR LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

J TEVES(1), M CHOY(1), M BERNADO(1), A TUFARE(1), M FERRICIONI(1), L ZACARIAS(1), N RISSO(1), J HADDAD(1)

(1) H.i.g.a Oscar Alende Mar Del Plata.

**Introducción:** La evaluación con ultrasonido del diámetro de la VCI y su índice de variabilidad (IV) se utiliza como predictor de la PVC. La determinación de la PVC es de utilidad para guiar la reanimación inicial en pacientes con shock. Una PVC menor de 8 mmHg es considerada un indicador para tratamiento con reemplazo de volumen. Esta población de pacientes frecuentemente se encuentran bajo ARM y en este escenario el valor del diámetro de la VCI y su IV no han sido suficientemente validados.

**Objetivo:** Describir el comportamiento de los diámetros de la VCI y el IV en relación a la PVC y obtener una fórmula para la de su valor en forma no invasiva.

**Material y método:** Estudio prospectivo observacional que incluyó una población homogénea de pacientes en ARM (modo volumen control VC 8 ml/Kg- PEEP< 8-PM menor de 25).

Todos los pacientes tenían un catéter en la VCI para medición de PVC. Las medidas se realizaron en inspiración para obtener el diámetro máximo (max) y en espiración para el diámetro mínimo (min). El IV fue calculado con la siguiente fórmula:  $(\text{max}-\text{min})/\text{max} \times 100$ . Se consideró positiva una variabilidad cuyo índice fuera  $\geq 20\%$ . El operador se mantuvo ciego para los valores de PVC.

Los datos fueron expresados como promedios  $\pm$ DS o como proporciones. Las diferencias entre variables fueron comparadas con t-test



o con test de comparación de proporciones. Para analizar la relación entre la PVC y los diámetros de la VCI se utilizó la regresión lineal. Para establecer una diferencia significativa se consideró una  $p < 0.05$ . La fórmula propuesta para inferior la PVC se obtuvo de la relación lineal entre dichas variables.

**Resultados:** Fueron incluidos 40 pacientes con una edad media de 46 años, DS (16), 59% varones, en solo 2 pacientes (5%) la medición fue dificultosa. En la tabla se expresan los valores: PVC (presión venosa central) VCI<sub>Max</sub> (diámetro vena cava inferior máximo) VCI<sub>Min</sub> (diámetro vena cava inferior mínimo) IV (índice de variabilidad) como media (DS).

	PVC < 8 mmHg	PVC ≥ 8 mmHg	P	
	n=40	n=20	n=20	
PVC (mmHg)	8,4±4,2	5,5±0,8	11,3±4,3	0,0001
VCI <sub>max</sub> (mm)	18,8±5,1	15,6±2,2	22,1±5,3	0,0001
VCI <sub>min</sub> (mm)	16,4±6,2	12,2±3,5	20,6±5,4	0,0001
IV(%)	12±10	17±12,2	6,9±3,4	0,0001

El grupo de pacientes con PVC ≥ 8 mmHg mostraron valores significativamente mayores de VCI (max y min). El IV en la población total de pacientes mostró ser positivo en sólo el 40% de pacientes. Todos los pacientes que presentaron IV ≥ 20% estaban en el grupo de PVC < 8 mmHg.

Las PVC y los diámetros de la VCI, tanto max como min, mostraron una correlación lineal positiva (max:  $r = 0,88$ ,  $r^2 = 0,79$ ,  $p = 0,000$ ; min:  $r = 0,85$ ,  $r^2 = 0,73$ ,  $p = 0,000$ ). La relación de la PVC y el IV mostró una covarianza negativa con una menor relación entre las variables ( $r = -0,17$ ,  $p = 0,000$ ).

A partir del análisis de regresión lineal entre la PVC como variable independiente y el diámetro de la VCI como variable dependiente se obtuvo la siguiente fórmula de predicción:

$$PVC = \text{diámetro máximo (mm)} / 1.08 - 9.7$$

**Conclusiones:** La medición con ultrasonido de los diámetros de la VCI en una población de pacientes bajo asistencia ventilatoria mecánica demostró ser útil para predecir la PVC medida en forma no invasiva. El IV no demostró utilidad en esta población.

#### 0256 VASCULITIS CEREBRAL SECUNDARIA A MENINGITIS BACTERIANA

FC ROSCIANI(1), M TERAN(1), R COUCE(1), M MOTTA(1), P MORALES(1), F GOLDENBERG(1), P CALO(1), E SAN ROMAN(1)  
(1) Italiano.

**Introducción:** La meningitis bacteriana se asocia con una alta mortalidad. La incidencia de secuelas depende del desarrollo de complicaciones locales o sistémicas. La vasculitis cerebral es una complicación grave de la meningitis bacteriana y es causa de isquemia cerebral local o difusa. Se presenta un caso de vasculitis cerebral secundaria a meningitis neumocócica de evolución rápidamente progresiva y desenlace fatal.

**Caso Clínico:** Mujer de 60 años con antecedente de cáncer de colon, consulta por cefalea, otalgia y disartria de 48 horas de evolución, ingresa somnolienta. TC de cerebro: otitis media izquierda. LCR compatible con meningitis bacteriana, inicia antibioticoterapia y corticoides. Profundiza el deterioro neurológico y se intuba. Hemocultivos y LCR: *Streptococo Pneumoniae*. Nueva TC: edema cerebral difuso. PIC inicial normal. Progresivo deterioro neurológico, nueva TC: hipodensidades en cabeza de núcleo caudado y paracapsular bilaterales de aspecto isquémico. RMN: múltiples lesiones isquémicas supra e infratentoriales bihemisféricas y Angio RMN con lesiones estenóticas focales en los vasos intracraneales compatibles con vasculitis cerebral.

Evoluciona con midriasis bilateral arreactiva y progresivo edema cerebral difuso falleciendo por hipertensión endocraneana refractaria.

**Conclusiones:** La vasculitis del sistema nervioso central (SNC) es una complicación de la meningitis neumocócica con una incidencia de hasta un 20%. Si bien la bacteria desencadena la respuesta inflamatoria que causa vasculitis, ésta puede presentarse luego e incluso perdurar a pesar de la terapia antimicrobiana correcta y la desaparición bacteriana temprana del SNC. La presencia de vasculitis se asocia con mal pronóstico, sobre todo si genera isquemia cerebral focal o difusa. Los corticoides son beneficiosos cuando son utilizados de forma temprana y por tiempo corto. El beneficio de la terapia inmunosupresora para las complicaciones tardías relacionadas con la inflamación vascular es aún incierto.

#### 0257 SINDROME CORONARIO AGUDO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE CARDIACO

M SUBELZA(1), L PEREZ ILLIDGE(1), M MARTINEZ NAVARRRO(1), D VARELA(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1)  
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Introducción:** El trasplante cardiaco es una alternativa aceptada en el tratamiento para insuficiencia cardiaca terminal. Las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio son infecciones, el sangrado y el rechazo. El accidente cerebrovascular representa el 5-11% de las complicaciones neurológicas y los síndromes coronarios agudos son infrecuentes.

**Presentación del caso:** Mujer de 57 años con miocardiopatía dilatada por miocardio no compacto. Se realizó trasplante cardiaco electivo, intercurrido en el día 9 postoperatorio con afasia y hemiparesia en hemicuerpo derecho. Se realizó tomografía de encéfalo que evidenció hematoma intraparenquimatoso y hemorragia subaracnoidea en hemisferio izquierdo. La angiografía cerebral no evidenció alteraciones vasculares.

Presenta en el día 11 shock cardiogénico y cambios isquémicos en el electrocardiograma. Se realizó cinecoronariografía que evidenció oclusión del tronco de la coronaria izquierda con angioplastia y colocación de tres stents. Intercurrido con paro cardiorrespiratorio, con adecuada respuesta a la reanimación.

**Discusión:** Se presenta un caso de trombosis coronaria en post operatorio reciente de trasplante cardíaco. Los eventos coronarios agudos en el post trasplante suelen ser por enfermedad vascular del injerto en contexto de rechazo crónico, con una incidencia de hasta un 30 % dentro de 5 años. Sin embargo el infarto por accidente de placa es infrecuente pero de alta morbimortalidad.

**Conclusión:** Los síndromes coronarios agudos en el post trasplante cardiaco son extremadamente infrecuentes, pero plantea la necesidad de mejorar la búsqueda de patología coronaria en los potenciales donantes debido a la mayor prevalencia de enfermedad coronaria en población joven.

#### 0258 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL HOSPITAL DONACION FRANCISCO SANTOJANNI

AS OCCHIUZZI(1), CE AGUIRRE(1), MP PEDACE(1), MF ES-MORIS(1), IG SALVATI(1), MC MARTIN(1), JM CARBALLO(1), MC PITA(1), S MARTINEZ VENTIMIGLIA(1), CC BROVIA(1), MI ELIAS(1), ME DOTTA(1), MS ROSSO(1), AB MORENO(1), AM GALLOLI(1)  
(1) Santojanni.

**Introducción:** La literatura internacional señala un incremento en la utilización de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) dentro de las Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), situación coincidente con lo observado en nuestro hospital.

**Objetivo:** Describir prevalencia de VMNI en pacientes que requirieron algún tipo de soporte ventilatorio en la UTI del Hospital Santojanni, resultados de su implementación y características epidemiológicas de los pacientes.

**Materiales y métodos:** Diseño observacional, descriptivo, retrospec-

tivo y longitudinal. Se utilizó la base de datos de un estudio epidemiológico multicéntrico anual de ventilación mecánica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que requirieron VMNI al menos una hora, registrándose su uso en días (limitante del estudio). Se realizó comparación univariada según variables "Resultado VMNI" (Éxito/Falla) y "Egreso Hospitalario" (Vivo/Muerto). Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** El 29,3% del total de pacientes que recibió algún tipo de soporte ventilatorio requirió VMNI: el 21,8% (70/321) como primera línea de tratamiento [Edad 71 (RIQ 61,2-79,7); APACHE II 16,3±5,4] y el 8,6% (24/277) como estrategia post-extubación. Los principales motivos de VMNI como primera línea fueron falla cardíaca [37,1% (26/70)] y reagudización de EPOC [22,9% (16/70)]. La mediana (RIQ) de días de VMNI fue de 1(0-2). La mortalidad hospitalaria fue del 45,7% (32/70), correspondiendo el 38,5% (27/70) a la mortalidad en UTI. La falla de VMNI fue del 37,1% (26/70), siendo los principales motivos de VMNI en este grupo la falla cardíaca y reagudización de EPOC, en proporciones iguales (23,1%), seguidos de neumonía (19,2%). El 69,2% (18/26) de los pacientes que fallaron falleció [Edad 69.5 (RIQ 61-76); APACHE II 17,7±5,57], en su totalidad en la UTI. El análisis univariado demostró asociación estadísticamente significativa entre falla de VMNI y mortalidad hospitalaria ( $p=0,005$ ).

De los pacientes que realizaron VMNI post-extubación, el 50% (12/24) la utilizó como tratamiento de falla de extubación, el 29,2% (7/24) falleció y el 33,3% (8/24) fue reintubado.

**Conclusión:** En el Hospital Santojanni se utiliza VMNI predominantemente como primera línea de tratamiento en falla cardíaca y reagudización de EPOC. La prevalencia de falla fue del 37,1%, observándose una elevada mortalidad en este grupo (69,2%). Se observó asociación estadísticamente significativa entre falla de VMNI y mortalidad hospitalaria.

#### 0259 ESTADO ACTUAL DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO UAI

AJ GARAY REYES(1), D PEREYRA(1), C AVILA(1), L VASTA(1), J MORALES(1), J UGARRIZA(1), S ARCIERI(1), C CHIMA(1), C VELASQUEZ(1), F LIPOVESTKY(1)

(1) Hospital Uai.

**Introducción:** Cada día es creciente observar la internación en terapia intensiva de una población etaria como lo es el paciente anciano. Es alta la frecuencia de personas mayores de 75 años, que además concurren con dos o más de las siguientes circunstancias: tendencia a invalidez física, problemática mental acompañante, presencia de patología asociada o problemática social.

**Objetivos:** Determinar las características clínicas de los pacientes mayores de 75 años ingresados a nuestra terapia intensiva.

Identificar los motivos de ingreso frecuentes, scores de mortalidad, estado nutricional al ingreso.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional y prospectivo de los paciente mayores de 75 años de edad que ingresaron al servicio de terapia intensiva del Hospital Universitario UAI en el periodo comprendido de 01/marzo/2014 al 01/marzo/2015. Se determinó variables como sexo, APACHE, SOFA, CHARLSON, motivo de ingreso clínico o quirúrgico, requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, requerimiento de traqueostomía y estado nutricional en el análisis de los datos. Realizamos el análisis estadístico a través del chi cuadrado y desvío standard.

**Resultados:** ingresaron 390 pacientes, APACHE II 16, SOFA 5, edad promedio 6.54 días, edad promedio 64.5 años, mortalidad 16.6%. Se analizaron pacientes mayores de 75 años: n 72 (18%), edad promedio 82.6± 5.29 DS. Predominó sexo femenino (52,8%). edad promedio 8.8 días. APACHE II promedio 15,5± 8,4 DS, SOFA 5,36± 4,28 DS, CHARLSON 7,28± 2,20 DS. El 47.2% requirió ventilación mecánica. Riesgo de desnutrición 74%. tipos de ingreso frecuentes: médicos 86 %. motivos de internación frecuente: sepsis 40%,

Neurológico 31%, respiratorio 16 %, Gastrointestinal 10%. mortalidad 22%, asciende 32% en pacientes con riesgo de desnutrición y 55% en ARM.

**Conclusiones:** Los pacientes mayores de 75 años que ingresan a la Terapia Intensiva la mortalidad es mayor, aun con similares scores de gravedad: APACHE II y SOFA. La sepsis y la patología neurológica fueron las causas más frecuentes de ingreso. Es importante destacar la gran prevalencia de riesgo de desnutrición al ingreso, contribuye a la mala evolución de los pacientes críticos y aumento de mortalidad.

#### 0260 CIRUGIA DE REVASCULARIZACION EN ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA. PRESENTACION DE UN CASO

M MOTTA(1), P MORALES VERNAZA(1), R COUCE(1), F ROSCIANI(1), M TERAN(2), M BACCANELLI(1), F GOLDENBERG(1), E SAN ROMAN(1)

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

**Introducción:** La enfermedad de Moya Moya es una arteriopatía cerebrovascular que se presenta con estenosis de una o ambas arterias carótidas intracraneales proximales y dilatación de ramas perforantes. La presentación clínica más frecuente en adultos es la hemorragia intracraneana aunque existen casos de presentación con isquemia cerebral. El tratamiento quirúrgico consta de técnicas de revascularización directa e indirecta. Si bien es una enfermedad de presentación predominante pediátrica, describimos el caso de una paciente adulta con diagnóstico de Moya-Moya a quien se le realizó revascularización indirecta sin complicaciones.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 54 años, con antecedentes de dislipemia, ex tabaquismo y múltiples episodios de isquemia cerebral (accidente isquémico transitorio). Se diagnosticó enfermedad de Moya-Moya y se atribuyeron los episodios de isquemia cerebral a esta patología. Se internó en forma programada para tratamiento quirúrgico, fue sometida a cirugía de revascularización indirecta con colgajo de musculo temporal y pericráneo. Ingreso a la terapia intensiva en el post operatorio inmediato no se observaron complicaciones, el examen neurológico fue normal y se externó a los 7 días.

**Discusión:** La enfermedad de Moya-Moya es una patología de observación infrecuente en adultos y que requiere técnicas quirúrgicas complejas para el control de su evolución. En la mayoría de los casos la cirugía se asocia a buenos resultados. Esta patología subraya la necesidad de determinar la anatomía vascular en casos de isquemia cerebral o hemorragia intraparenquimatosa dado que el pronóstico funcional de muchos de estos pacientes mejora con tratamiento quirúrgico adecuado. En el caso de nuestra paciente, se realizó una técnica de revascularización indirecta sin complicaciones.

#### 0261 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO, UN NUEVO ENFOQUE TERAPÉUTICO ?

R COUCE(1), P MORALES VERNAZA(1), M MOTTA(1), F ROSCIANI(1), C CIRAOLO(1), MDC GARCIA(1), W SILVA(1), G BESOCKE(1), B COMAS(1), B ROSSO(1), M TERAN(1), F GOLDENBERG(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano.

**Introducción:** El status epiléptico súper-refractario (SESR) definido como crisis comiciales que persisten por más de 24 hs luego de tratamiento farmacológico anestésico endovenoso. Está asociado con un aumento de la morbilidad y mortalidad. El tratamiento médico máximo falla en > 30% de los casos. Reportamos 4 casos de SESR sin presencia de masas focales tratados quirúrgicamente.

**Presentación de Casos:** Todos presentaron SESR como motivo internación en nuestra UTI y recibieron tratamiento farmacológico

máximo que incluyó infusión continua de propofol o midazolam. Paciente 1: Femenino, 21 años; displasia fronto-temporal izquierda y retraso madurativo. EEG: crisis agudas frontales izquierda y luego presencia de estatus epiléptico. Se realiza hemisferectomía funcional izquierda. Libre de crisis clínicas y EEG 21 días luego de POP: ausencia de crisis.

Paciente 2: Femenino 18 años; Sme. de Perry-Romberg. Se realiza hemisferectomía funcional izquierda 36 días posteriores al ingreso. Desarrolla hidrocefalia; se coloca DVP. EEG POP: sin evidencia de crisis. Paciente 3: Femenino, 8 años, epilepsia refractaria focal. EEG: status epiléptico refractario. Se realiza lobectomía temporal derecha. Franca mejoría de crisis comiciales.

Paciente 4: Femenino de 21 años, Encefalitis de Rasmussen. EEG: Status epiléptico refractario. Se realiza hemisferectomía funcional derecha.

**Discusión:** El SESR constituye un desafío en la práctica clínica. La cirugía de la epilepsia está claramente especificada en pacientes con epilepsia refractaria libres de estatus; hay reportes de tratamiento quirúrgico de estatus en pacientes con masas cerebrales (usualmente tumores) y escasea la literatura en SESR con falla de tratamiento médico máximo asociado a lesiones focales (no masas). Esta experiencia positiva con 4 casos es alentadora como medida extrema en casos incontrolables medicamente y con lesiones causantes de la epilepsia identificadas por RMN.

**Conclusión:** La neurocirugía puede ser considerada como una opción terapéutica más ante los casos de SESR a fármacos. Resta definir el momento neuroquirúrgico adecuado.

#### 0262 CIRUGIA DE CITOREDUCCION Y QUIMIOTERAPIA HIPERTERMICA

J CHAUCA CORONEL(1), J DIANTI(1), N CIARROCHI(1), S DI STEFANO(1), S GIANNASI(1)  
(1) Italiano.

**Introducción:** La combinación de cirugía citoreductora asociada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QIHT), demostró una sobrevida de aproximadamente 2 años en aproximadamente el 50% de pacientes con carcinomatosis. En esta cirugía el manejo hemodinámico es complejo por lo que se requiere un monitoreo avanzado intraoperatorio y postoperatorio que valoren la volemia del paciente y quien la necesidad de expansiones y el uso de inotrópicos y vasopresores, evitando la sobrecarga hídrica. Dentro de las primeras 72 horas del POP se presentan las principales complicaciones, sobre todo el SIRS y el SDRA.

**Objetivos:** Describir la evolución de pacientes ingresados en una UTI de un Hospital Universitario de la CABA, en el POP de cirugías citoreductora más QIHT en el periodo comprendido entre el año 2005 al 2014.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Resultados:** De los 73 pacientes ingresados en el POP, 15 tenían como tumor primario apéndice, 29 tumor de colon, 15 ovario, 2 intestino delgado, 5 estomago, 2 indefinido, 4 mesotelioma, 1 recto. Según la escala de Apache II de 0-5 puntos (2), 6-10 puntos (34), 11-15 puntos (21), 16-20 puntos (12), 21-25 puntos (3), 26-30 puntos (1), 31 -35 (0). El Charlson al ingreso de >5 puntos (100%). Se realizó quimioterapia normotérmica en 6 pacientes de los 73 ingresados, 64 % realizó Mitomicina C, 26% realizó Oxaliplatino, 5% Doxorubicina/CDDP, 5% Paclitaxel/carboplatino. Como efectos adversos 20 pacientes tuvieron Hematotoxicidad, 4 nefrototoxicidad, 3 presentaron hematotoxicidad y nefrototoxicidad. La sobrevida fue: mortalidad intrahospitalaria (1), menos de 6 meses (1), 6-12 meses fue de (9), 12-24 meses (23), 24-36 meses (7), 36-48 meses (3), 48-60 meses (7), mas de 60 meses (9), y el resto no presento seguimiento a consultas posteriores.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes, presentaron escasas complicaciones post procedimiento y adecuada sobrevida al año. Durante el procedimiento y luego de él, se requiere un manejo minucioso del estado hemodinámico, respiratorio y del sistema de

coagulación. El manejo protocolizado de este tipo de pacientes UTI, registra una baja tasa de complicaciones y mortalidad.

#### 0263 INTOXICACION CON ORGANOFOSFORADOS Y SINDROME INTERMEDIO

LV ALDANA(1), MC ORLANDI(1), JC VIVERO(1), PR VILLEGAS(1), JL MENDEZ(1), D JALILE(1), RI MONTENEGRO(1)  
(1) Francisco Lopez Lima.

**Introducción:** Las intoxicaciones voluntarias con organofosforados (COFA) generan alta morbilidad. Mortalidad del 10-20%. El síndrome Intermedio aparece entre las 24-96 horas, posteriores a la fase colinérgica aguda, caracterizado por debilidad muscular (músculos respiratorios, parálisis de músculos flexores del cuello y de pares craneales), pudiendo evolucionar a depresión respiratoria y muerte. Incidencia variable. Revierte en 4 a 18 días con soporte ventilatorio oportuno.

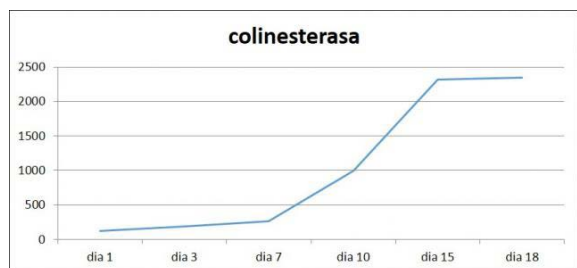
**Presentación del caso:** Masculino de 15 años. Ingresa por guardia, tras ingesta voluntaria de COFA ("STARFOS"), de horas de evolución. Síntomas: dolor abdominal cólico en epigastrio, vómitos, diarrea y cuadro de agitación. Examen físico: vigili, Glasgow 15/15, pupilas intermedias – reactivas, estable hemodinamicamente, sin broncorrea, con adecuada mecánica ventilatoria. Laboratorio y ECG sin alteraciones. Colinesterasa: 123. Guardia: hidratación, carbón activado (no tolerado). No atropinización. Ingres a UTI para monitoreo. A las 9 hs presenta deterioro del sensorio, rigidez generalizada, hipertonia y movimientos involuntarios (convulsiones?). Recibe diazepam, Fenitoina. IOT y ARM. TC cerebro: normal. Despierto a las horas, comprendiendo órdenes, se extuba. A las 24 hs sensorio alternante, Glasgow 9-13/15, episodio de taquibradiarritmia único. Evolucion tórpida, deterioro del sensorio e hipoxemia, nuevamente IOT y ARM. Destete dificultoso por delirio hiperkinetico mas cambios pupilares intermitentes. EEG:normal. Se interpreta como: Síndrome Intermedio. Intercurre con NAV cumpliendo tratamiento. Debilidad adquirida del paciente crítico severa, ptosis bpalpebral a predominio derecho. EMG:Neuropatia motora pura monomielinica derecha. Traqueostomizado. A los 18 días de internación, destete de ARM y posterior alta.

**Discusión:** El síndrome intermedio es una entidad de etiología desconocida, asociado a inhibición prolongada de la colinesterasa y desorden de la unión neuromuscular. Incidencia frecuente, debe sospecharse a pesar de manifestaciones clínicas minimas.

Existen controversias sobre el uso de antídotos habituales. Atropina indicado solo en caso de broncorrea, mortalidad por falla respiratoria. La literatura menciona el uso precoz de Atropina como medida preventiva del Síndrome, pero no es concluyente.

Revisión sistemática del Cochrane (2011): no existe evidencia clara del beneficio de las oximas en esta entidad. Existe variabilidad de respuesta a los diferentes pesticidas.

**Conclusión:** El síndrome intermedio requiere diagnóstico y tratamiento precoz. La insuficiencia respiratoria es la principal causa de muerte. El soporte ventilatorio es primordial.



### 0264 DEL META-ANÁLISIS A LA PRÁCTICA: ¿LA UTILIZACIÓN TEMPRANA DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES EN EL SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO DISMINUYE LA MORTALIDAD Y EL BAROTRAUMA SIN AUMENTAR LA DEBILIDAD MUSCULAR?

A BADER(1), R PINTO(1), D MARQUEZ(1), M CARRERAS(1), S CARAVAGGIO(1), P LABARRAZ(1), CI AVERSA(1), ML BUDROVICH(1), L ESPINOSA(1), S DE ESTRADA(1), A DIEZ DE TEJADA(1), Y DE ROSA(1), IJ PREVIGLIANO(1)  
(1) Fernández.

**Introducción:** El meta-análisis de Alhazzani (2013) demostró que la utilización temprana de bloqueantes neuromusculares en el SDRa disminuye la mortalidad y el barotrauma sin aumentar la debilidad muscular ni los días de ARM.

**Objetivo:** Evaluar si las afirmaciones precitadas se cumplen en una población similar de pacientes ingresados en una UTI general.

**Material y método:** Lugar: UTI de Hospital afiliado a varias universidades.

Diseño: Estudio de cohorte, retrospectivo.

Criterios de inclusión: Diagnóstico de SDRa según definición de Berlín al ingreso a UTI.

Datos analizados: diagnóstico al ingreso, edad, género, utilización de bloqueantes neuromusculares (BNM), APACHE II, Pa/FiO<sub>2</sub> y PEEP al ingreso y a las 48 horas, días de internación en UTI y de ARM, mortalidad a los 28 días, utilización de corticoides, debilidad muscular y delirium.

Análisis estadístico: Test de normalidad de Shapiro Wilks, Test de T de Student, Test de Wilcoxon para muestras no paramétricas y Test de Chi cuadrado.

**Resultados:** Desde el 01/01/2014 al 10/03/2015 ingresaron 22 pacientes. De estos, 8 recibieron BNM (pancuronio 4 mg cada 2 h). En la tabla se exponen los resultados.

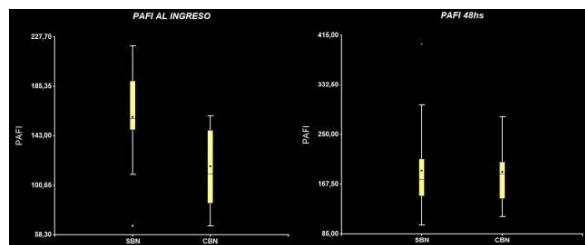
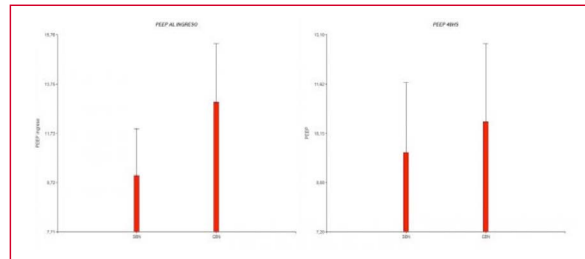
	Con BNM (n=8)	Sin BNM (n=14)	Valor de p/test
Edad	42 (DS 17)	52 (DS 23)	0,37 (Wilcoxon)
Género	5 masculino	7 masculinos	0,57 (Chi cuadrado)
APACHE	20 (DS 6)	21 (DS 6)	0,80 (Student)
Pa/FiO <sub>2</sub> ingreso	116 (DS 36)	158 (DS 40)	0,02 (Student)
Pa/FiO <sub>2</sub> 2 48 horas	188 (DS 53)	190 (DS 81)	0,75 (Wilcoxon)
PEEPingreso	13 (DS 2,39)	10 (DS 1,91)	0,001 (Wilcoxon)
PEEP48 horas	10,5 (DS 2,10)	9,57 (DS 2,10)	0,37 (Wilcoxon)
Mortalidad	37%	57%	0,37 (Chi cuadrado)
Barotrauma			-----
Días de internación en UTI	25	21	0,57 (Student)
Días ARM	22 (DS 14)	18 (DS 18)	0,37 (Wilcoxon)
Corticoides	75%	57%	0,4 (Chi cuadrado)
Debilidad	50%	35,7%	0,5 (Chi cuadrado)
Delirium	75%	50%	0,04 (Chi cuadrado)

**Conclusiones:** En nuestra serie pudimos demostrar diferencias en la Pa/FiO<sub>2</sub> y PEEP al ingreso y en la incidencia de delirium. Los primeros hallazgos muestran que los pacientes con BNM tenían mayor deterioro en el intercambio gaseoso al ingreso, sin diferencias a las 48hs. El segundo coincide con lo publicado como complicación del uso de pancuronio. Hubo menor mortalidad en el grupo con BNM que no fue significativa, probablemente por el número de la muestra.

No hubo barotrauma en ninguno de los dos grupos (neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo).

No se hallaron diferencias en la incidencia de debilidad muscular, tiempo de internación ni de ARM.

Es importante aclarar que en los trabajos mencionados se utilizó cisatracurio como agente bloqueante neuromuscular, no disponible en nuestro medio.



### 0265 MOVIMIENTOS ANORMALES COMO PRESENTACIÓN DE OCLUSIÓN BASILAR AGUDA.

P MORALES(1)  
(1) Italiano.

**Introducción:** La trombosis aguda de la arteria basilar (TAB) es generalmente una catástrofe neurológica.

La isquemia de la circulación posterior representan un 15-20% de todos los ictus y sus manifestaciones clínicas son de difícil reconocimiento lo que explica a menudo su diagnóstico tardío.

El debut clínico con movimientos involuntarios es una forma de presentación aún más rara de la TAB.

**Caso clínico:** Masculino sano de 22 años, derivado de otro centro tras haber presentado convulsiones tonico-clónicas generalizadas de 1 hora de evolución tratadas inicialmente con Difenhilhidantoina. Ingresó a nuestro centro 8h después del inicio de los síntomas en estado de coma con postura de descerebración bilateral, nistagmus vertical del ojo izquierdo, pupilas de 2.5 mm hiporreactivas y reflejos oculomotores disminuidos. TC de encéfalo inicial solo con hiperdensidad de la arteria basilar. Punción Lumbar con LCR de características normales.

AngioTC evidencia oclusión completa de la arteria basilar en el segmento entre la Arteria Cerebelosa antero-inferior y Cerebelosa Superior. Se realiza trombectomía mecánica logrando recanalización completa de la arteria basilar a pesar de lo cual evoluciona con un síndrome de enclaustramiento

Múltiples EEGs fueron normales y como etiología presenta mutación del gen de la Protrombina G20210.

**Discusión:** La presentación de movimientos anormales, epilépticos o pseudo-epilépticos como manifestación clínica de la TAB aguda ha sido descrita en la literatura desde hace tiempo. La rareza de este cuadro hace que el diagnóstico inicial de esta patología devastadora sea tardío a menudo. Los movimientos anormales pseudo-epilépticos se producen por isquemia del tracto cortico-espinal a nivel protuberancial.

La concomitancia de estos movimientos en un paciente que además presentan un examen neurológico compatible con daño de tronco



encefálico sugiere la posibilidad de una TAB aguda y requiere tratamiento inmediato.

### 0267 SINDROME DE GUILLAN BARRE. "EL DESAFIO DE UN CORRECTO DIAGNOSTICO INICIAL"

L DEGESE(1), M RABINO(1), A SANCILIO(1), F PODESTÁ(1)  
(1) El Cruce.

El síndrome de Guillan Barre (SGB) es una enfermedad autoinmune postinfecciosa, principal causa de parálisis flácida aguda (PFA), la cual es rápidamente progresiva y ascendente; puede comprometer la musculatura bulbar respiratoria. Cursa con hipo o arreflexia osteotendinosa y con signos sensitivos débiles o ausentes.

**Objetivos:** - Establecer diagnósticos diferenciales entre pacientes ingresados por PFA.

- Analizar características epidemiológicas de pacientes con SGB.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes admitidos en UTIP con diagnóstico de PFA y sospecha de SGB entre enero de 2014 y marzo de 2015. Variables analizadas: diagnóstico definitivo, manifestaciones clínicas, infecciones precedentes, tratamiento específico, características del LCR, rescate de germen, necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM), evolución.

**Resultados:** Se revisaron 6 historias clínicas, de las cuales 4 correspondieron a pacientes con SGB, 1 paciente con mielitis transversa y otro con malformación arteriovenosa (MAV) vertebral. Todos ellos presentaron de ingreso PFA arrefléxica, los dos últimos además presentaron vejiga neurogénica, nivel sensitivo y, posteriormente, signos piramidales. Todos los pacientes recibieron tratamiento con gammaglobulina al ingreso a UTIP.

Todos los pacientes con SGB presentaron infecciones respiratorias banales 1-2 semanas previas al inicio de los síntomas. Se halló disociación albumino/citológica en el LCR en los 6 pacientes. Dos de ellos presentaron compromiso de pares craneanos, con requerimiento de ARM y traqueostomía.

Se logró aislamiento de germen en dos pacientes: 1 por *Mycoplasma pneumoniae* y otro por virus Epstein Barr.

En tres pacientes el estudio electrofisiológico mostró signos de demielinización sin compromiso axonal, con evolución favorable en el 100 % de los casos; el tiempo de remisión de los síntomas fue variable dependiendo de la extensión del cuadro.

**Conclusiones:** A pesar que el SGB es la causa más frecuente de PFA, deben tenerse presente otras posibilidades diagnósticas de similar presentación.

La presencia de niveles sensitivos, signos piramidales, disfunción vesical e intestinal persistente así como también la falta de disociación albumino citológica, deben hacer sospechar otros diagnósticos y solicitar otros estudios complementarios para su confirmación.

Es importante destacar el pronóstico favorable del SGB en la mayoría de los casos, así como la mayor frecuencia de la variante demielinizante sin compromiso axonal.

### 0270 CERTIFICACIÓN DE ESPECIALISTAS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EN LA SATI DESDE LA INCORPORACION DE ALUMNOS POR VIDEOCONFERENCIA

A FERNANDEZ(4), A SIABA(1), D ORQUEDA(2), I KO(3), R FRAIRE(1), S TORRES(1), D VINCIGUERRA(4), C GUILLERMO(5)  
(1) Austral. (2) Hospital Italiano. (3) Ricardo Gutierrez. (4) Hospital Durand. (5) Hospital Fernandez.

**Introducción:** En 1999 ingresó al curso superior la primera cohorte de residentes en terapia intensiva pediátrica, pudiéndose certificar como especialistas bajo esta denominación en el MSAL a partir del año 2009. Hasta el año 2009 el curso de especialista en terapia intensiva infantil se dictó en forma presencial exclusivamente, a partir del año 2010 se añadieron unidades académicas que recibieron el curso por videoconferencia.

**Objetivos:** Describir tasa de certificación de los intensivistas pediátricos inscriptos en el curso superior de SATI y su desempeño en los exámenes intermedios, observando si existe alguna diferencia entre el grupo de alumnos presencial y el grupo de alumnos por videoconferencia.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de la base de datos de alumnos del curso superior de terapia intensiva pediátrica de la SATI. Se incluyeron todos los alumnos ingresados a la carrera desde el año 2009 hasta el año 2013. Se realizó un análisis Univariado (test de Chi2), y de diferencias de riesgos, riesgo atribuible y RR (test de Mantel Hanzel).

**Resultados:** Entre el año 2009 y el año 2013 ingresaron a la carrera de especialista en TIP 191 alumnos.

Ingresaron en las cohortes 2010 a 2012 un total de 121 alumnos, no se observaron diferencias significativas en la aprobación del examen de segundo año y la monografía entre los grupos presencial y videoconferencia fue de 70,4% vs 68,3% (p:0.953); monografía 68% vs 50% (p:0.059). El 53% de los alumnos ingresados aprobó el examen de especialista. Se halló una diferencia estadísticamente significativa en la aprobación entre los grupos presencial y videoconferencia (Tabla 2). En el examen final observamos que los alumnos de la modalidad presencial tienen 67% mas chances de aprobar el examen RR:1.67 (IC95% 1.611 – 2.405).

**Conclusiones:** Finalizan el primer año de la carrera prácticamente la totalidad de los alumnos ingresantes, pero el número de aprobados desciende gradualmente en segundo año. Solamente el 53% del total de los alumnos analizados se graduó, siendo la diferencia estadísticamente significativa entre los grupos presencial y videoconferencia.

AÑO	INGRESO CARRERA		EXAMEN 2° AÑO				MONOGRAFIA				FINAL DE CARRERA			
	PRESE	VIDEO	PRESENCIAL	VIDEOCONF	PRESENCIAL	VIDEOCONF	PRESENCIAL	VIDEOCONF	PRESENCIAL	VIDEOCONF	PRESENCIAL	VIDEOCONF	PRESENCIAL	VIDEOCONF
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2010	16	33	13	81	22	67	13	81	19	58	13	81	12	36
2011	26	10	16	62	10	100	15	58	10	100	12	46	6	60
2012	19	17	14	74	9	53	14	74	1	6	11	58	1	6
TOTA L	61	60	43	70	41	68	42	69	30	50	36	59	19	32

Tabla 2 Aprobación de evaluaciones de final de carrera cohortes 2010 a 2012

Año	PRESENCIAL		VIDEOCONFERENCIA		TOTAL
	N	%	N	%	
2009		19			19
2010	16	35	33	67	49
2011	26	72	10	27	36
2012	19	52	17	47	36
2013	22	43	29	56	51
TOTAL	102	53	89	46	191

### 0271 INCIDENCIA DE HIPONATREMIA EN PACIENTES NEUROCRITICOS

A MARTINUZZI(1), AL DELARRIVA(1), S SVAMPA(1), C MATIAS(1), M ARAGÜES(1), P ROEL(1), M SEPULVEDA(1)  
(1) Cmic.

**Introducción:** La Hiponatremia es uno de los trastornos Hidroelectrolíticos (THE) más frecuente en los pacientes Neurocríticos (PNC), aumentando el daño secundario al inducir la entrada de agua a la célula y producir Edema Cerebral.

**Objetivo:** Analizar la incidencia de Hiponatremia (HN) en nuestra población de pacientes neurocríticos y su impacto en la morbilidad.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo y descriptivo realizado en la Unidad de cuidados Intensivos polivalente (UCI) de la clínica CMIC durante los años 2013-2014. Se revisó la base de datos de pacientes ingresados durante este período y se analizaron solo aquellos ingresados con patología neurocrítica. Se definió HN < 135 meq/l e hipernatremia (HIN) > 150 meq/l. Los resultados se expresaron en valores absolutos, media, DS y porcentajes, según corresponda.

**Resultados:** Ingresaron durante este período 785 pacientes de los cuales el 8,5% (n:67) correspondió a PNC. Las patologías más frecuentes fueron el el Accidente Cerebrovascular (ACV) el 40% (27) y Traumatismo encefalo-cráneo (TEC) 39% (n: 26). La edad promedio de la muestra fue de 48 (rango de 17 a 90 años), en su mayoría eran varones 67% (n: 45). La estadía promedio en UCI fue de 14 días (Min y la mortalidad de los PNC fue del 12%. La incidencia de HN fue del 17.9% (n: 12), el valor promedio fue 132 (min 129), tan solo 3 pacientes presentaron HIN. La mayoría de las HN fue a LEC aumentado (58.3%).

De los pacientes con HN presentaron complicaciones asociadas al TEC el 66,6% vs los pacientes sin HN 23% (P<0.05). La internación de los PHN fue 22±18 vs la internación de los no HN que fue 12±18 días (P<0.05). La escala de GOS de los pacientes HN fue de 2.9±2 vs 4.5±1.5 (P>0.05).

**Conclusiones:** La incidencia de hiponatremia en nuestros PNC fue menor que la publicada, pero considerablemente mayor que la HIN. Estuvo asociada más complicaciones reacionadas al TEC (Sepsis, DOM, etc), con prolongación de su estadía en la UCI, con un GOS menor pero no estadísticamente significativo.

### 0273 MONITOREO CON DOPPLER TRANCRANEANO DURANTE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

S SVAMPA(2), A GIRELA(1), F CASTRO(2), J QUIROGA(2), O SEPÚLVEDA(3), F BARBOSA(2)

(1) Instituto Cardipvascular Del Sur. (2) Instituto Cardiovascular Del Sur. (3) Instituto Cardiovascular Del Sur.

**Introducción:** En la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) el Accidente cerebrovascular (ACV) es una de las complicaciones más temibles con una incidencia del 3,7% al año. El doppler transcraneano (DTC) es un monitoreo no invasivo de las velocidades del Flujo Sanguíneo Cerebral (VFSC) en tiempo real y además permite detectar Microembolias (ME). Hay estudios que sugieren la relación entre ME intraoperatorias y el estado neurológico posoperatorio (POP).

**Objetivos:** analizar el comportamiento de las VFSC, Autorregulación cerebral (ARC) y presencia de ME durante la CRM sin circulación extracorpórea (CEC).

**Material y métodos:** estudio prospectivo y observacional. Se utilizó un casco para monitoreo con DTC en pacientes sometidos a CRM sin CEC, excluyendo aquellos con antecedentes neurológicos y los que se convertían con CEC. Tuvieron Monitoreo de Tensión Arterial Media invasiva, capnografía, temperatura, ecocardiografía transesofágica y anestesia con Propofol-remifentanilo. Las VFSC se controlaron antes, durante y posterior a las luxaciones cardiacas, así como a la detección de ME. Todos fueron visitados en el POP y citados a los 30 días para las escalas neurológicas.

**Resultados:** Se reclutaron 41 pacientes durante 1 año. 34 varones y 7 mujeres. Edad promedio 65 (rango 48-80). Con hipertensión arterial 100%, Diabéticos 40%, Tabaquistas 40%, E.P.O.C 10%, Lesiones Carotídeas leves 46% y moderadas a severas 33%. El 80 % presentó Hipoperfusión cerebral durante la cirugía con Vm < 35 cm/s (33/41) e IP > 1,40 17/41. Se detectaron trastornos de la ARC en el 24%. El 97% presentó ME aéreas y el 17% ME sólidas, 4 posterior al desclameo Aórtico, 1 post arritmia grave con paro cardíaco y 2 durante la luxación completa. La mayoría tuvo un Rankin modificado de 0 a 2 y el Barthel Leve a Independientes.

**Conclusiones:** La Hipoperfusión cerebral fue detectada antes que las modificaciones de las variables sistémicas. Casi todos presentaron ME aéreas pero sólo 1 hizo un ACV mayor asociado a ME sólida durante el desclameo parcial de la Aorta Ascendente. Las lesiones carotídeas moderadas o severas NO fueron causas de Stroke. A los 30 días todos presentaron mínimos cambios cognitivos o emocionales sin trascendencia clínica.

### 0274 PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS. APORTE DEL LABORATORIO S DER PARSEHIAN(1)

(1) Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune que en el embarazo está asociado con abortos a repetición, pérdidas fetales, y complicaciones como preclampsia, insuficiencia placentaria, retardo de crecimiento intrauterino, parto prematuro. La identificación certera por parte del laboratorio es un pilar fundamental en el diagnóstico diferencial de otras patologías obstétricas.

**Objetivo:** Estudiar las causas de consulta de pacientes con antecedentes de morbilidad en el embarazo y el perfil de los anticuerpos antifosfolípidos en 105 mujeres que fueron atendidas en consultorios externos del HMIRSarda durante el periodo 2013-2014

**Materiales y Métodos:** Se analizaron las solicitudes médicas y los resultados de laboratorio de 105 pacientes estudiadas durante el período 2013-2014. Para el estudio de IL (inhibidor lúpico) se utilizó el aPTT, como screening el dRVVT (LA1 Screening Reagent Siemens) y como prueba confirmatoria el dRVVT Confirm (LA2 Confirmation Reagent Siemens). Las anticardiolipinas (aCL) tipo IgG e IgM, se determinaron mediante un ELISA en fase sólida (QUANTA Lite™, INOVA DIAGNOSTICS), utilizando el valor de corte del fabricante. El estudio de la beta 2 glicoproteína(β2gp 1) tipo IgG e IgM se hizo mediante un ELISA en fase sólida calculando el percentil 99 en 40 pacientes normales, utilizando como cut off valores propios de nuestro laboratorio.

**Resultados:** Población: 105 pacientes.20% de las cuales estaban embarazadas. Rango de edad 16-46 años. Un 33 % consultó por 1 a 2 abortos espontáneos, un 34% por 3 o más abortos espontáneos, 12% por antecedentes de feto muerto, 7% por antecedentes de pre eclampsia, 6% por RCI, 5% por enfermedades autoinmunes, 2% por desprendimiento prematuro de placenta y 1% por antecedentes de Trombosis Venosa. 17 % de las pacientes presentaron positividad para aPL. 12% presentó un solo anticuerpo positivo, 7% positividad para 2 anticuerpos. Ninguna paciente mostró positividad para los 3 anticuerpos.

**Conclusiones:** Este trabajo permitió conocer las causas de consulta así como el perfil de positividad de los anticuerpos antifosfolípidos de pacientes que fueron atendidas en el Hospital Sarda durante el periodo 2013-2014 -con antecedentes de morbilidad en el embarazo.

La presencia de más de un anticuerpo positivo confiere mayor riesgo de padecer manifestaciones clínicas.

### 0275 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA CON C-ANCA POSITIVO. REPORTE DE CASO.

AI SORIA(1), GJ VERA(1), PM MAMBRINI(1), ME OVEJERO(1), AC EHLICH ISRAILEV(1), N GONZA(1)

(1) Padilla.

**Introducción:** El síndrome de hemorragia alveolar difusa se caracteriza por episodios únicos o repetidos de hemorragia, anemia ferropénica e insuficiencia respiratoria aguda. Suele ser parte de una enfermedad sistémica. La Granulomatosis de Wegener tiene incidencia entre 4.9-10.5 por millón al año, se presenta con hemorragia alveolar en el 10% y la afectación renal en el 80%. El síndrome pulmón-rinón en la granulomatosis de Wegener, es una rara pero sería complicación con alta tasa de mortalidad.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 42 años, con antecedentes de astenia, adinamia, pérdida de peso de 5 kg en el último mes, microhematuria; imagenología abdominal sin particularidades, en tórax presentaba imagen compatible con granuloma en lóbulo inferior izquierdo, estudiado sin diagnóstico al ingreso; VEDA con úlceras duodenales Forrest III y con serología HIV negativa. Evolucionó súbitamente con disnea grado III, anemia y falla renal aguda, ingresando por guardia requiriendo ventilación mecánica y transfusión de hemoderivados, pasando a terapia intensiva donde se

evidencio hemoptisis franca, se tomaron muestras de secreciones y sangre. Ante la gravedad del cuadro se inició tratamiento con corticoides a altas dosis con sospecha de síndrome autoinmune. Evolución desfavorablemente requiriendo medidas de ventilación protectora, hemodiálisis y plasmaferesis intercaladas, sin respuesta favorable. Óbita a la semana del ingreso. Postmortem resultados de c-ANCA positivo.

**Discusión:** A pesar de los avances en la terapéutica y de los resultados prometedores; en las enfermedades autoinmunes, no se obtuvo los resultados esperados en este caso. La hemorragia alveolar difusa es una emergencia que requiere diagnóstico oportuno y tratamiento agresivo, y en asociación a la falla renal y/o sistémica aumenta la mortalidad.

**Conclusión:** Según la literatura con el tratamiento correcto se consigue mejoría y una tasa de remisión del 75%, sin embargo todavía existen pacientes que no entran dentro de este porcentaje, teniendo que poner mayor énfasis en la detección temprana de este tipo de patología que no tienen un cuadro clínico claro y evolución lineal.

#### 0276 FALLA MULTIORGÁNICA TRAS INGESTIÓN DE DOSIS TÓXICA DE COLCHICINA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

IM GARCÍA(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), NM CIARROCHI(1), MS VENUTI(1), SE GIANNASI(1), JE SAN ROMÁN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La intoxicación aguda con colchicina es infrecuente y puede llevar a disfunción orgánica múltiple y muerte. Dado que en la actualidad no se encuentra disponible un antídoto, la estrategia terapéutica se dirige al soporte vital. Se presenta un caso fatal de intoxicación aguda por colchicina.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 66 años con antecedentes de síndrome depresivo, gota, hipertensión arterial y policitemia vera, que consultó en otra institución por dolor abdominal y bradipsiquia 6 horas posteriores a la ingesta intencional de 44 mg (0.58 mg/kg) de colchicina. Se interpretó intoxicación farmacológica aguda, inició tratamiento con carbón activado, y se derivó a nuestro centro 10 horas posteriores a la ingesta. Al ingreso presentó scores APACHE II y SOFA de 31 y 6 respectivamente. En las primeras 24 horas intercurrió con deterioro del sensorio que requirió intubación orotraqueal para protección de la vía aérea. Dada la circulación enterohepática del fármaco, se continuó tratamiento con carbón activado por las siguientes 48 horas.

Evolucionó con falla orgánica múltiple asociado a insuficiencia renal aguda oligúrica, acidosis metabólica severa e insuficiencia hepática decidiéndose el inicio de hemodiálisis. Agregó falla hemodinámica severa con requerimiento de alta dosis de drogas vasoactivas, por lo que se realizó ecocardiograma transtorácico que informó disfunción ventricular izquierda severa. Se colocó monitoreo hemodinámico invasivo con catéter en arteria pulmonar que se interpretó como patrón de shock mixto (distributivo asociado a cardiogénico) por lo que se inició infusión de drogas inotrópicas, con escasa respuesta clínica evolucionando al fallecimiento por shock refractario a las 75 horas posterior a la intoxicación.

**Conclusión:** La colchicina tiene ventana terapéutica estrecha y gran potencial tóxico, por lo que la intoxicación aguda con este fármaco suele ser letal. Al no poseer antídoto sólo se cuenta con tratamiento de soporte vital y presenta elevada mortalidad por falla orgánica múltiple. Se destaca la presentación de este caso ya que ilustra las etapas clásicamente descritas en esta intoxicación y por su baja frecuencia.

#### 0277 CONTROL DE INFECCIONES EN UTI. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARINA(1), AL GONZALEZ(1), MC LLERENA(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), H MORENO ZILLI(1), M LLORIA(1), C PEREYRA(1), P SAUL(1), E SERRA(1)  
(1) Comité De Infectología Crítica.

**Introducción:** Las infecciones nosocomiales (IN) constituyen un importante problema de salud, por la morbi-mortalidad que ocasionan, coste económico y social y aumento de la estancia hospitalaria. La vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales representa una política de seguridad del paciente y una herramienta en pos de la mejora continua según las normas de calidad.

**Objetivos:** Evaluar el control de infecciones en Terapia Intensiva (UTI).

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se evaluaron las siguientes variables: Características de las UTIs y presencia de personal en control de infecciones (Profesional, horas, capacitación). Los datos se presentan como media  $\pm$ DS y %.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas de 22 provincias (Bs As 30%, CABA 23%, Córdoba 9%, Santa Fe 4%, etc.). Características de los Hospitales: total de camas 161 $\pm$ 126, camas de UTI 13 $\pm$ 7, público 58%, adultos 95%, Hospital Universitario 47%, cuenta con residencia de UTI 48%, 49% poseen alguna cama de aislamiento, 19% posee más del 50% de las camas de aislamiento. Los profesionales que contestaron la encuesta: 81% intensivistas, antigüedad en el Htal 11 $\pm$ 9 años. En 75% la UTI participa de un programa de control de infecciones, 92% posee normativas en prevención de IACS, 72% participa del Comité de control de Infecciones, 66% reporta tasa de IACS, 38% participa del programa Vihda, 24% posee software de control de infecciones, 71% posee enfermera en control de infecciones. Se observa que 94% hospitales tienen un responsable en control de infecciones que es: Licenciado en enfermería 35%, infectólogo 35%, ECI 21%, Enfermero 6%, médico 20%. El responsable dedica 5 $\pm$  2 hs diarias a control de infecciones.

**Conclusiones:** Es una muestra importante de UTIs de Hospitales de Argentina. Se observa una importante participación de las UTIs en programas de control de infecciones, la mayoría posee normas de prevención y participación del Comité de control de infecciones, sin embargo solo el 66% reporta tasas de IACS. El control de infecciones es realizado principalmente por enfermeros, infectólogos y ECI, sin embargo, es poco el tiempo que se dedica al control de infecciones.

#### 0278 MENINGITIS TUBERCULOSA. REPORTE DE CASO.

ME OVEGERO(1), AI SORIA(1), JG VERA(1), PM MAMBRINI(1), AC EHLICH ISRAILEV(1)  
(1) Padilla.

**Introducción:** La tuberculosis meníngea presenta alta morbimortalidad. Su diagnóstico es dificultoso, realizándose en muchos casos el "diagnóstico terapéutico" por respuesta al tratamiento específico.

**Presentación del caso:** Paciente femenino de 18 años de edad, etilista ocasional, tabaquista, consumo de anticonceptivos orales. Refería episodios febriles aislados de dos meses de evolución. Consultó por cefalea intensa holocraneana, dolor abdominal, náuseas y vómitos, excitación psicomotriz, posteriormente deterioro del sensorio, paresia braquiocrural izquierda, pupilas midriáticas hiporreactivas, desviación conjugada de la mirada. Tomografía computada se observa: hipodensidad bioccipital a predominio izquierdo, imágenes con densidad cálcica en hígado y bazo, conglomerados ganglionares paraaórticos. Líquido céfalo raquídeo: límpido, incoloro, sin coágulos ni sangre, cel. de 0-1, glucosa: 80, LDH: 86, proteínas: 60. Ziel Nilsen y cultivo negativo. Evoluciona desfavorablemente requiriendo IOT/ARM ingresando a terapia; inicia antibióticoterapia.

pia empírica de amplio espectro. Presenta falla orgánica múltiple con inestabilidad hemodinámica, diagnóstico clínico y por EEG de muerte encefálica. Óbito a las 48 horas de la internación. Se solicitó autopsia con diagnóstico de Meningitis y Vasculitis tuberculosas.

**Discusión:** Se trata de una meningoencefalitis de líquido claro, que compromete meninges basales, parénquima cerebral, las arterias y venas cerebrales. La mortalidad es del 15-40% aun con tratamiento adecuado. La baciloscopia y el cultivo no contribuyen al diagnóstico precoz, por baja sensibilidad de la tinción de Zhiel-Nielsen y al lento crecimiento del microorganismo. El diagnóstico precoz es el factor clave en el pronóstico de la enfermedad.

Las complicaciones neurológicas incluyen hipertensión endocraneana, neuropatías craneales, hidrocefalia, etcétera. La aparición de infartos cerebrales constituye el mayor factor de riesgo para la evolución a discapacidad permanente.

**Conclusión:** Debido a la elevada morbimortalidad del cuadro clínico, el diagnóstico de meningitis tuberculosa debe basarse en la sospecha ante las manifestaciones clínicas y características del líquido céfalo raquídeo más aun en regiones endémicas, contar con ADA y RPC para mayor certeza diagnóstica y poder instaurar un tratamiento intensivo y prolongado.

#### 0279 DETECCION DE UN AUMENTO EN LA MORTALIDAD "TRAUMA DE CRANEO GRAVE"

P ZANARDI(1), J TEVES(1), G BASCOLO(1), O ELEFANTE(1)  
(1) Higa Dr Alende.

**Introducción:** El Trauma de craneo TEC grave es un importante problema sanitario. La mortalidad es del 40 % y hasta el 60 % tiene una evolución neurológica desfavorable. Observamos en nuestro centro un aumento de la mortalidad.

**Objetivo:** analizamos las variables del aumento de mortalidad observada de una cohorte de pacientes con TEC grave.

**Material y método:** Estudio de tipo descriptivo donde se analizaron todos los pacientes ingresados en forma consecutiva de trauma de craneo grave en el periodo comprendido entre agosto 2013 y febrero 2015. Los datos se expresan como promedio +/- DS. las diferentes variables fueron comparadas con test T o con test de comparación de proporciones. Se considero significativo a  $p < 0,05$ .

**Resultados:** se analizaron 124 pacientes con una edad promedio de 34 (ds 1,68) Glasgow de ingreso 7,3 ( DS 1,6) APACHE (2) 18,4 (DS 5,6).

El 54 % tenía MARSHAL V en la Tomografía inicial. Todos los pacientes tenían monitoreo de PIC y el 43.9 % recibió craniectomía descompresiva (CD) como tratamiento. La mortalidad al alta de UCI fue del 47 % (35% en la cohorte previa). No hubo diferencias significativas entre fallecidos y vivos al alta en Glasgow de ingreso, APACHE y lesiones asociadas.

La edad fue mayor en los fallecidos 40,8 (ds19,1) vs vivos 29,3 (ds 12,1)  $p < 0,05$ . hubo mas pacientes derivados de otras ciudades 38,5% (antes 20%). La mortalidad fue mayor 43,1 % en los pacientes derivados de otras ciudades comparados con los de mar del plata 38,5 % aunque los grupos eran comparables en relación a la gravedad de la lesión neurológica. Los pacientes derivados de otras ciudades presentaron diferencias significativas en los tiempos de ingreso al hospital 0,24 horas (0,48) vs 3,08 (7,85) ( $p < 0,01$ ); interconsulta con neurocirugía 2,2 horas (3,2) vs 4,6 (8,3) ( $p < 0,01$ ). Los pacientes derivados recibieron mas CD 46,8 vs 41,9 ( $P < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El aumento de la mortalidad no pudo ser atribuido a mayor lesión neurológica. Hubo un aumento muy significativo de los pacientes derivados de otras ciudades. En esta cohorte los pacientes con menos accesibilidad al centro de trauma tuvieron mayor mortalidad.

#### 0280 ASOCIACION ENTRE INDICE DE MASA CORPORAL Y EVOLUCION EN PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA.

L AGUIRRE(1), A FERRE CONTRERAS(2), O ROLON(2), M MARTINEZ NAVARRO(2), G TUHAY(2), D VARELA(2), F KLEIN(2)  
(1) Fundación Favaloro. (2) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Introducción:** La asociación entre índice de masa corporal (IMC) y evolución de los pacientes internados en terapia intensiva (UTI) es aun controvertida. Algunos reportes describen una asociación beneficiosa entre IMC altos y evolución favorable.

**Objetivo:** Describir el IMC y su relación sobre la evolución en pacientes internados en UTI así como la presencia de comorbilidades.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, evaluando historias clínicas de pacientes internados en UTI de enero de 2013 hasta diciembre de 2013. Las variables estudiadas fueron IMC al ingreso, edad, APACHE II, motivo de internación, comorbilidades y variables de evolución que fueron días de ventilación mecánica (ARM), estadía en UTI, estadía hospitalaria y la mortalidad. El IMC (Kg/m<sup>2</sup>) se categorizó en bajo peso (<18,5); normopeso (18,5 a 24,9); sobrepeso (25 a 29,9); obesidad (30 a 39,9); obesidad mórbida (> de 40) y se evaluó su asociación con el resto de las variables, considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De un total de 430 pacientes fueron el 3% (14) bajo peso, 39% (169) normal, 36% (154) sobrepeso, 20% (85) obesidad y 2% (8) de obesidad mórbida. El APACHE II promedio de 13.8. Edad promedio 58 años 17 y mortalidad de 16%. Se observó que la prevalencia en pacientes normopeso vs obesos fue de 12% y 28% para enfermedad coronaria, 36% y 59% para hipertensión arterial, 9% y 34% para diabetes, 6% y 18% para cirrosis siendo todas estadísticamente significativas. El promedio de días de estadía en UTI, estadía hospitalaria y de ARM fue de 4, 11 y 1 respectivamente en el grupo de obesidad mórbida siendo estos significativamente menores que el resto de los grupos analizados. No se evidencia relación estadística entre el IMC con mortalidad, antecedentes de stroke, insuficiencia cardíaca, motivo de ingreso, APACHE II, insuficiencia renal e inmunosupresión.

**Conclusiones:** Se observó una mayor prevalencia de comorbilidades en los grupos de IMC elevados, a pesar de lo cual, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad. Se describe una asociación favorable en la estadía y días de ARM en el grupo de obesidad mórbida.

#### 0282 IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS BASADOS EN LA EVIDENCIA PARA MEJORAR SEGURIDAD DEL PACIENTE ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), E CUNTO(1), J DESSE(1), A CREMONA(1), V CHEDIACK(1), J FARINA(1), AL GONZALEZ(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), M LARES MÓNICA(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), JJ VIDELA(1), ZH MORENO(1), C PEREYRA(1), P SAUL(1), E SERRA(1)  
(1) Comité De Infectología Crítica.

**Introducción:** La implementación de estrategias basadas en la evidencia requiere (tachar la n) trabajo en equipo, educación, apoyo de las autoridades y voluntad del equipo de salud para implementarlo.

**Objetivos:** Evaluar la implementación de estrategias basadas en la evidencia para prevenir infecciones nosocomiales.

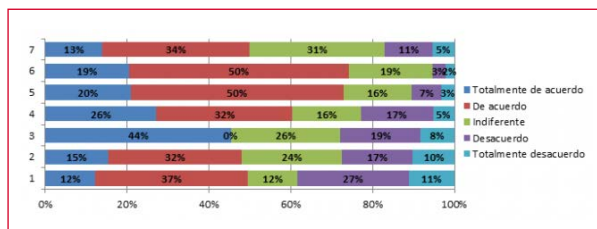
**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIS de adultos y pediátricas de Argentina. Se realizaron 7 preguntas relacionadas a la implementación de prácticas basadas en la evidencia para prevenir infecciones nosocomiales (IN). Los datos se presentan como media  $\pm$  DS y %.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Las 7 preguntas



fueron: 1) Es muy fácil en mi hospital aplicar las recomendaciones basadas en la evidencia para prevenir las IN, 2) Recibo un gran apoyo de los directivos de mi Hospital/ UTI cuando quiero poner en práctica una recomendación basada en la evidencia para prevenir IN, 3) El liderazgo esta conducido a ser una institución centrada en la seguridad, 4) Me sentiría seguro de ser tratado en la UTI de mi hospital como paciente, 5) El personal de la UTI son receptivos a los cambios en los procesos clínicos, 6) En la UTI tienen un sentido de responsabilidad personal para mejorar la atención al paciente y los resultados, 7) En la UTI de mi Hospital, la participación en numerosas actividades de la seguridad del paciente facilita la implementación exitosa de las actividades de prevención de IN. Las respuestas se observan en la Tabla.

**Conclusiones:** La implementación de medidas basadas en la evidencia para prevenir IN es un trabajo en equipo, comandado por líderes que son las autoridades del Hospital y las de UTIs, con el objetivo de mejorar la calidad de atención y seguridad de los pacientes. El 50% de las respuestas muestran implementación de estas estrategias y trabajo en equipo, es necesario trabajar en equipo de salud para lograr mejores resultados.



### 0283 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO Y SEVERO EN PEDIATRÍA

MC SADY(1), PA CASTELLANI(1), CC MARINO(1), K CINQUEGRANI(1), D OTERO(1), A PICCIRILLI(1), K FIQUEPRON(1), PL MEDICI(1), MC RODRIGUEZ(1), F PODESTÁ(1), L DEGESE(1), MC GAVIOT(1), E LOPEZ QUISPE(1), LA MORENO(1), A SANCILIO(1)  
(1) El Cruce.

**Introducción:** Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son la primera causa de mortalidad en niños por encima del año de vida en países desarrollados, siendo también causantes de retraso mental y de discapacidad física.

**Objetivo:** Realizar un relevamiento epidemiológico de los pacientes con TEC moderado y grave que fueron admitidos a nuestro Servicio durante el período de estudio.

Describir los hallazgos tomográficos al ingreso del paciente con TEC. Categorizar la función global y cerebral por medio del uso de escalas al alta, al tercer mes y al sexto mes observando la evolución clínica del paciente

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal entre junio/2011 a diciembre de 2013. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron por TEC moderado a grave al Servicio de cuidados intermedios e intensivos pediátricos del Hospital El Cruce, evaluándose datos filiatorios, epidemiológicos y evolución. Se analizaron y describieron todas las tomografías de cráneo realizadas a éstos pacientes y se analizó su relación con la evolución clínica. Se solicitó consentimiento informado para ingresar al estudio\*.

### Resultados:

n	81
Edad	Mediana 42 meses. (IQR 21-63)
Sexo masculino	47 (56%)
Sexo femenino	36( 44%)
UTIP	67(85%)
ARM	30(38.5%)
Dias ARM	Mediana 6.5 ( IQR 1-10)
Monitoreo de PIC	21 (26.25%)
Mortalidad	3(3.70%)

### Causas de TEC

Asociada a tránsito	28	33.8%
Caída de altura	37	44.8%
Caída de propia altura	3	3.61%
Golpe contuso	11	13.25%
Otros	4	4.82%

Lesión	n	%
Fractura Hundimiento	26	32
Neumoencefalo	28	33.8
Contusión	14	17
H. Subdural	6	7.32
H. extradural	34	42
H. subaracnoidea	14	18
H. peteual		
Cortical	3	3.5
Subcortical	5	6
G. basales	3	3.5

Marshall	Frecuencia	Porcentaje
1	3	3.61
2	57	68.67
3	10	12.05
4		
5	2	2.41
6	11	13.25

Fisher	Frecuencia	Porcentaje
1	63	76.83
2	11	12.41
3	3	3.66
4	5	6.10

Escala de categorización de la función global pediátrica (POPC)

	ALTA	3 meses	6 meses
1	64 (79.01%)	67 (90.54%)	66 (94.30%)
2	4 (4.94%)	5 (6.76%)	3 (4.28%)
3	3 (2.47%)	-	1 (1.42%)
4	8 (9.88%)	2 (2.70%)	-
5	-	-	-
6	3 (3.70%)	-	-
	82	74	70

Escala de categorización de la función cerebral pediátrica (PCPC)

	ALTA	3 meses	6 meses
1	63 (77.78 %)	64 (86.49%)	64 (91.43%)
2	4 (4.94%)	8 (10.81%)	4 (5.71%)
3	2 (2.47 %)	-	2 (2.86%)
4	9 (11.11%)	2 (2.70%)	-
5	-	-	-
6	3 (3.70%)	-	-
	81	74	70

**Conclusiones:** El traumatismo craneoencefálico es frecuente en pediatría. En esta cohorte de pacientes, la principal causa de trauma fue por caída de altura, seguido por lesiones asociadas a tránsito. El hallazgo tomográfico más frecuente fue hematoma extradural, seguido por neumoencefalo y contusión.

Requirieron internación en UTIP el 85% de los pacientes de los cuales el 38.5% ingreso a ARM. En un 26.25% se monitorizo la presión intracerebral.

Al alta un 80 % tuvieron un POPC normal y un 10% discapacidad severa. La mortalidad de esta serie fue del 4%.

#### 0284 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIONES URINARIA ASOCIADA A DISPOSITIVOS VESICALES EN UTIS DE ARGENTINA. COMPARACIÓN DE INSTITUCIONES PÚBLICAS VS. PRIVADAS ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

C BALASINI(1), E CUNTO(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), M ESTEBAN(1), C DOMINGUEZ(1), AL GONZALEZ(1), H MORENO ZILLI(1), J FARINA(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), C PEREYRA(1), P SAUL(1), JJ VIDELA(1), E SERRA(1)  
(1) Comité De Infectología Crítica.

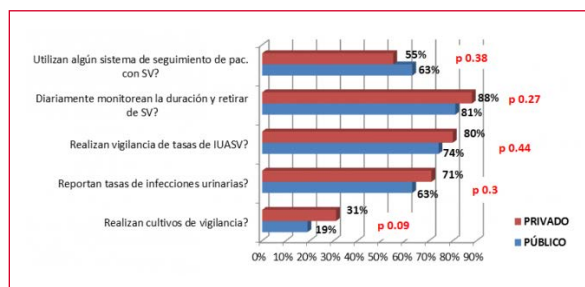
**Introducción:** El seguimiento epidemiológico de dispositivo vesical (Sonda vesical) es parte del programa de control de infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de terapia intensiva (UTI). Las instituciones privadas cuentan con más recursos económicos y humanos para tener mejores resultados.

**Objetivos:** Comparación del seguimiento epidemiológico de la infección asociada a dispositivos vesicales (IUASV) en las UTIs Argentinas de Instituciones públicas vs. privadas.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en 140 UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. El 58% fueron Hospitales públicos (n81) y el 95% fueron de adultos (n133). Se realizaron preguntas para evaluar si se realiza seguimiento epidemiológico de utilización de sonda vesical (SV) e IUASV en UTIs de Argentina. Se dividieron a las instituciones en 2 grupos: privados y públicos. Los números se presentan como porcentajes se realizan comparaciones con Chi2. Se consideró significativa una p

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Los resultados se observan en Tabla.

**Conclusiones:** En ninguna de las cinco variables analizadas se observó diferencia estadísticamente significativa en el seguimiento epidemiológico del uso de dispositivo vesical y de infecciones urinarias asociadas a dispositivos vesicales en UTIs de Argentina entre Instituciones públicas Vs. privadas.



#### 0285 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA EVIDENCIA QUE SUSTENTAN LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS PARA PREVENIR LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES EN UTIS DE ARGENTINA

C PEREYRA(1), C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARINA(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), H MORENO ZILLI(1), P SAUL(1), E SERRA(1), JJ VIDELA(1)

(1) Comité De Infectología Crítica.

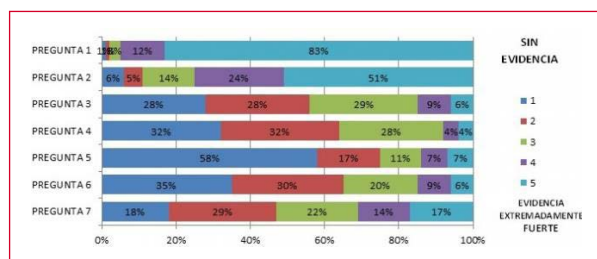
**Introducción:** Las Bacteriemias asociadas a catéteres centrales (BAC) son infecciones de importancia ya que se asocian a incrementos en días de internación, morbi-mortalidad y costos. Conocer la fuerza de la evidencia de cada procedimiento para prevenir la BAC es necesario por la seguridad del paciente y la calidad de atención en UTI.

**Objetivos:** Evaluar las prácticas utilizadas en las UTIs Argentinas para prevención de BAC

**Materiales y Métodos:** Estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se formularon preguntas en base a la fuerza evidencia existente sobre 7 prácticas para prevenir las BAC. Se utilizó una escala de 1 a 5 (1= sin evidencia y 5= evidencia extremadamente fuerte). Los resultados se presentan como porcentajes. Las prácticas fueron: 1) Máximas precauciones de barrera (gorro, barbijo, camisolín estéril y guantes estériles) durante la inserción, 2) Uso de Clorhexidina para la higiene de la piel antes de la inserción del catéter venoso, 3) Uso de catéteres impregnados con clorhexidina o sulfadiazina de plata, 4) Uso de catéteres impregnados con ATB, 5) Cambios rutinarios de los catéteres aunque no sospeche infección 6) Uso de parches con Clorhexidina para la oclusión 7) Evitar el uso de la femoral.

**Resultados:** Un total de 140 encuestas fueron incluidas en el análisis. Como evidencia fuerte: el 80% de los encuestados considera el uso de máximas precauciones de barrera durante la inserción y 50% el uso de clorhexidina. En cambio, menos del 10% remarcó como fuerte evidencia el uso de catéteres impregnados. El 60% considera sin evidencia el recambio rutinario de catéteres.

**Conclusiones:** En los encuestados se observa variaciones en el conocimiento de la evidencia de prácticas para prevención de BAC. Hoy en día, existe consenso con alto nivel de evidencia en el uso de Clorhexidina alcohólica para el tratamiento de la piel antes de la inserción del catéter (recomendación 1A). Es necesario que el personal de salud se comprometa a conocer la fuerza de la evidencia de cada práctica para mejorar la calidad de atención y seguridad de los pacientes de UTI.



### 0287 PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL COMO COMPLICACION DE ACCESO VENOSO: A PROPOSITO DE UN CASO

M LOPEZ KEENA(1), S NOYA(1), S MARE(1), ML ROMERO(1), E RODRIGUEZ(1)

(1) Sanatorio Julio Mendez.

**Introducción:** La vena femoral es un sitio frecuente de colocación de accesos venosos de elección en aquellos casos en los que se contraindique el acceso venoso a nivel yugular o subclavio. Dada la proximidad anatómica de la arteria femoral, ésta puede ser lesionada durante la colocación del catéter, presentándose como complicación, infrecuente, la lesión transfixiante y el pseudoaneurisma, evidenciado clínicamente al retirarse el catéter del sitio de inserción.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 84 años con antecedentes de HTA, ACV isquémico, postrado que ingresa a UTI por neumonía grave de la comunidad. Requiere colocación de acceso venoso femoral derecho. Al retirar el acceso venoso femoral, siete días posteriores a la colocación, presentó sangrado arterial con descenso del hematocrito. El doppler arterial de MMII evidencia pseudoaneurisma de 4cm x 3cm con cuello de 7 mm. La tomografía evidenció hematoma inguinal derecho con fuga de contraste. Seis días después se realizó exploración quirúrgica con rafia de la arteria con buena evolución.

**Discusión:** La incidencia de los pseudoaneurismas de la arteria femoral es de una tasa de 0,2%. Un estudio prospectivo de 1000 pacientes demostró pseudoaneurismas en el 3,8% de los pacientes, cuando se realizó rutinariamente una imagen doppler. Las series hacen referencia a los procedimientos arteriales exclusivamente, con pocos datos respecto a lesiones de la arteria luego de la colocación de un acceso venoso y el posterior pseudoaneurisma. Existen factores de riesgo relacionados con el paciente (edad mayor a 75 años, sexo femenino, índice de masa corporal aumentado, recuento bajo de plaquetas) y relacionados con el procedimiento (punción por debajo de la bifurcación, procedimientos urgentes, anticoagulación antiplaquetarios).

**Conclusión:** Siendo una complicación poco frecuente de los accesos venosos femorales, la lesión transfixiante y el posterior pseudoaneurisma de la arteria femoral debe ser reconocido y diagnosticado a tiempo debido a la posibilidad de complicarse con isquemia arterial aguda o, como en nuestro caso, con un hematoma inguinal y la posibilidad de progresar al hematoma retroperitoneal. La ecografía doppler es el método de elección para el diagnóstico y seguimiento de las complicaciones.

### 0288 PACIENTES CON TRAUMA DE CRÁNEO SEVERO Y MODERADO SOMETIDOS A CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA PRECOZ

P SCHOON(1), L BENITO MORI(1), C POZO(1), D LOSIO(1)

(1) Higa Prof. Dr. Luis Güemes.

La Craniectomía Descompresiva (CD) es un procedimiento ampliamente utilizado para la prevención y tratamiento de las consecuencias de la hipertensión endocraneana. Aún no ha sido demostrado que mejore los resultados ni si algún grupo de pacientes particular puede beneficiarse con su realización.

**Objetivo:** Evaluar los resultados en pacientes con TEC cerrado severo y moderado sometidos a craniectomía descompresiva precoz.

**Método:** Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva de 325 pacientes con TEC cerrado severo y moderado. Se compararon dos grupos: (CD) Craniectomía descompresiva precoz (primer gesto quirúrgico) y sin ella (NoCD). La decisión de CD fue del equipo tratante, en cada caso, en forma interdisciplinaria. Se analizaron mortalidad y factores pronósticos entre grupos. En el grupo CD se evaluaron factores de mortalidad. Para el análisis estadístico se utilizaron los test de Student para dato cuantitativo gaussiano y Wilcoxon rank sum test para dato cuantitativo no gaussiano, chi2 para datos cualitativos. Para el análisis multivariado el método stepwise regression. Se consideró significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El grupo CD ( $n=129$ ) mostró una mayor mortalidad que el grupo NoCD ( $n=196$ )  $p < 0.02$ ; mayor edad  $p < 0.02$ ; mayor incidencia de una o dos pupilas midriáticas  $p < 0.009$ ; mayor incidencia de hipotensión  $p < 0.006$  y mayor incidencia de hipertensión endocraneana  $p < 0.005$ . Corregido por estos factores pronósticos la realización de CD no fue un factor independiente de mortalidad. Analizando dentro del grupo CD en el modelo de regresión logística multivariado se observó como factores independientes de mortalidad: GCS 3, midriasis bilateral y edad  $> 40$  años. Todos los pacientes que sumaron estos criterios fallecieron.

**Conclusiones:** En esta serie de pacientes se observa que el grupo sometido a CD se trató de una población de mayor gravedad que los del grupo NoCD, lo que podría explicar su mayor mortalidad. Entre estos pacientes debería considerarse que la realización de CD, en los portadores de determinadas características al ingreso, sería fútil.

### 0289 DIFERENTES INDICACIONES DE OXIDO NÍTRICO INHALADO EN PACIENTES CRÍTICOS

M GLEMON(1), N MARINI(1), R MEDAWA AGUILAR(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1), R FAVALORO(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Introducción:** El Oxido Nítrico inhalado (ONi), es un vasodilatador pulmonar selectivo utilizado en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar (HTP).

**Objetivo:** Describir las indicaciones del ONi en pacientes adultos en el Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron retrospectivamente pacientes que requirieron ONi desde el 09/08/2007 al 21/03/2015.

**Resultados:** Se evaluaron 239 pacientes. 23 no quirúrgicos. El ONi fue utilizado como diagnóstico de vasoreactividad pulmonar en doce pacientes con HTP o miocardiopatía dilatada. Como tratamiento médico recibieron ONi cinco pacientes con HTP con falla ventricular derecha en asistencia respiratoria mecánica (ARM); cuatro pacientes como puente a trasplante, dos previa inserción de asistencia ventricular y dos con fibrosis pulmonar en ARM, y dos pacientes con distrés respiratorio del adulto (SDRA) todos con alta mortalidad.

216 Pacientes quirúrgicos: En 42 durante el trasplante pulmonar, promedio 2.69 horas, elevándose a 27 horas en la disfunción primaria del Injerto (DPI), con mayor mortalidad. De 65 pacientes con trasplante cardíaco: 28 lo requirieron en quirófano promediando 4.8 hs, elevándose a 74.7 horas en falla primaria del injerto y 30 en falla ventricular derecha. El uso en dos pacientes con SDRA sin respuesta a terapias convencionales resultó exitoso.

De 81 pacientes post quirúrgicos de cirugía cardiovascular (CCV), 16 recibieron en promedio 2 horas de ONi en cirugías programadas, aumentando hasta 30 horas en shock cardiogénico, falla del VD o pulmón de bomba. Los 16 post quirúrgicos de tromboendarterectomía pulmonar recibieron 35 hs por injuria pulmonar de reperfusión, HTP o falla ventricular derecha.

**Conclusión:** La aplicación clínica principal del ONi fue evaluar vasoreactividad pulmonar. En los pacientes críticos con HTP su uso no modificó la mortalidad. En el SDRA con hipoxemia refractaria su indicación temprana mejoró la oxigenación transitoriamente. En

las indicaciones quirúrgicas el objetivo durante la falla ventricular derecha, incluye la reducción de la post carga. Tanto en el post quirúrgico de CCV, post TC, o en la DPI pulmonar, las estrategias de tratamiento deben ser las mismas que se emplean en el manejo de pacientes con SDRA siendo beneficioso el ONi en casos de hipoxemia grave e HTP.

Pacientes No Quirúrgicos	Enfermedad Base	Indicación de ON	Horas	Mortalidad
12	HTP Grupo I y MCPD	Diagnostico	1	0%
5	Hipertensión Pulmonar Grupo I y IV	Falla del VD e HTP	35,4	75%
4	FPI y MCPD	HTP Puente Trasplante	21	75%
2	Peritonitis y Neumonía	SDRA	12,6	50%
Pacientes Quirúrgicos	CIRUGIA	Indicación de ON	Horas	Mortalidad
42	Trasplante pulmonar	Durante la cirugía	2,69	0%
28	Trasplante pulmonar	DPI	27,17	44%
28	Trasplante cardiaco	Durante la cirugía	4,89	4%
26	Trasplante cardiaco	Falla del VD e HTP	30,26	27%
9	Trasplante cardiaco	Falla primaria del injerto	74,77	33%
2	Trasplante cardiaco	SDRA	34	0%
16	CCV	Durante la cirugía de pacientes con HTP	2	0%
9	CCV	Falla del VD e HTP	24	33%
10	CCV	Hipoxemia - Pulmón de bomba	24	40%
28	CCV	Shock cardiogénico	30,7	57%
18	Endarterectomía Pulmón	HTP	35	50%

### 0290 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: REPORTE DE CASO

ML BUDROVICH(1), I AVERSA(1), A BADER(1), R PINTO(1), L ESPINOSA(1), A DIEZ DE TEJADA(1), Y DE ROSA(1), S DE ESTRADA(1), P LABARRAZ(1), V KANNORE EDUL(1), I PREVIGLIANO(1)  
(1) Fernandez.

**Introducción:** La Paracoccidioidomycosis es una micosis sistémica, granulomatosa producida por el hongo dimórfico Paracoccidioides Brasiliensis, endémica de áreas tropicales y subtropicales de Latinoamérica. Ingresa por vía inhalatoria pudiendo producirse diseminación linfo-hemática con compromiso multiorgánico. Se presenta el siguiente caso clínico con el fin de analizar dicha patología.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 36 años tabaquista, oriundo de Paraguay, trabajador rural, quien consulta por cefalea holocraneana y visión borrosa de dos meses de evolución. Al examen físico: lúcido, sin foco motor ni meníngeo, hemianopsia temporal izquierda. RMN de Encéfalo: lesión hipointensa occipital derecha en T1-T2 con realce periférico y edema vasogénico. Inicia tratamiento con glucocorticoides en plan de biopsia estereotáxica cerebral.

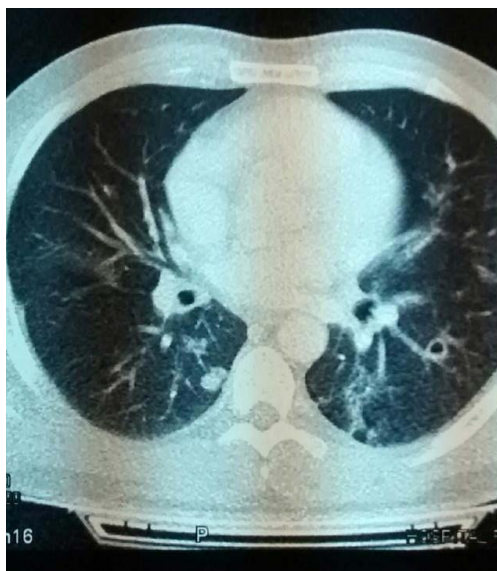
Evoluciona con insuficiencia respiratoria por lo que ingresa a UTI. TC de Tórax: nódulos lobulados cavitados en ambos campos pulmonares. Se cultiva e inicia antibioticoterapia para NIH. Espotos negativos para BAAR; cultivo para micobacterias, gérmenes comunes y hongos negativos, HIV negativo. Muestra alveolar con directo compatible con Paracoccidioidomycosis. Serología Paracoccidioides positiva. Inicia AnfotericinaB y TMS. Evoluciona favorablemente con mejoría de la función respiratoria y síntomas neurológicos.

**Discusión:** La paracoccidioidomycosis es una micosis granulomatosa con mayor prevalencia en hombres que desarrollan actividades agrícolas. Tabaquismo, enolismo y desnutrición son factores de riesgo.

Ingresa por inhalación de microconidias, que cambian a fase lavaduriforme en el pulmón. La primoinfección es habitualmente pulmonar, autolimitada y asintomática. Años después, puede reactivarse con manifestaciones sistémicas comprometiéndolo mucosa aerodigestiva, piel, ganglios linfáticos, glándulas suprarrenales y SNC.

La neuroparacoccidioidomycosis (prevalencia 13%) puede ocurrir en ausencia de otra manifestación. Compromete meninges y más comúnmente el parénquima cerebral bajo la forma de lesiones granulomatosas o abscedadas de tipo pseudotumoral. Las manifestaciones clínicas varían según la localización de las lesiones. Diagnóstico definitivo: visualización o aislamiento del hongo en material de biopsia o necropsia. Tratamiento: Itraconazol o Trimetoprima-Sulfametoxazol en formas leves/moderadas y AnfotericinaB en formas severas. 64% de los casos persisten con lesión residual. Considerar intervención neuroquirúrgica.

**Conclusiones:** Si bien la Argentina es zona endémica, es una patología poco sospechada. En este caso con una presentación poco frecuente. Destacamos la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno.



### 0291 PRACTICAS UTILIZADAS PARA PREVENIR LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES EN UTIS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), E CUNTO(1), J FARINA(1), V CHEDIACK(1), M ESTEBAN(1), C DOMINGUEZ(1), J DESSE(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), H MORENO ZILLI(1), C PEREYRA(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), P SAUL(1), E SERRA(1), JJ VIDELA(1)

(1) Comité De Infectología Crítica.

**Introducción:** Las bacteriemia asociada a catéteres venosos centrales (BAC) es la 2da causa de IN en Unidades de Terapia Intensiva, estas aumentan la morbilidad y mortalidad de pacientes, su prevención es un objetivo prioritario en las UTIs.

**Objetivos:** Evaluar las prácticas de prevención utilizadas en las UTIs para prevención de BAC.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron 12 preguntas para evaluar uso de prácticas para prevenir BAC en UTI teniendo que responder un número entre el 1 y 5, 1= nunca se realiza esa práctica y 5= siempre y 3 preguntas con respuestas dicotómicas. Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron evaluadas 140 UTIs. Las preguntas fueron: 1) Uso de máximas precauciones de barrera durante la inserción, 2) Uso Clorhexidina alcohólica para la limpieza de la piel, 3) Usa alcohol para la limpieza de la piel, 4) Usa tintura de Iodo para la limpieza



de la piel?, 5) ¿Usa catéteres femorales?, 6) ¿Usa catéteres de doble o triple lumen?, 7) ¿Usa catéteres impregnados con clorhexidina o sulfadiazina de plata?, 8) ¿Usa de catéteres impregnados con ATB?, 9) ¿Realiza cambios rutinarios de los catéteres aunque no sospeche infección?, 10) ¿Usa gasa estéril para la oclusión?, 11) ¿Usa apósitos estériles transparentes semipermeables para la oclusión?, 12) ¿Usa parches con esponjas o gel de clorhexidina para la oclusión? Las respuestas se evidencian en el siguiente cuadro.

**Conclusiones:** 1) Un buen porcentaje utiliza metodos de barrera para la colocacion de los cateteres venosos 2) En el uso de antisep-ticos para la higiene de la piel se evidencia una baja utilizacion de Clorhexidina alcoholica como alternativas se utilizan tinturas de iodo o alcohol. 3) Uso de la via femoral como alternativa a pesar de ultimas bibliografias que no muestran diferencia entre los 3 sitios. 3) Muy baja utilización de catéteres impregnados con antisépticos y/ o antibióticos, y PICC y 4) El cambio rutinario de los cateteres ve-noso constituyo una practica muy frecuente que no ha demostrado utilidad en la prevencion de bacteriemia. Es necesario la utilización de guias basadas en la evidencia para prevenir BAC y adaptadas a los recursos de cada institución

### 0292 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

R ROJAS(1), A PASARELLI(2), J CONDE, N ZULJEVIC, W DAVALOS, L MILANESIO, A CARRERA, F FERNANDEZ GARCIA, P CANAVESSI, M COLOMBO, MM ALMENDROS, L LANNOO (1) Higa San Martin De La Plata. (2) Higa San Martín.

**Introducción:** La presentación característica del adenocarcinoma de pulmón consta de signos-síntomas clásicos, que conjuntamente al antecedente tabáquico y estudios por imágenes, no dificultan el diagnóstico. Las presentaciones atípicas constituyen un pequeño porcentaje de casos, siendo variadas e inespecíficas. A continuación se reporta una variedad de estos casos.

**Caso clínico:** Masculino, 48 años; antecedentes: tabaquismo severo. Consulta por disnea súbita-CF III/III sin otros signos-síntomas, diagnosticándose en emergencias neumonía severa de comunidad. Al ingreso: TA 90/60mmHg, FR 32cpm, T 37.8C, SpO287%, frote pleural y pericárdico. Requiere VM, evolucionando con disfunción multiorgánica (respiratoria, hemodinámica, hematológica y renal); pasa a la UCI. Tratamiento AMS-claritromicina-vancomicina-tuberculos-táticos. Presenta líquido pleural bilateral abundante (trasudado). Ecocardiografía: FEY conservada y derrame pericárdico moderado (cultivos negativos, celularidad inusual). Continúa afebril. A las 48hs progresión de las disfunciones. Rx y TC de tórax infiltrados bilaterales, derrame pleural y pericárdico. Sin respuesta favorable a antimicrobianos. Cultivos virales, bacteriológicos, TBC, VIH, leptospirosis, hantavirus negativos. Estudios reumato-inmunológicos negativos. Interpretación: falla multiorgánica (FMO) primaria. Durante evolución aumenta derrame pericárdico: células en degeneración (discariosis moderada-severa) y atipia citológica. Videobroncoscopia: mucosa bronquial patológica (empedrado). Biopsia: adenocarcinoma. Permanece en VM 31 días sin lograr destete y sin otras disfunciones. Es trasladado al lugar de origen, cercano a sus familiares.

**Discusión:** El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte oncológica en hombres. El tabaquismo sigue siendo el factor de riesgo más determinante. Dentro de los tipos histológicos, el adenocarcinoma es la variedad más frecuente.

Hasta 1/3 de los pacientes suelen estar asintomáticos al momento del diagnóstico, hallándose un nódulo solitario en la radiografía de tórax. Otras presentaciones como consolidación extensa, tumor multifocal, o neumonía lobar son menos frecuentes. La presentación como neumonía bilateral y FMO por el propio cáncer, si bien referida en la bibliografía, cuenta con escasos reporte de casos como forma de debut de la enfermedad. De no diagnosticarse estos tumores tempranamente, se pierde oportunidad quirúrgica, traduciéndose en un mal pronóstico.

**Conclusión:** El adenocarcinoma de pulmón puede tener amplia variedad de presentación. La FMO, sin signos-síntomas previos "clásicos" es muy poco reportada. Debe considerarse este tipo de presentaciones que permita un enfoque terapéutico adecuado.

### 0293 PRACTICAS UTILIZADAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA PREVENIR INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A DISPOSITIVO VESICAL EN TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

E CUNTO, C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARIÑA(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), H MORENO ZILLI(1), C PEREYRA(1), P SAUL(1), E SERRA(1), JJ VIDELA(1) (1) Comité De Infectología Crítica.

**Introducción:** La infección urinaria asociada a dispositivos vesicales (IUADV), se relaciona con morbilidad, mortalidad, aumento de días de estadía y costos hospitalarios. La infección urinaria es la segunda causa más frecuente de prescripción de antibióticos en pacientes hospitalizados.

**Objetivos:** Evaluar las prácticas utilizadas en las UTIs Argentinas para prevención de infección urinaria y los motivos de colocación de sonda vesical (SV)

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las terapias intensivas (UTI) de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron 5 preguntas para evaluar uso de prácticas para prevenir infección urinaria en UTI teniendo que responder un número entre el 1 y 5. Las preguntas fueron: 1) Preguntarse diariamente si necesita SV, 2) Inicio de la interrupción de catéter urinario por la enfermera, 3) Catéteres tipo condón en hombres, 4) La técnica aséptica durante la inserción y mantenimiento del catéter, 5) Cateterización intermitente. También se evalúan los motivos de colocación de SV. Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Se obtuvo los siguientes porcentajes más significativos: 54% siempre evaluó la necesidad diaria de SV; 41% inició la interrupción de SV por enfermería; 70% usó catéteres tipo condón; 78% usó técnica aséptica para inserción y mantenimiento de catéter y 47% usaba cateterización intermitente. Los porcentajes se muestran en la figura adjunta.

Motivos de colocación de SV: obstrucción 93%, incontinencia urinaria 35%, monitoreo de diuresis 99%, procedimientos quirúrgicos con anestesia 89%, incontinencia urinaria sin obstrucción en pacientes con úlceras de decúbito 59%, carga de trabajo de enfermería 11%, petición del paciente o la familia 5%, otros como shock, medición de presión abdominal, lesiones de uretra, etc.

**Conclusiones:** Las prácticas más utilizadas en UTI fueron: preguntar diariamente si se necesita SV, uso de catéteres tipo condón y técnica aséptica durante inserción y mantenimiento. Sin embargo y a pesar de ser prácticas basadas en la evidencia mundialmente difundidas no son 100% aplicadas. Se necesitan implementar protocolos basados en la evidencia para prevenir las infecciones urinarias asociadas a SV.



### 0294 SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA DE ORIGEN BACTERIANO VS NO BACTERIANO: ROL DE LA PROCALCITONINA

F ORTIZ(1), P CLAUDIA(1), V ALEJANDRA(1), G PEDRO(1), B PABLO(1)  
(1) Sor Maria Ludovica.

**Introducción:** Las infecciones son una complicación seria luego de una cirugía cardiaca, por la implicancia en la morbi-mortalidad. La incidencia reportada de esta complicación es del 8-10% incluyendo neumonía, endocarditis, mediastinitis y shock séptico. La cirugía cardiaca induce síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, y el diagnóstico clínico diferencial de infección en estas condiciones es difícil por la complejidad de la situación clínica de los pacientes. Por tanto, el diagnóstico precoz de las infecciones graves y el inicio de la terapia antimicrobiana adecuada son esenciales para el pronóstico, evolución y sobrevida del paciente.

**Objetivo:** Determinar el comportamiento de la procalcitonina en pacientes pediátricos sometidos a cirugía cardiaca con circulación extracorpórea y de esta forma poder diferenciar SIRS infecciosos del no infeccioso.

**Material y método:** Estudio prospectivo observacional. Se reclutaron 17 pacientes con diagnóstico de CC sometidos a cirugía con CEC entre los meses enero y abril del 2015.

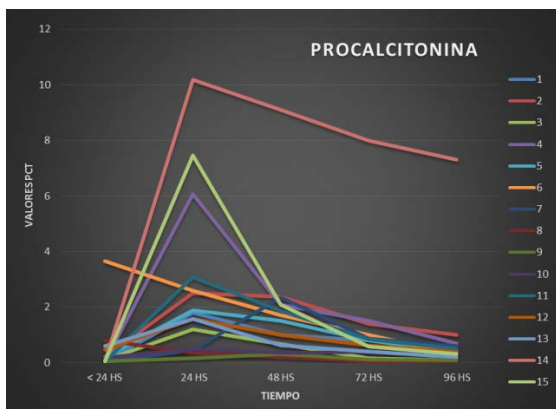
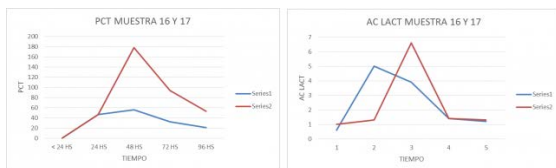
Se dosó procalcitonina 24 hs previo a la cirugía y a las 24, 48, 72 y 96hs posquirúrgicas. Se tabularon en forma conjunta con parámetros de laboratorios y hemodinámicos.

**Resultados:** Se obtuvieron muestra de 15 pacientes, observándose un aumento sustancial en la concentración de procalcitonina en las primeras 24 hs postoperatorias y un descenso paulatino posterior, retornando a valores dentro de la normalidad, entre las 72 y 96hs de postoperatorio.

Aquellos pacientes con valores elevados de procalcitonina a las 24 hs se correlacionaron un tiempo de CEC más prolongado.

Aquellos pacientes con valores de procalcitonina superiores a 40 mg/dl luego de 24hs de post operatorio, presentaron infección. Los pacientes que presentaron sirs infeccioso elevaron sustancialmente los niveles de procalcitonina, lactato y requirieron mayor soporte inotrópico en el postoperatorio inmediato.

**Conclusión:** La procalcitonina es un elemento de gran utilidad para el diagnóstico de SIRS de índole infecciosa, aplicado siempre en un contexto específico y en conjunto con datos clínicos y de laboratorio; pero no debe ser utilizada como único elemento diagnóstico



### 0295 PRACTICAS UTILIZADAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA PREVENIR LA INFECCIÓN/ COLONIZACIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UTIS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

C BALASINI(1), M BLANCO(1), J DESSE(1), J FARINA(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), AL GONZALEZ(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), MC LLERENA(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), M LLOIRA(1), C PEREYRA(1), E SERRA(1), H MORENO ZILLI(1), P SAUL(1), JJ VIDELA(1)

(1) Comité De Infectología Crítica.

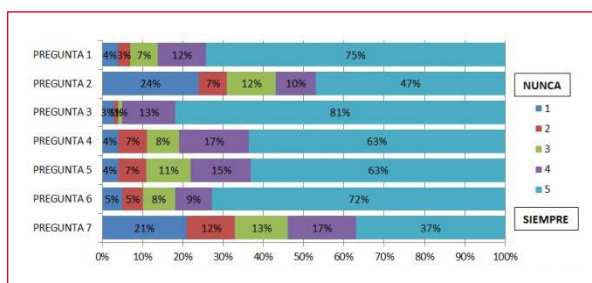
**Introducción:** Las infecciones por *Clostridium Difficile* (CD) aumentan la morbilidad y mortalidad de pacientes críticos, es importante conocer cuáles son las prácticas utilizadas para prevención a nivel nacional.

**Objetivos:** Evaluar las prácticas utilizadas en las UTIs Argentinas para prevención de infección y colonización por CD.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron 7 preguntas para evaluar uso de prácticas para prevenir infección y colonización por CD en UTI teniendo que responder un número entre el 1 y 5, 1= nunca se realiza esa práctica y 5= siempre. Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Las preguntas fueron: 1) Precauciones de contacto (guantes y camisolín) mientras asiste a paciente infectado con CD mientras dure la diarrea, 2) Cuartos de aislamiento para pacientes infectados con CD, 3) Higiene de manos con agua y jabón antes de ingresar y al salir de la habitación de un paciente infectado con CD, 4) Limpieza y desinfección a fondo con productos clorados de salas y equipos hospitalarios utilizados para atender a pacientes infectados con CD, 5) Limpieza diaria de superficies de alto contacto (Ej. barandas de las camas, botón de llamada de enfermera, interruptores de luz, manijas de puertas) en las habitaciones de pacientes infectados con CD, 6) Termómetros individuales para pacientes infectado con CD, 7) Programas de rotación de Antibióticos. Las respuestas se evidencian en el siguiente cuadro.

**Conclusiones:** En general se observa una alta adherencia a practicas para prevenir colonización e infección por CD. Sin embargo la limpieza de habitaciones y el entorno del paciente con diarrea por CD solo se observa un 60% cuando tendría que ser una práctica diaria de todas las UTIs. Es necesario un riguroso cuidado de la higiene de manos, el aislamiento como así también limpieza de la habitación y el entorno.



### 0296 MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON RE-INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ABDOMINALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Z ARANDA SCARPELLINI(1), M PORTO VARELA(1), C ORTIZ(1), A MONTIEL ROA(1), A MOLINAS(1)

(1) Instituto De Previsión Social.

**Introducción:** Las complicaciones quirúrgicas, sobre todo en pacientes con requerimiento de Cuidados Intensivos, surgen de manera inesperada en la evolución natural de los pacientes post operados

por lo que algunos pueden requerir asistencia quirúrgica nuevamente, al definirse una causa quirúrgica de tal evolución.

**Objetivos:** Describir la frecuencia, las causas, parámetros clínicos, hallazgo operatorio y mortalidad en re intervenciones de cirugías abdominales en la unidad de cuidados intensivos.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron a los pacientes pos operados de cirugía abdominal, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos desde el enero a diciembre de 2014. Variables: Edad, sexo, comorbilidades, cirugía electiva o de urgencia, número de re intervenciones, causa, APACHE, SOFA, albumina, inotrópicos, mortalidad.

**Resultados:** Ingresados 130 pacientes con cirugía abdominal y re intervenidos 36 pacientes (27,6%). Predominio masculino en 66,66%. Mediana de edad 36,5 años, (mínimo: 20 y máximo: 65). Entre las comorbilidades predomina la Hipertensión Arterial en 44,44% la Albuminemia con rango de 2 – 2,5 mg/dl en 55,55% con un promedio de 2,3 mg/dl, hubo requerimiento de vasopresores en 88,88%, el SOFA registrado fue de 5 – 10 en 66,66% con un SOFA promedio de 6,7 al ingreso. El APACHE promedio fue 18, el 32,2% de 8 a 15, el 55,55% de 16 a 24. Requirieron ventilación mecánica 55,55% la PAFI fue superior a 300 en 55,55% del total. El periodo entre la cirugía y la reintervención fue 6 días en 44,44%. El mayor porcentaje fueron de cirugías de urgencia en 66,66%. Los pacientes que fueron re intervenidos fueron por la presencia de fiebre persistente mayor a 3 días y líquido libre en cavidad en 66,66% de los pacientes, evisceración en 16,67% y descenso de hemoglobina en 16,67%. El hallazgo fue perforación de asas en 33,33%, absceso intra abdominal 22,22% y dehiscencias de anastomosis en 16,66%. La mortalidad fue del 44,44%.

**Conclusiones:** Las perforaciones fueron los hallazgos más frecuentes, siendo su frecuencia mayor a lo reportado en la literatura. La clínica y laboratorios, asociados al hallazgo intraoperatorio aumentan de manera considerable la morbimortalidad de estos pacientes. Observamos una elevada tasa de mortalidad en los pacientes re intervenidos de cirugías abdominales.

### 0297 PRACTICAS GENERALES UTILIZADAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA PREVENIR COLONIZACIÓN EN UTIS DE ARGENTINA ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

C BALASINI(1), A CREMONA, E CUNTO, C PEREYRA, P SAUL, E SERRA, JJ VIDELA, M BLANCO, V CHEDIACK, J DESSE, H MORENO ZILLI, M LLORIA, MC LLERENA, J FARINA, A LUCIANI, M LARES, AL GONZALEZ, C DOMINGUEZ, M ESTEBAN, W CORNISTEIN

(1) Comité De Infectología Crítica.

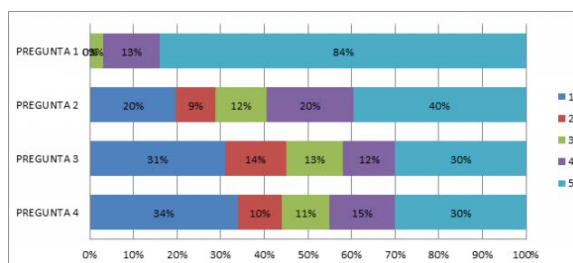
**Introducción:** Las infecciones nosocomiales (IN) aumentan la morbilidad y mortalidad de pacientes críticos. Es importante conocer cuáles son las prácticas generales utilizadas para prevención a nivel nacional.

**Objetivos:** Evaluar las prácticas generales utilizadas en las UTIs Argentinas para prevención de colonización en UTIs.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron 4 preguntas para evaluar uso de prácticas generales para prevenir colonizaciones en UTI, teniendo que responder un número entre el 1 y 5 (1= nunca se realiza esa práctica y 5= siempre). Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Las preguntas fueron: 1) Utiliza alcohol gel para la higiene de manos, 2) Realiza cultivos de vigilancia activa para colonización con Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR) u otros organismos, 3) Descolonización de nariz y piel en pacientes colonizados con SAMR antes del procedimiento quirúrgico, 4) Usa paños de limpieza con gluconato de clorhexidina. Las respuestas se observan en el siguiente gráfico.

**Conclusiones:** Salvo el alcohol gel para la higiene de manos el resto de las prácticas casi no se realizan. Es importante educar al personal de salud sobre la importancia de prácticas basadas en la evidencia para prevenir colonizaciones e infecciones en UTI.



### 0298 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE BACTERIEMIAS ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN UTIS DE ARGENTINA

C PEREYRA(1), C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARINA(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), H MORENO ZILLI(1), P SAUL(1), E SERRA(1), JJ VIDELA(1)

(1) Comité De Infectología Crítica.

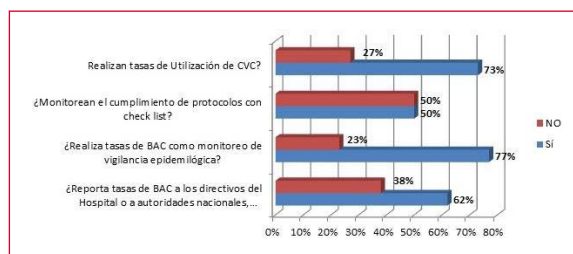
**Introducción:** El seguimiento epidemiológico de las infecciones asociadas a dispositivos forma parte de todo programa de control de infecciones, permite conocer las tasas y realizar ciclos de mejora cuando no son las adecuadas.

**Objetivos:** Evaluar el seguimiento epidemiológico de la bacteriemia asociada a catéter (BAC) en las UTIs Argentinas.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron preguntas para evaluar si se realiza seguimiento epidemiológico de utilización de catéter venoso central (CVC) y BAC en UTIs de Argentina. Los resultados se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Un total de 140 centros asistenciales se incluyeron en el análisis (ver cuadro). El 99% de los encuestados considera que es importante el liderazgo para la prevención de BAC.

**Conclusiones:** La mayoría de los centros encuestados considera importante el seguimiento epidemiológico de utilización de CVC y BAC. Más del 70% de los encuestados realiza seguimiento a través de tasas. Sin embargo, sólo el 50% utiliza check list como herramienta para asegurar el cumplimiento de protocolos.



### 0299 ISQUEMIA MEDULAR DE ORIGEN EN PATOLOGIA AUTOINMUNITARIA

N FUNES NELSON(1), E ABEGAO(1), J MIRANDA(1)

(1) Dr. Alberto Balestrini.

**Introducción:** 29 años de edad, femenina, deterioro del sensorio súbito, recuperando con cuadriplejía, requerimiento de arm.

**Presentación del caso:** Globo vesical, dolor abdominal y síncope. reingresa con deterioro del sensorio y cuadriparecia severa, pun-

ción lumbar líquido cefalorraquídeo turbio con polimorfonucleares y proteínas. Tratamiento, caftriaxona vancomicina y rifampicina. A las 24 horas cuadríplejia, iot y arm. pcr a la semana, ritmo des-fibrilable, 15 días después,electromiograma: alteración de la conducción severa compatible con patología desmielinizante aguda, no Guillain Barre, recibió inmunoglobulina 3 días sin respuesta. Traqueostomizada a los 15 días.

Es derivada a nuestro hospital el a los 20 días del ingreso, ventilación mandatoria controlada, traqueostomía con fuga peri cánula, sin ninguna asistencia, falla renal (creatinina de 2.4 y urea 75), anémica (hematocrito 21%), diarrea de larga data, nutrición por k108, edemas generalizados, cuadríplejica, depresiva.

**Discusión:** RMN de encéfalo y columna cervical: pequeños puntos focales hiperintensos en T2 y FLAIR de escasa relevancia y de origen inespecífico sobre la interfase cortico subcortical frontal derecha y en proximidad al territorio de cabeza de núcleo caudado izquierdo próximo al brazo anterior de la capsula tomando contacto con el putamen, sinusopatía maxilar derecha. Inversión de la lordosis fisiológica con vértice a nivel C5 C6, mínima prociencia discal postero lateral izquierda. Cambio de señal en el espesor medular visible desde el nivel C2 hacia distal, hiperintenso en secuencia T2.

Ese mismo día se realiza nueva pl, metilprednisolona, 5 pulsos de 1 g día. Al tercer día moviliza ambos hallux y mano derecha), inicia weaning modo psv ytraqueo en t con buena tolerancia, blue test negativo, inicia nutrición vo.

Colagenograma: ANCA, anti Ro, anti La, anti Sm, anti RNP, positivo (compatibles con LES). Se realiza dosis de 1 g de ciclofosfamida el sin complicación inmediata.

**Conclusión:** paciente compleja, limitaciones propias que tenemos de hospitales de provincia y los tiempos de espera para los resultados (por ejemplo colágenograma), obligo a tomar conductas sin demasiados datos concretos. En esta oportunidad el resultado positivo. Se logra derivar a la paciente a centro de rehabilitación, a Mar del Plata, donde actualmente continúa su rehabilitación.

### 0300 EL BLOQUEO DE INTERLEUQUINA 6 EN RATAS ATENÚA LA INJURIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

E CORREGER(1), D SOTELLO(1), J MARCOS(2), M BELDARRAIN(3), M COLUCCI(1), J LOFEUDO(4), G LAGUENS(4), L VIT-TONE(4)

(1) El Cruce. (2) San Martín. (3) Santamarina. (4) Unlp.

**Introducción:** La ventilación mecánica (VM) con volúmenes corrientes (Vt) elevados puede desencadenar una respuesta inflamatoria pulmonar que lleve a la lesión pulmonar inducida por la VM (VILI). La IL-6 es una glicoproteína que está involucrada en múltiples funciones que regulan la inmunidad e inflamación.

Tremblay et al, reportaron que la ventilación mecánica con altos Vt de 15 o 40 ml/kg inducen incremento de TNF $\alpha$  e IL-6 en células epiteliales pulmonares de ratas ventiladas.

También en estudios clínicos encontraron que la concentración de IL-6 en el líquido del lavado bronquioloalveolar (BAL) en pacientes con ARDS fue mayor que en BAL de voluntarios sanos además que la concentración de IL-6 en sangre es mayor en pacientes en riesgo de VILI. Tocilizumab es un anticuerpo clase IgG1 monoclonal anti receptor transmembrana y soluble de IL-6, utilizado para el tratamiento de patologías autoinmunes como Artritis Reumatoide y Vasculitis.

**Objetivo:** Evaluar si la administración de un inhibidor de IL-6 atenúa el daño pulmonar ocasionado por la VM.

**Materiales y Métodos:** 18 Ratas Wistar fueron ventiladas mecánicamente, durante 2 hs y aleatorizadas en 3 grupos: Grupo bajo Vt (n=6) Vt 8ml/kg, PEEP 5 cmH2O; Grupo alto Vt (n=6): Vt 25 ml/kg + ZEEP y Grupo alto Vt – ZEEP + anti IL-6 (n=6): dosis única (30mg/kg) de Tocilizumab intraperitoneal 24hs previas a la VM, todos los

grupos recibieron FiO2 0.40%. El daño histológico se evaluó según Villar et al, distensibilidad pulmonar, hemodinamia medida con Presión Arterial Media (PAM) en los diferentes grupos de estudio. Los datos fueron analizados con test de t, p significativa <0,05.

#### Resultados:

Grupos	Bajo Vt	Alto Vt	Alto Vt + Anti IL-6	
Histología	4 ± 1.29	20.5 ± 2.25*	4.57 ± 1.39 <sup>oo</sup>	
Compliance (ml/cmH2O)	Basal	0.34 ± 0.027	0.33 ± 0.04	0.26 ± 0.08
2hs	0.34 ± 0.06	0.25 ± 0.03	0.22 ± 0.03	
PAM (mmHg)	Basal	110 ± 13.80	123 ± 8.55	119 ± 12.01
2hs	70 ± 4.21	70 ± 3.26	72 ± 5.49	
Expansión (ml)	20.66 ± 3.14	37.66 ± 4.34 $\emptyset$	24.66 ± 2.98	

\*p 0.046 comparado con bajo Vt  $\Rightarrow$  p 0.045 comparado con alto Vt  $\Delta$  p 0.08 comparado con bajo Vt

Luego de 2 hs de ventilación lesiva, no se observaron diferencias entre grupos en los parámetros hemodinámicos y mecánica pulmonar. La VM aumentó de manera significativa el daño histológico, mientras que en el grupo tratado con anti IL-6 la lesión histológica pulmonar disminuyó en forma significativa comparados con el grupo AltoVt.

**Conclusión:** Los resultados sugieren que a las 2 horas de VM lesiva se observa lesión histológica pulmonar inflamatoria en un modelo de VILI, incluso en ausencia de alteraciones evaluables en el monitoreo clínico como alteraciones en la mecánica pulmonar o hemodinamia. En estas condiciones experimentales, Tocilizumab contribuye a disminuir el daño histológico pulmonar.

### 0301 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES EN UTIS DE ARGENTINA. COMPARACIÓN DE INSTITUCIONES PÚBLICAS VS. PRIVADAS

C PEREYRA(1), C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARINA(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), H MORENO ZILLI(1), P SAUL(1), E SERRA(1), JJ VIDELA(1)

(1) Comité De Infectología Crítica.

**Introducción:** El seguimiento epidemiológico es parte del control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Las instituciones privadas habitualmente suelen contar con más recursos económicos y humanos con respecto a las instituciones públicas.

**Objetivos:** Evaluar el seguimiento epidemiológico de bacteriemia asociada a catéter venoso central en las UTIs Argentinas comparando Instituciones privadas vs públicas.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron preguntas para evaluar si se realiza seguimiento epidemiológico de BAC en UTIs de Argentina. El total de las Instituciones participantes se dividieron en 2 grupos: privados y públicos. Los números se presentan como porcentajes, para el análisis estadístico se utilizó Chi2. Se consideró significativa p < 0.05.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. En el cuadro se observan las 4 preguntas y respuestas con sus respectivos valor de p. Ninguna de las mismas fueron estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** No se observa evidencia estadísticamente significativa en el seguimiento epidemiológico de bacteriemia por catéter venoso central en UTIs de Argentina comparando instituciones privadas vs públicas.





### 0302 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LA FUERZA DE LA EVIDENCIA QUE SOPORTAN LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS PARA PREVENIR LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA

V CHEDIACK(2), C BALASINI(1), M BLANCO(2), W CORNISTEIN(2), A CREMONA(2), E CUNTO(2), J DESSE(2), C DOMINGUEZ(3), M ESTEBAN(2), J FARIÑA(2), AL GONZALEZ(2), M LARES(2), A LUCIANI(2), MC LLERENA(2), M LLORIA(4), H MORENO ZILLI(4), C PEREYRA(2), P SAUL(2), E SERRA(2), JJ VIDELA(2)

(1) Comité Infectología Crítica. (2) Comité De Infectología Crítica. (3) Comité De Infectología Crítica. (4) Comité De Infectología.

**Introducción:** La Neumonías asociadas al respirador (NAR) causan mayor día de internación, morbi-mortalidad y costos. Conocer el peso de la evidencia de cada procedimiento para prevenir la NAR es necesario por la seguridad de pacientes y la calidad de atención en UTI.

**Objetivos:** Evaluar las prácticas utilizadas en las unidades de terapia intensiva (UTIs) Argentinas para prevención de NAR.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron preguntas para evaluar cuál es la percepción del personal de salud de la fuerza de la evidencia que soporta la utilización de 7 prácticas para prevenir las NAR. Se utiliza una escala de 1 a 5 (1= sin evidencia y 5= evidencia extremadamente fuerte). Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Se realizaron las siguientes preguntas: 1) Uso de posición semisentada (Cabecera 30 grados), 2) Utiliza higiene bucal, 3) Utiliza tubos con drenajes subglóticos, 4) Utiliza camas multiposicionales, 5) Utiliza descontaminación ATB del tubo digestivo, 6) Realiza diariamente "vacación de la sedación" (interrupción diaria de la sedación). Las respuestas se evidencian en el siguiente cuadro.

**Conclusiones:** Salvo la cabecera semisentada y utilización de higiene bucal, el resto de las medidas con alto nivel de evidencia no son percibidas. Es necesario educar al personal de salud en medidas de prevenciones de NAR.

### 0303 TROMBOLISIS FARMACOLÓGICA LOCAL EN HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR. REPORTE DE UN CASO

FA TORRES CUELLAR(1), PS VILA(1), MD TERÁN SALAZAR(1), PD CALO(1), CG YAMPOLSKY(1), MS VENUTI(1), SE GIANNASI(1), FD GOLDENBERG(1), JE SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La hemorragia intraventricular secundaria ocurre en aproximadamente el 45% de los pacientes con hemorragia intraparenquimatosa cerebral. Su presencia y volumen se asocian con peor pronóstico, especialmente cuando genera hidrocefalia. Si bien la evacuación del coágulo intraventricular no se recomienda de forma rutinaria, existe cierta evidencia sobre la efectividad de la trombolisis intraventricular. Presentamos un caso de hemorragia cerebelosa

con hemorragia intraventricular e hidrocefalia obstructiva en el que se utilizaron trombolíticos locales con evolución satisfactoria.

**Caso clínico:** Mujer de 83 años, hipertensa, consulta por cefalea de 24 horas. Ingresa lúcida, sin déficit neurológico y evoluciona posteriormente con somnolencia y hemiparesia izquierda. La TC de cerebro muestra un hematoma cerebeloso izquierdo con hemorragia intraventricular e hidrocefalia obstructiva. Se coloca un Drenaje Ventricular Externo (DVE). Se realiza trombólisis intraventricular previa angiogramografía que descarta malformación vascular.

Se infundieron 3 mg de activador tisular del plasminógeno recombinante (r-tPA) a través del DVE (1 mg c/8 horas) y controles tomográficos diarios. Evolucionó con resolución del coágulo intraventricular y remisión de la hidrocefalia sin evidencia de lesiones hemorrágicas nuevas ni expansión del hematoma cerebeloso. Luego de 72 horas de haber sido colocada, se retiró la ventriculostomía. La evolución neurológica fue favorable y fue dada de alta luego de 10 días.

**Discusión:** La hemorragia intraventricular puede ser causa de hidrocefalia aguda y se asocia con mayor mortalidad, frecuente necesidad de un DVE transitorio y eventualmente con la necesidad de derivación permanente del LCR debido a las alteraciones generadas en las vías de circulación y reabsorción del LCR. El promedio de lisis espontánea del coágulo es de 4.5 días. En este caso tras la administración de r-tPA intraventricular observamos la remisión del coágulo en 48 horas, el tiempo de permanencia de la ventriculostomía fue corto, la paciente evolucionó sin hidrocefalia y no se observaron complicaciones hemorrágicas. El uso de esta modalidad terapéutica puede ser seguro y beneficioso en casos seleccionados (ausencia de malformación vascular en SNC y/o de coagulopatía).

### 0304 USO DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

J BIOLATTI(1), M HEIN(1), A DIAZ(1), C KESCKES(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Italiano.

**Introducción:** La membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) es un soporte vital en el que se produce una circulación artificial externa que permite llevar la sangre venosa del paciente a un dispositivo oxigenador donde la sangre se enriquece con oxígeno y elimina dióxido de carbono. Los cuidados y el rol de enfermería en esta terapia (utilizada con más frecuencia en la última década), no están claramente definidos. Por esta razón pretendemos observar y analizar los problemas relacionados al cuidado de enfermería en pacientes con ECMO.

**Objetivo:** Analizar indicadores relacionados al cuidado de enfermería en pacientes con ECMO en el servicio de terapia intensiva.

**Material y método:** Estudio observacional y retrospectivo. Se analizaron datos de pacientes ingresados al servicio de terapia intensiva que requirieron ECMO desde enero del 2011 a diciembre del 2014. Los datos fueron recabados de la historia clínica electrónica.

Se analizaron los índices de: accidentes en el manejo del paciente, trombosis del circuito, eventos tromboembólicos e isquémicos, infecciones en sitio de inserción de cánulas y la presencia de úlceras por presión (UPP). Relación de trabajo enfermera-paciente, según escala TISS-28

Las variables categóricas se describen como recuento y proporción. **Resultados:** La población estudiada fue n= 31. La mortalidad fue n= 4 (12%). Se registraron UPP en n=15 (48%). Hubo falla mecánica de bomba en n= 4 (12%); hubo un n= 5 (16%) de reporte de trombosis; y el índice de hemorragias en n=7 (22.5%). La relación de trabajo enfermera paciente fue 1-1 en un n=25 (80%). No se registraron accidentes relacionados con el manejo del paciente, cánulas ni infecciones en sitio de canulación.

**Conclusiones:** En base a los resultados observados consideramos que se debe implementar un plan de cuidados de enfermería para: reducir la incidencia de UPP en este grupo de pacientes, promover la movilización precoz y permanente, educar al enfermero en el control del oxigenador, sus partes y cuidados a tener en cuenta.

Sería conveniente utilizar un check list como herramienta de control y optimizar la relación enfermera/o-paciente 1:1 en beneficio de la calidad de cuidado del paciente.

### 0305 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

C BALASINI(1), M BLANCO, W CORNISTEIN, J DESSE, C DOMINGUEZ, E CUNTO, J FARINA, A CREMONA, V CHEDIACK, A LUCIANI, M LARES, M ESTEBAN, M LLORIA, E SERRA, MC LLERENA, C PEREYRA, P SAUL, JJ VIDELA, ZH MORENO, AL GONZALEZ

(1) Comité De Infectología Crítica.

**Introducción:** El seguimiento epidemiológico forma parte de un adecuado control de infecciones, permite conocer las tasas y realizar ciclos de mejora cuando no son las adecuadas.

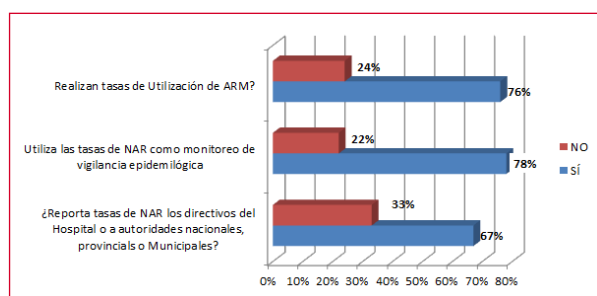
**Objetivos:** Evaluar el seguimiento epidemiológico de la neumonía asociada al respirador (NAR) en las unidades de terapia intensiva (UTIs) en Argentina.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron preguntas para evaluar si se realiza seguimiento epidemiológico de utilización de ventilación mecánica y NAR en UTIs de Argentina. Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas.

¿Cuál es su percepción de que importante es el liderazgo para la prevención de NAR? El 94 contestó que es extremadamente o muy importante.

**Conclusiones:** El 100% del personal de salud que contestó la encuesta considera que es de extremadamente importante a muy importante el seguimiento epidemiológico de utilización de ARM y NAR, por lo que más del 70% realiza estrategias. Conocer las tasas de utilización y de NAR es muy importante para mejorar la calidad de atención de los pacientes críticos.



### 0306 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCION URINARIA ASOCIADA A DISPOSITIVO VESICAL EN TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

E CUNTO, C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARIÑA(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), H MORENO ZILLI(1), C PEREYRA(1), P SAUL(1), E SERRA(1), JJ VIDELA(1)

(1) Comité De Infectología Crítica.

**Introducción:** La infección del tracto urinario representa entre un 23 a 30% de las infecciones adquiridas en el hospital. El cateterismo vesical es el factor más influyente para desarrollarla. La adopción de medidas específicas de prevención y control podría disminuir en un 30% las complicaciones infecciosas debidas a este procedimiento

**Objetivos:** Evaluar el seguimiento epidemiológico de la infección

asociada a dispositivos vesicales (IUASV) en las Terapias Intensivas (UTIs) Argentinas.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron preguntas para evaluar si se realiza seguimiento epidemiológico de utilización de sonda vesical (SV) e IUASV en UTIs de Argentina. Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Los resultados más significativos son: 85% monitoreó diariamente la duración y retiro de SV; el 76% realizó vigilancia de tasas de IUASV; 66% reportaron tasas de infecciones urinarias; 59% usaron sistema de seguimiento de paciente con SV y el 36% realizó cultivos de vigilancia. Se muestran resultados en la figura adjunta.

¿Cuál es su percepción de la importancia del liderazgo para la prevención de IUASV? El 4% lo consideró mínimamente importante; el 58% muy importante y el 38% extremadamente importante.

**Conclusiones:** El 96% de los encuestados considera extremadamente importante o muy importante el seguimiento epidemiológico de utilización de SV e IUASV, por lo que más del 60% realiza estrategias. Sin embargo es necesario concientizar al personal de salud y autoridades del hospital y UTI para mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente crítico.



### 0307 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LA FUERZA DE LA EVIDENCIA QUE SOPORTA LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN/ COLONIZACIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UTIS DE ARGENTINA ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

E SERRA(1), C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARIÑA(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), H MORENO ZILLI(1), C PEREYRA(1), P SAUL(1), JJ VIDELA(1)

(1) Infectología Crítica.

**Introducción:** La infección por *Clostridium Difficile* (CD) aumenta la morbilidad y mortalidad de pacientes críticos. Conocer el peso de la evidencia de cada procedimiento para prevenir la infección/colonización por CD es necesario por la seguridad de pacientes y la calidad de atención en UTI.

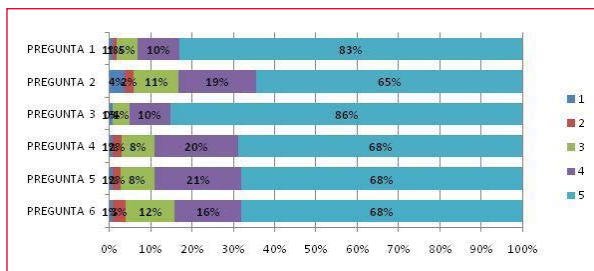
**Objetivos:** Evaluar las prácticas utilizadas en las UTIs argentinas para prevención de infección/colonización por CD.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron 7 preguntas para evaluar uso de prácticas para prevenir infección/colonización por CD en UTI teniendo que responder un número entre el 1 y 5 (1= sin evidencia y 5= evidencia extremadamente fuerte). Los números se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Las preguntas fueron: 1) Precauciones de contacto (guantes y camisolín) mientras asiste a paciente infectado con CD mientras dure la diarrea, 2) Cuartos de aislamiento para pacientes infectado con CD, 3) Higiene de manos con agua y jabón antes de ingresar y al salir de la habitación de un paciente infectado con CD, 4) Limpieza y desinfección a fondo con productos clorados de salas y equipos hospitalarios utilizados

para atender a pacientes infectados con CD, 5) Limpieza diaria de superficies de alto contacto (Ej. barandas de las camas, botón de llamada de enfermera, interruptores de luz, manijas de puertas) en las habitaciones de pacientes infectados con CD, 6) Termómetros individuales para pacientes infectado con CD, 7) Programas de rotación de Antibióticos.

**Conclusiones:** Las estrategias mas utilizada son las precauciones de contacto y la adecuada higiene de manos. Es importante reconocer que la higiene del entorno del paciente es una de las prácticas utilizadas.



### 0308 ENFERMEDAD DE MOYAMOYA: REPORTE DE UN CASO.

I AVERSA(1), L ESPINOSA(1), L BUDROVICH(1), A BADER(1), R PINTO(1), P LABARRAZ(1), V KANOOREEDUL(1), Y DE ROSA(1), S DE ESTRADA(1), A DIEZ DE TEJADA(1), I PREVI-GLIANO(1)  
(1) Fernandez.

**Introducción:** La enfermedad de Moyamoya es una patología vascular caracterizada por estenosis distal de las arterias carótidas internas (ACI) y porciones proximales de las arterias cerebrales anteriores (ACA) y medias (ACM) con desarrollo compensatorio de colaterales llamados "vasos moyamoya". Se presenta el caso de una paciente con Enfermedad de Moyamoya para analizar dicha patología poco prevalente en nuestro medio.

**Caso clínico:** Paciente femenina, de 28 años, sin antecedentes de relevancia. Ingresa por cuadro de cefalea, deterioro del sensorio y convulsiones. TC de cerebro: hematoma paraventricular y volcado ventricular. Se coloca catéter de derivación ventricular externo. En angiografía digital se observa oclusión bilateral de la ACI supraclinoidea con vasos anómalos que nutren las ACA y ACM. Se estudian causas secundarias con resultados negativos arribando al diagnóstico idiopático. Evoluciona con mejoría neurológica sin secuelas, se retira catéter ventricular y se programa tratamiento de revascularización quirúrgico.

**Discusión:** La Enfermedad de Moyamoya es una patología progresiva cerebrovascular caracterizada por estenosis de la porción intracraneal de la ACI, lo que genera el desarrollo de una red de vasos colaterales anómalos en torno a ella.

Mayor prevalencia en la población oriental y en mujeres con presentación bimodal con un pico en la niñez y otro en la cuarta década. La clínica varía según el grupo etario con predominio de eventos isquémicos en niños y formas hemorrágicas en adultos.

La etiología es desconocida, aunque se sugieren factores genéticos involucrados en su patogénesis.

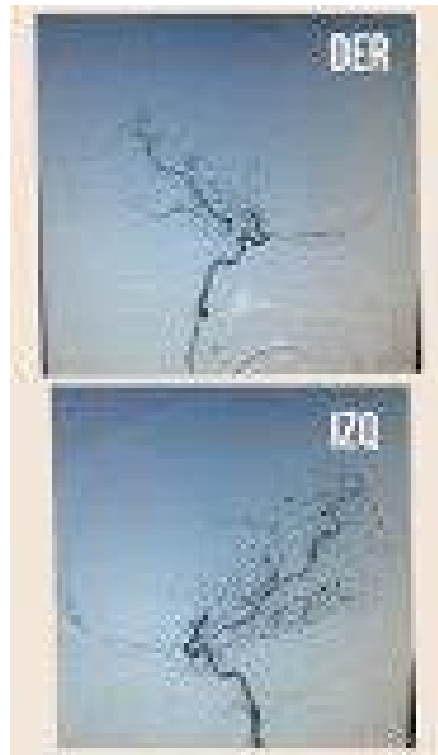
El término refiere a aquellos casos idiopáticos a diferencia del síndrome de moyamoya donde la estenosis es secundaria a otras patologías como arteriosclerosis, autoinmunes, tumores cerebrales, síndrome de Down.

El método gold standard para el diagnóstico es la angiografía digital. Son criterios la estenosis de las ACI distales, el desarrollo de colaterales y el compromiso bilateral.

Se han propuesto estrategias de tratamiento médico con antiagregantes plaquetarios y quirúrgicos de revascularización.

**Conclusión:** Enfermedad poco frecuente en nuestro medio con alto grado de mortalidad y riesgo de recurrencia, especialmente en las

presentaciones hemorrágicas. Por lo tanto, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son fundamentales para el correcto manejo.



### 0309 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE: REPORTE DE UN CASO.

L ESPINOSA(1), I AVERSA(1), L BUDROVICH(1), A BADER(1), R PINTO(1), P LABARRAZ(1), V KANOOREEDUL(1), Y DE ROSA(1), S DE ESTRADA(1), A DIEZ DE TEJADA(1), I PREVI-GLIANO(1)  
(1) Fernandez.

**Introducción:** La leucoencefalopatía posterior reversible (LPR) es un síndrome de etiología heterogénea, y con epidemiología del todo no dilucidada, con mayor prevalencia en mujeres. Los principales factores de riesgo son la hipertensión arterial, insuficiencia renal y las terapias inmunosupresoras. Presentamos un caso de LPR en una paciente embarazada.

**Caso clínico:** Paciente de 25 años con antecedentes de hipertensión arterial, eclampsia en embarazo previo, lúpica con nefropatía CIV/V que recibió tratamiento con corticoides y micofenolato, recientemente rotado a tacrolimus, cursando embarazo de 15 semanas. Consulta por cuadro agudo de cefalea, vómitos, hipertensión arterial y amaurosis súbita. Al ingreso hipertensa, presenta convulsión tónica clónica generalizada con respuesta a benzodiacepinas. Por deterioro neurológico requirió asistencia respiratoria mecánica. Ingres a UTI donde se realiza punción lumbar con LCR normal, se instaura tratamiento antihipertensivo y antimicrobiano con buena respuesta. RMN informa hiperintensidad de la señal de la sustancia blanca en T2 y FLAIR en región temporo-occipital bilateral asimétrica, cortical en relación con territorio vascular posterior compatible con encefalopatía posterior reversible. Evoluciona lucida sin déficit neurológico, es trasladada a unidad de cuidados especiales obstétricos.

**Discusión:** Las teorías fisiopatológicas de la LPR incluyen la pérdida de la autorregulación cerebral y la disfunción endotelial, las cuales generan edema vasogénico, daño en la barrera hematoencefalica

y edema predominantemente de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales posteriores. No existen criterios diagnósticos y sus manifestaciones clínicas incluyen típicamente cefalea, alteraciones visuales, alteración del nivel de conciencia y convulsiones. Los hallazgos radiológicos son esenciales para el diagnóstico, pueden ser evidentes en TC o en RMN. El tratamiento es sintomático, es prioridad el control de la presión arterial para lo cual se recomienda el uso de drogas titulables con objetivos de TAD preestablecidos; la terapia anticonvulsiva también es prioritaria y el fármaco se ajusta a cada caso individual. Usualmente evoluciona de forma favorable aunque puede dejar graves secuelas neurológicas, incluso la muerte.

**Conclusión:** La LPR es una entidad que ocurre en pacientes con condiciones clínicas complejas. Con un diagnóstico precoz y manejo multidisciplinario acorde tiene generalmente evolución favorable.

### 0310 NEUMOTÓRAX, NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERITONEO COMO COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO COLÓNICO. REPORTE DE UN CASO

D BELLINI(1), B RODRIGUES(1), S SAC(1), P LUCERO(1), E DESCOTTE(1), E SOLOAGA(1)  
(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

**Introducción:** La disección submucosa endoscópica (DSE) permite la resección curativa mediante endoscopia de lesiones digestivas superficiales. Dentro de las complicaciones se describen las perforaciones, siendo estas infrecuentes (4%). La presencia de neumotórax es excepcional y solo se describe en los procedimientos en el esófago.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino de 56 años. Por diagnóstico de lesión colónica maligna, se programa DSE. Evoluciona en el post procedimiento con enfisema subcutáneo en cuello, tórax y abdomen, por lo que se realiza TC cuello que evidencia neumotórax derecho, neumomediastino y retro-neumoperitoneo. Se indica monitoreo en UCI y se coloca tubo de avenamiento pleural, con mejoría del neumotórax. Se indicó reposo digestivo y tratamiento antibiótico profiláctico con evolución favorable, y egreso hospitalario al quinto día.

**Discusión:** Dentro de los sitios de perforación, la localización más frecuente es la esofágica. El hallazgo de neumotórax es infrecuente y se describe solo asociado a procedimientos sobre la unión esófago-gástrica. El compromiso generalizado de nuestra paciente, luego del procedimiento a nivel colónico sugiere la diseminación de aire desde el peritoneo hacia otras localizaciones. La alta tasa de absorción del CO<sub>2</sub> por el peritoneo permite la conducta expectante, con evolución favorable. La utilización de tratamiento antibiótico profiláctico esta recomendada.

**Conclusión:** La perforación y extravasación de gas a las cavidades se asocia al tamaño de la lesión y localización de la misma. La expectación quirúrgica es segura ante la presencia de neumoperitoneo. No se encontraron casos de diseminación gaseosa en la literatura revisada.

### 0311 INTOXICACION CON ETILENGLICOL CASO CLINICO

TM QUIROGA(1), MDLA RODRIGUEZ INFANTE(2), MV OVIEDO(3), GS LO SURDO FILIPPI(2)  
(1) Hospital Regional Rio Grande. (2) Clinica Cemep. (3) Municipalidad De Rio Grande.

**Introducción:** El objetivo es presentar el comportamiento clínico y evolución de un paciente intoxicado por ingesta de etilenglicol en episodios reiterados.

**Presentación del Caso:** Paciente masculino de 44 años con síndrome depresivo, y presunta ingesta de EG derivado a Guardia Central del HRRG, estado de conciencia estuporoso, Glasgow 12/15.

Laboratorio:

- Uremia 0.11 g/L
- Creatinina 11.7mg/L
- Na 145 meq/L
- K 3.8 meq/L
- Cl 117 meq/L
- Calcemia 7.6 mg%
- PH 7.3
- HCO<sub>3</sub>- 7.9 meq/L
- EB -15.4
- Anión Gap 20,1 meq/L

Hallazgos compatibles con intoxicación en EG.

El paciente fue admitido en UTI complicándose con IRA, requiriendo hemodiálisis por 3 días evolucionando favorablemente de manera progresiva.

A los 3 días es externado, continuando evolución en Clínica Médica por un día más y luego dado de alta solicitando interconsulta con el Psicólogo.

Reingreso al 5° día

- Uremia 0.16 g/L
- Creatinina 18.6 mg/L
- Na 147 meq/L
- K 4.9 meq/L
- Cl 118 meq/L
- Calcemia 9,3 mg%
- PH 7.21
- HCO<sub>3</sub>- 4.9
- EB - 20,2
- Anión Gap 25,1 meq/L

Tratamiento precoz con etanol (dosis 0,6 g/kg), hemodiálisis por dos días. Adquiere una neumonía intrahospitalaria y recibe ARM. Al séptimo día recibe alta.

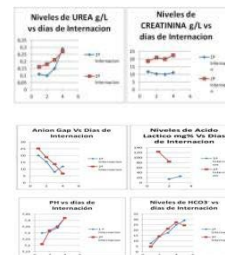
En ambos episodios el sedimento urinario presentó regular cantidad de cristales de oxalatos de calcio monohidratados.

**Discusión:** En los gráficos se observa disminución del anión Gap por la hemodiálisis, en el segundo episodio ingresa con valores mas elevados, marcado incremento del ácido Lactico, relacionable con mayor ingesta del tóxico o mayor tiempo transcurrido, además de marcada acidosis metabólica, niveles de creatinina aumentados debido a una falla renal relevante.

Luego de tres episodios de ingestión de EG una Biopsia Renal diagnosticó Esclerosis intersticial y atrofia tubular del 25%.

**Conclusión:** Ante la sospecha de intoxicación con EG el laboratorio de urgencias ayuda a confirmar el diagnóstico determinando estado ácido-base, Anión GAP, análisis urinario.

Comparando con otro estudio, se concluye que la toxicidad depende de factores individuales, del tóxico y de las circunstancias. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y/o antecedente de ingesta y el cuadro de deterioro neurológico; acidosis metabólica con anión Gap aumentado e insuficiencia renal.





### 0312 COMPARACIÓN DEL GRADIENTE VENO-ARTERIAL DE PCO<sub>2</sub> ENTRE SANGRE DE ARTERIA PULMONAR (GV-ACO<sub>2</sub>) Y DE AURÍCULA DERECHA (GV-ACO<sub>2</sub>AD) EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA (POP-CC)

JC PENDINO(1), L HESS(2), S BELTRAME(3), G ALDAMIZ(3), J TRUJILLO(3)

(1) Centenario. (2) Profisio Fac C.médicas Unr. (3) Albacete Idcsalud.

**Introducción:** la perfusión tisular es el principal determinante del Gv-aCO<sub>2</sub>. Las primeras horas del POP-CC pueden cursar con inestabilidad hemodinámica y el Gv-aCO<sub>2</sub> puede constituir una herramienta de valor de monitoreo hemodinámico. Últimamente, ha disminuido el uso de catéteres en la arteria pulmonar (CAP) y se ha propuesto el uso de datos obtenidos de la sangre venosa central como la SvCO<sub>2</sub> e incluso la pCO<sub>2</sub>. Algunos autores han propuesto el uso del gradiente de pCO<sub>2</sub> entre sangre arterial y de la vena cava superior (VCS) como sustituto del Gv-aCO<sub>2</sub>. No hay demasiados reportes sobre la comparación de estas variables.

**Objetivos:** comparar el Gv-aCO<sub>2</sub> con el Gv-aCO<sub>2</sub>AD (asumiendo que los valores de pCO<sub>2</sub> en la VCS son similares a los de AD) en el POP-CC inmediato.

**Pacientes y Métodos:** estudio prospectivo y observacional donde se incluyeron 33 pacientes. Se tomaron muestras de sangre del orificio proximal y distal del CAP y concomitantemente una muestra de sangre arterial (catéter radial). Se utilizó prueba de t de Students para comparar mediciones entre AD y AP. Se efectuó correlación de Spearman para comparar Gv-aCO<sub>2</sub> y Gv-aCO<sub>2</sub>AD. Para investigar si ambas variables eran intercambiables se utilizó el método de Bland y Altman (BA)

**Resultados:** 33 pacientes, 18 varones y 15 mujeres, edades de 68,2 ± 10,4 años. Valor promedio de Gv-aCO<sub>2</sub> fue de 5.99 ± 2.68 mmHg y el Gv-aCO<sub>2</sub>AD fue de 7.4 ± 3.18 mmHg (p > 0.05). La correlación entre Gv-aCO<sub>2</sub> y Gv-aCO<sub>2</sub>AD fue estadísticamente significativa (p < 0.0005). El análisis de BA reveló un *bias* cercano a 0. Los límites de concordancia del 95% fueron de -2.47 a 2.47.

**Comentarios:** si bien desde el punto de vista estadístico (test de BA), todos los puntos se encontraban dentro de los límites de confianza, estos son amplios y diferentes de los reportados por otros autores como por ejemplo Cuschieri y col. (Intensive Care Med 2005), donde hubo una fuerte concordancia entre las dos variables ya que los límites de acuerdo fueron más estrechos. Por lo tanto, a la hora de sugerir que ambas variables son intercambiables, deberían evaluarse con precaución los resultados obtenidos de nuestros pacientes.

### 0313 INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS EN CONSUMIDOR DE COCAÍNA

N RODRIGUEZ(1), M OJEDA(2), ML NAVARRO(2), A VITALE(2), D CAMPS(2), L ROSSI(2), N KURIGER(2), M ZUAZAGA(1)  
(1) Clinicas Cordoba; Serem Arroyito. (2) Clinicas Cordoba.

**Introducción:** La cocaína es una droga de abuso ampliamente extendida, que se vende como un polvo blanco con una pureza desconocida, donde se encuentran sustancias que la diluyen o que la adulteran. Los organofosforados se hallaron como adulterantes en muy raras oportunidades.

**Presentación del caso:** Paciente de 21 años de edad, presenta fiebre, dolor lumbar y debilidad en miembros inferiores de 15 días de evolución. Al examen físico neurológico paciente vigil, OTE, pupilas isocóricas reactivas, RFM+, consensual +, simetría facial, paraparesia flácida a predominio izquierdo, normoreflexia; resto examen físico s/p. Se pancultiva. A las 24 horas deprime sensorio, vomita y se broncoaspira. Se inicia ventilación mecánica, tratamiento antibiótico y antiviral. TAC cerebro s/p. Se solicitan estudios toxicológicos,

laboratorio colinesterasa 5136. Paciente con lenta evolución. Paraparesia flácida secular.

**Discusión y conclusiones:** La intoxicación por agentes adulterantes de la cocaína no ha sido bien estudiada en nuestro medio. No ha sido reportado el uso de organofosforados como agentes adulterantes de cocaína con complicaciones graves para un paciente, por lo que este caso aporta conocimiento a los médicos que manejamos a los pacientes intoxicados y a los consumidores. La sospecha clínica es difícil, como en el caso de nuestro paciente, y la evolución con elevada morbilidad.

### 0315 SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIÓN/ COLONIZACIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UTIS DE ARGENTINA. ENCUESTA NACIONAL DE CONTROL DE INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA

E SERRA(1), C BALASINI(1), M BLANCO(1), W CORNISTEIN(1), A CREMONA(1), E CUNTO(1), V CHEDIK(1), J DESSE(1), C DOMINGUEZ(1), M ESTEBAN(1), J FARIÑA(1), AL GONZALEZ(1), M LARES(1), A LUCIANI(1), MC LLERENA(1), M LLORIA(1), H MORENO ZILLI(1), C PEREYRA(1), P SAUL(1), JJ VIDELA(1)  
(1) Infectología Crítica.

**Introducción:** Las infecciones/ colonizaciones por *Clostridium Difficile* (CD) aumentan los días de internación, morbi-mortalidad y costos. Conocer el peso de la evidencia de cada procedimiento para prevenirlas es necesario por la seguridad de pacientes y la calidad de atención en UTI.

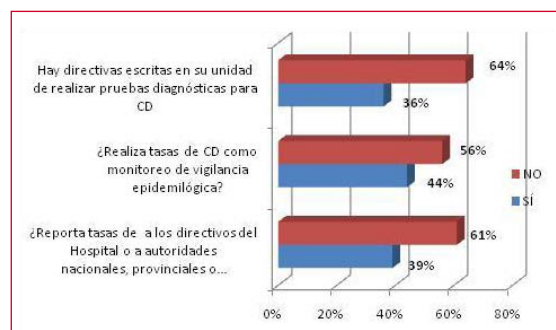
**Objetivos:** Evaluar el seguimiento epidemiológico de las infecciones/ colonizaciones por CD en Argentina.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta en las UTIs de adultos y pediátricos de Argentina. Se realizaron preguntas para evaluar si se realiza seguimiento epidemiológico de colonización e infección por CD en UTIs de Argentina. Se realizan 4 preguntas con respuestas dicotómicas. Los resultados se presentan como porcentajes.

**Resultados:** Fueron contestadas 140 encuestas. Las preguntas fueron: 1) ¿Hay directivas escritas en su unidad de realizar pruebas para diagnosticar el CD cuando los pacientes tienen diarrea luego de que fueron o son expuestos al uso de ATB?, 2) ¿Realizan tasas de vigilancia epidemiológica de infecciones por C. difficile?, 3) ¿Reporta tasas de infección por C. difficile a los directivos del Hospital o a autoridades nacionales, provinciales o Municipales?

¿Cuándo se preguntó cuál era la percepción de cuán importante es el liderazgo para la prevención de infecciones por CD respondieron: extremadamente y muy importante un 97% y poco importante un 3%.

**Conclusiones:** La mayoría de los centros no cuentan con directivas para realizar pruebas diagnósticas, no realizan tasas como monitoreo de vigilancia epidemiológica y tampoco reportan las tasas. Casi todos perciben que es muy importante el liderazgo para prevenir las infecciones por CD. Es necesario educar al personal de salud.



### 0317 ABSCESO HEPÁTICO POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS COMO MANIFESTACIÓN DE DIVERTICULITIS: REPORTE DE UN CASO

M ESCORCIA CASAS(1), S NOYA(1), D BURITICA CORTEZ(1), S MARE(1), ML ROMERO(1), J LESCANO(1)  
(1) Sanatorio Julio Mendez.

**Introducción:** El *S. anginosus* forma parte el grupo denominado *Streptococcus milleri*. Anaerobios facultativos, pertenecen a la flora del tracto gastrointestinal y vejiga, con alta capacidad de producir abscesos e infecciones sistémicas debido a que produce exotoxinas pirogénicas y citolíticas específicas y enzimas hidrolíticas (hialuronidasa) que contribuye a la licuefacción de pus y diseminación a través de los tejidos.

#### Caso

Paciente masculino de 63 años con antecedentes de hipotiroidismo y pérdida de peso de 20 Kg en los últimos meses por dieta disociada. Consulta por dolor abdominal difuso, vómitos, desorientación y fiebre con escalofríos ingresando en nuestro servicio por shock séptico a foco abdominal. TC de tórax y abdomen sin contraste en la que se evidenciaron múltiples imágenes hepáticas heterogéneas sin bordes definidos de predominio en lóbulo izquierdo sugestivas de abscesos. Se inició tratamiento antibiótico con Ciprofloxacina y metronidazol previa realización de cultivos. En el laboratorio presentaba: VSG: 88, Serologías HIV, HBV, HCV, CMV neg, Alfafetoproteína, CEA, CA125 normales; HAV IgG reactiva, EB IgG positiva/IgM negativa; PSA: 25. TC abdomen con doble contraste con imágenes heterogéneas que realzan con contraste: probable secundarismo vs abscesos. Se decidió punción biopsia hepática guiada por ecografía. Colección con picos y cocos positivos. Negativo para atipias. Con los HC positivos para *Streptococcus anginosus* se realizó ecocardiograma transesofágico donde no se evidenciaron vegetaciones. Evolucionó con abdomen agudo quirúrgico. Laparotomía exploradora con peritonitis purulenta por perforación de tumor diverticular. Se realiza técnica de Hartman y abdomen abierto y contenido con bolsa de Bogotá y drenaje de absceso hepático con colocación de catéter multipropósito. El paciente evolucionó favorablemente. Se otorgó pase a sala general.

**Discusión:** Es necesario un alto índice de sospecha clínica para realizar el diagnóstico precoz y permitir un oportuno drenaje percutáneo, la administración de antimicrobiano y el tratamiento de las complicaciones sistémicas; estas medidas han aumentado la sobrevida y mejorado el curso de esta patología. La ultrasonografía y la TAC han facilitado el diagnóstico temprano y el drenaje.

**Conclusión:** En el caso presentado quedaron identificados los factores de riesgo que propiciaron la infección hepática final. El diagnóstico precoz y tratamiento médico oportuno garantizaron una evolución favorable hasta su curación.

### 0320 INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. SITIOS DE INFECCIÓN Y PERFIL SENSIBILIDAD. ESTUDIO PROSPECTIVO 2010-2015

C PEREYRA(1), S TRAVERSO(1), S MUÑOZ(1), M ALVAREZ(1), MC GONZÁLEZ(1), E DOMÍNGUEZ(1), L BENITO MORI(1)  
(1) H.i.g.a Prof Dr Luis Guemes.

**Introducción:** Las infecciones por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) han emergido desde hace unos años. Es la especie encontrada con más frecuencia, se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en los pacientes críticos y con internación prolongada.

**Objetivos:** Describir y analizar todas las infecciones por KPC con perfil de sensibilidad en una UTI de Pcia de Bs As desde ago/2010-abril/2015.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Periodo ago/2010 a abril/2015. Se incluyeron todos los pacientes internados en UTI con diagnóstico de infección por KPC con antibiograma confirmatorio. Se realizó seguimiento de los paciente hasta el alta

hospitalaria. Variables analizadas: demográficas, sitios de infección y perfil de sensibilidad de cada cepa. Los resultados se expresan en porcentajes.

**Resultados:** Se documentaron un total de 28 infecciones (2 infecciones se presentaron durante internación en sala) en 23 pacientes. Predominio sexo masculino (78%), edad 46 (13-88 años), Apache II de ingreso 20 (11-37). Los sitios de infección fueron: Urinario 9 (32%), Abdominal 7 (25%), Respiratorio 6 (21%), Sangre 5 (18%), SNC 1 (14%). Un total de 15 infecciones (53,5%) fueron monomicrobianas y el resto se asociaron a otros bacilos gram negativos (*A.baumannii*, *P.mirabilis*, *P.stuartii* entre otros).

El perfil de sensibilidad de las cepas se presentan en el cuadro 1 y 2. En dos cepas se estudió sinergia COL-RFP. Una de ellas fue positiva. Solo 4 cepas se probó Fosfomicina y resultaron sensibles.

**Conclusiones:** En la muestra analizada hubo gran variedad de sitios de infección por este germen. Los perfiles de sensibilidad fueron altos para Colistín y Tigeciclina. Según las últimas recomendaciones sobre tratamiento combinado (Petrosillo 2013), incorporar Meropenem al tratamiento podría ser una opción con cepas con valores de CIM hasta 16 ug/ml por lo cual conocer los perfiles de sensibilidad permite replantear los esquemas de tratamiento antibiótico para estas infecciones.

Valores de CIM ug/ml	IMI n° cepas	MERO n° cepas
1	1	1
2	0	3
4	2	2
8	8	3
16	17	18

	AMK	GENTA	COL	TIGE
% R	100%	93%	11 % CIM 16 (3 cepas)	
% S			89 % CIM 1 (1 cepa) CIM = 0.5 (24 cepas)	100% CIM 0.5 (26 cepas) CIM 0,25 (1 cepa)

### 0321 CALIDAD DE ENSAYOS CLÍNICOS EN OBSTETRICIA CRÍTICA

D CAMPS(1), M MOYA(1)  
(1) Clínica De La Familia II.

Los ensayos clínicos randomizados (ECR) en medicina de crítica representan menos del 20% de los publicados en revistas médicas, y dentro de ellos, aquellos realizados en el área de obstetricia y ginecología son escasos. Por otra parte, se han reportado en numerosas áreas de la medicina, la publicación de ECR es de calidad subóptima. El objetivo de este trabajo fue identificar la calidad de los ECR realizados en obstetricia crítica.

**Material y métodos:** Se realizó una investigación analítica y bibliométrica de los ECR sobre obstetricia crítica publicados en las revistas catalogadas por el Institute of Scientific Information presentes en la base de datos Medline (núcleo de revistas) entre los años 2010 y 2014. Los ECR se recuperaron utilizando una búsqueda bibliográfica en esa base de datos. Se limitó la búsqueda y se aplicaron criterios de exclusión. A los artículos se les aplicó la escala de Jadad. Un puntaje igual o superior a 3 se consideró óptimo.

**Resultados:** Se seleccionaron 11 publicaciones. Cuatro publicaciones presentaron puntaje óptimo. El 81,8% (9/1) de los artículos se reportaron como randomizados; 54,5% (6/11) expresaron en forma adecuada el método para generar la secuencia de randomización; 18,2% (2/11) se informaron como doble ciego y un 45,4% (5/11) describieron el método de cegamiento. Un 54,4% (6/11) detallaron las pérdidas y las retiradas del estudio.

**Conclusiones:** La mayoría de las publicaciones de ECR revisadas por nosotros mostraron un puntaje menor al óptimo de acuerdo al estándar de Jadad. Las principales razones del bajo puntaje obtenido fueron la inadecuada descripción de los criterios de randomiza-

ción y cegamiento. Por lo tanto, debiera mejorarse la calidad de los reportes publicados de las investigaciones clínicas e incentivar al médico para una lectura crítica de las mismas.

### 0322 DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE SECUNDARIA A NECROLISIS TOXICA EPIDERMICA

ND DIAZ PRIETO(1), A SACCO(2), F RINCON(2), E SALCEDO(2), F MARTINEZ(2)

(1) Sanatorio Colegiales. (2) Sanatorio Colegiales.

**Introducción:** La necrólisis epidérmica tóxica (NET) o síndrome de Lyell representa probablemente la entidad dermatológica más grave. Es una enfermedad exfoliativa de la piel que puede afectar a la práctica totalidad de la superficie cutánea corporal y a diferentes mucosas. La patogenia de la NET aún no es conocida. Es un trastorno mediado por linfocitos T.

Paciente Femenina 84 años, antecedentes hipertensión arterial, ingesta crónica de AINES, alérgica a penicilina. Cuadro clínico 4 días de evolución, con fiebre, edema labial y palpebral, tos, sialorrea, erupción maculopapular multiforme pruriginosa, inicialmente en dorso, extremidades y secreción conjuntival, Secundario ingesta dos días previos de suplemento constituido por glucosamina, complejo B, cartilago de tiburón. Manejo inicial corticoterapia, antihistamínicos. Evolución a las 48 horas de ingreso extensión de lesiones a toda la economía corporal incluyendo mucosas, disnea, edema angioneurótico, compromiso ventilatorio, requiriendo ventilación mecánica. Se inicia gammaglobulina dosis 2 gr/Kg/total; sin respuesta. Requiere plasmaféresis. Lesiones con compromiso del 65% de superficie corporal, falla multiorgánica. Falla renal, falla hepática, compromiso respiratorio y cardiovascular. Requiere vasopresores. Altas dosis. Internada día 19 aún en ARM. Traqueostomizada. SDRA.

**Discusión:** Los pacientes con NET se comportan como pacientes quemados. Su incidencia se calcula entre 0,93 y 1,3 casos por millón de habitantes y año. Se puede presentar en cualquier edad. El diagnóstico diferencial incluye patologías como el síndrome de Stevens Johnson, el síndrome de piel escaldada estafilocócica y el pénfigo, entre otras. En nuestro caso la clínica evolutiva de la paciente, su compromiso sistémico y antecedentes fueron base para un diagnóstico clínico. El tratamiento instaurado fue en conjunto con Dermatología, se activaron protocolos para manejo como gran quemado, se evito el uso de esteroides, y se siguieron protocolos de manejo según la evidencia actual. La paciente con muy mala respuesta clínica. Aun con inotrópicos y ARM, SDRA, se consiguió detener progresión de lesiones. Se aguarda evolución por severo compromiso. Se hace reporte de caso paciente con ingesta de sustancia no recetada de venta libre.

### 0323 POBLACION OBSTETRICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE DEL HOSPITAL J.C PERRANDO. RESISTENCIA – CHACO.

V DOMINGUEZ(1), G CARRASCO(1), R MARIA(1), D BARRIOS(1)

(1) J.C. Perrando.

**Introducción:** El ingreso de la paciente obstétrica a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), es un evento poco frecuente pero de gran trascendencia médica y social, ya que se tratan en su gran mayoría de mujeres jóvenes, sin patologías previas.

**Objetivo:** Describir el número y los motivos de ingreso de las pacientes obstétricas en UTI polivalente, edad materna y la mortalidad en este sector.

**Material y método:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, de pacientes obstétricas que ingresaron a la UTI del Hospital J.C. Perrando, en el período comprendido entre el 1 Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2014.

**Resultado:** Ingresaron 197 pacientes obstétricas a UTI. La edad promedio fue 22,5 años, con una edad mínima de 12, una máxi-

ma de 48. Los principales motivos de admisión fueron: 44,67% (88) Enfermedad hipertensiva en el embarazo (EHE), 32,48%, (64) Eclampsia, 6,09%(12) HELLP y 6,09 (12) Pre eclampsia. La Hemorragia Obstétrica Grave correspondió a un 17,76% (35). Presentaron Sepsis Severa el 13,7% (27). Las afecciones respiratorias fueron un 11,19% (22); finalmente el 12,65% (25) fueron admitidas por diferentes patologías como afecciones del SNC, trauma, etc. La mayor parte de los casos ingresaron en el puerperio 86,29% (170). El 14,21% (28) fueron gestante. Del total de admisiones 9,13% (18) obitaron. Las causas se debieron a 38,88% (7) Hemorragias Obstétricas Graves, 38,88% (7) Sepsis severa asociada a diferentes patologías (2 abortos sépticos, 1 Corianmionitis, 1 Lupus Eritematoso Sistémico, 1 Diabetes, 1 Neumonía adquirida en la comunidad, 1 infección de pared); 11,11%(2) Hígado graso agudo del embarazo, 11,11% EHE, (1 Eclampsia, 1 HELLP) y 5,55% (1) Embolia de líquido amniótico.

**Conclusión:** La mayoría de los ingresos correspondieron a la EHE, seguida de la Hemorragia obstétrica grave, siendo esta última junto con la Sepsis severa la mayor causa de muerte en esta población.

### 0324 UTILIDAD DEL ECO-DOPPLER TRANSCRANEAL EN ENFERMEDAD CAROTIDEA. EXPERIENCIA EN CORRIENTES.

H ALVAREZ(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

**Introducción:** La utilización de técnicas ultrasonográficas han demostrado ser un método válido para el estudio de aterosclerosis extracoronaria, usado ampliamente en el estudio de la enfermedad ateromatosa carotídea extra e intracraneal. En los últimos años, el Eco-Doppler Transcraneal (EDTC) se ha establecido como prueba complementaria de gran interés en el estudio de pacientes con ictus. El EDTC es una nueva aplicación que permite la evaluación no invasiva de la circulación cerebral determinando diversos parámetros fisiológicos del flujo sanguíneo en las principales arterias intracraneales, detectando cambios hemodinámicos secundarios a una estenosis significativa o una oclusión de la arteria carótida interna extracraneal. Para pacientes con diagnóstico angiográfico de estenosis carotídea >70%, la precisión diagnóstica es alta y dependerá de la experiencia del examinador para la interpretación de los hallazgos.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad clínica del Eco-Doppler Transcraneal en pacientes con estenosis carotídea extracraneal sintomática.

**Material y Método:** Estudio descriptivo transversal en pacientes ingresados o por consultas externa con diagnóstico de estenosis carotídea extracraneal sintomática en el Instituto de Cardiología de Corrientes entre Enero a Diciembre de 2014.

**Resultados:** Se estudiaron 10 pacientes durante el transcurso del estudio, predominio sexo masculino, edad promedio 67. Los hallazgos hemodinámicos hallados fueron: Flujo atenuado y decelerado de la ACM ipsilateral, Incremento de velocidades de la ACA contralateral, Incremento de velocidades de la circulación posterior (Arterias Vertebrales y Tronco Basilar), Presencia de flujo colateral (Inversión de ACA ipsilateral, aceleración de ACP contralateral, etc), y Flujo disminuido o ausente del sifón carotídeo ipsilateral

**Conclusiones:** Pacientes con diagnóstico clínico de estenosis carotídea sintomática, donde se les practicó, además, ecografía Doppler de troncos supraaórticos. Se encontró mayor afectación en pacientes mayores de 60 años y sexo masculino. El accidente isquémico transitorio hemisférico constituyó la forma de expresión más frecuente, presentando en su mayoría combinación de síntomas de disfunción de este territorio. El estudio del eje carotídeo mostró predominio de pacientes con patrón de estenosis extracraneal no significativa. Mayor compromiso hemodinámico en arteria cerebral media izquierda, con presencia de estenosis segmentaria con estenosis crítica extracraneal. Se halló similar proporción entre pacientes que desarrollaron circulación colateral y aquellos con polígono de Willis insuficiente.

**0325 NECROLISIS TOXICA EPIDERMICA**

F RINCON(1)  
(1) Colegiales.

**Introducción:** La necrólisis epidérmica tóxica (NET) probablemente la entidad dermatológica más grave. Enfermedad exfoliativa de la piel que puede afectar a la práctica totalidad de la superficie cutánea corporal y a diferentes mucosas. secundaria a fármacos como posible causa, particularmente antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y anticonvulsivos, otros. Se trata de una enfermedad de carácter sistémico, potencialmente mortal, entre el 25 y el 60%. La patogenia de la NET aún no es conocida.

**Presentación del caso:** Femenino 84 años, hipertensa, ingesta crónica de AINES, alergia penicilina. 4 días de evolución, fiebre, edema labial, palpebral, tos, erupción maculopapular multiforme pruriginosa, en dorso, extremidades, secreción conjuntival, secundario ingesta de suplemento constituido por glucosamina, complejo B, cartilago de tiburón. Evolución a 48 horas de ingreso con extensión de lesiones a toda la economía corporal incluyendo mucosas, edema angioneurotico, compromiso ventilatorio, ventilación mecánica invasiva. Inicio gammaglobulina, sin respuesta, posterior plasmáferesis. Lesiones comprometen 65% de superficie corporal, necrosis, desprendimiento de la epidermis, signo Nikolski.

**Discusión:** El síndrome NET es una dermatitis exfoliativa rara y devastadora, relacionada generalmente con la administración de medicamentos. Los pacientes con NET se comportan como pacientes quemados. Su incidencia se calcula entre 0,93 y 1,3 casos por millón de habitantes y año. Se puede presentar en cualquier edad. El diagnóstico diferencial incluye síndrome de Stevens Johnson, síndrome de piel escaldada estafilocócico, pénfigo, entre otras. En el caso la clínica de la paciente, el compromiso sistémico, antecedentes, fueron base para diagnóstico clínico.

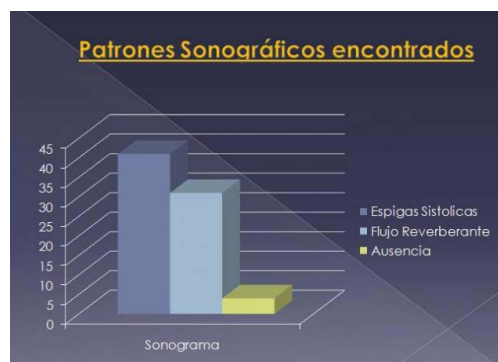
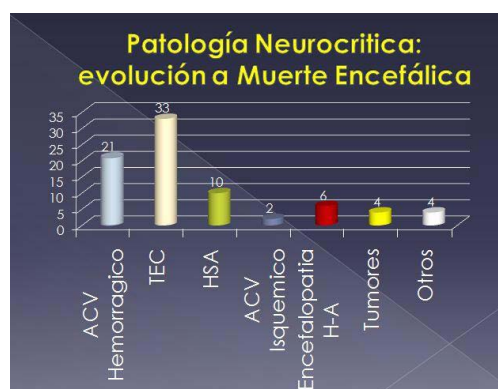
**Conclusiones:** La NET una dermatitis exfoliativa, aguda, potencialmente mortal. La experiencia actual indica que la suspensión inmediata del medicamento desencadenante, el envío temprano a un centro especializado en el manejo de quemaduras, evitar el uso de esteroides, la prevención de sepsis y el manejo agresivo de las lesiones mucoepidérmicas en la unidad de cuidados intensivos, aumenta la sobrevivencia de los pacientes con NET. Factores que aumentan mortalidad son la presencia de sepsis al momento de la admisión a la unidad de cuidados intensivos, la edad, y superficie corporal involucrada.

**0326 UTILIDAD DEL ECO-DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA: EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES.**

H ALVAREZ(1), A PIACENZA(1), J CIALZETA(1), J OJEDA(1), J ALINEZ(1), M OLIVETTI(1)  
(1) Cucaicor.

La determinación de la muerte encefálica (ME) en la mayoría de los países del mundo, es clínica. Las exigencias clínicas que permiten documentar al médico la abolición irreversible de todas las funciones encefálicas, comprenden: constatación clínica del coma, ausencia de reflejos troncoencefálicos y apnea. Circunstancias como: intoxicaciones por sedantes, trastornos metabólicos severos, hipotermia importante y uso de bloqueadores neuromusculares, obliga al médico a recurrir a diversos métodos de apoyo tecnológicos para establecer el diagnóstico. La determinación de la parada circulatoria cerebral a través de la sonografía Eco-Doppler Transcraneal (EDTC) es un patrón constante. El aumento paulatino de la Presión IntraCraneana (PIC) que iguala a la Presión Arterial Media (PAM), produce un incremento de la resistencia al flujo, condicionando el descenso de la Presión de Perfusión Cerebral (PPC). Los cambios progresivos en la morfología de la onda determinan una disminución de la velocidad diastólica, separación diástole-sístole, flujo retrógrado en diástole, espigas sistólicas, y ausencia de señal. Se realizó un estudio descriptivo para valorar la utilidad del EDTC

en el diagnóstico de ME desde Enero/2009 a Diciembre/2010 en la provincia de Corrientes. Se utilizó Equipo DTC marca DWL Multidop T con transductor de 2 Mhz. Se realizó diagnóstico de ME por DTC en 80 pacientes de 112 ME diagnosticadas, según recomendaciones expuestas en Resolución N° 275/2010 del Ministerio de Salud de la República Argentina. Las espigas sistólicas se demostraron en 41 pacientes (51%), Flujo reverberante en 35 (43%) y Ausencia en 4 (5%). Más frecuente sexo femenino 55%. La edad media fue de 41,49 ± 26,16. El TEC Grave fue la patología neurocrítica más encontrada 41%. La sensibilidad diagnóstica reportada fue del 100 % de los pacientes, correlacionada con otros métodos de diagnóstico de ME, como el EEG 95% y la Angio TC Multicorte 5%. El hecho de que la detección de ausencia de flujo por DTC no se vea afectada por la administración de sedantes, frecuente en pacientes neurocríticos, como no verse afectado por numerosas interferencias eléctricas de la UTI, la disponibilidad vérsate más la experiencia de un operador entrenado, le otorga una superioridad frente al tradicional EEG.

**0328 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO COMPLICACION DE MENINGITIS BACTERIANA**

F RINCON(1)  
(1) Colegiales.

**Introducción:** las trombosis venosas cerebrales (TVC) son una causa rara, pero importante, de enfermedad cerebrovascular, frecuentemente obviada. Pueden ser generadas por procesos infecciosos y no infecciosos su presentación clínica variable, depende del vaso específico afectado, va desde la cefalea con papiledema hasta el déficit focal, convulsiones y el coma.

**Presentación del caso:** masculino 57 años, diabético tipo 2, no insulino requiriente. 48 horas previo con congestión nasal, otalgia, cefalea, fiebre, Ingresó febril con cuadro de alteración del sensorio, confusión, afasia, respuesta parcial a órdenes, episodios de excitación, cefalea y rigidez nuchal, glasgow 12/15. Leucocitosis con polimorfonucleares, líquido cefalorraquídeo patológico, con gram positivos, hipoglicorraquia, láctico aumentado, cultivo LCR streptococo pneumoniae.



Tac cerebral ingreso normal. Tratamiento antibiótico ceftriazona, vancomicina. Posteriormente evoluciona convulsión tónico clónico generalizada con deterioro del sensorio. Tac cerebral control se observa hiperdensidad surcos corticales en el vertex, región parietal posterior derecho, angiografía evidencia hipertensión endocraneana y venosa. Trombosis del tercio medio del seno longitudinal superior. Trombosis de la desembocadura del seno a la torcula evoluciona favorablemente, sin compromiso neurológico.

**Discusión:** La TVC se caracteriza por el polimorfismo de sus manifestaciones neurológicas, dificultad en el diagnóstico, diversidad de condiciones médicas que la originan y pronóstico variable. Inicialmente la TVC se asoció principalmente con procesos sépticos. A partir de la utilización generalizada de antibióticos, la etiología infecciosa de la TVC ha disminuido considerablemente. Constituye el 0,5% de todos los eventos vasculares cerebrales a nivel mundial. En nuestro caso el diagnóstico de meningitis previo, posteriormente asociado a convulsiones nos lleva a la realización de nuevos estudios complementarios. La combinación de la resonancia magnética y la angiografía por resonancia magnética son actualmente mejores métodos para su diagnóstico.

**Conclusiones:** la TVC es un padecimiento neurológico con múltiples manifestaciones clínicas, cuyo diagnóstico requiere de la destreza del clínico. Los objetivos de su evaluación oportuna incluyen confirmar que se trata de una TVC y definir su mecanismo de patogénesis, así como establecer tempranamente el tratamiento adecuado.

### 0330 UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEANO EN LA ENFERMEDAD ECLÁMPTICA

M FARIAS(1), C FARINA(2), C RIVERA(2), X BENAVENTE(2), B SIERRA(2), A TORRES(2), Y SALOMON(2), R ANCHORENA(2), E CENTENO(2), G IZZO(2)

(1) Simplemente Evita Gonzalez Catan. (2) Simplemente Evita.

**Introducción:** En la última década se extendió el uso de DTC para evaluar aspectos de la hemodinámica cerebral. Se realizó un estudio prospectivo para evaluar la utilidad del Doppler Transcraneano (DTC) en la enfermedad ecláptica.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, en la UCI de González Catan, desde junio – diciembre 2014.

Se incluyeron 15 pacientes entre 15 y 48 años post cesárea de urgencia, sin antecedentes previos de hipertensión, con diagnóstico de eclampsia, pre-eclampsia y Síndrome HELLP.

Se realizó DTC dentro de las primeras 24 horas de su ingreso y cada 24 horas hasta su egreso de UTI.

**Resultados:** De las 15 pacientes el 80% era su primer embarazo (12 pacientes).

70% embarazos no controlados (11 pacientes).

65% presentaban en el primer DTC velocidades aumentadas. (10 pacientes).

Con una velocidad media de 150 mmHg en la arteria cerebral media en las pacientes con eclampsia y una media de 80 mmHg en las pacientes con pre eclampsia.

6,6% presento en su primer DTC patrón de hiperemia que con el transcurso de los días evoluciona a vasoespasmo severo. (1 paciente).

6,6% presento en el primer DTC patrón de vasoespasmo severo IL >3 quien evoluciona a una leucoencefalopatía posterior reversible. (1 paciente).

**Conclusiones:** Un punto importante a destacar es que a las 48 -72 horas post cesárea en un 90% las velocidades medidas de las arterias intracraneales se encuentran en parámetros normales. (13 pacientes).

Este grupo de pacientes presentaban en su totalidad velocidades aumentadas a su ingreso en el territorio de la ACM.

Las pacientes preclámpticas presentaron velocidades aumentadas en un rango de 85-110mmHg a diferencia de las eclámpticas con un rango de 100-150 mmHg.

### 0332 VENTILACION SELECTIVA EN FISTULA BRONCOPLEURAL DE ALTO DEBITO

J BARROS(1), JC VILCHEZ(1), C VILLEGAS SUCCAR(1), A OBREGÓN(1)

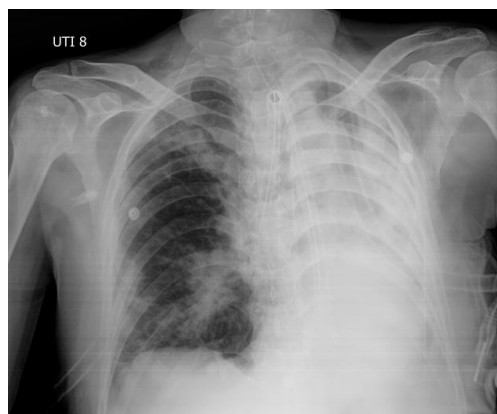
(1) Clinica San Agustín.

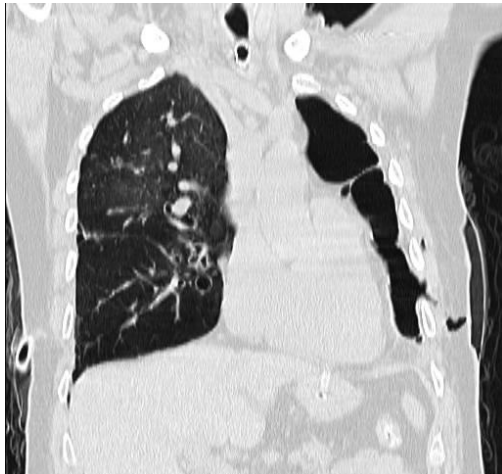
**Introducción:** La fistula broncopleurales de alto débito (FBPAD) es una complicación de cirugía torácica asociada a alta mortalidad. Representa fuga mayor al 20% del volumen corriente (VC) generando pérdida del volumen circulante efectivo. El desafío de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) es mantener intercambio gaseoso, disminuir gradiente de presión transpulmonar, minimizando injuria del pulmón no afectado.

**Presentación del caso:** Masculino, antecedentes: disnea habitual clase funcional III, proceso pleuropulmonar crónico. Ingresó por insuficiencia respiratoria requiriendo intubación orotraqueal (IOT) y AVM. Rx torax: velamiento del campo pulmonar izquierdo. TC torax: neumoquistes, tractos fibróticos, engrosamiento cisurales derechos, pulmón izquierdo colapsado totalmente, bullas secueles con derame pleural. Traqueostomizado. Toracotomía mínima para biopsia pleural (Proceso inflamatorio crónico y agudo fibrosante pulmonar): pulmón con paquipleura crónica y FBPAD que impide la AVM, avasamiento pleural y cierre toracotomía. Ventilación ajustada a estrategia convencional. Disminuye fuga aérea, persiste FBPAD e insuficiencia respiratoria hipercapnica. Intubación selectiva a bronquio fuente derecho adaptando un tubo orotraqueal (TOT) por traqueostoma. Excluido pulmón izquierdo lográndose ventilación del pulmón derecho en soporte con VC de 280ml, PEEP 5, descenso de FIO<sub>2</sub>. 3º día extubado evidenciándose fistula de bajo débito.

**Discusión:** Se presenta paciente con afección pleuropulmonar en AVM que desarrolla FBPAD en postoperatorio de biopsia pleural. Con objetivo de disminuir la presión transpulmonar inicia ventilación controlada por volumen, bajo VC, presión positiva final de espiración cero, bajas presiones en vía aérea (PVA). A pesar de esto deteriora el intercambio gaseoso con insuficiencia respiratoria hipercapnica y compromiso hemodinámico. Se plantea ventilación selectiva a pulmón derecho, progresándose a ciegas TOT con control radiológico. Excluido el pulmón izquierdo se observa mejoría clínica. No se realiza estrategia de ventilación independiente interpretándose pulmón único funcionante, planteándose si la falta de aislamiento de la luz traqueal podría predisponer a infección de la cavidad por secreción orofaríngea.

**Conclusión:** Cuando las FBPAD no son resueltas quirúrgicamente, se plantean protocolos de AVM dirigidos a disminuir la fuga. Si pese a esto, condición clínica deteriora, el empleo de ventilación independiente es una medida de rescate aceptable. En nuestro caso particularmente por falta de funcionalidad del pulmón lesionado, se decidió ventilación unipulmonar.





### 0334 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA POR EDEMA CEREBRAL MALIGNOPOSTERIOR A ACV ISQUEMICO SILVIANO DERECHO. CASO CLINICO

AJ BERNARDO(1), SA APAZA(1), AA PEREYRA(1)  
(1) Sanatorio Lavalle.

La hemicraniectomía descompresiva es una técnica quirúrgica utilizada para aliviar el aumento de presión y cambios intracraneales de tejidos cerebrales en el entorno de las grandes lesiones ocupantes de espacio del hemisferio cerebral.

Los datos de los ensayos controlados muestran que este procedimiento en el edema cerebral maligno, reduce la mortalidad. Sin embargo, no está claro si el resultado neurológico final es aceptable en muchos casos. Para los pacientes con infarto maligno que involucra más del 50% del territorio de la ACM asociado con una disminución del nivel de conciencia, que son de alto riesgo de desarrollar edema maligno, se sugiere hemicraniectomía descompresiva (Grado 2A) si presentan: edad menor de 60 años. La cirugía es precoz antes de las 48hs de iniciado el ACV. Consentimiento para este tratamiento. Paciente femenina de 64 años, antecedente HTA, tratada con losartan, ingresa a UTI cursando ACV Isquémico Silviano derecho extenso de 4 horas de evolución. Ex físico: Glasgow 14/15 (3/5/6) TA 160/80 FC108 FR 22 Sato2: 86% Pupilas Isocóricas reactivas, desviación de la mirada hacia el lado derecho, con hemiplejía FBC izquierda. NIHSS 16. Se realiza TAC de Cerebro. Diagnóstico ACV isquémico en evolución. Se inicia tratamiento con trombolítico.

A las 48hs se realiza nueva TAC, con persistencia de isquemia con desviación de la línea media de 5mm, edema cerebral. Al ex físico hemiplejía FBCizq mas disartria. GI14/15. DOTE/OTE, Se realiza osmoterapia con manitol.

El 6to día en UTI, paciente soporosa. GI 8/15 (1/2/5) TA 160/110 FC76 Sat 98% . Cambio pupilar: Anisocoria. se inicia ARM por 9 días con diagnóstico de edema cerebral maligno. TAC de cerebro e interconsulta con neurocirugía, se realiza craniectomía descompresiva. Intercurrencia de NAV tardía por Klebsiella Pn, inicia Imipenem, presenta hepatitis medicamentosa, se rota a Meropenem, cumple 7 días con procalcitonina que se negativiza, enzimas hepáticas se normalizan. A los 32 días de internación paciente con hemiparesia BC izq, pasa a piso y se da el alta sanatorial.

**Conclusión:** Hemicraniectomía descompresiva también puede considerarse para ciertos pacientes sanos, mayores de 60 años y más de 48 horas después del inicio del ACV.

### 0335 SINDROME DE HELLP COMPLICADO CON HEMATOMA HEPATICO. REPORTE DE DOS CASOS.

GA CARRASCO.(1), VM DOMINGUEZ(2)  
(1) J.C. Perrando. (2) J.c.perrando.

**Introducción:** El hematoma hepático (H.H.) se presenta en el 2% de las pacientes con Síndrome de HELLP. En la mayoría de los casos involucra al lóbulo derecho presentando un hematoma subcapsular o parenquimatoso. Cursa con dolor abdominal súbito con predominio en hipocondrio derecho y epigastrio, náuseas, vómitos, distensión abdominal y homalgia. Se evidencia caída del Hto. Enzimas hepáticas elevadas

Caso 1: Paciente de 23 años con gestación de 33 semanas por cifras de TA de 180/110 mmHg. Laboratorio: 1° Proteinuria 3 g, 2° 4 g GOT: 401 GPT: 318 LDH 984 Hto. 44%, Tp 100%. Plaquetas 201.000. Se diagnostica preeclampsia grave. Presenta dolor en epigastrio. Ecografía Abdominal: Hematoma parenquimatoso lóbulo derecho, sin líquido libre. Se realiza cesárea abdominal. TAC de Abdomen: En la que se evidencia lesión antes descrita. Ingresa UTI Hemodinámicamente estable, Hto24%, Tp 63% Plaquetas 70.000, GOT 7.890 GPT 6.678. E.A.B: 7.30, 33, -9.5, 16, 100, 99% Na: 136 K: 3, 4 Cl: 102 Gluc. 206 Lactato: 4,7 Cai: 1,01. Se transfunden 2 UGR. Permanece internada en por 5 días sin complicaciones pasa a sala general.

Caso 2: Paciente de 29 años cursando POP inmediato de cesárea abdominal, por síndrome de HELLP en una gestación de 35 semanas, ingresa hemodinámicamente estable, refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho con irradiación al epigastrio, homalgia derecha. Laboratorio: Hto 20% Tp 50% Plaquetas 60.000 GOT 7.100 GPT: 6.500 LDH 890 E.A.B: 7.45, 25, -6.4, 15, 99, 98% Na: 139 K: 3,0 Cl: 106 Gluc: 130 Lactato: 5 Cai: 1,08. Se transfunden 3 UGR. TAC de Abdomen: Hematoma parenquimatosos en lóbulo derecho. Se espeta a la paciente, al 6 día pasa a sala general sin complicaciones.

**Discusión:** Algunos autores recomiendan el tratamiento quirúrgico para H.H. Pero este tipo de lesiones mientras el paciente se encuentre estable puede realizarse tratamiento no operatorio, el manejo incluye el monitoreo hemodinámico, evaluación seriada del hematoma con ecografía o tomografía, disposición de hemoderivados y equipo quirúrgico. En caso de ruptura la mortalidad es mayor al 50%.

### 0336 RELACION ATIPICA: TAPONAMIENTO CARDIACO Y LUPUS EN PUERPERA DE 11 DIAS

B FERNANDEZ(1), A TAMAYO(1), M WILCHES(1), J MORALES(1), J ALBARRACIN(2), G RODRIGUEZ(2), W VIDETTA(2), Y MELGAR(2), F CARVAJAL(2)

(1) Hospital Municipal Eva Peron De Merlo. (2) Hospital Eva Peron De Merlo.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria que tiene repercusión en múltiples sistemas, se ha observado en múltiples estudios que la afectación cardiaca se presenta en 15% de los pacientes, en algún momento de su historia natural de la enfermedad se observa pericarditis hasta en 23% además de miocarditis y endocarditis; sin duda secundario a esto suele observarse derrame pericárdico, y a pesar de mostrar porcentajes no despreciables de afección cardiaca, es muy infrecuente que se ocasione taponamiento cardiaco. El taponamiento cardiaco es un proceso en el que aumenta la presión del espacio pericárdico, debido en mayor frecuencia a acumulación de líquido, que puede ser un exudado hemático, seroso o purulento, y con menor frecuencia gas, dadas las complicaciones el diagnóstico oportuno y su tratamiento se deben realizar de manera rápida, es una enfermedad autoinmune multisistémica que se presenta con frecuencia en mujeres jóvenes. Habitualmente no compromete la fecundidad, pero sí se asocia a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. Solo 1 de cada 2 pacientes con LES tiene un recién nacido de término y peso adecuado para la edad gestacional.

En nuestra unidad de terapia intensiva se nos presenta un caso.

Caso clínico: mujer de 27 años, antecedentes de hipotiroidismo, puerpera de 11 días, con parto normal, ingresa a UTI derivada de la guardia por D CF III-IV, ortopnea, 1 reg de 38 oC, edema de la MMII3/6, 1 semana de evolución, Rx torax derrame pleural izquierdo y silueta cardiaca en botellón, ECG, alternancia eléctrica, ecocardiograma: derrame pericárdico severo, con colapso parcial de cavidades derechas, se realiza pericardiocentesis 500 cc (hematíes abundantes), policultiva, ADA, perfil tiroideo y perfil reumatológico (1ra: colagenograma- AR: +debil), se realizo pulsos de solumedrol, (2da: colagenograma: +), se da de alta con prednisona 60 mg VO.

**Conclusión:** describimos el caso de la paciente que debuta con taponamiento cardiaco puerpera con LES y datos de laboratorio no concluyentes, se realizo pulsos de solumedrol, dadas las complicaciones el diagnostico y tratamiento oportuno deben realizarse de manera inmediata.



### 0337 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE WEANING Y SUS OUTCOMES EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

F CARVAJAL, A TAMAYO(1), M WILCHES(1), B FERNANDEZ(1), J MORALES(1), J ALBARRACIN, G RODRIGUEZ(1), W VIDETTA(1)

(1) Eva Peron De Merlo.

**Introducción:** Realizamos este protocolo con el fin de unificar conceptos y conocimientos en nuestro equipo.

**Objetivos:** Implementar un protocolo de actuación para la pronta retirada de la ARM y evaluar la mortalidad y complicaciones mayores, mejorar la manera en que se realiza el weaning y disminuir el número de extubaciones fallidas.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo desde Julio/2013 a Marzo/2015 en pacientes con criterios de inclusión: > 18 años, ventilados



>24horas.Excluidos:traqueostomizados al ingreso, los que no llegaron a una Prueba de Ventilación Espontánea (PVE) y extubados < 24 horas.Los enfermos fueron comparados con un grupo control histórico (50), de un periodo similar. Los resultados fueron expresados en porcentajes y se hizo un análisis de ciertas variables registradas: sexo, APACHE II, Score de Murray, CURB-65, PSI, comorbilidades, complicaciones, días de ARM y weaning y mortalidad. Nuestro protocolo de Destete se aplicó en 3 pasos: Prueba de aptitud, PVE y extubación,utilizamos escala de analgesedación y su interrupción diaria para una PVE.

**Resultados:** Registramos 90 pacientes en VM, aplicando el protocolo en 77 enfermos, 57(74%) hombres y 20(26%) mujeres. Las comorbilidades influyeron en forma significativa en el tiempo del destete. Estadísticamente el TEC grave (27%) y el politraumatismo(22%) fueron las mayores causas de ARM. Fracaso estuvo presente en 19 (25%) por mala mecánica y desaturación severa durante la PVE. Reintubación ocurrió en 8 (10%), con una mortalidad del 22% (17 casos). Al ingreso presentaron APACHE: 20;Murray >2,5 en SDRA; CURB-65: 2 y PSI:IV.Complicaciones más frecuentes NAV 24% y TAV 10%, con días de ARM 12,4 y de weaning 4.22 (34% del tiempo total de ARM), comparados con los 16,6 y 8,63 días respectivamente de un grupo de 50 pacientes extubados antes del actual protocolo.

**Conclusiones:** Se determinó y unificó el inicio del procedimiento a partir de un número de índices predictores integrados en nuestro protocolo y la realización del mismo en pasos, lo que garantiza el éxito del destete y reduce las complicaciones mayores, cantidad de reintubaciones al 10% y los tiempos de VM y Weaning a 12 y 4 días respectivamente, con una mortalidad del 22% en quienes aplicamos dicho protocolo.

	PROTOCOLO(n=77)	PRE-PROTOCOLO(grupo histórico,n=50)	LITERATURA P.
FRACASO	11 (14,3%)	36%	20-30%
REINTUBACIÓN	8 (10%)	14%	5-15%
COMPLICACIONES:			
NAV	24%	---	9-27%
TOT	8(10%)	---	---
TAV	10%	---	3,7-10%
DÍAS ARM	12,4	8,63	---
DÍAS WEANING	4,22	---	---
MORTALIDAD	22%	32%	---

### 0338 CALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE UN CAMBIO DE ESTRATEGIA EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA EN UNA DIVISIÓN DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

I PREVIGLIANO(1), LA CAMPUTARO(1), MA MUCHICO(1), JM ANGAROLA(1), NO RAIMONDI(1)  
(1) Fernández.

**Introducción:** La calidad en Medicina es uno de los aspectos que cada vez ganan más espacio en la gestión de Servicios de Salud. En Cuidados Intensivos la percepción de la misma dependía casi exclusivamente del entorno médico. La calidad se evaluaba desde la implementación de los programas de cuidado intensivo, de formación de residentes y del desarrollo de tecnología. De todas formas, los cambios en los procesos también deberían ser oportunidades de mejora que impacten en los resultados deseados.

**Objetivo:** Mostrar el impacto de una nueva estrategia de recorrida de sala sobre los resultados operativos en una División de Terapia Intensiva de un Hospital Público.

**Material y Métodos:** *Período de estudio:* Se seleccionaron 3 periodos con los datos correspondientes a 6 meses corridos, de octubre a marzo de los años 2012 a 2015. La elección se basó en el momento en que se comenzó a implementar el nuevo sistema, objeto del estudio. *Población:* todos los pacientes ingresados a Terapia Intensiva durante el periodo definidoSe identificaron las Variables antes y después de la oportunidad de mejora. Tabla I.

**Resultados.** Se observan en la tabla II. El análisis de la misma muestra que el total de pacientes, los scores APACHE II y TISS, el porcentaje de ocupación y el giro cama tienen puntajes similares. Se

observa una disminución de la mortalidad y de los días de estadía. Las variables infectológicas seleccionadas también se observan dentro de un marco esperable y similar, exceptuando NAV del periodo 10/13-3/14 donde se aprecia un brote, en estudio.

**Conclusiones:** El cambio de estrategia de la recorrida, con la optimización del recurso humano, permitió una disminución de la mortalidad la introducción de una intervención sobre el mismo que marca una tendencia favorable en los indicadores elegidos con bajo costo en su implementación; Esta mejora en la calidad permitió una mayor efectividad en la atención del paciente crítico.

Tabla I. Comparación de Indicadores antes y después del cambio de estrategia

Indicador	Antes	Después
	Hasta 30/06/14	A Partir 01/07/14
Jefatura del Servicio	Única	Única
Coordinadores de Sala	SI	SI
Médicos de Guardia	Plan piloto (1) Respetando estándares MSal	Plan piloto (1) Respetando estándares MSal
Recorrida de Sala/terapéutica	Al tiempo de pase de Guardia matutino	Se implementa 11:30 hs Antes del primer cambio de turno
Pases de Guardia	3	3
Normas de funcionamiento	SI	SI
Guías basadas en la evidencia	Regular implementación	Implementación como GPC

3 médicos de planta por turno de 6 h, 2 médicos de Guardia nocturno con uno de pasiva

Tabla II. Indicadores elegidos y sus valores durante el periodo de estudio.

Variable	10/12-3/13	10/13-3/14	10/14-3/15
Total pacientes	273	309	287
Mortalidad	20,51	20,39	17,42
APACHE II	18,5	16,39	16,75
TISS	21	21,39	23,65
Estadía	10,53	10,71	9,08
Porcentaje ocupacional	82,82	94,40	94,64
Giro cama	14,68	16,18	15,75
Neumonía asociada al ventilador (1)	19,5	32,8	18
Infección por catéter (1)	6,4	4,7	9,42
Infección Tracto Urinario (1)	12,1	17,1	11

(1) Eventos por 1000 días.

### 0339 CARACTERIZACIÓN DE LA MORFOLOGÍA DE LA CURVA DE PRESIÓN ESOFÁGICA OBTENIDA DURANTE EL MONITOREO DE LA MECÁNICA VENTILATORIA.

I TELIAS(1), M MADORNO(2)

(1) Sanatorio Mater Dei. (2) Instituto Tecnológico De Buenos Aires.

**Introducción:** La valoración del esfuerzo respiratorio mediante el monitoreo de la presión esofágica está limitado al análisis cuantitativo del máximo esfuerzo y el cálculo de parámetros derivados del mismo (producto presión-tiempo y trabajo respiratorio a través del diagrama de Campbell). No existen herramientas que permitan analizar la morfología de la curva de presión esofágica-tiempo (Pes-T), ya sea de una única deflexión o de la variación de la misma a lo largo del tiempo.

**Objetivo:** Evaluación de la capacidad de una ecuación para describir la morfología de una deflexión de la curva de Pes-T de pacientes en diferentes condiciones clínicas.

**Materiales y métodos:** Se seleccionaron 10 respiraciones de: 11 obesos ventilando tranquilos (sentados y en posición horizontal) y a capacidad pulmonar total, 9 pacientes EPOC caminando a baja y alta intensidad, 4 pacientes en tubo en T y un sujeto delgado respirando tranquilo, sentado.

Se eligió una ecuación formada por dos curvas sigmoideas:

$$a+b \cdot \left( \frac{1}{1+\exp(-(x-c)/d)} \right) \cdot \left( \frac{1}{1+\exp(-(x-e)/f)} \right)$$

a corresponde a la línea de base y b a la deflexión máxima. La pendiente negativa está definida por c: el punto medio y d: la mitad de la distancia entre éste y el punto de inflexión. La pendiente positiva está definida por e y f, siendo parámetros análogos a los descriptores para la pendiente positiva.

Se realizó una aproximación no lineal con el algoritmo Marquadt-Levenberg de la ecuación descripta a las curvas de Pes-T respiración a respiración utilizando el programa MatLab R2013a. Se evaluó la calidad de la regresión con el valor de R2.

Se realizó un análisis visual del ajuste de ambas curvas y se compararon los puntos de interés clínico de la curva con los parámetros derivados de la ecuación descripta.



**Resultados:** Se analizaron 469 respiraciones de 25 pacientes en 7 condiciones clínicas. El R2 promedio fue 0,9641 y el DE de 0,0377. El R2 menos favorable fue de 0,7051. Los casos con R2 bajo coincidieron con un artefacto cardíaco considerable respecto de la magnitud de variación de la presión esofágica. En todos los casos hubo una buena aproximación entre las curvas realizando un análisis visual.

**Conclusión:** La ecuación propuesta permite describir, a través de la configuración de 6 parámetros, la morfología de la curva de presión Pes-T.

#### 0340 DETECCIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS LIGADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MEDICO QUIRÚRGICA: ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DEL DAÑO PREVENIBLE A PACIENTES ADULTOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

P PRATESI(1), S COSENZA(1), N ESPIL(1), J ALVAREZ(1), M PELLIZZARI(1), ME TEIJEIRO(1), A FAJRELDINES(1)  
(1) Austral.

**Introducción:** se conoce que un buen número de eventos adversos de los pacientes hospitalizados son prevenibles y tienen su origen en el sistema sanitario. Hay diversas herramientas para medir el daño del paciente hospitalizado, una de ellas es la herramienta de gatillos o global trigger tool.

**Objetivos:** detectar, analizar, e implementar mejoras para la reducción de eventos adversos ligados a la práctica médica en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

**Materiales y métodos:** estudio de incidencia de corte longitudinal de pacientes de UCI adultos proveniente de una muestra aleatoria. El estudio se llevo a cabo en dos tiempos, una pre intervención en 2013 y una post intervención en 2014. Se uso la herramienta global trigger tool para la detección de EA. La fuente de datos fue la historia clínica electrónica. Los resultados se trabajaron de modo interdisciplinario. Las mejoras implementadas fueron: diseño y actualización de guía de practica clínica de sedaoanalgésia, análisis de casos de morbilidad en ateneos del servicio y exposición de casos en los ateneos de morbimortalidad monitoreo continuo de la adherencia a las normas infectológicas, y a metas internacionales de seguridad del paciente. Se uso el test Chi2 para variables dicotómicas y el test anova para continuas, se uso una regresión logística para asociación de variables. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, polifarmacia, presencia de AVMI, diagnostico segun ICD9, presencia de polifarmacia y de enfermedades diferentes a la del ingreso. Resultados: Se estudiaron 200 pacientes (100 pre y 100 post): media de edad: 54,2 años, DE: 5,67, media de edad: 54,6, 54% de mujeres. Los EA en la pre intervención fueron: infecciones nosocomiales: n=13, eventos adversos a medicación: n=9. úlceras por presión: n=2; broncoaspiración: n=3. La tasa de EA fue: 27 por cada 100 admisiones. En el año 2014 un total de 13 EA siendo: sangrado: n=5, eventos adversos a medicación: n=5, infecciones nosocomiales: n=3. La tasa de EA fue: 13 cada 100 admisiones. La reducción de EA fue del 100%, OR: 1.2 p=0,005 Los factores asociados a EA son longitud de estancia mayor a 10 días, sexo femenino, pacientes mayores a 65 años (todas p<0.05).

**Conclusión:** los índices de EA en la pre y post intervención son similares a lo publicado hasta el momento, levemente superiores en la pre intervención. Las categorías de daño mayores son infecciones y eventos asociados a medicación, las intervenciones de cultura y monitoreo de la seguridad del paciente permitieron mantener la tasa de EA por debajo de lo que se evidencia en la literatura: 25 EA/100 admisiones en pacientes de riesgo.

#### 0341 INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO. ESTUDIO PROSPECTIVO 2010-2015

C PEREYRA(1), L BENITO MORI(1), E DOMÍNGUEZ(1), S MUÑOZ(1), S TRAVERSO(1), M ÁLVAREZ(1), MC GONZÁLEZ(1)  
(1) H.i.g.a Prof Dr Luis Guemes.

**Introducción:** Las infecciones por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) han emergido desde hace unos años. Es la especie encontrada con más frecuencia, se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en los pacientes críticos y con internación prolongada

**Objetivos:** Describir y analizar el comportamiento clínico y tratamiento antibiótico instaurado de todas las infecciones por KPC en un servicio de UTI de Pcia de Bs As desde 1º agosto 2010-30 abril del 2015.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Período ago/2010- abril/2015. Se incluyeron todos los pacientes internados en UTI con diagnóstico de infección por KPC con antibiograma confirmatorio con seguimiento hasta el alta hospitalaria. Variables analizadas: demográficas, sitios de infección, presencia de disfunciones orgánicas por lo menos 5 días luego del diagnóstico, tratamiento empírico/definitivo y mortalidad en UTI. Las variables continuas se presentan como media y/o mediana con rango y las variables discretas en porcentajes

**Resultados:** Se documentaron un total de 28 infecciones (de las cuales 2 infecciones se presentaron durante internación en sala) en 23 pacientes. Predominio sexo masculino (78%), edad 46 (13-88 años), Apache II ingreso 20 (11-37). Los sitios de infección: Urinario 9 (32%), Abdominal 7 (25%), Respiratorio 6 (21%), Sangre 5 (18%), SNC 1 (14%). El cuadro 1 muestra las infecciones según año. El cuadro 2 describe la presencia de disfunciones orgánicas de los episodios analizados (dos ptes fallecieron dentro de las 24 hs del diagnóstico).

En cuanto al tratamiento antibiótico empírico sólo el 48% fue efectivo. Se utilizó tratamiento combinado en 48% de los episodios, sólo 4 episodios se utilizó combinación con Meropenem a altas dosis. La mortalidad en UTI del grupo fue del 63% (14 ptes) de los cuales 7 ptes fallecieron a causa de esta infección.

**Conclusiones:** En esta muestra hubo gran variedad de sitios de infección por este germen. Casi en su totalidad presentaron disfunción orgánica al momento del diagnóstico con alta mortalidad. El tratamiento antibiótico empírico no fue efectivo en más del 50% de los ptes. Ante esta nueva problemática, surge como imperativo una vigilancia activa para detectar los potenciales colonizados, conocer los perfiles de sensibilidad y replantear la antibioticoterapia empírica.

DISFUNCIONES ORGANICAS	23 episodios (96%)
Renal	15 episodios (65%)
Respiratoria	13 episodios (57%)
Hematológica	11 episodios (48%)
Hepática	10 episodios (43%)
Neurológica	4 episodios (17%)
SHOCK SÉPTICO	16 episodios (66%)

2010	2011	2012	2013	2014	2015
5 infecciones	3 infecciones	2 infecciones	9 infecciones	7 infecciones	2 infecciones
5 ptes	2 ptes	2 ptes	7 ptes	5 ptes	2 ptes

#### 344 DESTETE DIFÍCIL EN PACIENTE CON GUILLAIN BARRE Y EMBARAZO

JL SOTO (1), F PLANO (1), H RADRIZZANI (1), C ALVAREZ PRECIADO (1), G KASPAR (1), M LOSCRI (1), J CESARONE (1), M OVIEDO (1), H LASCANO (1), V GUERRA (1), C GAONA (1)  
(1) Remeo Center Pilar

**Introducción:** El Síndrome de Guillain Barré, puede causar trastornos graves en el sistema nervioso motor y sensitivo, y son muy pocos los casos reportados en embarazadas. Paciente de 35 años ingresa al Remeo Center Pilar, diagnostico de Síndrome de Guillain Barre,

a la UCI el 03/01/14 con 8 semanas de gestación, debilidad severa, requiriendo IOT y AVM traqueotomía. Recibe dos pulsos de gamaglobulina. Evolucionó sin mejoría, siendo transferida por destete difícil. Ingresó el 17/03/14, cursando 20 semanas de gestación, feto único vital, Síndrome de Guillain Barre Miller Fisher con oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, cuadriplejía severa, ptosis palpebral bilateral. Al ingreso muestra mediciones respiratorias nulas, Daniels 1 y FIM 314/126. Antecedentes de politrauma mas TEC severo, amputación bilateral infracondilia en 2007. Se inicia plan asistencial con ARM, soporte nutricional, apoyo psicológico y cuidados genitales. Seguimiento del embarazo por equipo externo. Se programa su egreso y continuidad terapéutica en domicilio para fines de Noviembre.

**Discusión:** La descarga temprana desde la UTI a Centros especializados en Cuidados Respiratorios y Rehabilitación Integral es de suma importancia. El gran desafío que presentó el caso de referencia fue el de velar por los cuidados de la paciente y del producto de su gestación, se requirió de un equipo multidisciplinario con enfoque Nutricional, Psicológico, Terapeutas respiratorios, Obstetras y equipamiento de monitoreo apropiado (Scan Fetal etc). Nos planteamos la hipótesis de dar el 100% de los cuidados habituales y pesquisar temprana de complicaciones, nos enfocamos en proteger a Madre y feto, sin descuidar la movilización y rehabilitación Integral. De mas está decir que el producto de la Concepción goza de excelente salud.

**Conclusión:** Si bien el Síndrome de Guillain Barré es una enfermedad potencialmente grave, incapacitante y mortal, en el caso presentado la evolución fue favorable y con el agregado de un gran desafío: manejar el embarazo y lograr que el binomio madre e hijo lleguen al final del camino con buena evolución. Nuestra hipótesis de que podría mejorar luego del parto por cesárea, se confirmó al menos en este caso, debido a la mejoría en los parámetros clínicos.

### 0345 UTILIZACIÓN DE AGUA LIBRE POR VÍA ENTERAL Y PARENTERAL VERSUS PARENTERAL EXCLUSIVA EN PACIENTES CON HIPERNATREMIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AL CAPCHA RODRÍGUEZ(1), S RIVERO(1), J BOSIO(1), J ROJAS(1), M RETAMOZO(1), M GARRIBIA(1), A PEÑALOZA(1)  
(1) Sanatorio Del Salvador De La Ciudad De Cordoba.

**Introducción:** La hipernatremia se define como la concentración plasmática de Sodio  $\geq 146$  mEq/l. La incidencia es del 1,5 al 20% y los factores de riesgo son la ventilación mecánica, el coma y la sedación.

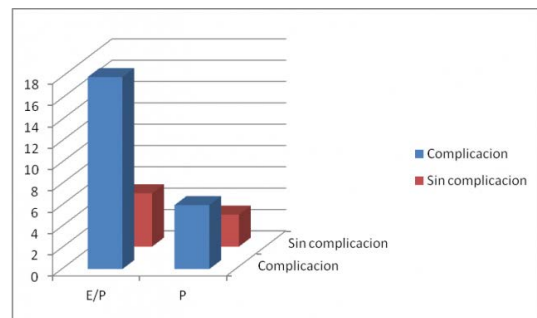
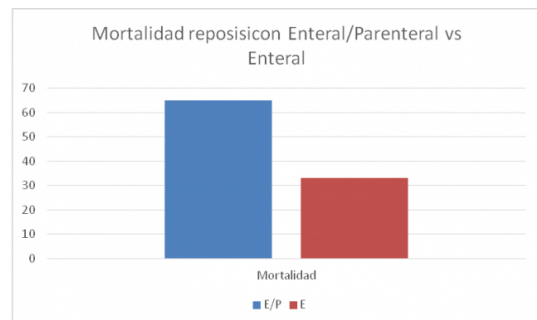
**Objetivo:** Evaluar la eficacia y las complicaciones entre la administración de agua libre por vía enteral-parenteral (E-P) respecto a la reposición parenteral en pacientes que evolucionan con hipernatremia en el curso de la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Material y métodos:** Estudio analítico, de cohorte, prospectivo, longitudinal, en pacientes ingresados en UCI, desde Agosto hasta Noviembre de 2014, con una estadía mayor a 48 horas. La Hipernatremia leve, moderada y severa se definió como  $Na^+ \geq 146$  a 150

mEq/l, 151 a 159 mEq/l,  $\geq 160$  mEq/l, respectivamente. Se dividió a los pacientes en dos grupos, los que recibían agua libre por vía E-P conjunta, y los que recibían por vía parenteral exclusiva. Se efectuaron análisis estadísticos con el programa Infostat. Nivel de Significancia:  $p < 0.05$ .

**Resultados:** De los 258 pacientes ingresados, 35 (13.56%) desarrollaron hipernatremia. En el 62.85% fueron hombres ( $n=22$ ). La edad promedio fue de 70 años (rango 38-90). La concentración plasmática media de sodio al diagnóstico fue 147.2 mEq/l. El 91,42% ( $n=32$ ) presentó hipernatremia leve, 5,71% ( $n=2$ ) hipernatremia moderada y 2,85% ( $n=1$ ) hipernatremia grave, 26 pacientes recibieron administración de agua libre por vía E-P y 9 parenteral. El tiempo promedio de aparición de la hipernatremia fue similar en ambos grupos (5,2 días [reposición parenteral] y 5,3 días [reposición E-P]). El tiempo promedio de normalización del sodio fue de 5,1 días (reposición parenteral) ( $P=0,01$ ) y de 6,3 días (reposición E-P) ( $P=0,001$ ). La reposición por vía E-P presentó complicaciones 84,6% (edema intersticial [19,23%], delirio [34,61%] y ambos [30,76%]). En la reposición parenteral fue del 66.66% (edema intersticial [22.22%], delirio [33.33%] y ambos [11.11%]) (RR de 1,2). Fallecieron 17 pacientes (65.38%) en el grupo de reposición E-P y 3 (33.33%) en el de reposición parenteral (RR 1,46).

**Conclusiones:** La corrección de la hipernatremia con administración de agua libre por vía E-P demandó mayor cantidad de días de internación en UCI, presentó más complicaciones y una elevada mortalidad en comparación con la vía parenteral exclusiva.



<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
<b>A</b>					
ABRAMOR, BE	238	CAPCHA RODRÍGUEZ, AL	345	FERNÁNDEZ CEBALLOS, I	37
ABRIL ORELLANA, X	92	CAPORAL, P	168	FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI, F	188
ABRIL ORELLANA, X	94	CAPORAL, P	170	FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI, F	189
ACCOCE, M	82	CARCEDO, MC	47	FERNÁNDEZ GARCÍA, F	206
AGUIRRE, L	280	CARINI, F	93	FERNANDEZ, A	270
ALBANESI, CA	109	CARRASCO, GA	335	FERNANDEZ, A	227
ALDANA, LV	263	CARVAJAL, F	337	FERNANDEZ, B	41
ALFARO, A	179	CASABELLA GARCIA, CA	74	FERNANDEZ, B	336
ALONSO, G	66	CASANOVA, M	122	FERNANDEZ, F	16
ALVARADO, M	132	CASTRO, C	126	FERNANDEZ, F	17
ALVARADO, M	136	CASTRO, SI	21	FERNANDEZ, F	23
ALVAREZ, H	324	CATTEBEKE RIVEROS, GML	97	FERNANDEZ, F	79
ALVAREZ, H	326	CEREZO, C	51	FERRARA, G	20
ARANDA SCARPELLINI, Z	239	CHAPELA, S	163	FIORI, MC	12
ARANDA SCARPELLINI, Z	241	CHAPELA, S	165	FLORES, G	155
ARANDA SCARPELLINI, Z	296	CHAPELA, S	166	FRANCAVILLA, A	83
ARANDA, J	245	CHAUCA CORONEL, J	262	FREDES, S	146
ARIAS LOPEZ, MDP	2	CHEDIACK, V	115	FUENTES GUZMAN, V	9
ARUFE, D	14	CHEDIACK, V	302	FUNES NELSON, N	299
ASPARCH, J	67	CHIAVARO, I	236	<b>G</b>	
AVERSA, I	308	CONDE, J	252	GALINDEZ, G	151
<b>B</b>					
BACCARO, F	55	CONSIGLIO, CY	121	GARAY REYES, AJ	259
BADER, A	264	CORNAGLIA, A	127	GARCÍA TUREIELLA, RJ	26
BAEZ, A	196	CORNAGLIA, A	138	GARCÍA, IM	276
BALASINI, C	277	CORNAGLIA, A	143	GENOVESE, G	178
BALASINI, C	282	CORREGER, E	300	GIACOBINO, SN	171
BALASINI, C	284	COSENZA, S	340	GIANNASI, S	65
BALASINI, C	291	COUCE, R	261	GIMENEZ, R	183
BALASINI, C	295	CUNTO, E	293	GIORDANINO, E	117
BALASINI, C	297	CUNTO, E	306	GLEMON, M	289
BALASINI, C	305	<b>D</b>			
BARREDA, CJ	68	DEGESE, L	267	GOLDBERG, A	60
BARROS, J	131	DEGUARDIA, M	118	GOLDBERG, A	216
BARROS, J	332	DER PARSEHIAN, S	38	GONZÁLEZ FLOREZ, A	152
BELLINI, D	310	DER PARSEHIAN, S	274	GONZÁLEZ FLOREZ, A	231
BELLO, M	75	DESMERY, P	250	GONZALEZ, V	110
BERDAGUER FERRARI, FD	209	DESSE, J	235	GUERESCHI, M	5
BERDAGUER FERRARI, FD	210	DIAZ PRIETO, ND	322	GUERRERO FRÍAS, S	212
BERNARDO, AJ	334	DOMENICONI, G	177	GUERRERO, M	172
BERRETA, JA	220	DOMINGUEZ, V	323	GUEVARA, JM	198
BERRONDO, C	62	DONATI, PA	229	GUIMARAENS, P	98
BIOLATTI, J	304	<b>E</b>			
BLANCHET, MI	243	ESCARDO, JC	228	GUIMARAENS, P	99
BONI, L	33	ESCORCIA CASAS, M	317	<b>H</b>	
BORTAGARAY, M	247	ESPINOSA, L	215	HOBECCKER, P	156
BOSSO, MJ	225	ESPINOSA, L	309	<b>I</b>	
BOTTA ETTER, PA	123	<b>F</b>			
BOULAN, CS	148	FARIAS, M	161	IEZZI, N	76
BUDROVICH, ML	290	FARIAS, M	330	<b>J</b>	
<b>C</b>					
CABRAL, V	116	FELDMAN, A	35	JACOBO, H	246
CABRERA, ML	175	FELDMAN, A	40	JUAREZ, PA	49
CALAMARI, PS	218	FELDMAN, A	42	<b>K</b>	
CAMPS, D	321	FELDMAN, A	58	KANOORE EDUL, VS	19
CAMPUTARO, L	56	FELDMAN, A	80	KLIN, P	201
CAMPUTARO, L	204	FELDMAN, A	86	KOVAC, A	217
CÁNOVAS, L	70	FELDMAN, A	88	<b>L</b>	
		FELDMAN, A	144	LLANOS, MN	69
		FELDMAN, A	195	LOPEZ KEENA, M	287

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
LUCERO, P	162	PENAZZI, M	141	SERRA, E	307
LUGARO, M	233	PENDINO, JC	312	SERRA, E	315
LUNA, TI	128	PEREYRA, C	285	SIMES, E	6
LUNA, R	177	PEREYRA, C	298	SIMES, E	7
		PEREYRA, C	301	SIMES, E	43
<b>M</b>		PEREYRA, C	320	SIMES, E	219
MANCHO, Y	24	PEREYRA, C	341	SIMONS, A	140
MANCHO, Y	145	PEREZ, J	185	SOLANO, V	48
MARTIN, A	53	PISTILLO, N	95	SORIA, AI	275
MARTIN, P	54	PLOTNIKOW, G	187	SOTO, JL	344
MARTINELLI, GE	22	PONCE, MDLA	102	SUAREZ, JP	169
MARTINUZZI, A	89	PRATTO, R	248	SUBELZA, M	257
MARTINUZZI, A	90	PREVIGLIANO, I	338	SVAMPA, S	273
MARTINUZZI, A	271				
MASEVICIUS, FD	199	<b>Q</b>		<b>T</b>	
MAYANS, MA	135	QUIROGA, TM	311	TAL BENZECRY, S	207
MEDINA, G	130			TAMAYO, A	27
MENENDEZ, R	234	<b>R</b>		TAMER, I	177
MILANESIO, L	205	RAMOS OLIVER, JA	84	TAUIL, GA	59
MINDIOLA, J	222	RETTA, A	57	TAUIL, GA	96
MOLINA, G	160	REYES, C	177	TELIAS, I	339
MORALES, J	25	REYES, P	240	TEVES, J	254
MORALES, J	45	RINCON, F	325	TEVES, J	255
MORALES, P	265	RINCON, F	328	TIRIBELLI, N	226
MOREL, PM	120	RIOS, F	18	TISMINETZKY, M	101
MORENO, L	125	RIOS, F	202	TORRES CUELLAR, FA	303
MOTTA, M	260	RIOS, F	249	TORRES, A	237
MUÑOZ CASTILLO, F	190	RISSO, N	149		
MUSSO, G	71	RIVERA, LE	61	<b>U</b>	
		RIVERO, FM	81	URIOSTE CORREA, MV	142
<b>N</b>		ROBLES, J	72	URIOSTE CORREA, MV	159
NASUTE, E	106	RODRIGUES, B	158	URQUIZA, MD	133
NAVOTKA, J	112	RODRIGUEZ CALVO, A	184		
NIEVES MARQUEZ, YJ	208	RODRIGUEZ, C	181	<b>V</b>	
NISNIK, AL	4	RODRIGUEZ, N	313	VALDEZ, ME	36
NORIEGA, C	100	RODRIGUEZ, V	177	VASQUEZ, MA	164
NÚÑEZ, H	224	ROJAS, R	292	VASQUEZ, M	194
NUÑEZ, J	29	ROLDAN, CM	104	VAZQUEZ, J	28
		ROMEO, AM	103	VAZQUEZ, J	30
<b>O</b>		ROSCIANI, FC	256	VAZQUEZ, J	32
OCCHIUZZI, AS	258	ROUX, N	85	VILLALBA, D	197
OJEDA CASTILLO, LGC	44			VILLARREAL, F	182
OLIVERA, C	173	<b>S</b>		VILASECA, L	177
OROPEZA, L	253	SAC, S	154	VILLEGAS, M	10
ORTIZ OVELAR, C	15	SACCO, AV	214	VILLEGAS, M	13
ORTIZ, F	294	SADI, C	200		
OVEGERO, ME	278	SADY, MC	283	<b>Y</b>	
		SALOMON, Y	108	YAGAS, M	111
<b>P</b>		SALVA, M	186	YUNK, O	177
PAGELLA, G	124	SÁNCHEZ, FDV	180		
PAHNKE, PB	73	SANTILLAN, RM	113	<b>Z</b>	
PALAZZO, A	147	SAÚL, P	129	ZANARDI, P	279
PASARELLI, A	244	SAUL, P	174		
PENAZZI, M	114	SCHOON, P	288		