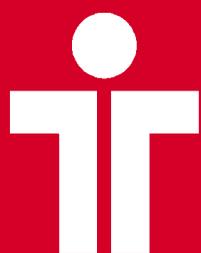


RESÚMENES 2016



MEDICINA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2362-339X

24 al 27 de agosto de 2016

Salta – Argentina

26° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

- 19° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
- 18° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
- 17° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
- 12^{as} Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva
- 9^{as} Jornadas Nacionales del Comité de Neonatología Crítica
- 3^{as} Jornadas de Farmacéuticos en Terapia Intensiva
- 3^{as} Jornadas de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva
- 3^{as} Jornadas de Veterinaria en Terapia Intensiva

Organizado por:



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 33
Número 2
Año 2016



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

E-mail
info@sati.org.ar

Web SATI
www.sati.org.ar

Web Revista
revista.sati.org.ar

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

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2015-2017)

Presidente
Rolando Alfredo Gimbernat

Vicepresidente
José Luis Golubicki

Secretario
Rosa Reina

Prosecretario
Laura Isabel De Rosa de Vidal

Tesorero
Ramiro Gilardino

Protesorero
Claudia Elisabet Kecskes

Director de Publicaciones
Analia Fernández

Director de Sistemas y Tecnología
Francisco Edgardo González

Director de Departamento Docencia
Guillermo Ricardo Chiappero

Vocales Titulares
Fernando Gabriel Baccaro
Julio César Barolo
Rodolfo Eduardo Buffa
Graciela Raquel Zahalik
Tomás Federico Diez
Silvia Filomena Vilca
Jorge Marcelo Prochasko
Alejandro Daniel Duarte

Vocales Suplentes
Adelina Badolatti
Ramón Montenegro Arrigoni
Guillermo Adrián Scaglioni
Angela María Magalí Sánchez
Claudio Jesús Settecase
María Luisa del Valle Maroco
Viviana Soledad Nicolás
Gerardo Carlos Filippa

Revisores de Cuentas Titulares
María Cristina Orlandi
Cecilia Florencia Pereyra
Jorge Eduardo Leiva

Revisores de Cuentas Suplentes
Pablo José Schoon
Marcelo Fabio Morales
Cecilia Inés Loudet

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 Gallesio

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

2013-2015:
Néstor Omar Raimondi

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

[Inicio](#)

[Sesiones de Trabajos
Orales](#)

[Discusión de Posters
Electrónicos](#)

[Resúmenes](#)

[Índice
de Autores](#)

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 33
Número 2
Año 2016



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2362-339X

COMITÉS CIENTÍFICOS

ACLS

José Alberto Lozano

Asunto Laboral

Ignacio Previgliano

Bioética

Alejandra Juliarena

Certificación y Revalidación

Eduardo Capparelli

CODEACOM

Cayetano Galletti

Comité de Soporte Nutricional y Metabolismo

María Carignano

Ecografía en el Paciente Crítico

Emiliano Descotte

Editorial

Fernando Ríos

Emergencias y Respuesta Rápida

Luis Computaro

Enfermería en Cuidados Críticos - ECC

Dario Bejarano

FCCS

Pascual Valdez

Gestión Control de Calidad y Scores

Sebastián Cosenza

Infectología Crítica

Cecilia Pereyra

Investigación Clínica

Eduardo San Román

Nefrología Crítica

Pablo Klin

Neonatología Crítica

Jorge Tavošnanska

Neumonología Crítica

Fernando Ríos

Neurointensivismo

Matías Casanova

Obstetricia Crítica

Graciela Zakalik

Oncología Crítica

Sahar Tal Benzecry

PALS

Gustavo Sciolla

Patología Crítica Cardiovascular

Salvador de Francesca

Patología Digestiva en Pacientes Críticos

Fernando Lipovestky

Pediátrico de Neumonología Crítica

Virginia Altuna

PFCCS

Haide Amaro

SAD

Christian Casabella

Seguimiento y Rehabilitación

Andrea Das Neves

Shock y Sepsis

Pablo Comignani

Shock Pediátrico

Gustavo González

Soporte Vital Extracorpóreo

Christian Casabella

Trasplantes

Francisco Klein

Trauma

Viviana Wolanow

Via Aérea

Gerardo Filippa



26° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

Presidente
Néstor Raimondi

AUTORIDADES DE SATI

Presidente
Rolando Gimbernat

Vicepresidente
José Luis Golubicki

Secretario
Rosa Reina

Prosecretario
Laura Isabel De Rosa de Vidal

Tesorero
Ramiro Gilardino

Protesorero
Claudia Isabel Kecskes

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente
Silvia F. Vilca

Vicepresidente
María Luisa Marocco

Secretario
Patricia Alejandra Ayala

Prosecretario
Mariela Velázquez

Coordinador Nacional
Jorge Méndez

Tesorero
Ramiro Gilardino

Protesorero
Cecilia Montoya
Ulises Ríos Párraga

Vocales
Marcelo Prochasko
Eduardo J. Notarfrancesco
Gustavo Armando Carrasco
José Luis do Pico
Pablo Lazarte
Jorge Ramaciotti
María Inés Salvadores
Damián Lerman

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Laura Isabel De Rosa de Vidal

Vicepresidente
Rosa Reina

Secretario
María Laura Cabana

Prosecretario
Octavio Guanca

Coordinador Nacional
Guillermo Chiappero

Vocales
Patricio Celadio
Carina Tolosa
Adriana Mónica Perroni
Soledad Nicolás

Director Syllabus
Sergio Giannasi

Director Refresher Course
Elisa Estenssoro

Coordinador Revisor
Fernando G. Ríos

Jurado de Premios
Cayetano G. Galletti (Presidente)

19° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

Presidente
Marcelo Fabio Morales

Vicepresidente
José Tejerina

Presidente Comité Científico
Mariana C. Torre

Coordinador Nacional
Ana Bejarano

Vocales
José Lozano
Fabiana Ciccioni
Rodrigo Maximiliano Rivero
Marina Condori
Darío Bejarano
Sergio Armando López

18° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

Presidente
Gustavo Plotnikow

Vicepresidente
Emiliano Gogniat

Vocales
Cintia Assad
Marco Bezzi
Sebastián Fredes
Janina Lebus

**17° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva
Pediátrica**

Presidente
Mariela Allasia
Vicepresidente
Guillermo Fagalde
Coordinador Nacional
Karina Figueprón

Vocales
Sandra Chuchuy
Doris Elisa Flores
Priscila Botta
Gustavo González
Virginia Altuna
Gladys Palacio

**12^{as} Jornadas Nacionales
de Bioquímicos
en Terapia Intensiva**

Presidente
María del Carmen Iñiguez
Vicepresidente
Susana Der Parsehian

Coordinador Nacional
Hernán F. Cervantes
Vocales
Olga E. Miralles
Sofía Fernández Collavino
Graciela Mittelman

**9^{as} Jornadas
del Comité de
Neonatología Crítica**

Presidente
Claudio Solanas
Vicepresidente
Liliana Roldán

Coordinador Nacional
Jorge Tavošnaska

**3^{as} Jornadas
de Farmacéuticos
en Terapia Intensiva**

Presidente
María José Dibo
Vicepresidente
María Victoria Stoffel

Vocales
Ana Fajreldines
María Georgina Avaro
María Betania Garagiola

**3^{as} Jornadas de
Licenciados en Nutrición
en Terapia Intensiva**

Presidente
Victoria Matilde Rebagliati
Vicepresidente
Silvia Patricia Jereb

Vocales
Alejandra Cenzano
Julieta Locatelli
Victoria González

**3^{as} Jornadas de
Veterinaria
en Terapia Intensiva**

Presidente
Pablo A. Donati

INVITADOS EXTRANJEROS

| | | | |
|---------------------------------|----------|----------------------------------|-----------|
| <i>Lluís Blanch Torra</i> | España | <i>Gabriel Heras</i> | España |
| <i>Nathan Brummel</i> | USA | <i>Edgar J. Jimenez</i> | USA |
| <i>Edgar Celis</i> | Colombia | <i>Javier Kattan</i> | Chile |
| <i>Christian Compagnone</i> | Italia | <i>John P. Kress</i> | USA |
| <i>Craig M. Coopersmith</i> | USA | <i>Umberto Lucangelo</i> | Italia |
| <i>Fernando Suparregui Dias</i> | Brasil | <i>Flávia Machado</i> | Brasil |
| <i>Todd Dorman</i> | USA | <i>Andrés Maturana</i> | Chile |
| <i>J. Christopher Farmer</i> | USA | <i>Rodrigo Mejía</i> | USA |
| <i>Alvaro Fernandez</i> | Uruguay | <i>Francisco Murillo Cabezas</i> | España |
| <i>Cristina Fragio Arnold</i> | España | <i>Javier Perez Fernandez</i> | USA |
| <i>Dietmar Fries</i> | Austria | <i>Franco Servadei</i> | Italia |
| <i>Gonzalo García Guerra</i> | Canadá | <i>Thomas Strøm</i> | Dinamarca |
| <i>Alfredo Gei</i> | USA | <i>Jukka Takala</i> | Suiza |
| <i>Eduardo Gotuzzo</i> | Perú | <i>Sebastián Ugarte Ubierno</i> | Chile |
| <i>Ayse P. Gurses</i> | USA | <i>Janice Zimmerman</i> | USA |

25/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 01

Pediatría

LAPACHO

- 0007 INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE SAN JUAN**
I VEGA, LA CLAVEL, J PONCE, C FLORES, B SANROMAN, E FERNANDEZ, L FIGUEROA, R ALTAMIRANO
- 0010 COMPLICACIONES MECANICAS TEMPRANAS ASOCIADAS A LA COLOCACION DE CATETERES VENOSOS DE CENTRALES DE CORTA PERMANENCIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**
C FLORES, J PONCE, LA CLAVEL, I VEGA, B SANROMAN, L FIGUEROA, R ALTAMIRANO, E FERNANDEZ
- 0088 CARACTERISTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y LOS PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA**
SG GAMBOA, LL BENICIO, RB DIAZ, GIDLA HOYOS, MDLA LEGUIZAMON
- 0273 EVENTOS ADVERSOS CON DAÑO Y MORTALIDAD ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: GLOBAL TRIGGER TOOL Y HOSPITAL STANDARDIZED MORTALITY RATIO DEL INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT**
S TORRES, T SILVIO, A FAJRELDINES, M PELLIZZARI, T IOLSTER, E SCHNITZLER
- 0277 INFECCIONES SEVERAS EN NIÑOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS ADMITIDOS EN CUIDADOS CRÍTICOS DENTRO DE LOS 180 DÍAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE INFUSIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS**
S TORRES, P REYES, A SIABA, R FRAIRE, MF VAZQUEZ, P LONGO, G KUSMINSKY, E CASANUEVA, T IOLSTER
- 0278 EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POLIVALENTE**
H FERNANDEZ, S TORRES, A SIABA, R FRAIRE, F SANCHEZ, A MAYANS, T IOLSTER

25/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 02

Gestión

LOS CARDONES

- 0150 UTILIZACIÓN DE LAS PLANILLAS DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL AREA DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS**
NO MARTIN
- 0174 EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES SOBRE EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MT VERON, M FIDALGO, E IZQUIERDO, AN ESPINOZA MARQUEZ, C FIORI, A BRAVO, L CALEJMAN, G OYHANARTE, M CANALE, J SANCHEZ, M EMMERICH
- 0215 INCIDENCIA DE LESIONES DE SUPERFICIE OCULAR EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MS VENUTI, I GARCÍA, T ORTÍZ-BASSO, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0229 ESTUDIO DE CALIDAD EN LA UCI-SEGUNDA ETAPA. EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS: ESTUDIO ANTES DESPUES DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE FIJACION DE TUBOS ENDOTRAQUEALES**
A PASARELLI, M AQUINO, R ROJAS MEDRANO, J CONDE, N ZULJEVIC, F FERNÁNDEZ GARCÍA, L MILANESIO, S BARRIOS, A CARREIRA, P LORÁN, L CHOQUE, F CAMINOS, R REINA, MC MARCHENA, C LOUDET

- 0260 PREVALENCIA Y FACTORES DE RIEGO PARA PACIENTES CRITICOS CRÓNICOS EN ARGENTINA Y BRASIL (ESTUDIO ATLANTICOS)**

F RIOS, N RAIMONDI, C LEITE MENDES, F SUPARREGUI DIAS, G ATLANTICO

- 0272 UTILIZACION DE LA HERRAMIENTA ANALISIS DE CAUSARAZ PARA LA RESOLUCION DE TRES CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EN LA UCI**

C LOUDET, S GONZÁLEZ, V PAZOS, A DAS NEVES, MC BUSTAMANTE, L MILANESIO, MC MARCHENA, I HERRERA, S FERNÁNDEZ, S ROJAS, AL GONZÁLEZ, L TUMINO, MG SÁENZ, R REINA, E ESTENSORSO

25/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 03

Neumonología

ALGARROBO

- 0136 ANALISIS COMPARATIVO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES EN LA LESION PULMONAR INDUCIDA POR LA VENTILACIÓN MECANICA**

E CORREGER, D SOTELO, J MARCOS, G LAGUENS, P STRINGA

- 0187 ASINCRONÍAS EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO: PREDICTORES FISIOLÓGICOS**

P RODRIGUEZ, M SETTEN, M MADORNO, E GOGNIAT, I BONELLI, P MASKIN, S ATTIE, I LOPEZ SAUBIDET, S KOTSIAS, A RAIMONDI, R VALENTINI

- 0188 DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE ASINCRONÍAS EN EL SDRA: VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO**

P RODRIGUEZ, M SETTEN, E GOGNIAT, M MADORNO, I BONELLI, G PLOTNIKOW, S FREDÉS, N TIRIBELLI, A RAIMONDI, R VALENTINI

- 0198 ECOGRAFÍA PULMONAR EN TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO DE CONCORDANCIA**

X BENAVENTE MERCADO, J ANGULO, H VILLARROEL, MC FARIAS, C RIVERA, V BRUNETTI, M WILLIG, B SIERRA, F CLAUDIO, P CENTENO, G IZZO

- 0287 TITULACION DE PEEP DECREMENTAL: CORRELACION DEL DRIVING PRESSURE CON VARIABLES DE MECANICA RESPIRATORIA E INTERCAMBIO GASEOSO**

F GALIOTTI, A CHENA, G PAGELLA, A SARRIGUREN, C PELLEGRINI, A MARTIN, M MARENGO, JL MARENGO

25/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 04

Infectología

SALA 5

- 0051 SCREENING DE PORTACIÓN DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HIGA SAN MARTÍN DURANTE EL PERIODO 2013-2015**

SI CASTRO, C POLVERIGIANI, R QUIROGA, A TUDURI, G GUTIÉRREZ, M ALMUZARA, S PALOMBARANI, O CRISTALDI

- 0128 PACIENTES VIH Y UTI: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO- SALTA-CAPITAL**

C TORREGROSA, S MADUSSI, M SACCA, JL SALVADORES, ML CAPORALETTI, R SOLANO

- 0133 GUILLAIN BARRÉ SECUNDARIO A ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR VECTORES.**
S SILLITTI, M BANCHERO, SG SPOLIDORI, HA ALARCÓN, F RINCÓN
- 0186 CORRELACIÓN ENTRE LAS DOSIS DE VANCOMICINA ADMINISTRADAS, CLEARANCE DE CREATININA Y LA CONCENTRACIÓN DE LA VANCOMICINA EN PLASMA EN PACIENTES CRÍTICOS**
R REINA, MC MARCHENA, AL GONZÁLEZ, C LOUDET, E ESTENSORO, S CARINO, M LARES, L TUMINO, N ZULJEVIC, A CARRERA, L MILANESIO, F FERNÁNDEZ GARCÍA, A PASARELLI, J CONDE, R FERNANDO ROJAS
- 0201 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN LA MORTALIDAD**
MA FLORES MONTES, D DOMINGUEZ, M CIESLIKOVSKI, I PRIETO, N DE GRAZIA, A RODRIGUEZ, N LISTA, E DI VIRGILIO, L DE VEDIA, JC CISNEROS, R PRIETO
- 0286 PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA (PEH) EN UTI ADULTOS (UTIA)**
F LASCAR, SA SAC, SP CHAPELA, FM BALLESTERO, V PINONI, P GIORGIO, S VERBANAZ, C GIUFRE, E EFRÓN, MA BLASCO
- 0288 DISMINUCIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIÓN TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE CONTROLES DE PROCESO (CP) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS (UTI A) DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE AGUDOS DE ALTA COMPLEJIDAD**
F LASCAR, ED SOLOAGA, SP CHAPELA, FM BALLESTERO, V PINONI, P GIORGIO, S VERBANAZ, C GIUFRE, E EFRÓN, JF CHERTCOFF

25/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 05**Shock - Neurointensivismo**

JACARANDÁ

- 0040 RESPUESTA Y EVOLUCIÓN AL TRATAMIENTO CON RT-PA EN RELACIÓN CON EL CENTRO DE DERIVACIÓN**
M AVILEZ, A BUSTOS, E PAYER
- 0137 LA EXPRESION DE ACUAPORINAS CEREBRALES SE ASOCIA CON DIMORFISMO SEXUAL EN LA ENCEFALOPATIA HIPONATREMICA**
B MASKIN, P MASKIN, M DI PAOLA, J CESTARI, J REPPETTI, G IORIO, E ZOTTA, A DAMIANO
- 0147 MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA INTERNADOS EN UN SANATORIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑOS 2010-2015**
E LUNA, ME FANDIÑO, GL OLARTE, DM MAGOSEVICH, D CHAN, N BAREDES
- 0205 ULTRASONOGRAFÍA CEREBRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA**
F TAMAGNONE, LM LOBO
- 0218 SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES). NUESTRA EXPERIENCIA**
PD LUCERO, XE PICÓN CORONEL, AB VAQUERA, NR ROJAS BALCÁZAR, FM BALLESTERO, SP CHAPELA, L LEÓN CEJAS, JF CHERTCOFF
- 0219 RELACION ENTRE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO (SAHOS) Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) ISQUEMICO AGUDO**
NR ROJAS BALCÁZAR, PD LUCERO, P HOBÉCKER, SA SAC, FM BALLESTERO, E BORSINI, F LASCAR, J QUIROGA, MA BLASCO

26/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 06**Neumonología 2**

LAPACHO

- 0041 BÚSQUEDA DE PREDICTORES AL FRACASO DE LA EXTUBACIÓN**
ML ANGIOLINI, ML CAMPASSI, M VIGLIONI, FG REPETTO, PG PERLO, FP TRAVERSO, A FORERO, JM PADIN
- 0080 DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES DECANULADOS EN UN CENTRO DE CUIDADOS RESPIRATORIOS ESPECIALES**
JL SOTO
- 0085 NUEVO MÉTODO PARA EL CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE ASISTENCIA DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**
M MADORNO
- 0216 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**
S VIRGILIO, M ALÍ, R AMOZA, L AREAS, G BATAGLIA, A BRUSCO, C CAGNOLA, I CHIAVARO, A CURA, F ESPERÓN, A FERRARIO, C GARCÍA REID, L GAREGNANI, G MUHAFARA, MN NOVO, P PROS, P TOCALINI, W TOZZI, L TUYA, G VERDE, A VICENTE, M VILLARRUEL
- 0223 TRAQUEOSTOMIA PERCUTÁNEA GUIADA CON FIBROBRONCOSCOPÍA VS ULTRASONOGRAFÍA EN TIEMPO REAL. NUESTRA EXPERIENCIA**
XE PICÓN CORONEL, B RODRÍGUEZ, MJ REBERENDO, ED SOLOAGA, E DESCOTTE, SP CHAPELA, FM BALLESTERO, JF CHERTCOFF
- 0241 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA MEDIANTE LA TÉCNICA DE CIAGLIA: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE EL ENTRENAMIENTO DE LOS RESIDENTES DEL SERVICIO**
J VINCENTI, N ROMANO, L VISSANI, M JUCHANI SANTOS, F PALOMINO, J PEREZ ARIZA, A FERNANDEZ, J SAGARDIA, D PEZZOLA
- 0269 TRAQUEOSTOMÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO: DE LA CURVA DE APRENDIZAJE A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**
F TRAVERSO, L VISSANI, N ROMANO, H BONGIOANNI, A SANCAN, A FERNANDEZ, J SAGARDIA, F VILLAREJO, D PEZZOLA

26/08/2016 - 11:45 a 12:45

TRABAJOS ORALES 07**Shock - Medio Interno**

LOS CARDONES

- 0027 UTILIDAD DE NT-PRO PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B EN DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA POR SEPSIS GRAVE**
E CUNTO, N GOMEZ, V CHEDIACK, A BOCCASSI
- 0076 ASOCIACIÓN DE LA HIPOCLOREMIA AL INGRESO DE LA TERAPIA INTENSIVA Y MORTALIDAD**
ED VALENZUELA ESPINOZA, M FURCHE, F BERDAGUER, F ZECHNER, E GUERRA, MF MOTTA, MC ZERPA LUNA, S WELSH, P RINGELMANN, W ECHEVARRÍA, M PIZZI, PN RUBATTO BIRRI, A RISSO-VAZQUEZ, FD MASEVICIUS, A DUBIN
- 0250 BICARBONATO ARTERIAL Y EXCESO DE BASE EN PACIENTES CRÍTICOS: UN APORTE CON VALOR PRONOSTICO, NUESTRA EXPERIENCIA**
L GUARDIA, F LOPEZ MARQUEZ, M SANCHEZ, F RODRIGUEZ, N HASAM, M ZABALA FOURMANTIN, R GARNICA, M GONZALES, P LEAL
- 0251 UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA CRÍTICA EN LA REANIMACIÓN CEREBROCARDIOVASCULAR**
F TAMAGNONE, LM LOBO, C BENAY, G ALMIRÓN FABING
- 0293 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE PRESION PARCIAL DE DIOXIDO DE CARBONO Y LA DIFERENCIA ARTERIO-VENOSA DE OXIGENO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIACA**
JC PENDINO, L HESS, B SERGIO, J TRUJILLO, G ALDAMIZ ECHEVERRIA

0316 APLICACIÓN RETROSPECTIVA DE LA DEFINICIÓN SEPSIS-3 A UN GRUPO DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO

F CAMINOS, F IGLESIAS, S GUERRERO, S BOTTAIA, A PASARELLI, J CONDE, R ROJAS MEDRANO, S CARINO, MG SÁENZ, L TUMINO, AL GONZÁLEZ, MC MARCHENA, C LOUDET, R REINA, H CANALES, E ESTENSSORO

26/08/2016 - 11:45 a 12:45

TRABAJOS ORALES 08**Pediatría 2**

ALGARROBO

0012 ESCORPIONISMO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN TERAPIA INTENSIVA

G ROSTAGNO, G BONETTO, B GUZMAN MARTINEZ, S SAENZ

0031 EL PACIENTE MAYOR DE 16 AÑOS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: UNA POBLACIÓN EN AUMENTO

A FRANCAVILLA, MDP ARIAS LOPEZ, G GONZALEZ, A GATTARI, P NEIRA, G RODRIGUEZ

0034 SIMULACION CLINICA COMO METODOLOGIA DE ENSEÑANZA EN LA FORMACION DE POSGRADO: CASO SIMULADO DE SHOCK SEPTICO

A BORDOGNA, MF PODESTA, K FIQUEPRON, K CINQUEGRANI, P MEDICI, G PALACIO, G GONZALEZ, M ALASSIA, N RAUL

0131 SINDROME DE MALTRATO INFANTIL: UN PROBLEMA CRECIENTE EN LA SOCIEDAD

G APARICIO, A BORDOGNA, P CAPORAL, P CASTELLANI, MM MENDOZA, M RABINO, S SANCHEZ, A SILVESTRE, S BRANDIMARTI

0209 SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN UCIP: DATOS DEL PROGRAMA SATIQ PEDIÁTRICO 2010-2014

A FERNANDEZ, G SATIQ PEDIATRICO

26/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 09**Sedación**

Los Ceibos

0011 ANALISIS COMPARATIVO ENTRE ANCIANOS Y ADULTOS BAJO VENTILACION MECANICA Y ANALGO SEDACION

M DEHEZA, F BRITO FIGUEROA, A SCHMIDT

0018 FACTORES DE RIESGO DE SOBRE SEDACIÓN EN PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA

M DEHEZA, ER BUENO GUTIÉRREZ, S MARISSI, M CASSARONE, A SCHMIDT

0155 CAPACIDAD DEL SCORE PREDELIRIC PARA PREDECIR EVENTOS DE DELIRIO EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA

FA SOSA, J OSATNIK, M TOBAR FRANCO, M KLEINERT, D IBULICH

0156 INCIDENCIA DE DELIRIO EN UTI Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

M TOVAR FRANCO, FA SOSA, J OSATNIK, M KLEINERT, D IBULICH

0235 DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS

N MARINI, J MINDIOLA, M SUBELZA, M OLMOS, A MIRANDA TIRADO, B TABOADA, D VARELA, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN, M GLEMON

0236 ESTUDIO DE CALIDAD DE LA ADHERENCIA A LA PRIMERA ETAPA DE IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UNA UCI MEDICO-QUIRURGICA

M SARUBBIO, MJ MESCHINI, F CAMINOS, A PORCEL, F IGLESIAS, N ZULJEVIC, MC MARCHENA, AL GONZÁLEZ, L TUMINO, MG SÁENZ, V PAZOS, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET

0271 DIFERENTES MODALIDADES PARA VALORAR DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA EN PACIENTES CRÍTICOS: SOFA-GLASGOW VERSUS SOFA-RASS

N ZULJEVIC, F CAMINOS, P AGUSTINA, F IGLESIAS, MC MARCHENA, M PÉREZ, D DE MARCO, D BUSTAMANTE, W DÁVALOS, A PASARELLI, L TUMINO, M ANCIART, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET

26/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 10**Misceláneas**

EL TIPAL

0033 ENCUESTA SOBRE EL FINAL DE LA VIDA. DIRIGIDO A PROFESIONALES QUE DESARROLLAN TAREAS EN EL ÁMBITO DE CUIDADOS INTENSIVOS

L CAMPUTARO, M MUCHICO, J ANGAROLA, A SARASINO, F BACCARO, D MAGNANTE, I PREGIOLANO

0035 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK EN GRAN ALTURA

G RUIZ, A DIAZ

0065 HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO ESPONTANEO INTRACEREBRAL EN PACIENTE EMBARAZADA: RESPECTO DE UN CASO

MC CARCEDO, RP MENENDEZ, MG PEREYRA, R GARCIA TURIELLA, G MARIA, E VERA

0092 INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

R CASHAGNA, A POSE, H ZELEGHOWER, C SIMÓN, MDR BRUNO, D YAHNI, D PRYLUKA, L VASTA, P VALDEZ

0120 SCORE DE ALERTA DE DESNUTRICION EN PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS

A BOCASSI, V CHEDIACK, R GREGORI SABELLI, M CAMBARERI, MDL LUQUE, N GOMEZ, E CUNTO

0196 MUERTE SUBITA REANIMADA

R MARCIELLO, L CICCIO, J THOMAS, J MANAZZONI, P MACCARONE, M MIGUEL, M LOUGE, R SUASNABAR

0220 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN TERAPIA INTENSIVA

P HOBÉCKER, G MOLINA MANCERO, D BELLINI, L VACAFLOR, MS RAÑA, FM BALLESTERO, SP CHAPELA, MA BLASCO

0261 EVALUACIÓN DE ESCORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA FULMINANTE

H IZQUIERDO, K BOTANA, F OSVALDO, R LILIANA, C MARIELA, R LORENA, C VANESA, Q MIGUEL, N MARIA EUGENIA, P JORGE

27/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 11**Shock - Medio Interno**

LAPACHO

0036 COMPORTAMIENTO DE LAS MICROCIRCULACIONES SUBLINGUAL E INTESTINAL EN EL SHOCK HEMORRÁGICO Y LA RETRANSFUSIÓN

A DUBIN, G FERRARA, VS KANOORE EDUL, HS CANALES, E MARTINS, G MURIAS, MO POZO, JF CAMINOS EGUILLOR, MG BUSCETTI, C INCE, E ESTENSSORO

0052 UN BREVE PERÍODO DE VENTILACIÓN HIPERÓXICA NO ALTERA LA MICROCIRCULACIÓN SUBLINGUAL EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

A DUBIN, ED VALENZUELA ESPINOZA, MO POZO, VS KANOORE EDUL, M FURCHE, MF BOTTA, A RISSO VAZQUEZ, PN RUBATTO BIRRI, C INCE

0057 EVALUACIÓN PRELIMINAR DEL ÍNDICE DE COLAPSABILIDAD DE LA VENA CAVA CAUDAL COMO INDICADOR DE LA RESPUESTA A FLUIDOS EN CANINOS VENTILANDO EN FORMA ESPONTÁNEA.

P DONATI, JM GUEVARA, E GUILLEMI, MDC LA VALLE, M JENSEN, J MOULY, P SCORZA, S GONZALEZ, N JULIAN, M BARTOLOMEO, G BELERENIAN, S FERRARIS

0168 CORRELACIÓN ENTRE EL MONITOREO HEMODINÁMICO CON CATÉTER DE LA ARTERIA PULMONAR Y MEDICIÓN NO INVASIVA CON ESCCO (ESTIMATED CONTINUOUS CARDIAC OUTPUT)

MC GONZALEZ, A DOGLIOTTI, A RAMOS, A DUBIN, C LOVESIO

0228 ESPECIES REACTIVAS DE OXIGENO: SISTÉMICAS Y MORTALIDAD EN UTI

SP CHAPELA, I BURGOS, FM BALLESTERO, MA BLASCO, M ALONSO, C STELLA

0305 CLERANCE DE LACTATO POSITIVO VS CLERANCE DE LACTATO NEGATIVO.COMPORTAMIENTO TEMPORAL DE LAS VARIABLES DE REANIMACIÓN

A SARRIGUREN, A CHENA, G PAGELLA, F GALIOTTI, A MARTIN, JL MARENGO

27/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 12

Calidad de Vida - Rehabilitación

Los CARDONES

0189 CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN Y MODELO PREDICTOR DE MORTALIDAD 1 AÑO DESPUES DE UCI. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

F CARINI, AV DAS NEVES, CI LOUDET, M BUSICO, D VILLALBA, M VERONESI, A LISCHINSKY, D VILLANI ULLA, M CARBONI BISSO, C CECOTTI, LDLA CORZO, L VIOLA, HR PLÁCIDO DOS SANTOS, A RAMOS, JP SOTTILE, S GIANNASI, M LAS HERAS, A BONIS, N ARAMAYO, MC GONZÁLEZ, E ESTENSSORO

0190 EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS, TRAYECTORIAS DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE SALUD Y REGRESO AL TRABAJO DURANTE EL PRIMER AÑO DEL ALTA DE UCI. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

E DESCOTTE, AV DAS NEVES, CI LOUDET, M BUSICO, D VILLALBA, M VERONESI, A LISCHINSKY, D VILLANI ULLA, A JULIARENA, M GRANDO, L KRZISNIK, JA DOGLIA, G BENAVENT, J ALVAREZ, T RUIZ JALIL, K TENASCZUK, P D'ANDREA, M COLUCCI, G CORREA, E ESTENSSORO

0195 CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO LUEGO DE UCI Y SUS PREDICTORES. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

A DAS NEVES, CI LOUDET, M BUSICO, D VILLANI ULLA, DN VÁSQUEZ, M EMERICH, G PLOTNIKOW, A DÍAZ, R HERNANDEZ, AL GONZÁLEZ, MC MARCHENA, S NIETO RAMIREZ, L CARRERAS, F POCHETTINO, H GIANINETTO, S NIEVA, J ALFAGEME, R VISINTIN, MC ORLANDI, E ESTENSSORO

0197 EVOLUCION DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN CATEGORIAS DIAGNOSTICAS. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

FJ LÓPEZ, AV DAS NEVES, M BUSICO, CI LOUDET, MG SAENZ, A LISCHINSKY, L BENITO MORI, AI TAPIA, M CAMARGO, R LOPEZ, P JACINTHO, G SEGUÍ, L GARCIA, J FUNEZ, A SOSA, L FRANCO, V CUELLAR, G FERNÁNDEZ, J LASSAGA, E ESTENSSORO

0234 MOVILIZACION TEMPRANA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS: PERCEPCIÓN Y PRÁCTICAS ACTUALES EN DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE ARGENTINA

N CIARROCCHI, C PEREZ ACOSTA, R BAEZ, F ROSCIANI, MD TERAN SALAZAR, V MARQUEVICH, G WINDELS, JH ALVAREZ, P PRATESI, JM DIANTI, A DIAZ, A MIDLEY, O PATIÑO, JE SAN ROMAN, JP BETTGER

0268 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CA BUENO ARDARIZ, N DARGAINS, M PERCAZ, A BRATOS, J GARCIA URRUTIA, S CAGIDE

27/08/2016 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 13

Neumonología 3

SALA 5

0043 CAPACIDAD DE DIFUSIÓN PULMONAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS "DR. LEÓNIDAS LUCERO" DURANTE EL PERIODO DE 6 AÑOS

LE LAMOT, AM QUISPE LAIME, C FIORE, LR MARTINEZ, JE BETTINI, MG ROJAS, PE KOLLER, AB DE SALVO, VE FUKS

0068 MEDICION DE INDICE DE AGUA EXTRA VASCULAR PULMONAR Y DEL INDICE DE PERMEABILIDAD VASCULAR PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN, N GUMIELA, C PINO, C CANESSA, L GRIECO, A PERRAZZI, A MARINO, M GUAYMAS

0087 LA DISTRIBUCIÓN DE LOS INFILTRADOS EN EL SDRA INCIDE SOBRE EL MECANISMO DE VILI

N PISTILLO, O FARIÑA

0158 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES DE MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN AVM DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

M LOMPIZANO, M MONTENEGRO, L DE GREGORIO, C GASSMANN, R LOBOSCO, A BALBI

25/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Pediatria 1

FOYER JACARANDÁ

- 0008 NEUMOPERITONEO ASOCIADO A VENTILACIÓN MECÁNICA**
J PONCE, LA CLAVEL
- 0009 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL G. RAWSON DE SAN JUAN, DURANTE EL PERIODO 2015-2016**
L FIGUEROA, J PONCE, LA CLAVEL, C FLORES, I VEGA, B SANROMAN, E FERNANDEZ, R ALTAMIRANO
- 0279 TRATAMIENTO DE PRESION DE PERFUSION CEREBRAL DIRIGIDO A TRAVES DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN DAÑO NEURONAL AGUDO/ ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA, SECUNDARIA A CASI AHOGAMIENTO EN UN NIÑO. REPORTE DE UN CASO**
LV FIGUEROA, ME TASSIN
- 0280 SINDROME DE HIPERPERFUSION CEREBRAL POST ENDARTE-RECTOMIA CAROTIDEA**
M SUBELZA, D VARELA, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN
- 0285 FIBROSIS PULMONAR POR PARAQUAT. REPORTE DE UN CASO**
F ZABALEGUI, A FORCHINO, M CASTILLA
- 0294 PSUDOANEURISMA ARTERIA AXILAR EN PEDIATRIA**
V MOGRO, G PALACIOS, G GONZALES, N BOADA, R GUACHICHULCA, A SIMONS, M ZUAZAGA
- 0301 IMPACTO EN EL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS ALUMNOS QUE CURSAN EL MODULO NEFROLOGIA PEDIATRICA EN EL CSTIP POSTERIOR A INTERVENCIONES EN EL DICTADO DE CLASES**
D VINCIGUERRA, D ORQUEDA, A SIABA-SERRATE, A FERNÁNDEZ, R FRAYRE, I KO, G BORENSTEIN, G CHIAPPERO
- 0304 INTOXICACION CON PEROXIDO DE HIDRÓGENO. REPORTE DE UN CASO CON EVOLUCIÓN FATAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
G MÉNDEZ, R ESPINOSA ROCHA, S CHUCHUY, Y GUZMÁN
- 0315 HIDROCEFALIA EN PACIENTE CON GUILLAN BARRE**
WM ALBAREZ, C AVILA, E VAZQUEZ
- 0318 SINDROME DE LEMIERRE EN TERAPIA INTENSIVA**
WM ALBAREZ, C AVILA, Y SANCHEZ, E VAZQUEZ
- 0319 ABSCESO INTRAMEDULAR CERVICAL DE ORIGEN DESCONOCIDO**
J CALDERON FIERRO, C LOZANO RAMIREZ, JP ALCONADA MAGLIANO, A GROSMAN

25/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Neumonología 1

FOYER JACARANDÁ

- 0130 SINDROME DE INHALACION POR HUMO. ¿CUÁNDO Y CUANTAS BRONCOSCOPIAS?**
L MACHUCA, MA GARCIA, DR CARRANZA, CM FERREYRA, ML BUENO, A QUINTEROS, S ROJAS, JD FERNANDEZ, NS BONETTO, JJ ORTEGA, JC CELIA, M RUIZ, S CARRIZO
- 0204 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN. PRESENTACIÓN DE CASO**
S SOLI, G GUSMAROLI, M LOTORTO, D BOLZICCO, E VERA, M ALMADA, V CLAIRÓN, M DRUETTA, P URBINATI, D DIAZ, G BUGNI, U MONTEREIN, J MARTINEL LAMAS, D ROVIRA

0225 SÍNDROME DE PLATIPNEA Y ORTODEOXIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MJ REBERENDO, D BELLINI, AB VAQUERA, NR ROJAS BALCÁZAR, MS RAÑA, E BORSINI, MA BLASCO, JF CHERTCOFF

0227 EMBOLIA PARADOJAL INMINENTE. REPORTE DE UN CASO
XE PICÓN CORONEL, PD LUCERO, L VACAFLOR, B RODRÍGUEZ, E DESCOTTE, ED SOLOAGA, F LÁSCAR, MA BLASCO**0239 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CONJUNTAS PARA LA DISMINUCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR**

AS AVILA VERA, A FERNANDEZ, D BINSIGUERRA, L MOROS, C HANDIYAK, P LOMBARDI, F VILLOIS

0240 UTILIDAD DEL USO DE ECMO EN EL MANEJO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL DE ALTO DÉBITO

L AGUIRRE, G TUHAY, E TABOADA, D ABSI, A BERTOLOTTI, F KLEIN

0321 DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE ECMO MOBILE PARA RESCATE DE HIPOXEMIA REFRACTARIA Y SU DERIVACIÓN A UN CENTRO ESPECIALIZADO. REPORTE DEL PRIMER CASO
S VILLARROEL

25/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Infectología 1

FOYER JACARANDÁ

- 0020 SOBREVIVIENDO A LA MENINGITIS TUBERCULOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
AB DE SALVO, PE KOLLER, VE FUCKS, LE LAMOT, MG ROJAS, LR MARTINEZ
- 0022 PURPURA FULMINANTE EN UN PACIENTE ADULTO ESPLENOMIZADO CON MENINGITIS NEUMOCOCCICA**
VE FUKS, LE LAMOT, MG ROJAS, PE KOLLER, LR MARTINEZ, AB DE SALVO
- 0105 ACCIDENTE OFIDICOPOR SERPIENTE YARARA (BOTHROPS), RECIRCULACIÓN DE TOXINA Y HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**
AM MAZZOLA, J VAZQUEZ, J MIZRAHI, A PIERNATEI, A ZUCHELLA, J FARA, G VELAZQUEZ, N MARCHEGANI, D LUPINUCCI
- 0290 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN CUIDADOS INTENSIVOS**
AV SANCAN MORAN, L CEDEÑO, L AGUILAR, F RIOS, J SAGARDIA, A ZAPATA, D BIENZOBAS, R BENITEZ, D PEZZOLA
- 0291 USO DE IVERMECTINA SUBCUTANEA EN LA INFESTACIÓN SISTÉMICA POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO**
J MINDIOLA, N MARINI, M SUBELZA, G TUHAY, L AGUIRRE, D VARELA, F KLEIN
- 0297 ENCEFALITIS POR DENGUE**
H BONGIOANNI, M JUCHANI SANTOS, J SAGARDIA, G CABRAL, D PEZZOLA, L AGUILAR, P ROLDAN, M SOTTO
- 0306 BACTERIEMIA POR SALMONELLA NO TYPHY**
C FERREYRA, DR CARRANZA, ML BUENO, L MACHUCA, A QUINTEROS, MA GARCIA, JD FERNÁNDEZ, JJ ORTEGA, RS ROJAS, MP RUIZ, JC CELIA, MS CARRIZO, NS BONETTO
- 0307 HIDROCEFALIA OSBTRUCTIVA SECUNDARIA A UNA NEURO-CISTICERCOSIS**
ADR QUINTERO
- 0313 DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO POR KPC. REPORTE DE UN CASO**
O GUANCA, P RAMOS, C VARGAS, F ARAMAYO, J GOMEZ, G BARROJO

- 0314 PREVALENCIA DE INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE METALOBETALACTAMASAS (NUEVA DELHI) EN UTI**
A OLMOS, D VERA GONZALEZ, A FERNANDEZ, A DI BELLA, F LOIACONO, L AGUILAR, F RIOS, J SAGARDIA

25/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04

Cardiología 1

Foyer JACARANDÁ

- 0127 RETO DIAGNÓSTICO: TAQUICARDIA DE QRS ANCHO**
MC VIGNETTA, PB PAHNKE, C ARANCIBIA, MC SOSA, JA BRITO, L ARABIA
- 0135 FIBRILACION AURICULAR EN POSTOPERATORIO DE CIRUGIA TORACICA NO CARDIACA. ESTUDIO POBLACIONAL**
A ZAVATTIERI, A GOMEZ MONGE, J SEGURA, T CAZAU, AJ HERRERA, J ALVAREZ, S COSENZA, P PRATESI, D CHIMONDEGUY, J BILBAO, D CZERWONKO, V MARQUEVICH
- 0159 FISTULA AORTOCAVA TRAUMATICA TARDIA. REPORTE DE UN CASO**
A PEREZ, C PALACIO, F ZECHNER, J MEDINA
- 0178 DISECCIÓN AÓRTICA. PRESENTACIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS**
A SAVIA, P DESMERY, F LONGO, A FRANCISCO ANTONIO, A CIAMPI, R RAMIREZ, G ESTERKIES, C CLEMENTEL
- 0203 A PROPOSITO DE UN CASO: SME DE DISCINESIA APICAL : TAKOTSUBO**
E SIMES, S MERCADO, A ULIARTE, J MOLGARA ZARRANZ, F OLIVERA, L GUILLEN
- 0221 TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN TERAPIA INTENSIVA**
G MOLINA MANCERO, MJ REBERENDO, P HOBÉCKER, B RODRÍGUEZ, FM BALLESTERO, ED SOLOAGA, MA BLASCO, JF CHERTCOFF
- 0226 VASCULITIS CEREBRAL SECUNDARIA A MENINGITIS POR HAEMOPHYLUS INFLUENZAE**
NR ROJAS BALCÁZAR, XE PICÓN CORONEL, PI MARTÍNEZ, P HOBÉCKER, FM BALLESTERO, SP CHAPELA, PD LUCERO, MA BLASCO
- 0270 SINDROME DE TAKO-TSUBO SECUNDARIO A EXERESIS DE PARANGLIOMA INTRATORÁCICO**
J NIEVES MARQUEZ, I RÍOS VILLCA, J LUCIANO, D MIQUELARENA, M LINARES
- 0282 TROMBOLÍSIS EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO**
M OLMOS, A MIRANDA TIRADO, D VARELA, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN

25/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05

Misceláneas 1

Foyer JACARANDÁ

- 0030 HIPOTIROIDISMO SEVERO EN PACIENTE INTERNADO**
AM VILCHE JUAREZ, A SIGAL, Q SILVIA
- 0141 A PROPOSITO DE UN CASO: SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO VS SINDROME CATATONICO**
R QUIROGA, A MARTINEZ, H CACERES, S CASTRO, L D'ALESSANDRO, D RODRIGUEZ, E ROJAS DELGADO, J BADINO, E GARECA ORTEGA, M CHAMUT, M FLORES, R BURGOS, O CRISTALDI
- 0151 CRISIS MIASTÉNICA SERONEGATIVA. REPORTE DE UN CASO.**
B ALVAREZ, M RAGAZZOLI, A BELLOCCHIO, D FERNANDEZ, F DADOMO, M MASIP, R COSTABILE, S VENEZIA, G CARDONATTI, G APACA

- 0160 PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASEMICA TIROTOXICOSICA**
G BOUHID

- 0184 NECROSIS EPIDÉRMICA TÓXICA A PROPÓSITO DE UNA CASO CLINICO**

N PALOMO, N GUZMÁN, A RIVADENEIRA, M SALVADORES

- 0206 FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD DE PACIENTES TRAUMATIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**
P LORANT, H CANALES, E ESTENSSORO, M RECALDE, A PASSARELLI, L CHOQUE, J CONDE, R FERNANDEZ, F CAMINOS EGUILLOR, S BARRIOS, F COLAZO, S DE OTAZUE, R REINA, C MARCHENA, G SAENZ, C LOUDET, L CABILLON

- 0222 COMPLICACIONES EN EL POSOPERATORIO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. NUESTRA EXPERIENCIA**
D BELLINI, MJ REBERENDO, SA SAC, G MOLINA MANCERO, SP CHAPELA, C ROMÁN, M RODRÍGUEZ GAZARI, MA BLASCO

- 0247 SINDROME DE INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFERICA POR ERGOTISMO EN PACIENTES HIV TRATADO CON RITONAVIR**
NE MOLINAS, LA FLORES, M IADANZA, D BALDI, L ROJAS, C LOMBARDO

- 0248 ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN TRASPLANTE HEPÁTICO: REPORTE DE UN CASO**
MB COCA MOGRO, J SANTILLAN

- 0253 ULTIMAS TENDENCIAS EN MEDICACION SEGURA**

M VEGA ORIHUELA, V CORDOBA, C KECSKES, S GIANASSI

- 0259 DEL MEDIO INTERNO AL TRABAJO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO: UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE**
RJ GARNICA, MA GONZALEZ

- 0265 ESOFAGITIS NECROTIZANTE**

H QUEZADA, G GALVAN, M DEGUARDIA, M GUARACHI, A FIORANELI

- 0312 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO**

D ESPEJO, J PORRAS, D MARTINEZ, G LEGUIZA, S GIMENEZ, P LUDUEÑA

25/08/2016 - 13:15 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06

Obstetricia Crítica 1

Foyer JACARANDÁ

- 0024 ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA EN 3ER TRIMESTRE DE EMBARAZO**

R SUAREZ, D IVULICH, V MOSQUEDA, A SOSA, J OSATNIK

- 0143 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN PACIENTE CON ECLAMPSIA**

O CORREA, NA SEGURA, MI MATTIOLI, JM SILVA, I KLYMENKO, D MANSILLA, D PANOZZO, M VILLANUEVA, A SANTA MARIA, M BERTÉ, A PALAZZO, D NOVAL, S ILUTOVICH

- 0176 CUIDADOS ENFERMEROS RECIBIDOS POR LAS PUÉRPERAS DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL SERVICIO DE INTERNACIÓN CONJUNTA DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, AÑO 2015**

JL CHOCOBAR, AW ZAMBRANA

- 0192 ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO**

M CHAVEZ, N ADRIAN, F PETRO, L PEREZ VALEGA, L GAROFANI, E SIKORA, V CUBILLA, M QUIROGA

- 0213 UNA CAUSA RARA DE SAGRADO EN PUERPERIO MEDIATO**
A MARTINUZZI, P ROEL, K SAIBAL, M CORNU, M OROZCO, M SEULVEDA, AL DELLARRIVA, S LAMOT, L RETAMAL, P LEIVA, L JUAREZ

- 0231 MUERTE SÚBITA EN EL PUPERPERIO INMEDIATO**

A MARTINUZZI, C LOPEZ, P ROEL, K SAIBAL, M CORNU, M OROZCO, AL DELLARRIVA

- 0258 NEFRITIS LUPICA VS PREECLAMPSIA: DESAFIO DIAGNÓSTICO**

PA JUAREZ, MN LLANOS, JA FLORES, GH CAMPREGHER

0283 SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE VS SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE COMO COMPLICACIÓN DE ECLAMPSIA
T HUANCA

0310 EMBARAZO Y ROTURA DE ANEURISMA ESPLENICO
S VELEZ, J BARTOLOME, E CARABAJAL, J CELIZ, O DE MARCO, M MENDOZA, M MESSAD TARCHINI, E ALLUB

26/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Misceláneas 2

Foyer JACARANDÁ

0062 LESIONES MÚLTIPLES POR EXPLOSIVO DE ALTA POTENCIA: REPORTE DE UN CASO

M D'ANGELO, M MONTENEGRO, P MARTIN, O FERNANDEZ ROSTELLO, A BALBI

0064 RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO CON VITAMINA C EN PACIENTE CON METAHEMOGLOBINEMIA SEVERA. REPORTE DE UN CASO

V HIDALGO, M BADANO, R SOLIS, C BIANCHI, AM D'ONOFRIO, A RUSCELLI, M ORSATTI, M LOPEZ

0078 MUERTE DIGNA: REPERCUSIONES A 4 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN LEGAL

DR CARRANZA, MA GARCIA, ML BUENO, C FERREYRA, L MACHUCA, A QUINTEROS, N BONETTO, JD FERNANDEZ, S CARRIZO, JJ ORTEGA, M RUIZ, JC CELIA, RS ROJAS

0090 REPORTE DE UN CASO DE PANCREATITIS ISQUEMICA AGUDA POSPARO CARDIORESPIRATORIO

MDLA HERÉNU SAAVEDRA, F SALVANESCHI, MA TORRES LORA, A PESTANA SALCEDO, DM MAGOSEVICH, E LUNA, ME FANDIÑO, S CÁRDENAS, MF BEJARANO, F MATAR, GL OLARTE, VM CANNATELLI, N BAREDES

0095 CRISIS AGUDA DE PORFIRIA ASOCIADA A CONVULSIONES Y GONZÁLEZ, C COZZANI, G CUETO, M TORRES BODEN, D LÓPEZ CAMPOS, H VILLACRÉS, N VERGOTTINI, P BOTTA ETTER, C BOLLAN, V CABRAL, L RODRÍGUEZ, J BAZZANO, L GARCÍA IRIARTE, A SCHAER, N MOLINA, E BRAÑA

0096 MANEJO NO QUIRÚRGICO DEL HEMOPERITONEO EN EL TRAUMA CONTUSO DE ABDOMEN

C GAZZANO, G GENOVESE, F MARTINEZ, G RAMOS

0112 ERROR RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS: CONOCIMIENTOS, SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS REPORTADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA

N MARFIL, M GONZALEZ

0118 INTOXICACIÓN POR SUPERWARFANINAS

M ESPEJO, M GUARACHI, M DEGUARDIA, T ALMENDRAS, R MEDINA CUENTAS, C MACAGGI, C CONSIGLIO, A FIORANELLO

0122 EVOLUCIÓN LETAL DEL LOXOSCELISMO CASO CLINICO

F CUADRADO, L CANNOVAS BADRA, R RUEDA

0138 INSERCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE TERAPIA INTENSIVA

ME BRAÑA, MA GABILLI, D LEMA, M TORRES BODEN, C COZZANI, S SASTRE, G CUETO

0246 PANCREATITIS NECROTIZANTE ALTIASICA EN PACIENTE CON FORMA GRAVE DE LEPTOSPIROSIS

NM FUNES NELSON, EM ABEGAO, JM MIRANDA

0302 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN PAQUETE DE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

P CARRIZO, MI MOLINA, G SASTRE, T OSCAR, C VILMA

26/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08

Neurointensivismo 1

Foyer JACARANDÁ

0016 UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M VILLEGAS, M EMMERICH, VC FUENTES GUZMÁN, A BUITRAGO, B ASCUÉ, M CHURBA, D ANGARITA RUEDA, G TESTA, J SANCHEZ, G OYHANARTE, M CANALE, A BRAVO

0111 RUPTURA TARDIA DE PSEUDOANEURISMA CEREBRAL POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO

MI MATTIOLI, N SEGURA, O KOCH, D MANSILLA, I KLYMENKO, O CORREA, JM SILVA, R RECALDE, L LEMME PLAGHOS, A PALAZZO, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH

0173 DISECCIÓN CAROTIDEA POR CINTURÓN DE SEGURIDAD DE AUTOMÓVIL

R GÓMEZ PAZ, H FERRARO, IN NIHANY, MA TOLEDO, RE SENESTRARI, M MARTINEZ, JN MARTINEZ NEHIM, M PELLEGRINO

0185 SÍNDROME ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIA A CARFILZOMIB

G RUFINO SARAVIA, MG MORALES, D ALFARO, C OCAMPO, B LLAPUR, M VELASQUEZ

0207 DISECCIÓN DE LA ARTERIA CEREBELOS POSTERIOR INFERIOR, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

N MARTINEZ, IN NIHANY, RE GOMEZ PAZ, H FERRARO, M TOLEDO, M MARTINEZ, R SENESTRARI, A CECILIANO, F VILLASANTE

0237 VASOESPASMO CEREBRAL POSOPERATORIO: REPORTE DE CASOS

L TUMINO, S CARINO, C LOUDET, A TORO, C MARCHENA, N ZULJEVIC, AL GONZALEZ, R REINA, A PASARELLI, J CONDE, S BARRIOS, P LORAN, L CHOQUE, R FERNANDEZ, E ESTENSSORO

0256 OBSTRUCCIÓN CAROTIDEA, TEC GRAVE CON SÍNDROME DE REPERFUSIÓN CEREBRAL

L BIANCHI, A LAVAYEN, J VELASCO, T SIERRA, M NARHA, J MORENO, M FLORES, J VOSS, P WISSEL, P SMUKLER, MS DOGLIOLI, G CABRERA, VH OCAMPO, JC COGORNO, E CORREGER

0263 PARÁLISIS FLÁCIDA DESCENDENTE DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA. REPORTE DE CASO

K MENA, M GARBARINI, I FERNANDEZ, J DIANTI, LH MARCOS, S GIANNASI, E SAN ROMÁN

0296 HIDROCEFALIA COMUNICANTE EN ADULTOS

N PISTAN

0320 A PROPOSITO DE UN CASO: CALCINOSIS CEREBRAL SME DE FAHR

E SIMES, S MERCADO, L GUILLEN, F OLIVERA, M CARRIZO, M RIVAS

26/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

Shock - Medio Interno 1

Foyer JACARANDÁ

0081 ASOCIACIÓN DE HIPONATREMIA SEVERA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS EN LA TERAPIA INTENSIVA

ED VALENZUELA ESPINOZA, M PIZZI, P RINGELMANN, E GUERRA, MF MOTTA, MC ZERPA, F BERDAGUER, F ZECHNER, M FURCHE, W ECHEVERRIA, PN RUBATTO BIRRI, A RISSO-VAZQUEZ, A DUBIN, FD MASEVICIUS

0161 FASCITIS NECROTIZANTE

MP ZALAZAR, A MURATURE, M GINI, R GARCIA TURIELA

- 0162 SEPSIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
M LOTORTO, G GUSMAROLI, D DIAZ, S SOLI, V CLAIRÓN, D ROVIRA
- 0172 RABDOMIOLISIS SEVERA NO-TRAUMÁTICA POR INTOXICACIONES AGUDAS: REPORTE DE CASOS**
MC VIGNETTA, PB PAHNKE, MDLA PONCE, A CARLOS, A VILKELIS, D GOMEZ
- 0177 HIPERAMONEMIA POR TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA**
D GARCIA GIRALDO, E PRADO, J CHAUCA, C FORTE, J DIANTI, J SINNER, A MARTINEZ, S VENUTI, S GIANNASI, C KECSKES, E SAN ROMAN
- 0210 SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN OCULTA EN PACIENTES CRÍTICOS. NUESTRA EXPERIENCIA**
PA LEAL, ML CISNEROS SANCHEZ, FGI RODRÍGUEZ, NM HASSAN, FM LÓPEZ MÁRQUEZ, MV ZABALA FOURMANTIN, MA CERVERA, RJ GARNICA, MA GONZÁLEZ, L GUARDIA
- 0211 PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL MEDIO INTERNO SIMPLES, MIXTOS Y TRIPLES EN PACIENTES CRITICOS**
M CERVERA, ML CISNEROS SÁNCHEZ, FGI RODRÍGUEZ, NM HASSAN, FM LÓPEZ MÁRQUEZ, MV ZABALA FOURMANTIN, RJ GARNICA, MA GONZÁLEZ, L GUARDIA, PA LEAL
- 0212 SHOCK TOXICO A PROPOSITO DE 2 CASOS**
JL DESA, N AZCONA, L GENOVART, J MATKOVICH, MR LEIS, M TORTOLO, E ORTIZ
- 0244 SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA**
T SIERRA, J VELAZCO, G CABRERA, MS DOGLIOLI, R BAEZ, L BIANCHI, M NAHRA, J VOSS, MA FLORES, J MORENO, L EBBEKE, JC COGORNO, VH OCAMPOS, E CORREGER
- 0309 VALOR PREDICTIVO DE PCVACO2/CAVO2 EN EL INICIO DEL SHOCK SÉPTICO**
PM MOREL, FM RIVERO, JFA RÍOS, G REPETTO, JE ALFONSO, ML BRACCINI

26/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10**Pediatría 2**

FOYER JACARANDÁ

- 0032 PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO**
J ARANDA, PL MEDICI, A CARRANO, GA NAVARRO
- 0157 UTILIZACIÓN DE OXIGENACION CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN HIPOXEMIA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO**
V ALTUNA, R POTERALA, W CONEJERO, R ANDRES, G ALEJANDRO, R ROXANA, T EUGENIA, S GABRIELA, P GLADYS, M ALBERTO, G GUSTAVO, M ERNESTO, G MANUEL, P RAMIRO
- 0163 SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL DEL HIGADO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO.**
T CUERVO, E TAMAÑO, A FRANCAVILLA, R POTERALA, V ALTUNA, L SOTO, A CAIRNIE, F PRIETO, N FERNANDEZ, G DRELICHMAN
- 0166 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO**
A FRANCAVILLA, A GATTARI, R POTERALA, V ALTUNA, M GAREA, P NEIRA, L AVERSA, E MORENO, A CAIRNIE, F ARRILLAGA, H AMARO, G RODRIGUEZ, C LAPORTE, J STEINER
- 0167 HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS INTESTINAL REPORTE DE UN CASO**
A FRANCAVILLA, A GATTARI, R POTERALA, M BALDIVIESO, V ALTUNA, M GAREA, P NEIRA, E MORENO, M FEROLA, D FRONTERA, P VALLONE, I SQUASSI, A CAIRNIE, A FALLO

- 0191 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**
L SARNO, P CASTELLANI, S BATLLA, G DE LA FUENTE, P GARCÍA, M SILVA, K FIQUEPRÓN, K TENASCZUK
- 0254 SÍNDROME ASCÍTICO-EDEMATOSO COMO DEBUT DE FIBROSIS QUÍSTICA. REPORTE DE CASOS**
J PEREZ, F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI
- 0267 RABDOMIOLISIS Y SEPSIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE. REPORTE DE UN CASO**
F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI, J PEREZ
- 0274 FACTORES DE RIESGO Y SUPERVIVENCIA POSTERIOR A LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA INICIAL DE LA HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL**
R FRAIRE, S TORRES, A SIABA SERRATE, T IOLSTER, F SANCHEZ, A MAYANS, H FERNANDEZ, C KREUTZER
- 0317 ESTADÍA PROLONGADA EN UCIP DE PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) DEBIDO A POLIMORFISMO DE TETRAHIDROFOLATO REDUCTASA (THFR) Y SECUNDARIO A PRIMERA EXPOSICIÓN A METROTREXATE**
G MELENDI, A HERNANDEZ, Y HERNANDEZ, P MORENO, A PICON, G CARDIGNI

26/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11**Neumonología 2**

FOYER JACARANDÁ

- 0013 ESTRATEGIA ALTERNATIVA DE CANULACIÓN PARA VV-ECMO EN UN PACIENTE CON FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR**
CA CASABELLA GARCIA, F PÁLIZAS, M NORESE
- 0014 TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES EN ECMO. REPORTE DE DOS CASOS**
CA CASABELLA GARCIA, F PÁLIZAS, M NORESE, LD ZULUAGA GONZALEZ
- 0074 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS TRAQUEOSTOMIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL BRITANICO DURANTE LOS ULTIMOS DOS AÑOS**
M DEL BONO, S ROMERA, N CASAS, A MCKINLEY, A SOSA, A CUZZOLINO, I BROZZI, G ERNST, A LUEBS
- 0144 SEGUIMIENTO Y REHABILITACION DE UN PACIENTE OPERADO DE PARED TORACICA POR UN CONDROSARCOMA MENSQUIMATICO DE 8 X 7 CM**
S PUGLIESE, S MARTINEZ, F AVENI, P BOCCINI, M KWIATKOWSKI, M BUSOLINO, B PILO, A NIEVAS, G VIGO
- 0169 ESTENOSIS SUBGLÓTICA TRAUMÁTICA REPORTE DE CASO**
JM LESCANO
- 0170 INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO**
J RODRIGUEZ LOUZAN, A RAMOS, A DOGLIOTTI, C LOVESIO
- 0199 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD, DIAS DE INTERNACIÓN Y ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA**
J VALLEJOS, MG RODRIGUEZ-ALVAREZ, F CARVAJAL, S BERTOZZI, A TAMAYO, G RODA, M RIELLO, S RESSEL, H COLLAZOS, A BAIRACLIOTTI, E AVELLANEDA, N NACCARELLI, G VANDAELE, MG IURMAN, W VIDETTA, M WILCHES, B FERNANDEZ, J MORALES, R GARNICA, W VELIZ, O FLORES, Y MELGAR, J ALBARRACIN, A SAENZ
- 0245 ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR EN PACIENTES CRÍTICOS: EXPERIENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD**
B RODRÍGUEZ, D BELLINI, PI MARTÍNEZ, G MOLINA MANCERO, E DESCOTTE, F LÁSCAR, MA BLASCO, JF CHERTCOFF

26/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12**Infectología 2**

FOYER JACARANDÁ

- 0044 CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE CON LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO**
G GALVAN, M GUARACHI, H QUEZADA, M DEGUARDIA, A ANTIK, A FIORANELLI
- 0094 PERICARDITIS BACTERIANA POR ESCHERICHIA COLI; UNA CAUSA ATÍPICA DE DOLOR TORÁCICO**
D LOPEZ CALLEJA, M PONCE, B NAVARRO, V CUELLO, C CHAVEZ AGUILAR, G TRIAS, F CHAVEZ, W STOERMANN, A PIRIZ
- 0106 COLESTASIS FARMACOLÓGICA POR PIPERACILINA-TAZO-BACTAM**
MF CORBACHO RE, MD RE, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0107 NEUMOENCEFALO MASIVO Y MENINGITIS POSTNEUROQUIRURGICA SECUNDARIA A LESION MASTOIDEA. UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE DE LA DESCOMPRESION MICROVASCULAR DEL NERVIIO TRIGEMINO**
C CHAVEZ, M PONCE, D LOPEZ CALLEJA, B NAVARRO, G TRIAS, V CUELLO, D CHIRINO, F CHAVEZ, W STOERMANN, A PIRIZ
- 0193 ENCEFALITIS POR DENGUE. REPORTE DE CASO**
R GREGORI SABELLI, C DOMINGUEZ, P SAÚL, V CHEDIACK, M RODRIGUEZ LLANOS, F GIL ZBINDEN, C BISPO, JM FERNANDEZ, JC CHOMYN, N CHACON, E CUNTO, F JANOTA, O VILLAR, J SAN JUAN
- 0194 USO DE BACLOFENO INTRATECAL EN TÉTANOS. REPORTE DE CASO**
C DOMINGUEZ, V CHEDIACK, P SAÚL, R GREGORI SABELLI, E CUNTO, MDLM NANO, E CORTEZ, S CACERES, L GONZALEZ, P VELASQUEZ LOPEZ, AM VERA SANCHEZ, JJ VIDELA, E MOON, JC CHOMYN, G MAMMOLITI, O VILLAR, J SAN JUAN
- 0200 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE MONO-RENO. PRESENTACION DE CASO**
MA FLORES MONTES, A TORRES, G IZZO
- 0202 PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ENCEFALITIS DE SAN LUIS EN EL ÁREA METROPOLITANA BUENOS AIRES**
MA FLORES MONTES, D DOMINGUEZ, M CIESLIKOVSKI, I PRIETO, E DI VIRGILIO, G POUSTIS, L DE VEDIA, JC CISNEROS, R PRIETO, A SEIJO
- 0233 MEDIASTITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE, QUE INTERCURRE CON SÍNDROME DE LEMIERRE, A PROPOSITO DE UN CASO**
MR MARINO, R VISINTIN, J LASSAGA, G EZCURRA, D VILLANI
- 0262 MENINGOENCEFALITIS POR LISTERIA EN INMUNOCOMPETENTE**
V CHEDIACK, R GREGORI SABELLI, E CUNTO, MDLM NANO, C DOMINGUEZ, P SAUL, E CORTEZ, N CHACON, JC CHOMYN, JM FERNANDEZ, C BISPO, O VILLAR, J SAN JUAN
- 0266 MIOCARDITIS POR CITOMEGALOVIRUS, A PROPÓSITO DE UN CASO**
A BRAIDA, D LERMAN, A ANZIANO, P TRUCCOLO, M RE, F CORBACHO RE, D BAGILET, J SOLA, C SETTECASE, JM BICIUFFA, V OGGERI
- 0289 PARÁLISIS FLÁCIDA DESCENDENTE DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA. REPORTE DE CASO**
K MENA, G MELINA, I FERNANDEZ CEBALLOS, JM DIANTI, M LAS HERAS, S GIANNASI, E SAN ROMÁN

27/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13**Obstetricia Crítica y Misceláneas**

FOYER JACARANDÁ

- 0005 PRESENTACION DE UN CASO:HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTANEO: SME DE WUNDERLINC**
E SIMES, F OLIVERA, L GUILLLEN, S MERCADO

- 0017 HEMOFILIA ADQUIRIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO**
D ANGARITA RUEDA, M EMMERICH, C TRUJILLO, F HUERTAS, VC FUENTES GUZMÁN, M VILLEGAS, B ASCUÉ, A BUITRAGO, M CHURBA, A BRAVO, M CANALE, G OYHANARTE, N ESPINOZA, J SANCHEZ
- 0023 CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL GUIADA POR ULTRASONIDO CON TRANSDUCTOR SECTORIAL DE BAJA FRECUENCIA EN PACIENTES INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS "DR. LEÓNIDAS LUCERO" DE BAHIA BLANCA**
LR MARTINEZ, MG ROJAS, PE KOLLER, LE LAMOT, AB DE SALVO, VE FUKS, AM QUISPE LAIME, M PETASNY
- 0028 HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS PRODUCIDAS POR CAUSAS METABÓLICAS O INTERCURRENTES**
MP LUJAN, RG LEDESMA FERRARO, S CERINO
- 0039 HEMORRAGIA PUERPERAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: REPORTE DE UN CASO**
PS CALAMARI, M MONTENEGRO, G MEDINA
- 0045 UTILIDAD DE LA HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL LLENADO. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. HOSPITAL PÚBLICO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA "SAN BERNARDO". AÑO 2016**
SN CRUZ, DI FERRUFINO, RM, MERCADO, SM ROJAS, AM, VARGAS, GM YAPURA
- 0046 5º HELLP CON LACERACIÓN Y HEMATOMA HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA**
S PEREIRA, R FERNÁNDEZ, L LOPEZ, M LARRIBAU, V ORDOÑEZ, L VIOLA, S ARANCIBIA, E ROJO, I SANTOLAYA, E CABRERA, C OTTAVIANI
- 0053 MODELO DE GESTIÓN HUMANIZADO PARA LA PACIENTE INTERNADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS OBSTÉTRICOS**
C CANSECO, C ALVAREZ
- 0124 PRIMER REGISTRO TUCUMANO DE TROMBOEMBOLISMO DE PULMON DURANTE EL EMBARAZO**
L PEREYRA, PA MONTOYA, C CANSECO, C ALVAREZ, A FERNÁNDEZ, MF GÓMEZ
- 0242 PURUPURA TROMBOCITOPENICA INMUNE SECUNDARIA A LUPUS ERMATOSO SISTEMICO CON PERDIDA DE RESPUESTA**
VH OCAMPOS, N CONSUELO ARIAS, J MORENO, M NAHRA, JA VOSS, MA FLORES, J VELAZCO, T SIERRA, G CABRERA, MS DOGLIOLI, W DAVALOS, JC COGORNO, J MARCOS, E CORREGGER

27/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14**Pediatría 3**

FOYER JACARANDÁ

- 0054 PLATIBASIA CON IMPRESIÓN BASILAR: UN MOTIVO INFRECUENTE DE FALLO EN LA DESVINCULACIÓN DE ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA**
E LUIZAGA, F PODESTA, K CINQUEGRANI, W BARBOSA, A PICCIRILLI, D OTERO, M RABINO
- 0055 SUCUESTRO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO**
L LOPEZ, F PODESTA, A BORDOGNA, K CINQUEGRANI, P MEDICI, D OTERO, A PICCIRILLI
- 0061 SÍNDROME DE QT PROLONGADO EN UTIP. IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO EN EL MANEJO INICIAL**
J PONCE, E FERNANDEZ, R ALTAMIRANO
- 0097 SINDROME QT PROLONGADO: CASO REPORTE**
G BONETTO, B GERMAN
- 0098 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMEDAD DE MOYA MOYA: CASO REPORTE. SEGUIMIENTO A 2 AÑOS**
G BONETTO, P VAUDAGNA

- 0101 HEMIFEROTOMÍA: ALTERNATIVA PARA EPILEPSIA INCAPACITANTE. REPORTE DE DOS CASOS**
G BONETTO, F PUEYREDON, M OLENDER
- 0123 TETANIA NO HIPOCALCEMICA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA. CASO CLINICO**
R ALTAMIRANO, J PONCE, E FERNANDEZ
- 0132 ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTINMDAR. REPORTE DE CASOS**
G APARICIO, SN GIACOBINO, MH GIAMPIERI, R MIGUEZ, M RABINO, A SILVESTRE, N TODARO, O RECUPERO
- 0149 BOTULISMO POR HERIDA: REPORTE DE UN CASO**
V ANZE, M MOSCIARO, E DAVILA, L PIOVANO, C CARBO, B PEREYRA, P SEGUI, L LLANOS, G ECHENIQUE, I MARINELLI, J IPHAIS, D MARCONI, MS GUERRERO, S RIVEROS, P QUINTEROS, M SANCHEZ PERI
- 0154 TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL TRAUMATISMO GRAVE DE CRÁNEO E HIPERTENSION ENDOCRANEANA REFRACTARIA EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO**
P CAPORAL, G APARICIO, A BORDOGNA, PA CASTELLANI, ME GUTIERREZ MEYER, O RECUPERO, B DANIEL GUSTAVO
- 0303 UN NUEVO DESAFIO PARA LA ENFERMERIA PEDIATRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. TRATAMIENTO CUTANEO Y DE MUCOSAS EN EL NIÑO CON STEVENS-JOHNSON Y NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA**
AER TOLAY, MR CORIA, MDV ROJAS, NIC TEJERINA

27/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15**Neurointensivismo 2**

FOYER JACARANDÁ

- 0048 HEMATOMA SUBDURAL ESPONTANEO EN PACIENTE CON DEFICIT CONGENITO DE FACTOR V: TRATAMIENTO CONSERVADOR**
B ASCUE, M EMMERICH, J NIEVES, V FUENTES GUZMÁN, M VILLEGAS, D ANGARITA RUEDA, A BUITRAGO, M CHURBA, A FLORES, C TRUJILLO LARREA, A BRAVO
- 0072 TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR. REPORTE DE UN CASO**
MC PALACIO, JC MEDINA, R SANTOS, M CHAMADOIRA, A PÉREZ, A FLORES, G DOROSUK
- 0073 DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. REPORTE DE UN CASO**
MC PALACIO, JC MEDINA, R SANTOS, M CHAMADOIRA, A PÉREZ, A BALDIVIEZO
- 0077 TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL Y SU PROGRESIÓN INTRATRAMIENTO**
PG PERLO, ML CAMPASSI, M VIGLIONI, FG REPETTO, FP TRAVERSO, ML ANGIOLINI, A FORERO, NA PICARD, CA ZANARDI, G AMENDOLIA, LA CAMPUTARO
- 0084 CAMBIOS DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA Y MONITOREO CON DOPPLER TRANSCRANEANO DURANTE LA HEMODIÁLISIS INTERMITENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
A TORO, L TUMINO, S CARINO, R REINA, C LOUDET, S BARRIOS, R ROJAS MEDRANO, J CONDE, A PASARELLI, P LORAN, L CHOQUE, V ABBATICCHIO
- 0091 TROMBECTOMIA ENDOVASCULAR COMO PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR. REPORTE DE CASO**
F SALVANESCHI, MDLA HEREÑU SAAVEDRA, MA TORRES LORA, A PESTANA SALCEDO, DM MAGOSEVICH, E LUNA, ME FANDIÑO, S CÁRDENAS, MF BEJARANO, F MATAR, GL OLARTE, VM CANNATELLI, N BAREDES
- 0100 STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO: ¿ENCEFALITIS LÍMBICA?**
M RÉ, MF CORBACHO RE, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET

- 0146 EXPERIENCIA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN PACIENTES DE UN SANATORIO DE CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑOS 2010-2015**
E LUNA, ME FANDIÑO, GL OLARTE, DM MAGOSEVICH, VM CANNATELLI, N BAREDES
- 0164 TROMBECTOMIA MECANICA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO AGUDO EN UN PACIENTE ANTICOAGULADO**
E ALVAREZ, B HUNTER

27/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16**Shock - Medio Interno 2**

FOYER JACARANDÁ

- 0019 EL BALANCE HIDRICO COMO PREDICTOR DE MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES QUEMADOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL**
J BONIFAZI, M BONO, J LEIVA
- 0026 USO DE AZUL DE METILENO EN SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO**
B TORT ORIBE, M TOVAR, G CASTAÑO, D IVULICH, M KLEINERT, A SOSA, J OSATNIK
- 0070 EFECTOS DE LA REANIMACION CON LIQUIDOS UTILIZANDO EL MONITOREO PICCO EN PACIENTES CON PANCRATITIS AGUDA GRAVE**
A FELDMAN, D VARELA, D QUARANTA, C PINO, N GUMIELA, L NAVEIRO, C CANESA, A PERAZZI, J YALOSKE, R ALVARADO, E ARISTA, A MARINO, M GUAYMAS
- 0079 INJURIA RENAL AGUDA (IRA) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO**
Z ARANDA SCARPELLINI, J ACOSTA, R AYALA, M CAZÓ, C ORTIZ OVELAR, MDC ROMERO
- 0109 SINDROME HEMOFAGOCITICO**
M QUIROGA, V CUBILLA, S QUIROGA
- 0117 SÍNDROME DE WÜNDERLICH (HEMATOMA RENAL ESPONTÁNEO) A PROPÓSITO DE UN CASO**
C CEREZO, S ALBANESE, R AVILA
- 0125 VALOR PRONÓSTICO DE LA PRESION INTFRAABDOMINAL, EN PACIENTES CON PATOLOGIA SEPTICA**
E BERTOLUZZI, L CAPCHA, S RIVERO, M GARRIBIA, A PEÑALOZA
- 0129 MONITOREO DE CALCIO, CREATINOSFOQUINASA Y LESION RENAL AGUDA EN TRAUMA: RELACION CON LA MORTALIDAD**
RE DARCANO, C ARANCIBIA, MDLA PONCE, C BELTRAMO, PB PAHNKE, S PAVAN, MC VIGNETTA
- 0139 INTOXICACIÓN CON PARACETAMOL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO**
JM SILVA, NA SEGURA, MI MATTIOLI, O CORREA, I KLYMENKO, MDLP SURRACO, G ABALLAY, A SANTA MARIA, A PALAZZO, D NOVAL, G CUETO, O IMVENTARZA, S ILUTOVICH

27/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17**Infectología 3**

FOYER JACARANDÁ

- 0015 SHOCK SÉPTICO POR ACRHOMOBACTER SPP. A PUNTO DE PARTIDA SITIO QUIRÚRGICO (LIFTING FACIAL)**
VC FUENTES GUZMÁN, M EMMERICH, J NIEVES, A FLORES, M VILLEGAS, B ASCUÉ, A BUITRAGO, D ANGARITA RUEDA, M CHURBA, N ESPINOZA, M CANALE, A BRAVO
- 0038 BACTERIEMIA RELACIONADA A CATÉTER POR PEDIOCOCCUS**
H QUEZADA, M GUARACHI, M DEGUARDIA, G GALVÁN, G LEVY HARA, A ANTIK, A FIORANELLI

- 0119 PURPURA FÚLMINANS POR COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN PACIENTE CON MENINGOCOCCEMIA**
N VERGOTTINI, H VILLACRES, D LOPEZ CAMPOS, Y GONZALEZ, L RODRIGUEZ, L GARCIA IRIARTE, A SCHAER, JM BAZZANO, N MOLINA, M TORRES BODEN, C COZZANI, ME BRAÑA, G CUETO, N JACOB
- 0121 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN PACIENTE NO HIV-SIDA**
H VILLACRÉS, V NICOLAS, LC DIEGO, C CARLOS, B PAMELA, G YAEL, R LORENA, GI LUCRESIA, S ARIANNE, B JUAN, M NATALIA, C WANDA, B CARLA, B ENRIQUETA, TB MARGARITA, C GRACIELA, A LEANDRO, C VIVIANA
- 0126 ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y POLITRAUMA**
L LACOMBE
- 0152 MENINGITIS TUBERCULOSA**
ME VALDEZ, GL GALINDEZ, G BREITLING, JE POLLINI, M BORRONI, S SILLITANO, R D'AMATO, J CASTAGNINO
- 0153 NEUMONIA HOSPITALARIA EN UNA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS**
OR GALLINI, MC DE RUEDA, C RUANO, C COLOMBO
- 0171 HIPERINFESTACION POR STRONGILOIDES STERCORALIS PRESENTACION DE CASO DE UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE PROVENIENTE DE LOS VALLES DE SALTA**
C ARCE
- 0175 ASOCIACIÓN ENTRE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES**
IL MEDINA MORENO, F BARBERIS, G GENOVESE, F MARTINEZ, C VERA OCAMPO, G RAMOS
- 0180 REPORTE DE EMPIEMA PLEURAL ASOCIADO A NEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO POR FUSOBACTERIUM SPP: A PROPÓSITO DE UN CASO**
AD RODRIGUEZ FLORES, SIC CASTRO, A MARTINEZ, P BOSCHINI, R BURGOS, J RISSO PATRÓN, RS QUIROGA, L D'ALESSANDRO, E ROJAS, E GARECA, J BADINO, O CRISTALDI
- 0056 REVISIÓN DE LAS INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HIGA SAN MARTIN: UN ANÁLISIS DE TRES AÑOS**
SI CASTRO, A TUDURI, S PALOMBARANI, M ALMUZARA, A RODRIGUEZ FLORES, E ROJAS, O CRISTALDI
- 0067 RESPECTO DE UN CASO: ABCESO EPIDURAL Y MENINGOENCEFALITIS COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA**
RP MENENDEZ, MC CARCEDO, MG PEREYRA, R FERNANDEZ, R GARCIA TURIELLA, E VERA
- 0069 NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR**
A FELDMAN, D VARELA, A PASQUINI, C PINO, N GUMIELA, C POZO, N FALCON PEREZ, N TIRIBELLI, M LOMPINZANO, G SIBILA, V NUNNES, A MARINO, C CANESSA, V GIUBIS, M PASTOR, M GUAYMAS
- 0071 ANALISIS DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**
A FELDMAN, V NUNES, M LOMPINZANO, G SIBILA, D VARELA, L NAVEIRO, A PASQUINI, C CANESA, N FALCON PEREZ, A MARINO, M GUAYMAS
- 0086 IMPACTO DEL CAMBIO DE UNIDAD FÍSICA EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN LA CBA**
G GENOVESE, C GAZZANO, F BARBERIS, F MARTINEZ, G RAMOS
- 0093 REPORTE DE UN CASO DE EOSINOFILIA Y SINTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADOS A DROGAS ANTITUBERCULOSAS**
MA TORRES LORA, MDLA HEREÑU SAAVEDRA, F SALVANESCHI, A PESTANA SALCEDO, DM MAGOSEVICH, E LUNA, ME FANDIÑO, MF BEJARANO, S CÁRDENAS, F MATAR, GL OLARTE, VM CANNATELLI, N BAREDES
- 0099 ABSCESO CEREBRAL POR MUCORAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN**
M RÉ, MF CORBACHO RE, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0113 ABSCESO CEREBRAL POR SAMR DE LA COMUNIDAD SIN PUERTA DE ENTRADA EVIDENTE**
A BELLOCCHIO, B ALVAREZ, M RAGAZZOLI, D FERNANDEZ, R COSTABILE, M MASIP, G APACA, F DADOMO, C LLERENA, S VENEZIA, G CARDONATTI
- 0114 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER**
A FELDMAN, V DANIEL, N FALCON PEREZ, D QUARANTA, C PINO, N GUMIELA, V NUNES, A MARINO, M GUAYMAS
- 0116 DEMENCIA SUBAGUDA SECUNDARIA A ENCEFALITIS POR PRIONES – ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB**
D LÓPEZ CAMPOS, A SCHAER, P BOTTA, C BOULAN, V CABRAL, N VERGOTTINI, Y GONZÁLEZ, H VILLACREZ, C COZZANI, E BRAÑA, G CUETO, M TORRES BODEN

27/08/2016 - 13:30 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18

Infectología 4

FOYER JACARANDÁ

- 0050 UN CASO ESPECIAL: CURA HÚMEDA Y SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES**
C OTTAVIANI, R FERNÁNDEZ, L SORIA, V ORDOÑEZ, L VIOLA, S ARANCIBIA, E ROJO, E CABRERA, I SANTOLAYA, S PEREIRA, L LOPEZ

0005 HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO: SME DE WUNDERLINC

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

Introducción: El hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE), es una hemorragia retroperitoneal sin traumatismo. Patología de presentación infrecuente, de etiologías diversas, representando un reto y a veces es motivo de múltiples estudios. El diagnóstico se realiza por lo general por técnicas de imágenes o intraquirúrgico, dependiendo de la gravedad del pte. Los signos característicos son el dolor y el Shock hipovolémico.

Caso Clínico: Varón 59 años, antecedentes de miastenia gravis y diabetes no insulino dependiente, ingresa a UTI por crisis miasténica que requirió AVM, pulsos de corticoides con metilprednisolona e IgG, mejorando fuerza muscular, se logra destete 9 días más tarde, presenta de forma súbita dolor en cadera irradiado a fosa lumbar y flanco acompañado de hipotensión arterial, caída de hematocrito de 10 puntos y masa abdominal retroperitoneal compatible con hematoma en TAC. Requiere infusión de volumen, GRS, para corregir volemia, estabiliza el shock hipovolémico hemorrágico y es derivado a centro de mayor complejidad donde se realiza conducta expectante del mismo y no requirió cirugía, con posterior alta sanatorial. El paciente no había tenido catéteres femorales, anticoagulación y se descartaron tumores renales.

Conclusiones: El HRE es una entidad poco frecuente. Hemos encontrado casos reportados, ninguno asociado a miastenia. Se describen múltiples causas, como diátesis hemorrágica, tumores, arteriosclerosis, aneurismas aórticos, angioliomatosis renal, etc. El HRE puede producir trastornos graves como compresión de la vena cava y estructuras adyacentes, hemorragia activa que requiere de corrección de la volemia y hasta cirugías de urgencia por descompensación hemodinámica.

Presentamos este caso dado a la infrecuencia del mismo asociado a miastenia gravis, sin otro factor predisponente de sangrado espontáneo y a la evolución del mismo, ya que son patologías poco comunes. Por lo general el diagnóstico se realiza por imágenes en busca de abdomen agudo.



0007 INICIO DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE SAN JUAN

I VEGA(1), LA CLAVEL(1), J PONCE(1), C FLORES(1), B SANROMAN(1), E FERNANDEZ(1), L FIGUEROA(1), R ALTAMIRANO(1)
(1) Rawson.

Introducción: El niño críticamente enfermo se encuentra en riesgo de desnutrición y se debe instaurar un soporte nutricional precoz.

El soporte metabólico nutricional (SMN) debe formar parte de la estrategia terapéutica desde el comienzo en todo niño grave internado en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). El objetivo del SMN es aportar al niño sustratos en calidad y cantidad, y en el plazo necesario para que su organismo en estrés pueda utilizarlos.

Objetivos:

- Establecer la población de pacientes que alcanzan la meta calórica.
- Determinar la cantidad de pacientes que lograron la SMN temprana.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo y transversal. Se usó como muestra a los pacientes internados en la UCIP del Hospital Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, en julio de 2015 a diciembre del mismo año. Se confecciona una planilla con datos procedentes de la historia clínica individual desde el ingreso hasta el día sexto. Se realizaron gráficos con Excel.

Resultados: De la población establecida, N= 116, un promedio de 42,43 meses de edad. El inicio de la SMN el 80,17% (n=93) comenzó de forma temprana; el 2,58% (n=3) intermedia y el 3,44% (n=4) tardía. El 13,79% (n=16) no se alimentó durante el intervalo de días establecidos. La meta calórica, el 32,75% (n=38) de los pacientes la alcanzó a las 24 horas del ingreso a UCIP; el 16,37% (n=19) a las 48 horas; el 10,34 % (n=12) alcanza la meta antes de las 72 horas; el 6,03 % (n=7) luego de las 72 horas. El 34,48% (n=40) no alcanzó la meta al cabo de 6 días de ingresados.

Conclusión: Apenas lograda la estabilización hemodinámica se debe comenzar con el SMN, hacerlo antes sería contraproducente, pero la demora provoca secuelas que prolongan la estadía en la UCIP. Pudimos ver que un alto porcentaje logra iniciar de manera temprana el SMN, un porcentaje de pacientes que correspondió al 13,79% no pudo ser alimentado en el lapso de tiempo comprendido de seis días, logró alcanzar la meta calórica antes del quinto día a la mitad. Se continuará con el estudio en una segunda etapa y ampliar los datos incluyendo más variables.

0008 NEUMOPERITONEO ASOCIADO A VENTILACIÓN MECÁNICA

J PONCE(1), LA CLAVEL(1)
(1) Rawson.

Introducción: El barotrauma asociado a ventilación mecánica se encuentra ampliamente detallado en la bibliografía de medicina crítica pediátrica. Sabemos que Presiones en vía aérea mayores a 50 cm de agua en modelos animales provocan neumomediastino y mayores a 60 neumoperitoneo. Solo un 5- 15% de los neumoperitoneos no están asociados a patología de víscera hueca. Los objetivos planteados con esta presentación son describir un caso clínico acerca de neumoperitoneo asociado a ventilación mecánica y realizar una revisión bibliográfica del tema a fin de una evaluación retrospectiva de lo actuado.

Materiales y métodos: Descripción de caso clínico. Se utilizó la historia clínica del paciente en cuestión.

Desarrollo: Paciente de 10 meses, femenino que ingresa a la UTIP por insuficiencia respiratoria, requiere de ventilación mecánica y luego de 48 hs de evolución presenta neumotórax acompañado de neumomediastino. Es drenado quirúrgicamente el primero y a las 24 hs sufre una desmejoría súbita con hipoxemia refractaria e hipotensión arterial. Se diagnostica Síndrome Compartimental Abdominal luego de la medición de PIA (36 cmH₂O). Se realizó ecografía de urgencia en la cual no se visualizó líquido libre (método FAST). Se coloca drenaje en fosa iliaca izquierda logrando descompresión y mejora cardiorespiratoria. A las horas requiere de la colocación de un drenaje abdominal por cirugía pediátrica a causa de repetición del cuadro. La paciente continúa en ARM modo VAFO y a los 15

días de internación pasa a terapia intermedia. Se otorga egreso requerimiento de oxígeno suplementario.

Conclusiones: Si se trata de un neumoperitoneo con grave deterioro hemodinámico y respiratorio, con hipotensión arterial con disminución del gasto cardíaco y aumento de las resistencias periféricas y con disminución del retorno venoso, causantes de hipoxemia, hipercapnia y gran elevación de las presiones de la vía aérea, es preciso realizar una descompresión abdominal de inmediato mediante un drenaje intraperitoneal o practicar una laparotomía descompresiva; con esto se logra habitualmente superar el riesgo de muerte.



0009 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL G. RAWSON DE SAN JUAN, DURANTE EL PERIODO 2015-2016

L FIGUEROA(1), J PONCE(1), LA CLAVEL(1), C FLORES(1), I VEGA(1), B SANROMAN(1), E FERNANDEZ(1), R ALTAMIRANO(1) (1) Rawson.

Introducción: El desarrollo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en los hospitales ha significado un avance impor-

tante en la atención de los pacientes en situación crítica al lograr un empleo estratégico de la tecnología y de los adelantos terapéuticos con miras a restaurar la salud y a mantener una adecuada calidad de vida. La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico debe tener un claro conocimiento de las características epidemiológicas de la población infantil a la que asisten, para de esta manera, mejorar las aficiones y habilidades del personal con el que se trabaja y poder objetivar el resultado final obtenido. Además, representan un alto porcentaje del presupuesto de los hospitales y esto tiende a aumentar con el tiempo. Es por eso que estos cuidados no pueden prestarse ni ampliarse sin una evaluación previa de las necesidades y de la eficacia, motivo por el cual decidimos realizar la presente investigación.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes que ingresan a UCIP.

Identificar los motivos de ingreso más frecuente a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Realizar un promedio de la permanencia de los pacientes que ingresan en la unidad.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se registraron todos los pacientes ingresados en período 1 de Mayo/15 y el 31 de enero/16. Los pacientes que reingresaron en nuestra Unidad se consideraron como caso independiente. Se excluyeron los pacientes que ingresan a la UCIP en paro cardíaco y no resuelven dicha situación a pesar de haber recibido reanimación cardiopulmonar. Los datos fueron analizados con EpiInfo7.

Resultados: N: 188. Sexo: Femenino 49%, Masculino 51%. Edad: 3.3 años.

Motivo de ingreso: Respiratorio 47.3%; Postquirúrgico 6.38%; Neurológico 12.2%; Causa externa 4.79%; Cardiovascular 4.79%; Otras 24.47%.

Procedencia: Terapia intermedia 30%; Internación pediatría 27%; Guardia externa 25%; Otro 17%.

Días de estadía: 7.4 días.

Sobrevida: 82.2%/ traslado a otra UCIP 2.15% y mortalidad 15.05%.

PIM2 promedio: 15.2%

Conclusiones: No hubo diferencias significativas entre varones y mujeres.

La causa de ingreso más frecuente fue la respiratoria.

El mayor porcentaje de los ingresos provinieron de internación previa en el hospital (internado común y terapia intermedia).

La sobrevida fue similar a trabajos similares publicados y se correlaciona con el PIM2.

0010 COMPLICACIONES MECANICAS TEMPRANAS ASOCIADAS A LA COLOCACION DE CATETERES VENOSOS DE CENTRALES DE CORTA PERMANENCIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

C FLORES(1), J PONCE(1), LA CLAVEL(1), I VEGA(1), B SANROMAN(1), L FIGUEROA(1), R ALTAMIRANO(1), E FERNANDEZ(1) (1) Rawson.

Introducción: En la Unidad de Terapia Pediátrica (UTIP) debido al estado crítico de los pacientes que permanecen internados en las mismas, es habitual el uso extensivo de Cateteres Venosos Centrales (CVC) ya que permiten el acceso al monitoreo hemodinámico, administrar drogas inotrópicas de forma segura además de diversos fármacos y hemoderivados; facilitar toma de muestras y soporte nutricional parenteral. Desafortunadamente su uso puede estar asociado con episodios adversos que aumentan la morbimortalidad de pacientes, su estancia hospitalaria y aumentar los costos intrahospitalarios.

Objetivos: Evaluar la frecuencia e identificar tipos de complicaciones mecánicas tempranas asociadas a colocación de los CVC en pacientes de la UTIP.

Materiales y método: Estudio prospectivo y descriptivo. La muestra fueron los pacientes de la UTIP del Hospital Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, a los cuales se les colocaron CVC duran-

te el periodo comprendido entre el 01 de Mayo/2015 y el 31 de Enero/2016. Se excluyeron los CVC colocados fuera de la UTIP. Se utilizó Epiinfo7.

Resultados: Se colocaron 180 CVC, la relación catéter/paciente de 1.5. Los profesionales operadores cirujano/anestesiista 35,56%; medico de planta 36,11%; médico residente 28,33%. El sitio de colocación subclavio 74.4%; yugular 15% y femoral 10.5%. En nuestro estudio se presentó el 23.75% de complicaciones: malposición 58.1%; neumotórax 23.6%; punción arterial 16.3% y otros 2.33%. Las complicaciones según operador: 35% cirujano/anestesiista; medico de planta 36% y médicos residentes 28%. En los pacientes que han tenido más de tres intentos para la colocación del CVC el porcentaje de complicaciones fué 43.7% y en el grupo de menos de tres intentos 16.6%. Solo se usó guía ecográfica en el 14.4% de los CVC y las complicaciones en estos casos fue 13.8%.

Conclusiones: Se presentaron complicaciones mecánicas en casi un cuarto de los CVC, malposición fue la más frecuente. La vía de acceso vascular más utilizada fue la subclavia y registraron el mayor porcentaje de complicaciones. Se registró mayor incidencia de complicaciones después de 3 o más intentos para la colocación de CVC. No fue significativa la diferencia de porcentaje de complicaciones según operador. El porcentual de complicaciones en los CVC colocados con guía ecográfica fue baja.

0011 ANALISIS COMPARATIVO ENTRE ANCIANOS Y ADULTOS BAJO VENTILACION MECANICA Y ANALGO SEDACION

M DEHEZA(1), F BRITO FIGUEROA(1), A SCHMIDT(2)

(1) Universidad Del Salvador. (2) Rivadavia.

Introducción: El paciente anciano tiene una menor reserva funcional y mayor mortalidad que los adultos bajo situación crítica. Analizamos si existen diferencias en el uso de Ventilación Mecánica (VM) y Sedo analgesia con los adultos.

Objetivos: Comparar variables de ventilación mecánica y analgo-sedación entre pacientes ≥ 65 años y < 65 años.

Material y métodos: Diseño multicéntrico, descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Población 194 pacientes bajo VM provenientes de 23 terapias intensivas (UTI). Variables dependientes: edad, sexo, Apache II de ingreso, SOFA, Diagnósticos de ingreso a VM, Modos de VM, escala RASS, drogas analgo-sedantes, días de VM y UTI y causas de mortalidad. Estadística: Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar o mediana, las cualitativas como frecuencia y porcentaje. La comparación de medias se realizó mediante el test de Student o Wilcoxon, y las cualitativas mediante la prueba de la Chi cuadrado o test exacto de Fischer egun corresponda. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Comparamos 97 ancianos y 97 adultos. Existieron diferencias en el APACHE II $18 (\pm 6)$ vs $15.5 (\pm 7)$ $p:0.004$ y SOFA DE 7.4 vs 6 $p: 0.002$, motivo de ingreso a VM : mayor SEPSIS, EPOC e insuficiencia cardiaca, menor número de controles día de RASS: $2 (2-3)$ vs $3 (2-4)$ $p:0.04$ en los ≥ 65 años. Ambos utilizaron modos volumétricos, con mas de un modo de VM (74%) vs (58%) $p: 0.001$ a favor de los adultos. La mortalidad en ≥ 65 años (45%) vs (28%) en adultos $P:0.001$. El shock hipovolémico y séptico fueron las causas de muerte mas frecuentes en ancianos. No existieron diferencias en complicaciones por VM, días VM, días UTI y uso de drogas analgo-sedantes. Ambos grupos utilizaron: un 90 % midazolam y fentanilo, RASS de +1 a -3 en el 39 % y < -3 a -5 en el 69%.

Conclusiones: Los ancianos bajo VM mostraron conductas de menor complejidad en la VM y el monitoreo de sedación. No consumieron mas días de UTI y VM, utilizando iguales drogas y nivel de sedación que los adultos apesar de su mayor gravedad de ingreso y mortalidad.

0012 ESCORPIONISMO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN TERAPIA INTENSIVA

G ROSTAGNO(1), G BONETTO(1), B GUZMAN MARTINEZ(1), S SAENZ(1)

(1) Hospital De Niños De La Santísima Trinidad De Cordoba.

Introducción: El escorpionismo en Argentina constituye un problema de salud pública con incidencia en aumento, siendo los niños susceptibles a desarrollar formas graves.

Objetivos: Describir epidemiología y curso clínico de los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) con diagnóstico de escorpionismo. Identificar características y/o biomarcadores relacionados con su evolución.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes ingresados con diagnóstico de escorpionismo severo desde enero de 2010 hasta enero de 2014.

Resultados: Población: 17 pacientes. Medias de edad y PIM II: 39,24 meses, y 23,99. Motivo de ingreso: fallo hemodinámico 41,7%, SNC comprometido 29,41%, fallo respiratorio 17,65% y 11,76% otros. Todos tratados con antiveneno, el 11,76% con 2 ampollas, el 52,94% con 4 y 35,29% con 6. Recibiéndolo antes de 3 hs el 76,47%. El 71% requirió asistencia ventilatoria mecánica (AVM), invasiva en el 65%, duración promedio: 3 días. El 71% presentó edema agudo de pulmón, 65% desarrollo shock cardiogénico hipotensivo y 41% bajo gasto cardiaco severo; requiriendo el 36% levosimendán. El 71% presentó, al ingreso, ECG alterado desarrollando posteriormente arritmias graves. Ecocardiograma patológico el 31%. Injuria renal: 12%. PELOD promedio: 4,85. La CPKmb media al ingreso: 86,2 UI/L y a las 24hs: 57,3, significativamente asociada a shock ($p=0.0477$), necesidad y días de AVM ($p=0.0048$, $p=0.0217$). Hiperamilasemia en el 70%. Ácido láctico medio al ingreso: 20,27 mg/dl, asociándose con shock ($p=0.044$) y requerimiento de levosimendán ($p=0.016$). Estadía media en UTIP: 5 días. Sin mortalidad. Se encontró asociación significativa entre: número de ampollas con días de AVM y UTIP ($p=0,014$; $p=0,018$) así también entre PIM II con shock cardiogénico e hipotensión arterial ($p=0,0018$). Se evidencio relación entre: tiempo de instaurar el tratamiento antiveneno y bajo gasto cardiaco severo ($p=0,015$).

Conclusión: En nuestra serie el escorpionismo grave conlleva alta morbilidad, siendo el edema agudo de pulmón la principal complicación y muy frecuentes el shock cardiogénico, la hipotensión arterial y las arritmias. Se encontraron relaciones ente el número de ampollas y tiempo de administración de antiveneno con la evolución; detectándose CPKmb y ácido láctico como posibles marcadores de gravedad cardiovascular, necesiándose estudios prospectivos.

0013 ESTRATEGIA ALTERNATIVA DE CANULACIÓN PARA VV-ECMO EN UN PACIENTE CON FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR

CA CASABELLA GARCIA(1), F PÁLIZAS(1), M NORESE(2)

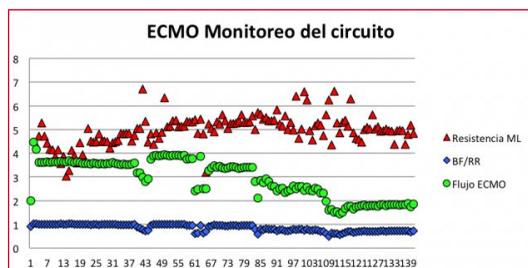
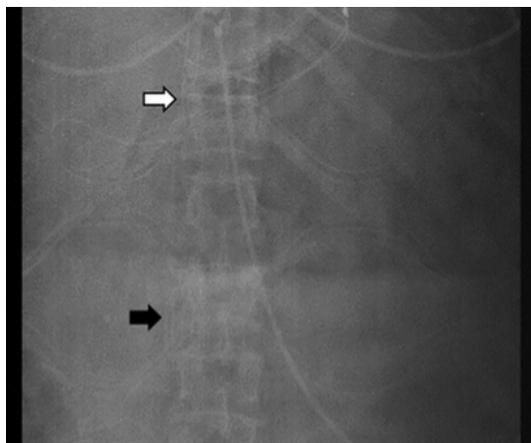
(1) Clínica Bazterrica Santa Isabel. (2) Clínica Bazterrica.

Los pacientes con trauma torácico suelen desarrollar SDRA. Debido al alto riesgo de sangrado, las complicaciones trombóticas en este contexto son difíciles de manejar, requiriendo frecuentemente la colocación de filtros de vena cava inferior (FVCI). La presencia de FVCI puede limitar la canulación para ECMO.

Paciente de 68 años, ingresa por trauma cerrado de tórax por accidente vehicular. Al ingreso presentaba hemo-neumotorax izquierdo, fracturas de escápula, 1 a 4 costillas izquierdas y contusión pulmonar (ISS 27). A las 24 hs, desarrolla insuficiencia respiratoria requiriendo ventilación mecánica (PaFiO2 160 mmHG). Posteriormente se diagnostica trombosis venosa bilateral e inicia anticoagulación debiendo suspenderse por hemotórax progresivo. Se coloca FVCI. 48 hs después presenta shock, neumonía y SDRA grave (PaO2/FiO2 90 mmHG, driving pressure 18 cmH2O, LIS 3.5), a pesar del uso de ventilación protectora, balance negativo y atracurio. El decúbito

prono no se consideró seguro por las fracturas costales e inició VV-ECMO con CDL.

Estrategias de canulación consideradas: remoción del FVCI y canulación femoro-yugular con anticoagulación, canulación femoro-yugular con la punta de la cánula femoral proximal al FVCI, canulación CDL, sin anticoagulación, dejando el FVCI. La primera estrategia no se consideró segura por el hemotórax progresivo. La segunda, podía limitar el flujo de ECMO por colapso de VCI y por el riesgo de progresión de TVP por canulación femoral. Se utilizó CDL 27Fr yugular. ECMO duró 140 hs y el paciente fue decanulado exitosamente. No observamos interacción entre FVCI y ECMO por la succión generada en la VCI. La CDL es una estrategia factible en pacientes con FVCI.



0014 TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE PACIENTES EN ECMO. REPORTE DE DOS CASOS

CA CASABELLA GARCIA(1), F PÁLIZAS(1), M NORESE(2), LD ZULUAGA GONZALEZ(3)

(1) Clínica Bazterrica Santa Isabel. (2) Clínica Bazterrica. (3) Clínica Santa Isabel.

La falla respiratoria suficientemente grave como para considerar ECMO (excepto en pandemias) no excede los 5 a 10 casos por millón de habitantes por año. Considerando esta baja prevalencia, ECMO debería estar organizado en centros de alto volumen de casos. El traslado a centros de ECMO es parte integral de dicha estrategia y se asocia a mejores resultados. El traslado convencional en contexto de hipoxemia o hipercapnia críticas es peligroso. El paciente podría ser estabilizado con circulación extracorpórea y trasladado al centro de referencia. Sin embargo este tipo de traslados no son habituales en nuestro medio. Se presentan dos casos de traslado interhospitalario de pacientes en ECMO, por medio de ambulancia.

El primero es un paciente masculino de 68 años con diagnóstico SDRG grave (PaFiO₂ 42 mmHG) por neumonía. El segundo, una mujer de 42 años con diagnóstico de asma grave secundario a neumonía (EAB pH 6.9 PCO₂ 110 PO₂ 100). Ambos pacientes fueron seleccionados para soporte vital extracorpóreo veno-venoso (SVE), el primero ECMO y la segunda ECCO₂r. Ambos pacientes fueron canu-

lados y conectados a SVE en el centro derivante y posteriormente trasladados en ambulancia por nuestro equipo bajo SVE al centro de nuestra institución. No se observaron complicaciones en los pacientes ni en el circuito durante el traslado. La duración de los traslados (de quirófano derivante a centro de ECMO) fue de 40 y 35 minutos respectivamente y la distancia recorrida fue de 10 km. El traslado de pacientes bajo SVE es factible en nuestro medio.

0015 SHOCK SÉPTICO POR ACRHOMOBACTER SPP. A PUNTO DE PARTIDA SITIO QUIRÚRGICO (LIFTING FACIAL)

VC FUENTES GUZMÁN(2), M EMMERICH(1), J NIEVES(2), A FLORES(2), M VILLEGAS(2), B ASCUÉ(2), A BUITRAGO(2), D ANGARITA RUEDA(2), M CHURBA(2), N ESPINOZA(2), M CANALE(2), A BRAVO(2)

(1) Sanatorio Gemes. (2) Sanatorio Güemes.

Introducción: Dentro de los gérmenes responsables de sepsis, el *Achromobacter spp.* es infrecuente, la mayoría son infecciones intrahospitalarias en pacientes inmunocomprometidos sometidos a procedimientos invasivos. Se trata de un bacilo gran negativo cuya fuente principal son las soluciones acuosas y ha sido aislado en soluciones antisépticas, respiradores, nebulizadores y fluidos de diálisis.

Caso Clínico: Paciente femenina de 55 años, ingresa derivada de otra institución, por presentar disnea súbita asociado a inestabilidad hemodinámica con angioTC de tórax que evidencia imagen compatible con probable TEP. Como antecedente importante cursa 2do día POP de cirugía plástica (lifting facial bilateral). Al examen físico se presenta confusa, con regular mecánica ventilatoria, mal perfundida, herida quirúrgica con pequeño hematoma en región retroauricular derecha.

Inicia anticoagulación con HBPM. Evoluciona con inestabilidad hemodinámica requiriendo soporte vasopresor y ARM, sospechándose shock séptico, por leucocitosis de 35000 al ingreso. Se cultiva e inicia tratamiento ATB empírico con piperacilina-tazobactam y vancomicina. A las 48 hs evoluciona con shock refractario y DMO, SDRG severo requiriendo ventilación protectora, falla renal oligúrica y marcada plaquetopenia con criterios de CID. Se aísla en hemocultivos y cultivo de hematoma de herida quirúrgica *Achromobacter spp.* sensible a piperacilina-tazobactam. En consenso con hemoterapia se decide iniciar plasmaferesis, realizando 5 sesiones en total con buena respuesta clínica. Logra estabilizarse y desvincularse del respirador a los 25 días, externándose posteriormente de UTI.

Conclusiones: Si bien la mayoría de los casos de infecciones por *Achromobacter* ocurren en pacientes inmunocomprometidos, el caso al que nos referimos se trata de una paciente inmunocompetente. Es muy probable que la infección haya ocurrido durante la cirugía estética por algún material o sustancia contaminada en quirófano. Si bien todavía no existe una recomendación fuerte para el uso de plasmaferesis en paciente con shock séptico, varios estudios demostraron mejorar la estabilidad hemodinámica, las disfunciones orgánicas e incrementar las posibilidades de sobrevivencia, sobre todo en pacientes seleccionados dentro del grupo de mayor gravedad. Actualmente, la Sociedad Americana de Aféresis recomienda la plasmaferesis en "sepsis con falla multiorgánica" en categoría III, es decir, su óptimo beneficio no está demostrado y su utilización debe ser individualizada.

0016 UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M VILLEGAS(1), M EMMERICH(1), VC FUENTES GUZMÁN(1), A BUITRAGO(1), B ASCUÉ(1), M CHURBA(1), D ANGARITA RUEDA(1), G TESTA(1), J SANCHEZ(1), G OYHANARTE(1), M CANALE(1), A BRAVO(1)

(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: La Trombosis venosa cerebral es la forma menos común de accidente cerebrovascular. Presentamos dos casos clínicos

con diferentes formas de presentación, con el objetivo de revisar el diagnóstico de esta patología.

Casos clínicos: Paciente femenina de 42 años, con antecedente de consumo de anticonceptivos orales, consulta por cambio en características de cefalea esporádica que cedía con AINES: aumento de la intensidad con fotofobia y cervicalgia, foco motor derecho. LCR: normal. TAC: hematoma intraparenquimatoso del lóbulo fronto parietal izquierdo. Angiorresonancia y Angiografía digital: trombosis de seno venoso sagital superior sin alteraciones aneurismáticas. Se trata con anticoagulación: buena evolución.

Segundo caso: femenina de 65 años con AP de HTA, hipotiroidismo, obesidad, con cuadro de cefalea holocraneana intensa con pérdida de conciencia y convulsiones tónicoclónicas generalizadas. La paciente requirió ARM. TC encéfalo sin signos de sangrado ni LOE. Angio-resonancia: trombosis del seno venoso superior + aneurisma de carótida, EEG: sin actividad convulsiva. Evolucionó sin secuelas, con tratamiento anticoagulante. Se pasa a sala general.

Comentario: La Trombosis venosa cerebral representa tanto un reto diagnóstico como terapéutico, debido a la alta variabilidad de presentación y a la falta de un consenso terapéutico claro. Los primeros casos fueron reportados asociado con el puerperio y procesos sépticos, pero a partir de la utilización de antibióticos la etiología infecciosa disminuyó y hoy en día la TVC primaria o aséptica es la forma más común de este padecimiento.

Afecta a adultos jóvenes y niños, con una incidencia anual de 3 a 4 casos por millón de población y alrededor del 75% de los pacientes son mujeres. Constituye el 0.5% de todos los eventos vasculares cerebrales a nivel mundial. El diagnóstico neurorradiológico más sensible y específico es la imagen por resonancia magnética combinada con venorresonancia. Tiene una mortalidad del 10% y la recurrencia se sitúa en 2,8 por cada 100 casos a pesar de terapia anticoagulante.

Los casos que presentamos nos alertan de las diferentes formas de presentación, edades y con antecedentes distintos.

Los objetivos de su evaluación oportuna incluyen confirmar que se trata de una TVC para establecer tempranamente el tratamiento adecuado.

0017 HEMOFILIA ADQUIRIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D ANGARITA RUEDA(1), M EMMERICH(1), C TRUJILLO(1), F HUERTAS(1), VC FUENTES GUZMÁN(1), M VILLEGAS(1), B ASCUÉ(1), A BUITRAGO(1), M CHURBA(1), A BRAVO(1), M CANALE(1), G OYHANARTE(1), N ESPINOZA(1), J SANCHEZ(1)
(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: La Hemofilia Adquirida, es una enfermedad poco frecuente, se produce un trastorno de la hemostasia, debido a la producción de autoanticuerpos que inactivan el factor VIII. Inicialmente clasificada como idiopática, o relacionada con enfermedades auto-inmunes, tumores sólidos, drogas, embarazo/puerperio

Caso clínico: masculino de 79 años con antecedentes de HTA, sin antecedente personal o familiar de diátesis hemorrágica, sin medicación habitual. Presenta aparición de hematomas cutáneos de 3 semanas de evolución a predominio en tronco y extremidades, asociado a hematuria, y epistaxis. Ingresa lúcido, afebril, con equimosis. Laboratorio: TP 80, KpTT 180 Factor IX 65% FVW: Ag: 1,0 u/ml, factor VII 1.2% y bajas concentraciones de factor VIII coagulante (FVIII: C): 10%. Con la presunción diagnóstica de HEMOFILIA ADQUIRIDA, se decide realizar tratamiento inmunosupresor con metilprednisolona, ácido tranexámico y factor VIII recombinante (novo seven) para controlar la hemorragia aguda; se inicia investigación de causa etiológica, que fue negativa. Evolucionando con hemorragia alveolar difusa, requiriendo ARM, intercurriendo con NAR, por SAMR, se indica ATB dirigido; con persistencia de la sintomatología hemorrágica sin respuesta al tratamiento instaurado, fallece.

Conclusiones: La hemofilia adquirida, a pesar de su baja incidencia (1-1,5 caso por millón de habitantes-año), es el más frecuente de los trastornos autoinmunes de la coagulación. Suele asociarse a otras

enfermedades en la mitad de los casos (15% enf. autoinmunes); 15% cáncer, siendo los más frecuentes de próstata y pulmón; 10% embarazo y postparto; 3-5% fármacos) y el otro 50% por fenómeno autoinmune primario (idiopático), siendo esta última causa descrita en nuestro paciente. La experiencia, los reportes de casos y los estudios prospectivos son escasos, en la Argentina el mayor registro de Hemofilia Adquirida publicado es retrospectivo e incluyó 27 pacientes entre 1991 y 2013, con un promedio de edad de 59 años, 18 (66%) eran mujeres y en 15% se asoció a embarazo. El tratamiento precoz es el pilar fundamental, para controlar la hemorragia aguda y la producción de anticuerpos, sin embargo estas medidas tienen efecto transitorio y el paciente persiste con alto riesgo de hemorragias graves en tanto no se logre eliminar el autoanticuerpo patógeno.

0018 FACTORES DE RIESGO DE SOBRE SEDACIÓN EN PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA

M DEHEZA(1), ER BUENO GUTIÉRREZ(1), S MARISSI(1), M CASSARONE(1), A SCHMIDT(1)
(1) Universidad Del Salvador.

Introducción: La sedación es corriente durante la ventilación mecánica (VM). Las guías recomiendan utilizar niveles de sedación superficiales. La sobre sedación (SS) es elevada en Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Analizamos en un estudio multicéntrico las variables asociadas con la SS para un mejor entendimiento.

Objetivo: Definir factores de riesgo asociados a sobre sedación en pacientes bajo VM en UTI.

Material y método: Diseño: Multicéntrico, descriptivo, retrospectivo observacional y transversal. Población: Pacientes 194, mayores de 18 años ingresados durante agosto 2010 hasta septiembre del 2013. a UTIs. bajo VM en veinticuatro unidades, públicas, privadas de CABA y Gran Buenos Aires. Variables Independiente: Demográficas, Score Apache II, días libres de VM, nivel sedo analgesia según RASS, (infra sedación > + 1, normo sedación +1 y -2 vs sobre sedación ≥ -3). Variable dependiente: SS (Rass > -3). Estadística: Las variables se representaron como medias, con desvío estándar (DE) y medianas, con su rango intercuartil según correspondiera. Las variables categóricas se representaron como porcentajes. Se realizó un análisis univariado (AU) con un modelo de regresión lineal entre las variables de interés, posteriormente un análisis multivariado (AM) incorporando las variables significativas del AU y la variable APACHE por su importancia clínica.

Resultados: Un total 194 pacientes, El promedio del APACHE II fue de 17, DE± 6.7. el nivel de sedación se distribuyó: normo sedados 76 (39.18%), Infra sedados 34 (17.53%), y sobre sedados 84 (43.3%). En el AU el APACHE II (p. 0.023), número de camas por medico (p. 0.000), Institución docente (p. 0.046), modos ventilatorios: PCV (p. 0.000) y PSV (p. 0.000), fueron estadísticamente significativas como variables asociadas a sobre sedación. EL AM: número de camas por medico (p. 0.001), Institución docente (p. 0.060) y modos ventilatorios: PCV (p. 0.000) y PSV (p. 0.002), se comportan como factores de riesgo estadísticamente significativas de sobre sedación.

Conclusiones: La internación en UTIs públicas no docentes con reducida relación médico paciente junto al uso de modalidades ventilatorias controladas por volumen, son factores de riesgo para sobre sedación.

0019 EL BALANCE HÍDRICO COMO PREDICTOR DE MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES QUEMADOS EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL

J BONIFAZI(2), M BONO(1), J LEIVA(2)
(1) Cpv. (2) Cordoba.

Introducción: La estrategia inicial en el manejo del paciente quemado es una correcta reanimación con aporte de fluidos según su peso y extensión de superficie corporal quemada. Diferentes

fórmulas son utilizadas con el objetivo de lograr un gasto urinario y parámetros de laboratorio que dirijan el tratamiento en las primeras 48-72hs post-injuria tisular. La tendencia actual es un aporte exagerado de fluidos con repercusión en la morbi-mortalidad de estos pacientes.

Objetivos: Determinar la prevalencia de sobre-reanimación en una serie de casos de pacientes quemados ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva entre los años 2013-2014. Evaluar si las características demográficas, APACHE II, %SCTQ, %SCT-B motivaron un mayor aporte de fluidos en estos pacientes y se correlacionan con mayor mortalidad. Relacionar el desarrollo de sepsis y sobre-reanimación.

Material y Método: Estudio analítico retrospectivo. Datos recolectados de historias clínicas en un periodo de 2 años. Las variables continuas se presentan como media y desviación standard. Los datos categóricos como frecuencia absoluta y porcentaje. Para las variables numéricas se aplicó la prueba T de Student y para las categóricas el test de correlación de Pearson. El valor de $p < 0,05$ se considera estadísticamente significativo.

Resultados: Se recolectaron datos de 57 pacientes de los cuales cumplía los criterios para ingresar al estudio 39. Se dividió la muestra en dos grupos según el aporte de fluidos (reanimación esperada vs sobre reanimación) La prevalencia de sobre-reanimación fue del 72% (28/9,84 ml/kg/% vs (11) 5,15±1,47 ml/kg/%). La mortalidad fue de 32% en el grupo sobre reanimación contra 9% en el otro $p:0,14$. La comparación entre grupos sobre desarrollo de sepsis en los primeros 7 días no mostró diferencias significativas (5(45%) vs 17(60%) $p:0,38$ al igual que los días de ventilación mecánica o mortalidad a 7 días. Hubo diferencia significativa en el Score de APACHE II en el grupo sobre reanimación 14 vs 8 ($p:0,01$). No hubo diferencias entre las características demográficas.

Conclusión: Este estudio demuestra que la prevalencia de sobre-reanimación es alta al igual que en la bibliografía consultada. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad de ambos grupos aunque hubo mayor porcentaje de muertos en el grupo sobrerreanimacion, donde se hubo diferencia en scores de gravedad y %SCTQ-B. Si bien la sobrecarga de fluidos se relaciona con las complicaciones mecánicas como los síndromes compartimentales no se pudo demostrar con este estudio una relación con el desarrollo de sepsis en los primeros 7 días de reanimación quizás por tratarse de un número escaso de pacientes y una muestra inhomogénea.

Tabla. Datos estadísticos de ambos grupos.

| Variables | Reanimación Esperada (n:11) | Sobre-reanimados (n:28) | p |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------|
| ml/kg/%SCTQ | 5,15 ± 1,47 | 9,84 ± 2,05 | <0,001 |
| Edad | 35 ± 20 | 42 ± 16 | 0,28 |
| Sexo (más) | 9 (82%) | 16 (57%) | 0,14 |
| APACHE II | 8 ± 3 | 14 ± 7 | 0,001 |
| %SCTQ | 30,27 ± 10,09 | 31,79 ± 13,65 | 0,74 |
| %SCTQ - B | 4,55 ± 6,92 | 13,43 ± 13,37 | 0,01 |
| Scores Gravedad | | | |
| -UBS | 43,91 ± 25,07 | 72,07 ± 51,14 | 0,02 |
| -ABSI | 6,64 ± 1,75 | 7,93 ± 2,00 | 0,06 |
| Compromiso VA | 4 (36%) | 17 (61%) | 0,17 |
| Días | | | |
| Días UTI | 13,82 ± 12,28 | 21,43 ± 19,19 | 0,23 |
| Días ARM | 1,27 ± 2,76 | 5,86 ± 13,00 | 0,08 |
| Sepsis | 5 (45%) | 17 (61%) | 0,38 |
| Mortalidad | 1 (9%) | 9 (32%) | 0,14 |
| Uso albúmina | 2 (18%) | 11 (39%) | 0,20 |

Tabla 1 Datos estadísticos de ambos grupos.
 %SCTQ: Superficie corpore total quemada. %SCTQ-B: Superficie corpore total quemada grado II.
 VA: vía aérea. UBS: Unit Burn score (SCTQ+BSCTQ-B). ABSI: Abbreviated Burn Severity Index.

0020 SOBREVIVIENDO A LA MENINGITIS TUBERCULOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

AB DE SALVO(1), PE KOLLER(2), VE FUCKS(2), LE LAMOT(2), MG ROJAS(2), LR MARTINEZ(2)

(1) Municipal De Agudos Leónidas Lucero. (2) Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero.

Introducción: La meningitis tuberculosa representa el 1% anual de los casos de tuberculosis, siendo la infección más grave causada por *Mycobacterium Tuberculosis* (M.TBC).

Presentación del caso: Paciente femenina de 44 años, enolista, tabaquista. Consulta por cefalea y fiebre de una semana de evolución, agregando trastorno del habla y desorientación temporo-espacial. Al examen físico febril, taquicárdica, Glasgow 14/15(04M6V4). Presenta rigidez de nuca y paresia de miembro inferior derecho. Tomografía de encéfalo sin alteraciones. Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo(LCR) patológico (Tabla 1).

Se inicia tratamiento cubriendo meningitis bacteriana. La radiografía de tórax muestra imagen cavitada en lóbulo superior izquierdo, confirmando dicha imagen con tomografía de tórax. Se agrega tratamiento antibiótico cubriendo M.TBC.

Persiste febril, con excitación psicomotoriz. Nueva tomografía de encéfalo con contraste donde se observa borramiento de surcos y mayor realce del lóbulo parietal derecho. Se repite punción lumbar (Tabla 2).

Se envía muestra de LCR para PCR y cultivo de M.TBC. Deteriora el sensorio, Glasgow 9/15(M6,V1,O2), con mala mecánica ventilatoria, por lo que pasa a Terapia Intensiva.

Deteriora el Glasgow a 3/15 (O1V1M1). Se realiza intubación orotraqueal y se envía muestra de aspirado traqueal, informándose Ziehl Neelsen positivo. Se recibe PCR para M.TBC en LCR negativo y ADA elevada. Buena evolución clínica, extubándose al día 9 de asistencia ventilatoria mecánica. Al examen físico confusa, Glasgow 14/15(M6V4O4), paresia braquial derecha. Pasa a sala de Clínica.

Se recibe cultivo de LCR positivo para M.TBC. Se externa al día 63 con deterioro cognitivo leve, dependiente para las actividades de la vida diaria, en plan de rehabilitación.

Discusión: La baciloscopia y el cultivo no contribuyen al diagnóstico precoz de meningitis tuberculosa. A pesar del avance en neuroimágenes y laboratorio, el diagnóstico es dificultoso. Nuestro caso se presentó con PCR negativa y cultivo de LCR positivo.

El pronóstico de la tuberculosis meningéa depende de varios factores. La paciente del caso presenta una meningitis tuberculosa grado III, que posee una mortalidad del 72%. Ella sobrevivió, pudiéndose atribuir al inicio precoz de la terapia específica.

Conclusión: La TBC meningéa es un reto diagnóstico, siendo fundamental una alta sospecha clínica, para identificar de forma temprana los casos de enfermedad e iniciar tratamiento específico.

Tabla 1.

| Fisicoquímico de LCR | |
|----------------------------|--|
| Aspecto | Ligeramente turbio |
| Recuento celular y fórmula | 900 células/mm ³ 70% polimorfonucleares y 30% linfocitos |
| Proteínas | 1,3 g/L |
| Glucosa | 0,07 g/L |

Tabla 2.

| Fisicoquímico de LCR | |
|----------------------------|---|
| Aspecto | Ligeramente turbio |
| Recuento celular y fórmula | 1000 células/mm ³ 65% polimorfonucleares y 35% linfocitos |
| Proteínas | 2,5 g/L |
| Glucosa | 0,13 g/L |

0022 PURPURA FULMINANTE EN UN PACIENTE ADULTO ESPLENECTOMIZADO CON MENINGITIS NEUMOCOCCICA

VE FUKS(1), LE LAMOT(1), MG ROJAS(1), PE KOLLER(1), LR MARTINEZ(1), AB DE SALVO(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leonidas Lucero.

Introducción: La incidencia de coagulación intravascular diseminada (CID) varía según la etiología. 25 a 50 % de los pacientes con sepsis presentará CID, así como el 50 a 75 % de los politraumatizados con respuesta inflamatoria severa. A pesar de esto son pocos los casos en los que se hace el diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente de 55 años esplenectomizado que consulta por temblor generalizado, vómitos y diarrea. Evoluciona con deterioro del estado de conciencia y cambios en la coloración de la piel. Al ingreso reticulado marmóreo generalizado, sudoración fría y discurso incoherente.

Laboratorio: Acidosis metabólica hiperlactacidémica, leucocitosis, plaquetopenia y coagulopatía.

Se realiza intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica e ingresa a terapia intensiva.

Al ingreso se realiza punción lumbar que muestra diplococos grandes en LCR. Se interpreta el cuadro como SHOCK SEPTICO mas FALLO MULTIORGANICO secundario a meningococcal por Neumococo. Se inicia antibióticoterapia empírica con Ceftriaxona.

Evoluciona con sangrado por sitios de punción, progresión de lesiones purpúricas en miembros inferiores y superiores, isquemia/necrosis acra. Laboratorio con leucocitosis, CPK 15000UI/L, TGO 1695UI/L, TGP 530UI/L, plaquetas 18000/mm³, TP 29", RIN 2.47, fibrinógeno 109mg/dl. Se interpreta como CID con microcoagulopatía severa e isquemia por microtrombosis: "PURPURA FULMINANTE".

Se indica infusión continua de heparina, soporte transfusional con plaquetas, plasma y crioprecipitados. Agrega fallo renal que requiere hemodiálisis.

Se recibe cultivo de Líquido cefalorraquídeo positivo para Streptococcus pneumoniae. Estable, se suspende sedación, sin lograr despertar. Se realiza tomografía de encéfalo que muestra múltiples imágenes isquémicas diseminadas.

Inestable hemodinámicamente, con progresión del fallo renal, hepático y hematológico, refractario a las medidas instauradas. Se constata el óbito.

Discusión: La purpura fulminante está descrita ampliamente en población pediátrica. En nuestro caso nos encontramos ante un paciente adulto esplenectomizado con falla orgánica múltiple secundaria a meningococcal por neumococo, que presenta lesiones purpúricas y lesiones isquémicas/necróticas, asociado a laboratorio con plaquetopenia, aumento de los tiempos de coagulación y disminución del fibrinógeno, lo cual permitió el diagnóstico.

Conclusión: La CID es una patología subdiagnosticada en las unidades de cuidados críticos. Es necesario evaluar ante todo paciente con coagulopatía o plaquetopenia, una citometría hematológica completa para poder confirmar el diagnóstico.



0023 CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL GUIADA POR ULTRASONIDO CON TRANSDUCTOR SECTORIAL DE BAJA FRECUENCIA EN PACIENTES INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS "DR. LEÓNIDAS LUCERO" DE BAHIA BLANCA

LR MARTINEZ(1), MG ROJAS(1), PE KOLLER(1), LE LAMOT(1), AB DE SALVO(1), VE FUKS(1), AM QUISPE LAIME(1), M PETSANY(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leonidas Lucero.

Introducción: La cateterización venosa central es un procedimiento frecuente realizado en terapia intensiva (TI). La técnica de inserción clásica es la guiada por reparos anatómicos. Se ha incorporado la técnica guiada por ultrasonografía (US) con transductor de alta frecuencia, reportándose mayor tasa de éxitos, con menor número de intentos y/o complicaciones.

Objetivo: Evaluar la eficacia e incidencia de complicaciones en la colocación de catéter venoso central guiado por US con transductor de baja frecuencia.

Materiales y métodos: Estudio observacional y descriptivo.

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados a TI del HMALL, mayores de 15 años, que requirieron acceso venoso central (AVC).

Criterios de exclusión: Pacientes con anomalías anatómicas congénitas o adquiridas a nivel del cuello.

Se utilizó un ecógrafo Phillips HD7, con transductor sectorial de 3 Mhz, en modo bidimensional. Los procedimientos fueron realizados por médicos de Terapia Intensiva, previo entrenamiento.

Se recolectaron datos demográficos: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), patología principal, ventilación mecánica (VM); y del procedimiento: sitio de punción, número de intentos, acierto, fracaso y complicaciones.

Definiciones: Acierto: Colocación del AVC en tres o menos intentos.

Fracaso: más de tres intentos (o que no se logren colocar).

Complicación menor: punción arterial, hematoma local. Complicación mayor: neumotórax, hemo-neumotórax.

Se realizaron 120 procedimientos. Edad promedio 60(+/-12), sexo masculino 61%, APACHE promedio 15(+/-6). Patología: Respiratoria 34%, neurocrítico 16%, postquirúrgicos 15%, sepsis/shock 12%, coronariopatías 13%, politraumatismo 7%, otros 3%. IMC: menor de 25(19%), e/ 25 y 30(58%), mayor de 30(23%). VM 69%. AVC yugular anterior derecho 78(65%), AVC yugular anterior izquierdo 42(35%).

Resultados: Aciertos 102(85%), fracasos 18(15%), complicaciones 16(13,3%), que incluyeron: Punción arterial 12(10%), hematoma local 3(2,5%), neumotórax 1(0,8%).

Conclusiones: Conociendo la extensa bibliografía a favor de realizar los procedimientos guiados por US con transductor lineal de alta frecuencia, por su alta tasa de éxito y la baja probabilidad de complicaciones, en nuestro estudio se evidenció que a pesar de la escasa experiencia de los médicos de la unidad en la técnica

guiada por US y utilizando un transductor con menor resolución, se obtuvo un alto porcentaje de aciertos y bajo porcentaje de complicaciones.

0024 ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA EN 3ER TRIMESTRE DE EMBARAZO

R SUAREZ(1), D IVULICH(1), V MOSQUEDA(1), A SOSA(1), J OSATNIK(1)
(1) Hospital Aleman.

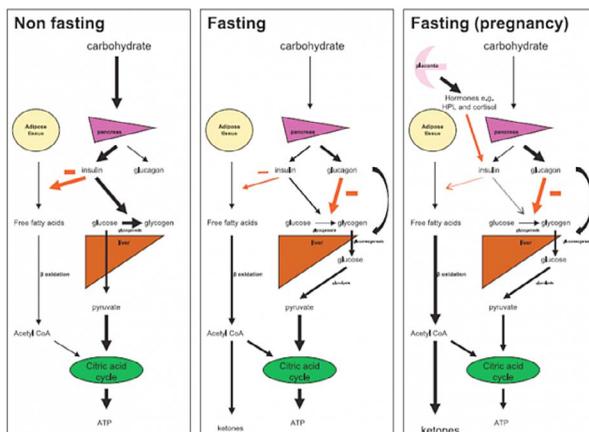
Introducción: La acidosis metabólica severa en el 3er trimestre de embarazo, no es frecuente debido a la adecuada alimentación de las mujeres en esta etapa. Sin embargo, situaciones clínicas que comprometan un adecuado aporte nutricional, pueden precipitar dicha alteración.

Objetivo: Demostrar la importancia del aporte nutricional en el 3er trimestre del embarazo, en situaciones que puedan alterar la ingesta calorica por el riesgo de aparición de este trastorno metabólico que resulten amenazantes para el feto y la madre.

Métodos: Paciente femenina de 30 años de edad, en 3er trimestre de embarazo, sin antecedentes de relevancia. Ingresó a UTI por cuadro de 1 semana de fiebre, anosmia y trastorno conductual. Se presenta con acidosis metabólica severa pH7.10 EB: -14 Bic8 Anion GAP 21, Cetonuria +++, normogluémica, sin otras alteraciones en medio interno. RNM de cerebro con áreas hipertensas en Flair, en lobulos temporales bilateral, compatibles con Encefalitis. Aislamiento microbiológico de Herpes Simplex Tipo I en PL.

Resultado: Se decide interrupción del embarazo. Aciclovir EV. A las 72hrs Intercurre con convulsión tonico clonica y requerimiento de ARM por 24hrs. Estable hemodinamicamente, ante no mejoría de medio interno con infusión de bicarbonato, se decide Hemodialisis. Se descartan causas tóxicas y acidosis tubular renal. Se recaba antecedente de ayuno prolongado debido a los cambios conductuales de la paciente empezando con alimentación enteral y continuando vía oral post extubación. Evolucionó con mejoría paulatina de AMB hasta la normalización del medio interno. Se decide pase a piso completando tratamiento con aciclovir EV.

Conclusiones: En el 3er trimestre de embarazo se produce resistencia a la insulina, aumento en sangre de Lactógeno placentario, glucagon y lipólisis acelerada con producción de gran cantidad de cuerpos cetónicos, lo que lleva a AMB severa. Como crítica mencionamos la falta de necesidad de tratamiento sustitutivo renal, ya que el tratamiento adecuado era aportar una adecuada cantidad de hidratos de carbono. Subrayamos la importancia de este caso ya que la AMB severa puede resultar letal para el feto y la madre.



0026 USO DE AZUL DE METILENO EN SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO

B TORT ORIBE(1), M TOVAR(1), G CASTAÑO(1), D IVULICH(1), M KLEINERT(1), A SOSA(1), J OSATNIK(1)
(1) Hospital Aleman.

Introducción: El shock séptico refractario continúa siendo un síndrome clínico de alta mortalidad, en donde una vez optimizada la precarga, el recurso con drogas vasoconstrictoras para revertir el componente vasopléjico es escaso, con importantes efectos secundarios al emplearse a altas dosis. El azul de metileno podría ser una opción válida para tal fin en pacientes seleccionados.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el uso de azul de metileno en una paciente con shock séptico refractario.

Métodos: Paciente de sexo femenino de 41 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Ingresó por fiebre y dolor lumbar izquierdo de 48 hs de evolución. Al examen físico se constató taquicardia, hipotensión arterial, taquipnea, con SaO₂ 85% al 21%. LBT: GB: 31190 /mm³ N: 91%, plaquetopenia, creatinina 2.29 mg/dl, ácido láctico 4.7 mmol/l, RIN 1.6, KPTT 40 seg., TP 52%, UC sedimento inflamatorio con relevamiento de E. Coli. Se inició ATB. En ecografía y TC de abdomen y pelvis se evidenció ectasia calicial izquierda por litiasis, por lo que se decidió colocación de doble J. Evolucionó con requerimiento de ARM y disfunción orgánica múltiple. SOFA 8, APACHE 22. Requirió HDF por oligoanuria y acidosis metabólica severa.

Resultado: Presento shock séptico vasopléjico NA 2 ucg/kg/min, dobutamina 2 ucg/kg/min FEY 35%, ante persistencia de hipotensión arterial se decidió agregar azul de metileno 10/mg/kg, en infusión continua en 24 hs, con respuesta satisfactoria y descenso de NA a 0.1 ucg/kg/min en 24 hs.

Conclusión: En base a este caso clínico, planteamos la utilidad del azul de metileno, que por medio de la inhibición de la óxido nítrico sintetasa, evita la excesiva producción de óxido nítrico, permitiendo aumentar la SVR, la TAM sin comprometer el GC, ni el intercambio gaseoso. Ante la ausencia de la disponibilidad de ensayos clínicos randomizados, que demuestren la utilidad del azul de metileno en shock séptico refractario, en este caso se decidió utilizarlo ante la refractariedad de los tratamientos instituidos.

0027 UTILIDAD DE NT-PRO PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B EN DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA POR SEPSIS GRAVE

E CUNTO(1), N GOMEZ(1), V CHEDIACK(1), A BOCASSI(1)
(1) Hospital De Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: La disfunción miocárdica (DM) inducida por sepsis es frecuente. Afecta ambos ventrículos, es reversible y de severidad variable.

Las citoquinas proinflamatorias TNF α e IL-1, liberadas durante la sepsis, tienen un rol protagónico en la DM, producen menor respuesta de receptores B1, aumento de óxido nítrico y menor sensibilidad al calcio. El ecocardiograma (ECOG) es el "gold standard" para evidenciar la DM, aunque la técnica es operador-dependiente y no puede ser considerado un método de monitoreo continuo, lo que limita su utilidad.

El péptido natriurético tipo B (BNP) y su fragmento amino-terminal NT-pro-BNP son hormonas peptídicas con propiedades diuréticas, natriuréticas, vasodilatadoras. Frente al aumento en la tensión de las paredes de atrios y ventrículos cardíacos, el miocardio libera una cantidad importante de ambos péptidos, por lo tanto su nivel plasmático puede ser de gran utilidad diagnóstica y pronóstica.

Objetivo: utilizar NT-proBNP como herramienta bioquímica complementaria para evaluar DM en sepsis grave

Material y método: Se estudió un grupo de 52 pacientes adultos, con criterios clínicos y bioquímicos de sepsis, cuyos valores de Procalcitonina (PCT) ≥ 2 ng/ml al ingreso a Terapia Intensiva. Ninguno de ellos tenía antecedentes de patología cardíaca. Para definir Sepsis se utilizaron recomendaciones de ACCP/SCCM. Se registraron SOFA

(Sequential Organ Failure Assessment) y APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), PCT y NT-proBNP se determinó por método ELFA (BioMérieux). SPSS 15.0 utilizado para análisis estadístico (significativo $p < 0.05$).

Resultados: Patologías más frecuentes: Tuberculosis pulmonar y diseminada, Neumonías no TBC, Meningoencefalitis. Edad promedio: 41 años, HIV positivo 34,6%, APACHE II: 16 (4-27) y SOFA: 7 (0-17) puntos.

NT-proBNP: 3167 pg/ml (20-25000), valor de corte (estudio PRIDE) menores 50 años: hasta 450 pg/ml. Mortalidad 48%.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre NT-proBNP y SOFA ($p < 0,05$).

Conclusiones: La asociación entre NT-proBNP y SOFA podría sugerir su uso como marcador pronóstico de compromiso cardíaco en pacientes con sepsis grave

NT-proBNP podría utilizarse como prueba complementaria para evaluar DM junto al resto de las variables incluidas en el SOFA.

Ventajas favorecerían su utilización: vida media en plasma, técnica sencilla y resultado rápido.

Factores clínicos pudieron haber limitado los resultados esperados: estado tiroideo, anemia, obesidad, función renal.

0028 HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS PRODUCIDAS POR CAUSAS METABÓLICAS O INTERCURRENTES

MP LUJAN, RG LEDESMA FERRARO(1), S CERINO(1)

(1) Hospital Central Dr. Melchor Ángel Posse, San Isidro.

Introducción: La hiperglucemia es uno de los trastornos más frecuente en todos los pacientes internados tanto en los diabéticos como en los no diabéticos, producida por causas metabólicas o intercurrentes. Siendo estos parámetros predictores de gravedad y evolución.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es registrar la presencia de hiperglucemias en pacientes críticos independientemente de su antecedente endocrinológico e identificar los pacientes de riesgo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo-observacional de glucemias presentadas en los pacientes internados en la Sala de Terapia Intensiva del Hospital Central de San Isidro desde diciembre de 2015 hasta enero de 2016. Se registraron en una planilla valores de glucemias, sexo, diagnóstico y alimentación, considerando hiperglucemia a una glucosa mayor a 180 mg/dl.

Resultado: Se recogieron datos de glucemias diarias de 24 horas en 72 pacientes, los cuales el 35 % eran sexo femenino y el 65 % masculino. El 64 % presentaron algún episodio de hiperglucemia siendo que el 43 % presentaban antecedente de diabetes tipo I y II y el 57 % realizaron hiperglucemias por causas metabólicas o intercurrentes, y observamos que las patologías más asociadas a hiperglucemias fueron: sepsis en un 37%, respiratoria en un 28%, neurocríticas en un 24% y otras en un 11%.

Conclusión: Identificamos que la hiperglucemia es una intercurrentes frecuente en nuestra Terapia Intensiva indistintamente del antecedente endocrinológico del paciente, grandes trabajos demostraron ser un predictor independiente de mortalidad.

0030 HIPOTIROIDISMO SEVERO EN PACIENTE INTERNADO

AM VILCHE JUAREZ(1), A SIGAL(1), Q SILVIA(1)

(1) Cemic.

Introducción: El hipotiroidismo es el resultado de una producción deficiente de hormonas tiroideas, afectando la regulación de los procesos metabólicos del organismo. Al principio, el cuadro clínico no es específico, los síntomas y signos son variables y pueden ser atribuidos erróneamente a otras enfermedades. En caso severos puede desencadenar en neuropatía periférica, estreñimiento, hipersensibilidad, artralgia, insuficiencia renal e incluso el coma mixedematoso.

Descripción del caso: Paciente femenino de 50 años, sordomuda,

enolista y con poca adherencia al sistema de salud. Ingresó sin diagnóstico tras 50 días de internación en otra institución, hemodinámicamente compensada, con xerosis en mucosas, mucositis oral, somnolencia de escasa respuesta y distensión abdominal. A las 48 horas, presentó con plaquetopenia y leucopenia de rápida evolución, con dilatación colónica de 8cm. Los niveles de TSH fueron elevados, 58.65 mUI/L y T4 Libre, 0.07 ng/dl, y T3, 32.7 ng/dl, disminuidos. Presentó escasa respuesta al tratamiento sustitutivo de hormona tiroidea por vía oral, rotándose a vía endovenosa. Tras una semana de tratamiento con Levotiroxina EV, mejoró el cuadro suboclusivo de distensión abdominal, el sensorio y el perfil tiroideo. De forma súbita, evolucionó desfavorablemente, evidenciando lesión perforativa en colon, finalizando en el óbito de la paciente.

Discusión y conclusiones: El hipotiroidismo en condiciones tan severas lleva a una afección multisistémica, pudiendo ser de carácter irreversible. A pesar de la leve mejoría con la terapia endovenosa, la condición de la paciente evolucionó desfavorablemente. La evaluación del perfil tiroideo en pacientes donde la clínica no es concluyente, puede evitar grandes complicaciones.

0031 EL PACIENTE MAYOR DE 16 AÑOS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: UNA POBLACIÓN EN AUMENTO

A FRANCAVILLA(1), MDP ARIAS LOPEZ(1), G GONZALEZ(1),

A GATTARI(1), P NEIRA(1), G RODRIGUEZ(1)

(1) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez.

Introducción: El ingreso de pacientes de edad ≥ 16 años en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es cada vez más frecuente. Conocer sus características permitirá optimizar su atención y la planificación de las UCIP.

Objetivo: Describir las características de los pacientes de edad ≥ 16 años ingresados en una UCIP de un hospital pediátrico. Comparar las características y evolución de esta población con pacientes de edad menor a 16 años.

Material y métodos: Diseño retrospectivo, observacional. Análisis de base de datos SATI-Q. Se incluyeron pacientes ingresados entre el 1-1-2013 y el 31-12-2015 en la UCIP de un hospital pediátrico. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población: media y desvío estándar (DS), mediana y rango intercuartil (RIC), frecuencias y porcentajes, según el tipo de variable y características de su distribución. Se compararon las variables continuas con pruebas no paramétricas o test t de Student. Las variables categóricas se compararon mediante test χ^2 , considerando estadísticamente significativo valor de $p < 0.05$

Resultados: Ingresaron en la UCIP durante el periodo analizado 1073 pacientes; 81(7.5 %) de edad ≥ 16 años. La mediana de edad de este grupo fue 16.9 años (RIC: 16.4 -17.7), 64.2% (52/81) sexo masculino. El 74.1% (60/81) presentaban condiciones crónicas complejas (CCC). La presencia de CCC fue mayor en este grupo que en los pacientes < 16 años (74.1% vs 57.8%, $p < 0.005$).

El motivo de ingreso predominante fue postquirúrgico (31/81; 38%), siendo programado en 87% de los casos (27/31). El 35.8% de los ingresos fue electivo (29/81) vs 18.4% en < 16 años ($p < 0.001$). El 90% (73/81) procedían del mismo hospital vs 73% (728/992) de los < 16 años ($p < 0.001$).

La mediana de estadía en UCIP fue 2 días (RIC 1-5) vs 5 días (RIC 2-16) para los pacientes menores de 16 años ($p < 0.0002$).

La mortalidad predicha por PIM2 en pacientes de edad ≥ 16 años fue 10.2 % (DS 20.49) y la mortalidad observada fue 16% (13/81), siendo la Razón de mortalidad estandarizada (RME) 1.57 (IC95% 0.87-2.6). La mortalidad predicha en menores de 16 años fue 9.43% (DS:16.44) mientras que la mortalidad observada fue 12%, RME 1.27 (IC95% 1.06-1.51). Las diferencias de mortalidad (predicha u observada) entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Un considerable porcentaje de pacientes ingresados en esta UCIP tenían edad ≥ 16 años, presentando alta mortalidad. La presencia de CCC, motivo de ingreso postquirúrgico, la admisión electiva y procedencia del mismo hospital fue mayor en este

grupo que en los menores de 16 años, en forma estadísticamente significativa.

0032 PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO

J ARANDA(1), PL MEDICI(2), A CARRANO(2), GA NAVARRO(2)
(1) Hiemi Mar Del Plata. (2) Hiemi.

Introducción: La pancreatitis aguda es una enfermedad de variada presentación clínica, desde cuadros leves y autolimitados hasta cuadros graves que pueden evolucionar a fallo multiorgánico y muerte. La pancreatitis necrotizante es un proceso poco frecuente, lo cual hace necesario reconocer precozmente esta entidad para instaurar un adecuado tratamiento y buscar posibles complicaciones. Para confirmar el diagnóstico se requiere de un estudio enzimático e imagenológico.

Caso clínico: Niña de 9 años que consulta por dolor abdominal de tres días de evolución. Como antecedente personal presenta peso 64Kg, Imc 24,4; esteatosis hepática, litiasis vesicular diagnosticada en febrero de 2015.

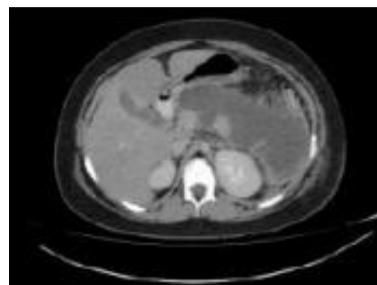
Es intervenida quirúrgicamente en hospital de origen por apendicitis aguda. En los exámenes de laboratorio se encuentra aumento de amilasa y alteración de la función hepática. Debido a su mala evolución se realiza tac de abdomen donde se evidencia pseudoquistes pancreático y es derivada a centro de mayor complejidad para eventual tratamiento.

Permanece en sala general durante 10 días, en ayunas y con analgesia durante los próximos ocho días. Luego se inicia nutrición enteral. A las 48hs comienza con vómitos y taquicardia constante y en 24hs pasa a UTIP con diagnóstico de shock séptico y pancreatitis aguda grave (PIM 2 -1.56; prob. Mortalidad 17,36%). Ingresa con sensorio alternante, mala perfusión periférica, disnea, taquicárdica, hipotensa, abdomen tenso y doloroso. Ingresa en ARM, con reanimación con líquidos y soporte inotrópico. Se inicia esquema ATB, persiste hipotensa, asumiéndose como Shock refractario a inotrópicos. Se repite TAC de abdomen donde se evidencia necrosis pancreática mayor del 90% (TCSI>7). Debido a la gravedad del cuadro y a los hallazgos tomográficos se realiza necrosectomía pancreática, con abdomen abierto y contenido. Líquido peritoneal y HMC x2 + SAMR. Siete días posteriores se extuba y a las 72hs comienza con parámetros de distress respiratorio con reintegro en ARM y rescate en HMC+ a Klebsiella. Continúa con fallo multiorgánico y evoluciona desfavorablemente, falleciendo 1 mes después.

Conclusión: La pancreatitis necrohemorrágica es una entidad infrecuente en pediatría; sin embargo, debemos tenerla presente en el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo. Las pancreatitis agudas complicadas tienen una elevada morbimortalidad y la severidad tiene buena correlación con los hallazgos tomográficos.

Cuadro #3. CTSI – índice tomográfico de severidad de la pancreatitis aguda

| Hallazgos tomográficos | Puntos |
|-------------------------------------|--------|
| Páncreas Normal | 0 |
| Aumento difuso o focal del páncreas | 1 |
| Inflamación peripancreática | 2 |
| Colección líquida única | 3 |
| Dos o más colecciones | 4 |
| Extensión de la necrosis | Puntos |
| Ausencia de necrosis | 0 |
| <30% | 2 |
| 30 – 50% | 4 |
| >50% | 6 |



0033 ENCUESTA SOBRE EL FINAL DE LA VIDA. DIRIGIDO A PROFESIONALES QUE DESARROLLAN TAREAS EN EL ÁMBITO DE CUIDADOS INTENSIVOS

L CAMPUTARO(1), M MUCHICO(2), J ANGAROLA(2), A SARASINO(2), F BACCARO(2), D MAGNANTE(2), I PREVIGLIANO(2)
(1) J A Fernandez. (2) Juan A Fernandez.

Introducción: La encrucijada ante la progresión de enfermedad es el punto de decisión de aceptar el final de la vida; pero en muchos casos se percibe como un fracaso, y no como la historia natural de los procesos graves.

Objetivo: btener una aproximación a la vivencia del final de la vida de profesionales que desarrollan tareas en Cuidados Intensivos

Material y métodos: Encuesta de dos dominios. Las preguntas 1 a 4 investigaron aspectos epidemiológicos. Las preguntas 5 a 13 indagaron aspectos referidos a la percepción de la muerte, y el acuerdo y adherencia a las órdenes anticipadas de no resucitar. Se distribuyó en tres instituciones con estructura de Docencia pre y post-Grado, y asociadas a la Universidad de Buenos Aires.

Resultados: Respondieron 39 encuestados. Edad 37,3 ± 9,8 (r: 24-59). Sexo F: 61,8% M 38,2%. Profesión: Médicos 41,1%, Enfermeros 58,9 %. El 66,7 con más de 5 años de profesión en UCI. El 53,9 % refiere que no habla respecto a la posibilidad de fallecer de su paciente.

TABLA 1

| | n | % |
|---------------------------|---|------|
| Mis creencia religiosas | 1 | 4,8 |
| No me corresponde | 9 | 41,8 |
| No me lo permiten | 1 | 4,8 |
| No me siento capacitado/a | 8 | 38,1 |

El 74,3 % cuenta en su Servicio directrices anticipadas de no reanimar. Un 25% no está de acuerdo con estas directrices.

TABLA 2

| | % |
|-----------------------|------|
| Principios Éticos | 57,1 |
| Principios Religiosos | 14,3 |
| Educación Familiar | 0 |
| Educación Médica | 28,6 |

Se solicitó al 71,8 % que acuerda con las órdenes anticipadas como acto médico, quien debería tomar la iniciativa.

TABLA 3

| | n | % |
|----------------------------|----|------|
| El médico tratante | 8 | 28,6 |
| El médico de cabecera | 2 | 7,1 |
| El equipo médico de la UCI | 11 | 39,3 |
| La familia del paciente | 7 | 25 |

Conclusiones:

- 1.- Las causas por las cuales no habla con la familia sobre la posibilidad de fallecimiento fueron fundamentalmente No me corresponde y No me siento capacitado/a.
- 2.- Las causas religiosas quedaron relegadas.
- 3.- Deposita su expectativa en la decisión familiar un 25%, ante las directivas anticipadas.
- 4.- Las causas de no acordar con directivas anticipadas fueron fundamentalmente: Principios Éticos y Educación Médica.

0034 SIMULACIÓN CLÍNICA COMO METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA EN LA FORMACIÓN DE POSGRADO: CASO SIMULADO DE SHOCK SÉPTICO

A BORDOGNA(1), MF PODESTA(2), K FIQUEPRON(2), K CINQUEGRANI(2), P MEDICI(3), G PALACIO(4), G GONZALEZ(5), M ALASSIA(6), N RAUL(2)

(1) Hiaep Sor María Ludovica- Hospital El Cruce. (2) Hospital El Cruce. (3) Hospital El Cruce- Hospital Materno Infantil. (4) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez. (5) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez. (6) Hospital De Niños Dr. Alasia.

Introducción: El reconocimiento precoz y tratamiento agresivo de la sepsis en los primeros sesenta minutos son esenciales, pudiendo modificar su evolución natural y pronóstico. La simulación clínica permite aprender el manejo de una patología compleja, coordinar el trabajo en equipo y desarrollar actitudes personales, lo que podría mejorar la calidad de asistencia.

Objetivos: Analizar la eficacia de la jornada mediante un examen pre y post jornada y evaluar el manejo de pediatras en formación en un escenario simulado de shock séptico e identificar puntos a mejorar en el entrenamiento de los mismos.

Material y métodos: Se realizaron jornadas dirigidas a pediatras en formación de 2°, 3° y 4° año. Consistieron en una clase teórica y un escenario de shock séptico sugerido por el Comité de Shock Pediátrico de la SATI en un centro de simulación clínica con simulador pediátrico de alta fidelidad.

La evaluación teórica consistió en un examen pre y post jornada con nueve preguntas de opción múltiple y se aplicó el test estadístico para datos pareados Wilcoxon Signed Rank Test (WSRT). Se comparó el resultado de las preguntas entre sí a través del test estadístico Anova. La simulación se evaluó mediante un checklist que contemplo anamnesis y comunicación, diagnóstico, manejo clínico y trabajo en equipo (puntuaje de 0-2) y se analizó en datos porcentuales.

Resultados: Se realizaron 8 jornadas con un total de 92 participantes. El examen post jornada mostro mejores resultados con respecto al pre jornada, 11(RI 11-12) vs. 8,9 (RI 8-11), encontrándose una diferencia significativa (WSRT).

Al comparar las respuestas entre sí mediante el test de Anova solo se observó una diferencia significativa en el pretest.

Se realizaron 24 simulaciones habiendo resuelto correctamente el 57.6%. Los mejores resultados fueron obtenidos en el diagnóstico del shock (89,6%) y los peores en el trabajo en equipo (45%). La anamnesis y comunicación arrojó un 64.6% y el 58,3% realizó adecuadamente el manejo clínico del caso.

Conclusión: Los médicos pediatras en formación saben identificar un cuadro de shock séptico, pero precisan mejorar su capacitación para tratarlo adecuadamente, siendo el aspecto crítico a mejorar el trabajo en equipo.

La actividad resultó un método educativo útil observándose una diferencia significativa en los resultados del postest.

0035 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK EN GRAN ALTURA

G RUIZ(1), A DIAZ(1)

(1) Upla-hyo.

Introducción: Existen estudios realizados a nivel del mar, sobre fac-

tores de predicción, de mortalidad en general, utilizando las escalas de gravedad como Acute Physiology Score and Chronic Health Evaluation (APACHE), Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), el modelo de predicción de mortalidad (MPM II) y otros, pero no existen tales estudios en pobladores de gran altura.

Objetivo: Determinar los factores predictivos de mortalidad en los pacientes con shock que habitan en gran altura a más de 3250 m.s.n.m.

Material y Métodos: Se diseñó un estudio observacional, prospectivo, de cohorte y analítico, se realizó entre diciembre 2015 a marzo 2016, en la Unidad de Cuidados Intensivos de los Hospitales de la Ciudad de Huancayo-Perú. La población fue de 105 pacientes y la muestra de 46 pacientes hospitalizados. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con shock distributivo, hipovolémico o cardiogénico y exclusión: pacientes que no presentaron diagnóstico de shock. Los datos fueron recolectados en un cuestionario con 06 variables. Para el análisis estadístico se empleó la regresión logística múltiple. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 46 (100%) pacientes, edad promedio 64,3 +/-19 años (rango: 9 a 95); varones 25(54,3%) y mujeres 21(47,3%). Fallecieron 32 (69,5%) pacientes. El promedio de edad de fallecidos fue 70,3 +/- 9,6 años y de sobrevivientes 50,4 +/- 4,2 años; el tipo de shock más frecuente fue el distributivo y la comorbilidad más frecuente fue la Insuficiencia respiratoria. Los factores predictivos asociados a mortalidad fueron: sexo femenino (85,7% vs 14,3%; $p=0,02$; edad > a 50 años (74,3% vs 25,7%; $p=0,023$; tener patología previa (72,7% vs 27,3%; $p=0,013$; Saturación Venosa Central de Oxígeno, SVCO2 menor de 70% (73,1% vs 26,9%; $p=0,023$. Presentar APACHE II > a 11 puntos y SOFA > a 3 puntos, estuvieron asociados a alta mortalidad.

Conclusiones: Los factores de predicción asociados a mortalidad fueron: sexo femenino, edad > 50años, tener patología previa, SVCO2 <70%. El Score APACHE II y SOFA, en altura muestra que a puntajes bajos existe elevada mortalidad.

0036 COMPORTAMIENTO DE LAS MICROCIRCULACIONES SUBLINGUAL E INTESTINAL EN EL SHOCK HEMORRÁGICO Y LA RETRANSFUSIÓN

A DUBIN(1), G FERRARA(1), VS KANOORE EDUL(1), HS CANALES(1), E MARTINS(1), G MURIAS(1), MO POZO(1), JF CAMINOS EGUILLOR(1), MG BUSCETTI(1)

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

Introducción: La injuria por reperusión juega un rol central después de la resucitación del shock hemorrágico. En esta fase, diferentes alteraciones microcirculatorias pueden estar presentes. Sin embargo, estos trastornos microvasculares no han sido completamente caracterizados.

Objetivo: Describir el comportamiento de las microcirculaciones sublingual e intestinal durante el shock hemorrágico y la retransfusión.

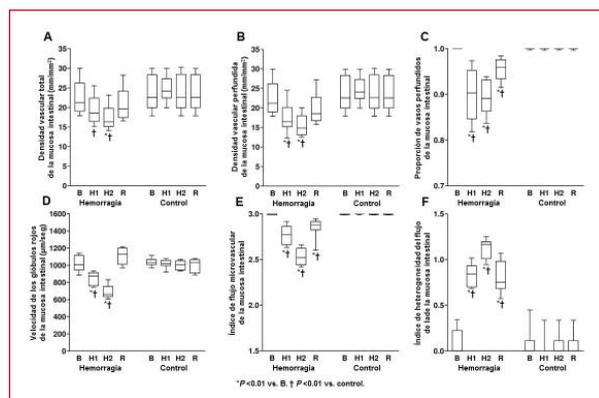
Material y métodos: Ovejas anestesiadas y ventiladas mecánicamente ($n = 10$) fueron sometidas a sangrado progresivo seguido por retransfusión. También fue estudiado un grupo control ($n = 7$). Las microcirculaciones sublingual e intestinal fueron evaluadas por videomicroscopía. Se realizaron mediciones basales (B), en el primer y último escalón de hemorragia (H1 and H2) y 60' después de la retransfusión (R). Los datos, presentados como mediana [percentilos 0,25-0,75], se analizaron con el test de Kruskal-Wallis, seguido con el test de comparaciones múltiples de Dunn, para las diferencias dentro de cada grupo, y con test de Mann-Whitney ajustado al número de comparaciones, para las diferencias entre los grupos.

Resultados: Todas las variables microcirculatorias fueron afectadas durante el shock hemorrágico. La reinfusión de sangre normalizó las densidades vasculares total y perfundida, y la velocidad de los

■ Resúmenes

glóbulos rojos de la mucosa intestinal (Paneles A, B, and D). La proporción de vasos perfundidos, el índice de flujo microvascular y el índice de heterogeneidad del flujo permanecieron alterados (Paneles C, E, and F). La mucosa sublingual presentó un patrón similar, excepto la velocidad de los glóbulos rojos que se mantuvo reducida durante la retransfusión.

Conclusiones: En este modelo de shock hemorrágico y retransfusión, la injuria microvascular por reperfusión está fundamentalmente caracterizada por disminución de las variables de perfusión y aumento de la heterogeneidad. Por el contrario, las densidades vasculares están conservadas. Los cambios microcirculatorios sublinguales reflejan los de la mucosa intestinal. Subsidio PICT 2010-00495, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.



0038 BACTERIEMIA RELACIONADA A CATÉTER POR PEDIOCOCCUS

H QUEZADA(1), M GUARACHI(1), M DEGUARDIA(1), G GALVÁN(1), G LEVY HARA(1), A ANTIK(1), A FIORANELLI(1)
(1) Durand.

Introducción: *Pediococcus* spp es un microorganismo gram positivo resistente a vancomicina, su hábitat natural son plantas y alimentos. Descripto como patógeno en humano causante de bacteremia, abscesos abdominales y neumonía. Aislado en materia fecal de individuos sanos así como también de pacientes inmunodeprimidos, siendo considerado un oportunista. Sin embargo, dado sus rasgos fenotípicos, su identificación por medios convencionales resulta dificultosa.

Caso Clínico: Paciente masculino de 39 años, con antecedentes de tabaquismo, trauma torácico a los 9 años con posterior hernia diafragmática, evolucionando a un patrón funcional respiratorio de tipo restrictivo severo. Ingresa para cirugía programada de hernioplastia diafragmática con malla. Evoluciona en asistencia respiratoria mecánica, con requerimiento de reparotomía. Constatándose defecto diafragmático y perforación de techo gástrico, quedando con abdomen abierto y contenido. Requerimiento de soporte nutricional parenteral prolongado.

Recibió múltiples esquemas antibióticos de amplio espectro y antifúngico. Presenta bacteremia relacionada a catéter con rescate de *Pediococcus* spp., realizó tratamiento con carbapenemes. Evolucionando de forma favorable logrando desvincularse de la asistencia respiratoria mecánica.

Discusión: El requerimiento de nutrición parenteral incrementa el riesgo de bacteremia relacionada a catéter, esquemas antibióticos de amplio espectro sumado a múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales favorecieron la selección de gérmenes oportunistas.

Conclusión: Es una entidad poco frecuente, asociada a estados de inmunosupresión y cuadros quirúrgicos abdominales. Debido a su dificultosa identificación por métodos convencionales y estar solapadas por la presencia de otros gérmenes más fácil identificación,

son necesarios más estudios para poder determinar su rol como patógeno oportunista.

0039 HEMORRAGIA PUERPERAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: REPORTE DE UN CASO

PS CALAMARI(1), M MONTENEGRO(1), G MEDINA(1)
(1) Clínica La Maternidad Osperyh.

Introducción: Las neoplasias malignas se presentan en aproximadamente 1 de cada 1000 embarazos, y menos de la quinta de parte de estos son neoplasias hematológicas. Su aparición en la paciente gestante o puerpera constituye un desafío diagnóstico y terapéutico.

Presentación del caso: Paciente de 40 años de edad (G4-P2-C2 última 7 días atrás) consulta por fiebre y dolor e induración en herida quirúrgica de 48hs de evolución, con extensión a periné y raíz de miembros inferiores.

Laboratorio: Hto 17/Hb 6.1/Pla 18.000/GB 80.000 (N27 L57) (Figura 1). **Ecografía y TCH contrastada:** colección heterogénea con burbujas de aire en su interior en pared de hemiabdomen inferior, de 200 ml (Figura 2). Se toman cultivos y se inicia Piperacilina-Tazobactam+ Vancomicina. Se efectúa laparotomía exploradora con drenaje de hematoma organizado sobreinfectado.

Evoluciona con registros febriles intermitentes durante las primeras 48 hs. Requiere soporte transfusional diario, con escasa respuesta (4 UGR,4 PFC,49 UPla). Se evidencia formación de colecciones hemáticas con coágulos en la herida quirúrgica que son drenados en 2 oportunidades. Episodios de epistaxis intermitentes. Sobrecarga hídrica, requerimiento O2.

Debido a resolución lenta de herida quirúrgica, persistencia de sangrado y leucocitosis con predominio linfocitario, se inicia estudio hematológico:

Fróts Sangre Periférica: Serie blanca con 60% elementos juveniles de serie mielocítica.

Inmunofenotipificación por citometría de flujo: Población patológica 27.94%. Compatible con LMA, leve diferenciación a línea granulocítica. **Examen citogenético:** LMA-M2.

Completa 8 días de ATB EV con cultivos negativos. Realiza inducción y mantenimiento con buena tolerancia y respuesta al tratamiento. Actualmente en remisión con enfermedad mínima, en plan de trasplante alogénico de médula ósea.

Discusión: Los síntomas y signos de presentación de enfermedades linfoproliferativas pueden confundirse fácilmente con cambios fisiológicos del embarazo o como en este caso, con complicaciones habituales de una cesárea abdominal. La herida quirúrgica de nuestra paciente evolucionó tórpidamente, con resangrado y sobreinfección recurrentes. Junto con las alteraciones del hemograma con escasa respuesta a soporte transfusional, motivaron la investigación en profundidad y el diagnóstico final.

Conclusión: La baja incidencia de enfermedades hematológicas durante el embarazo y puerperio obliga a tener un elevado índice de sospecha para detección de estas patologías. El diagnóstico precoz, favorecido por la realización de controles habituales en estas pacientes, puede llevar al tratamiento oportuno y optimización del pronóstico.

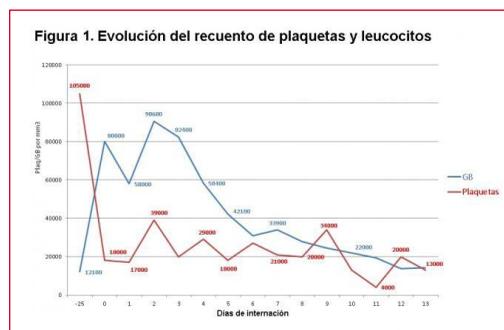


Figura 2. TC mostrando colección con contenido heterogéneo líquido gaseoso (flechas amarillas). Panel A: corte axial. Panel B: corte sagital. Panel C: corte coronal



0040 RESPUESTA Y EVOLUCIÓN AL TRATAMIENTO CON RT-PA EN RELACIÓN CON EL CENTRO DE DERIVACIÓN.

M AVILEZ(1), A BUSTOS(1), E PAYER(2)

(1) Clínica Modelo S.a. (2) Clínica Modelo S.a.

Introducción: El ACV isquémico es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Actualmente la fibrinólisis es un tratamiento seguro y eficaz para ésta patología. El resultado de éste tratamiento depende de varios factores, siendo el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la administración del mismo uno de los más importantes.

Objetivo: Nuestra hipótesis de trabajo es que el resultado de la aplicación de ésta terapia puede estar afectado por razones geográficas y de accesibilidad a los centros de atención.

Material y métodos: Hemos diseñado un estudio retrospectivo donde evaluamos a todos aquellos pacientes que presentaron ACV isquémico agudo que recibieron terapia fibrinolítica. Esto fue llevado a cabo en una UCI polivalente de 12 camas, receptora de pacientes de toda la provincia, desde enero de 2013 hasta diciembre de 2015. Se dividió a los pacientes en aquellos que concurren directamente a nuestra institución y aquellos derivados de otros centros de asistencia de nuestra provincia. Se compararon las condiciones basales, la respuesta al tratamiento y la evolución en ambos grupos.

Resultados: Se recibieron en nuestra institución en ese periodo de tiempo un total de 230 pacientes con ACV isquémico, de los cuales 18 cumplían con criterios para la administración de fibrinólisis. De éstos, 13 concurren a nuestra guardia y 5 fueron derivados del interior. Éstos en su mayoría varones, con edad, NHISS al ingreso y tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la administración de la fibrinólisis mayor a los locales. Los pacientes derivados del interior presentaron un NHISS más alto al egreso de nuestra institución.

Conclusiones: Los pacientes que recibieron fibrinólisis derivados del interior de nuestra provincia obtuvieron una menor respuesta al tratamiento. Se debe tener en cuenta el sesgo de nuestra muestra, que tiene un número bajo de pacientes, en su mayoría varones, con peores condiciones clínicas al ingreso y que reciben fibrinólisis en un periodo mayor desde el inicio de los síntomas.

0041 BÚSQUEDA DE PREDICTORES AL FRACASO DE LA EXTUBACIÓN

ML ANGIOLINI(1), ML CAMPASSI(1), M VIGLIONI(1), FG REPETTO(1), PG PERLO(1), FP TRAVERSO(1), A FORERO(1), JM PADIN(1)

(1) Clínica La Pequeña Familia.

Introducción: El destete a la ventilación mecánica consume tiempo y dedicación por parte del equipo de salud. El inicio del mismo requiere que la afección que llevo al paciente a esa condición esté resuelta o en vías de resolverse. Sin embargo esto no asegura el éxito de la extubación y la errónea evaluación del paciente puede llevar a un intento fallido que expone al mismo a mayores días de ventilación mecánica, a complicaciones asociadas a ésta y a estancias hospitalarias prolongadas que encarecen los costos en salud.

Objetivos: Identificar factores que predigan el fracaso de la extubación en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI).

Materiales y métodos: Es un estudio observacional prospectivo desarrollado en una UCI polivalente desde octubre del 2014 hasta

febrero 2016. Se incluyeron todos los pacientes que requirieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM) por más de 48 horas, que realizaron prueba de ventilación espontánea (PVE) y fueron extubados. Definimos falla al requerimiento de AVM dentro de las 48 hs de la extubación. Se registraron datos epidemiológicos (edad, sexo, motivo de internación), scores de ingreso a terapia intensiva (APACHE II, SOFA), SOFA del día de la extubación, días de AVM, días de estadía en la unidad y hospitalaria, valores de estado ácido base arterial para calcular PAFI. Y se midió presión inspiratoria máxima (Pimáx).

Resultados: 49 pacientes fueron reclutados, 37 (75,5%) se extubaron con éxito (grupo 1), 6 (12,2%) fallaron en la extubación (grupo 2) y 6 (12,2%) sufrieron autoextubación y se excluyeron. Para los grupos 1 y 2 los hallazgos fueron: edad promedio 50 y 61, APACHE II 15 y 20, estadía en UCI 15 y 41, estadía hospitalaria 23 y 45, SOFA de ingreso a la AVM 7 y 8, SOFA del día de la extubación 2 y 1, días de AVM 8 y 25, PAFI 347 y 327, Pi máxima -43 y -36 cm de agua, respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes que fallaron presentaron más edad, APACHE II y Pimáx mayores. Además requirieron más días de AVM, estadía en la unidad y hospitalaria lo que en conjunto encarece los costos en salud y expone a los pacientes a más efectos adversos.

0043 CAPACIDAD DE DIFUSIÓN PULMONAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS "DR. LEÓNIDAS LUCERO" DURANTE EL PERIODO DE 6 AÑOS

LE LAMOT(1), AM QUISPE LAIME(1), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR, C FIORE(1), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR., LR MARTINEZ(1), JE BETTINI(1), MG ROJAS(1), PE KOLLER(1), AB DE SALVO(1), VE FUKS(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

(2) Universidad Nacional Del Sur. (3) Hospital Municipal De Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

Introducción: Los pacientes sobrevivientes al síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA) pueden presentar secuelas que afecten la calidad de vida y la función respiratoria. Se observaron alteraciones ventilatorias restrictivas, disminución de la capacidad de difusión pulmonar y afectación de la calidad de vida.

Objetivo: Conocer si hay alteraciones en la función pulmonar y la calidad de vida en pacientes externados de la unidad de terapia intensiva (UTI) entre los años 2008 a 2013, que requirieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y presentaron SDRA.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo. Observacional.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, que requirieron AVM, presentaron SDRA, y en los cuales haya transcurrido 12 meses o más desde el alta de UTI.

Criterios de exclusión: Pacientes con SDRA por gripe o incapaces de realizar los estudios funcionales respiratorios.

El estudio se realizó con aprobación institucional y consentimiento informado.

Se realizó cuestionario de calidad de vida (EQ-5D) auto-administrado, espirometría forzada, volúmenes pulmonares y test de difusión pulmonar para CO (DLCO) mediante el equipo computarizado Ultima™ Series Med Graphics.

Resultados: Se estudiaron 13 pacientes. La media de edad 42 ± 15 años, 76,9% masculinos. La percepción de calidad de vida por EQ5D muestra cambios en los 5 componentes, siendo mayor en la dimensión Dolor/Malestar con una media $1,62 \pm 0,506$, y el EQ%health fue de $80,77 \% \pm 12,05$.

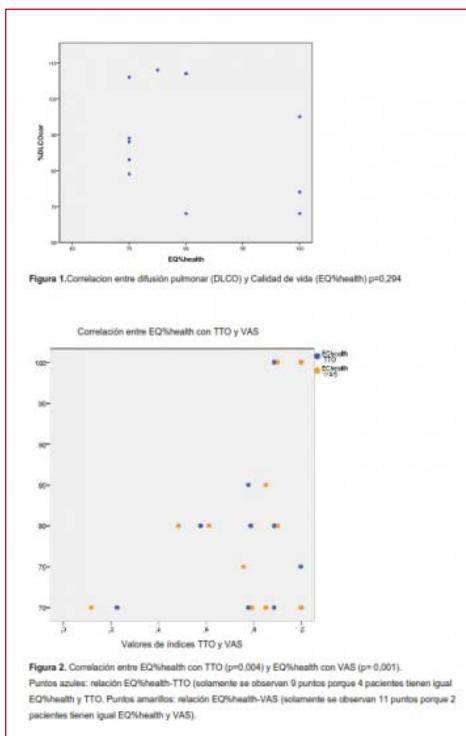
Los valores medios de los índices (FEV1, FVC, FEV1/FVC, FEF25/75) fueron superiores al 80%. 5 pacientes presentaron un patrón restrictivo leve. Los volúmenes pulmonares y DLCO mostraron valores medios superiores al 80%, 4 pacientes presentaron alteración de la difusión en grado leve.

Correlación entre %DLCO y EQ%health: Pearson 0,331 (Significa-

■ Resúmenes

ción bilateral 0,294) y Coeficiente Rho de Spearman 0,181 (Significación bilateral 0,287). En forma pareada Pearson: para EQ%health-TTO 0,678 (Significación bilateral 0,004) y para EQ%health-VAS 0,734 (Significación bilateral 0,001). Coeficiente Rho de Spearman: para EQ%health-TTO 0,811 (Significación bilateral 0,001) y para EQ%health-VAS 0,850 (significación bilateral 0,001).

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que los pacientes con AVM y SDRA evaluados al año del alta de UTI presentan secuelas pulmonares leves y repercusión moderada en la calidad de vida, similar a lo reportado en la literatura. Limitación del estudio tamaño pequeño de la muestra.



| Tabla 1. Características generales | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------|---------|---------|---------------|-----------|---------|--------|--|--|--|
| | Edad | DíasUTI | DíasAVM | Días/Hospital | Altura cm | Peso kg | IMC | | | |
| Media | 42,23 | 26,46 | 14,54 | 52,15 | 172,38 | 82,85 | 30,792 | | | |
| Mediana | 40 | 17 | 13 | 29 | 175 | 84 | 27,400 | | | |
| Desv. Stp. | 15,227 | 35,669 | 5,109 | 54,682 | 8,014 | 31,323 | 9,5213 | | | |
| Mínimo | 23 | 13 | 9 | 18 | 147 | 55 | 20,0 | | | |
| Máximo | 67 | 143 | 23 | 179 | 183 | 147 | 47,9 | | | |

UTI: Unidad de Terapia Intensiva; AVM: asistencia ventilatoria mecánica; IMC: Índice de masa corporal.

| Tabla 2. Percepción de calidad de vida EQ-5D | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------|------------------|------------------|
| | EQOM | EQCP | EQAD | EQDM | EQAD | EQ%health ^a | TTO ^b | VAS ^c |
| Media | 1,46 | 1,15 | 1,31 | 1,62 | 1,31 | 80,77 | 0,81 | 0,78 |
| Mediana | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 80 | 0,89 | 0,85 |
| Desv. Stp. | 0,519 | 0,555 | 0,630 | 0,508 | 0,630 | 12,050 | 0,218 | 0,249 |
| Mínimo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 70 | 0,21 | 0,63 |
| Máximo | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 100 | 1 | 1 |

EQ-5D: Dimensiones: EQ OM= Movilidad; EQ CP= Cuidado Personal; EQ AD= Actividad de Todos los Días; EQ DM= Dolor/Malestar; EQ AD= Ansiedad/Depresión.
EQ% health: estado de salud en una escala visual analógica de 0 a 100%.
Pharmacoeconomic Indicators: estado validado para Argentina; TTO= Time-Trade Off; VAS= Visual Analog Scale.

| Tabla 3. Espirometría | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------|--------|---------|--------|-------|---------|--------|---------|----------|---------|----------|----------|---------|----------|
| | PB%Pron | FVC | PB%Pron | FVC | FEV1 | PB%Pron | FEV1 | PB%Pron | FEV1/FVC | PB%Pron | FEV1/FVC | FEF25-75 | PB%Pron | FEF25-75 |
| Media | 83,42 | 80,75 | 82,33 | 84 | 78,67 | 102,50 | 72,64 | 97,75 | | | | | | |
| Mediana | 87 | 79 | 86 | 80 | 80 | 104 | 79 | 93 | | | | | | |
| Desv. Stp. | 14,100 | 13,451 | 19,611 | 16,733 | 3,085 | 5,196 | 31,522 | 17,098 | | | | | | |
| Mínimo | 59 | 67 | 48 | 70 | 73 | 95 | 70 | 84 | | | | | | |
| Máximo | 98 | 98 | 104 | 105 | 83 | 107 | 115 | 121 | | | | | | |

PB%Pron (post-broncodilatación); FVC: FEV1, FEF 25-75; PB%Pron (post-broncodilatación); FVC: FEV1, FEF 25-75.

| Tabla 4. Volúmenes pulmonares y difusión CO (DLCO) | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| | %SCV ^a | %FRCP ^b | %TLC ^c | %RVTL ^d | %DLCO ^e | %DLVA ^f | %VA ^g |
| Media | 85,36 | 85,08 | 85,17 | 84,75 | 89,33 | 111,42 | 83,17 |
| Mediana | 90 | 85,50 | 82 | 85 | 86,50 | 111,50 | 82 |
| Desv. Stp. | 12,633 | 23,173 | 15,003 | 25,262 | 15,366 | 15,309 | 11,885 |
| Mínimo | 63 | 53 | 59 | 47 | 68 | 88 | 64 |
| Máximo | 101 | 130 | 114 | 135 | 108 | 158 | 108 |

Volúmenes pulmonares: TL: TLC (capacidad total); FRCP (capacidad residual funcional); TLC (capacidad pulmonar total); RV/TL (volumen residual ajustado a la capacidad pulmonar total).
Difusión (ml/min/m²): DLCO (difusión pulmonar para monóxido de carbono); DLVA (difusión pulmonar ajustada a volumen alveolar); VA (volumen alveolar).

0044 CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G GALVAN(1), M GUARACHI(1), H QUEZADA(1), M DEGUARDIA(1), A ANTIK(1), A FIORANELLI(1)
(1) Durand.

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son susceptibles a contraer infecciones fúngicas, relacionadas a la corticoterapia. Las más frecuentes son la criptococosis e histoplasmosis. La puerta de entrada es la vía respiratoria, es habitual la diseminación al sistema nervioso central (SNC). Entre 30 y 50% de la morbi-mortalidad son atribuidas a infecciones. Las del SNC constituyen el 3%.

Caso clínico: Paciente masculino de 36 años, con LES en tratamiento con meprednisona, nefropatía lúpica, insuficiencia renal crónica, reciente diagnóstico de cáncer de vejiga con secundarismo hepático. Ingresó por criptococosis meníngea, deterioro del sensorio por hidrocefalia, requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, recibió tratamiento con anfotericina B. Se drenó líquido cefalorraquídeo con mejoría del sensorio y posterior extubación.

Discusión: Es una infección que afecta a inmunocompetentes como inmunocomprometidos; los más susceptibles son aquellos con deficiencias de linfocitos T. Antes de iniciarse el uso regular de corticoides, se reportaban infecciones hasta un 40%, atribuyéndolo a las anomalías inmunológicas de la enfermedad.

Es una de las principales causas de infección del SNC en pacientes con LES y puede presentarse como un cuadro inespecífico, pudiendo confundirse como manifestación de actividad lúpica.

Cuando existe incremento de la presión intracraneal el manejo debe ser agresivo con drenaje de LCR.

Conclusión: En el LES los efectos inmunológicos subyacentes asociados a los efectos de su tratamiento contribuyen a la susceptibilidad a infecciones. La criptococosis es una complicación inusual pero reconocida y el tratamiento antifúngico efectivo mejora el pronóstico.

0045 UTILIDAD DE LA HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL LLENADO

SN CRUZ(1), DI FERRUFINO(1), RM MERCADO, SB, SM ROJAS(1), AM VARGAS, SB, GM YAPURA(1)
(1) H.P.G.D. "San Bernardo". Salta-Capital. Argentina.

Introducción: El registro de enfermería es un documento legal en el cual se registra la valoración y evolución del paciente, así como el cuidado enfermero, con la finalidad de lograr continuidad y seguridad en las prestaciones. Además transmite información válida y confiable al equipo de salud, convirtiéndose en indicador y acreditador de calidad de atención de enfermería.

El servicio de Unidad de terapia intensiva (UTI) cuenta con una H.R.E de 24 hs, la cual es llenada de forma incompleta. Este incumplimiento dificulta el cuidado individualizado y continuo del paciente.

Objetivos: Identificar la utilidad de la hoja de los registros de enfermería y determinar los factores que influyen en el llenado.

Material y método: Es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, el instrumento utilizado fue una encuesta de 12 ítems de preguntas abiertas y cerradas. La población estuvo constituida por 36 enfermeros y la muestra fue de 24. El promedio de edad fue de 39 años.

Resultados: El 34,48% de los encuestados consideraron que la utilidad de la H.R.E es la valoración del paciente, el 20,69% provee información, el 17,24% tiene importancia legal.

Se observó relación entre los registros de los sectores considerados importantes y que si se registran (control de signos vitales, medicación, el balance hidroelectrolítico). Y el menos importante fue el de hemodinámica que no se registra.

Los factores que influyeron en el llenado de la H.R.E son: falta de tiempo (20,41%), número de pacientes por enfermero (18,37%), falta de protocolos (13,26%) y estado de ánimo (9,18%).

Conclusión: Como resultado de la investigación realizada se encon-

tró que, los sectores de la H.R.E considerados importantes y que si se registraron fueron: control de signos vitales, medicación, balance hidroelectrolítico.

Los factores principales que influyeron en el llenado de la H.R.E estuvieron: la falta de tiempo, número de pacientes por enfermero, falta de protocolos y estado de ánimo.

Y el 91,67% del personal encuestado modificaría la H.R.E. eliminando y/o agregando algunos de los sectores actuales.

0046 S^o HELLP CON LACERACIÓN Y HEMATOMA HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA

S PEREIRA(1), R FERNÁNDEZ(1), L LOPEZ(1), M LARRIBAU(1), V ORDOÑEZ(1), L VIOLA(1), S ARANCIBIA(1), E ROJO(1), I SANTOLAYA(1), E CABRERA(1), C OTTAVIANI(1)
(1) H Español De Mendoza.

El Síndrome HELLP es una complicación multi sistémica del embarazo, que se desarrolla en 0,1 a 0,8% de los mismos. El hematoma hepático es de incidencia muy baja (0,01 al 1,8%) con alta mortalidad. El manejo habitual es quirúrgico.

Reportamos un caso con tratamiento quirúrgico y endovascular.

Caso clínico: Paciente de 40 años. Embarazo de 29 semanas, intercorre con epigastralgia, náuseas y vómitos. Consulta después de 12 horas siendo admitida en regular estado general, hipertensa, con latidos fetales disminuidos. Laboratorio: Hto 36%; R.G.B. 12.300 mm³; Plaquetas 144.000 mm³; Cr 0,9 mg/dL; GOT 106 U/L; GPT 116 U/L; FAL 105 U/L; Bít / Bíd: 0,45 / 0,11 mg/dL; Dímero D: 1000 ng/ml. Cesárea sin complicaciones, constatándose hemoperitoneo y hematoma hepático hasta segmento 4 y laceración en segmento 6, se realiza hemostasia. Por sangrado persistente, se traslada a Hemodinamia. Ingres a UTI, frecuencia cardíaca 100 lpm, TA 150/90 mm Hg. ARM A/Vc, FiO₂: 50%. Drenajes abdominales hemáticos. Análítica: Hto 27%; R.G.B. 13.500 mm³; Plaquetas 74.300 mm³; GOT 258 U/L; GPT 245 U/L; TP 108%; TTPK 17 seg; Fibrinógeno 301 mg%.

Presenta descenso de PaFiO₂ y tendencia a la hipertensión arterial, requiere infusión de Labetalol EV y antihipertensivos orales. Descenso progresivo de transaminasas y aumento de plaquetas. Al 5° día se extuba y evoluciona favorablemente. Alta médica a los 17 días de la cirugía.

Discusión: El S^o HELLP representa una forma severa de preeclampsia / eclampsia, con una alta morbi-mortalidad materno infantil. La complicación con hematoma hepático, es de muy baja frecuencia, registrándose en la literatura incidencia de 1/45.000 – 1/225.000 embarazos. El caso presentado cumplía con los criterios diagnósticos:

-**Clinica:** dolor abdominal, epigastralgia, náuseas e HTA. Asociado a cambios ecográficos a nivel hepático.

-**Hallazgos de laboratorio:** descenso de hematocrito y plaquetas, elevación de enzimas hepáticas, aumento de bilirrubina a predominio indirecta, elevación de LDH y ácido úrico.

La ruptura del hematoma hepático puede llevar a una mortalidad tanto materno, como fetal con una frecuencia reportada entre el 25 - 50% y 40 - 75%, respectivamente.

Conclusión: Dada la baja incidencia pero la alta mortalidad de la complicación reportada queremos destacar la importancia del manejo combinado de la misma.

0048 HEMATOMA SUBDURAL ESPONTANEO EN PACIENTE CON DEFICIT CONGENITO DE FACTOR V: TRATAMIENTO CONSERVADOR

B ASCUE(1), M EMMERICH(1), J NIEVES(1), V FUENTES GUZMÁN(1), M VILLEGAS(1), D ANGARITA RUEDA(1), A BUITRAGO(1), M CHURBA(1), A FLORES(1), C TRUJILLO LARREA(1), A BRAVO(1)

(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: La deficiencia congénita del factor V, es una enfermedad autosómica recesiva cuya incidencia es muy baja, aproxima-

damente un caso por cada millón de habitantes. Clínicamente se manifiesta con hemorragias que en ocasiones pueden ser fatales como las que ocurren en el SNC, con altos requerimientos de soporte transfusional.

Caso clínico: Masculino de 23 años, consulta por cuadro de 24 hs de evolución, caracterizado por cefalea holocraneana de intensidad 7/10, diplopía y vómitos. Ingres a lúcido, sin focalización neurológica, GCS 15/15. La RMN de encéfalo evidencia HSD derecho subagudo que desplaza la línea media > 5 mm. Niega antecedentes de traumatismos reciente.

Antecedentes: déficit congénito del factor V, diagnosticado en la infancia con HSD traumático (2014) sin tratamiento quirúrgico.

Laboratorio: TP: 17 KPTT: 62 RIN: 5.3 Factor V: 39% (VN: 70-120). Neurocirugía sin conducta quirúrgica de urgencia y Hematología indica transfusiones de PFC y concentrado de plaquetas.

A los 10 días presenta progresión de sangrado, con mayor desviación de la línea media (11 mm) en RNM sin cambios neurológicos. Se propone cirugía de urgencia, que es rechazada por el paciente y su familia. Se agrega rFVIIa, ac. aminocaproico y ac. tranexámico al tratamiento.

Evoluciona sin cambios neurológicos, se disminuye progresivamente terapia transfusional y se suspende Factor VII. Después de 1 mes de internación en UCI, se externa con TC de cerebro sin evidencia de HSD, continuando en seguimiento por Hematología.

Conclusiones: La deficiencia del FV es una entidad poco común, pero potencialmente mortal cuando se presentan hemorragias graves como las que comprometen al SNC.

El tratamiento se basa en la administración de PFC y unidades de plaquetas, hasta la fecha no se disponen de concentrados de FV. Se han comunicado algunos casos del uso de rFVIIa con resultados variables.

Dos estudios reportaron resultados favorables en la resolución espontánea de HSD crónico con manitol EV en pacientes con síntomas leves, pero ninguno de ellos tenía déficit de FV.

0050 UN CASO ESPECIAL: CURA HÚMEDA Y SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

C OTTAVIANI(1), R FERNÁNDEZ(1), L SORIA(2), V ORDOÑEZ(1), L VIOLA(1), S ARANCIBIA(1), E ROJO(1), E CABRERA(1), I SANTOLAYA(1), S PEREIRA(1), L LOPEZ(1)
(1) H Español De Mendoza. (2) Hospital Central.

Introducción: La necrosis digital suele revelar una patología vascular. Se describen causas, en las que se destacan las enfermedades del tejido conectivo. La gangrena periférica simétrica se asocia a sepsis y coagulación intravascular diseminada. Se describe la presentación de necrosis acral en un paciente con shock séptico por *Streptococcus pyogenes* y la metodología de tratamiento utilizada para preservar los dedos.

Caso Clínico: Masculino, 45 años sin antecedentes patológicos. M.C.: dolor abdominal, diarrea, fiebre, oliguria, mialgias y artralgias. E.F.: Mal estado general, hipotenso, taquicárdico, palidez, cianosis acral, lividesces, escoriación pequeña, sin signos de flogosis en MID. RGB 7.740 mm³; Plaquetas 110.000 mm³; Creatinina 4,5 mg/dL; CPK 36.800 U/L; Láctico 5,8 mEq/L; GOT 126 U/L; GPT 212 U/L; Bít / Bíd 4,8/3,8 mg/dL; APACHE II: 18; SOFA: 9. Hemocultivos: *Streptococcus pyogenes*.

Reanimación con cristaloides; Antibioticoterapia; Soporte ventilatorio, Drogas vasoactivas, y monitorización hemodinámica. Terapia de reemplazo renal (TRR).

Al 6° día presentó edema en miembros, flictenas hemorrágicas en manos y pies, en región distal de todos los dedos, que progresa a gangrena seca simétrica.

Día 11° se comienza con cura húmeda, aplicando apósitos de hidrocoloide para remover tejido necrótico y uñas; posteriormente apósitos de alginato de calcio hasta cicatrización. Se preservaron los dedos de las manos y ocho dedos de los pies. No presentó infección sobre agregada.

Conclusiones: El tratamiento habitualmente descrito para la necrosis digital es la amputación del segmento corporal afectado, injertos cutáneos, utilización de sistemas de presión negativa o cámara hiperbárica.

En este caso se utilizó cura húmeda que consiste en la utilización de apósitos activos que permiten el desbridamiento autolítico que determina la degradación del tejido desvitalizado por la acción conjunta del propio exudado de la herida y de las enzimas proteolíticas propias de la degradación. La cicatrización se logra porque se previene la desecación, se favorece la migración celular, se promueve la angiogénesis, se estimula la síntesis de colágeno y se facilita la comunicación intercelular.



0051 SCREENING DE PORTACIÓN DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HIGA SAN MARTÍN DURANTE EL PERIODO 2013-2015

SI CASTRO(1), C POLVERIGIANI(1), R QUIROGA(1), A TUDURI(1), G GUTIÉRREZ(1), M ALMUZARA(1), S PALOMBARANI(1), O CRISTALDI(1)

(1) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: La búsqueda de KPC en hisopados rectales permite implementar el aislamiento del paciente y reforzar medidas de higiene en las unidades cerradas. El rescate de KPC en nuestro hospital comenzó en 2013 y se estudia en hisopados en forma conjunta con la de EVR.

Objetivo: Investigar características distintivas en los pacientes colonizados, la proporción que desarrolla infección y su vinculación con el uso de algún antibiótico.

Material y método: Se incluyeron pacientes hisopados al ingreso a la unidad y en forma semanal. Se analizaron las características demográficas, motivo de internación, uso de antibióticos previo al rescate, tiempo de positividad desde el ingreso, procedimientos invasivos y la ocurrencia de infección en los hisopados.

Resultados: Se incluyeron 11 mujeres y 14 hombres sobre un total de 1094 ingresos. La mediana de edad (M) fue de 57 años, con un rango (R) entre 18-85. Comorbilidades existentes: 3 diabéticos (dos

en hemodiálisis crónica), un etilista crónico y un HIV positivo. La M de días de internación fue de 28 (R 6-56). Los motivos de ingreso principales fueron: postoperatorio de neurocirugía 8 pacientes, causa neurológica 3, causa respiratoria 8. El Apache de ingreso (M) fue 23 (R 11-47). Maniobras invasivas principales: traqueotomía (4), colocación de tubo pleural (3), nueva neurocirugía (3), amputación de miembro (2), requerimiento de ARM en 14/15 pacientes y vía central, sondaje vesical y colocación de SNG/SNE en todos. Las infecciones por KPC fueron: 2 bacteriemias relacionadas con catéter, una colección subgaleal y luego una meningitis postquirúrgica en un mismo paciente, un BAL y urocultivo en el mismo paciente. Tiempo de positividad (M): 9 días (R 1-30 días). Los ATB más usados fueron: vancomicina (14), piperacilina-tazobactam (14), colistin (12), AMS (10), claritromicina (6). Fallecidos: 12 pacientes (48%).

Conclusión: Se destacan la gravedad de las condiciones al ingreso, el alto requerimiento de ARM y de otros dispositivos de sostén como factores predisponentes. Los antibióticos más usados hasta 48 horas antes de la detección de portación fueron colistin, vancomicina y piperacilina-tazobactam.

Se debe reforzar la implementación de tratamientos abreviados de antibióticos y disminuir el uso de los ATB mencionados en la unidad.

0052 UN BREVE PERÍODO DE VENTILACIÓN HIPERÓXICA NO ALTERA LA MICROCIRCULACIÓN SUBLINGUAL EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

A DUBIN(1), ED VALENZUELA ESPINOZA(1), MO POZO(2), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, VS KANOORE EDUL(2), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, M FURCHE(1), MF BOTTA(1), A RISSO VAZQUEZ(1), PN RUBATTO BIRRI(1), C INCE(5), UNIVERSITY OF AMSTERDAM, TRANSLATIONAL PHYSIOLOGY (1) Sanatorio Otamendi Y Miróli. (2) Facultad De Ciencias Médicas. (3) Universidad Nacional De La Plata. (4) Cátedra De Farmacología Aplicada. (5) Academic Medical Center. (6) University Of Amsterdam. (7) Translational Physiology.

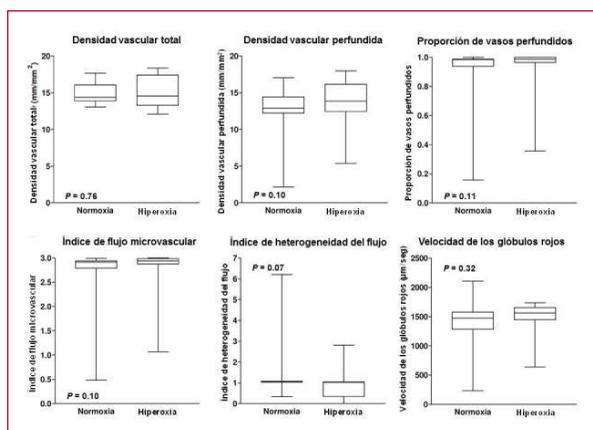
Introducción: El empleo terapéutico de la ventilación hiperóxica en pacientes críticos es controvertido. Uno de sus riesgos es la producción de vasoconstricción arteriolar con subsecuente hipoperfusión microcirculatoria. Recientemente, han sido descritas graves alteraciones de la microcirculación sublingual luego de la exposición a altas FiO₂, en voluntarios sanos.

Objetivo: Describir los efectos de un breve periodo de ventilación hiperóxica, en pacientes con shock séptico.

Métodos: La microcirculación sublingual fue evaluada con SDF-videomicroscopía in 11 pacientes con shock séptico, en condiciones normóxicas y luego de 5 de ventilación con una FiO₂ = 1,0. También se evaluó el tiempo de relleno capilar (TRC). Para descartar un efecto más retardado de la hiperoxia, también se estudiaron 8 voluntarios sanos en normoxia, y después de 5' y 30' de la administración de oxígeno 100%, a través de una máscara nasal. Los datos, presentados como mediana [cuartilo 0,25-0,75], se analizaron con test de Wilcoxon y test de Friedman.

Resultados: En pacientes con shock séptico, la ventilación hiperóxica aumentó la PO₂ arterial de 75 [67-82] a 312 [278-415] mm Hg. Las variables microcirculatorias sublinguales (Fig. 1) y el TRC (4,0 [2,8-6,3] vs. 5,4 [2,3-7,2], P = 0,97) no se modificaron. En los sujetos normales, la PO₂ arterial alcanzó 388 [359-421] mm Hg luego de 5' de FiO₂ elevada. Después de 5' y 30' de hiperoxia, la perfusión sublingual y el CRT no presentaron modificaciones.

Conclusiones: Tanto en pacientes con shock séptico como en voluntarios sanos, un breve periodo de ventilación hiperóxica no alteró la microcirculación sublingual ni la perfusión periférica.



0053 MODELO DE GESTIÓN HUMANIZADO PARA LA PACIENTE INTERNADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS OBSTÉTRICOS

C CANSECO(1), C ALVAREZ(1)

(1) Instituto De Maternidad Ntra Sra De Las Mercedes.

Introducción: Los avances tecnológicos han producido un aumento de conocimientos técnicos, en contraste con el desarrollo de estrategias vinculadas a factores sociales y humanos involucrados, produciendo un desequilibrio en la atención de salud con insuficiente consideración del sentir del individuo durante su enfermedad. Para humanizar la asistencia, se emplean los principios cuidadosos de Watson (amor, apoyo emocional, físico y espiritual). Humanizar significa la interacción entre los conocimientos y los valores del ser humano para establecer una asistencia con calidad.

Objetivo: Determinar las necesidades y requerimientos de la paciente internada en la unidad de cuidados intensivos del Instituto de maternidad Nuestra Señora de las Mercedes

Materiales y métodos: Descriptivo, corte transversal. Encuesta de necesidad como instrumento de detección de necesidades y requerimientos de la madre. Unidad de Cuidados Críticos Obstétricos Hospital 3 B. Embarazadas y puérperas mayores de 14 años, internadas desde abril 2014 a octubre 2015. n=254

Resultados: Se encuestó a 254 pacientes, 22 (8,7%) embarazadas, menores de 23 años el 43%. Solo tenía un hijo 41%. El 78% (198) sabían que estaban internadas en UCI. Tenían conocimiento del motivo de su internación 77% (188) IC95 (71%-82%). Conocían el estado de salud de su bebe 84% (195) de n=232, con necesidad de verlo 80% (186) IC95 (74 %- 85%). Querían ver a sus otros hijos 42% (110) IC95 (37%-50%) y necesitaban presencia de su familia 42% (107) IC95 (36%-48%). Se sentían contenidas en UCI 74% (188) IC95 (68%-79%). El 100% manifestaron libertad para expresarse.

Conclusiones: La madre internada en UCI, para lograr satisfacción requiere la posibilidad del contacto con su recién nacido, en forma directa, con informe verbal de médicos o con fotos o videos capturados por familiares. Para ello se propone un modelo de gestión humanizada mediante procesos de ingresos a UCI del recién nacido e hijos menores.

0054 PLATIBASIA CON IMPRESIÓN BASILAR: UN MOTIVO INFRECUENTE DE FALLO EN LA DESVINCULACIÓN DE ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA

E LUIZAGA(1), F PODESTA(1), K CINQUEGRANI(1), W BARBOSA(1), A PICCIRILLI(1), D OTERO(1), M RABINO(1)

(1) Hospital El Cruce Nestor Carlos Kirchner.

Introducción: La platibasia es una anomalía ósea infrecuente que consiste en el aplanamiento de la base del cráneo que se traduce en la abertura del ángulo basal de Boogard. Se considera platibasia

(PTB) cuando ésta supera los 140°. Existe cierta tendencia familiar y se puede asociar a anomalías de la unión craneovertebral.

Las manifestaciones neurológicas son propias de la compresión en la médula cervical superior: pérdida de fuerza y espasticidad, inestabilidad a la marcha, dismetría y progresiva pérdida de sensibilidad. El tratamiento, cuando existen síntomas, consiste en la descompresión occipitocervical.

Se presenta un caso de PTB aislada, no asociada a un síndrome clínico o enfermedad genética por lo que resulta aún más infrecuente, diagnosticado a partir de fallos en la extubación en un paciente ingresado en nuestro servicio con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda.

Caso clínico: Niño de 4 meses de edad, ingresó a UTIP con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda y requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Presentó dos extubaciones fallidas por alteraciones de la musculatura respiratoria. Requirió la realización de traqueostomía. Ante la sospecha de trastorno neuromuscular con hipotonía axial y espasticidad de cuatro miembros fue evaluado por el servicio de neurología y se solicitó resonancia magnética evidenciándose signos de PTB. Se realizó intervención quirúrgica por el equipo de neurocirugía con descompresión de foramen magno y remoción del arco posterior de C2. Posteriormente fue intervenido por el equipo de traumatología para estabilización de la columna. Se colocó un halo cefálico, se esquelizó hacia región cervical C5 sembrando hueso de donante cadavérico y se colocó chaleco q se fijó en posición al halo.

A cuarenta y cinco días de la cirugía descompresiva el paciente ha recuperado motilidad activa y no presenta espasticidad. Se encuentra con soporte ventilatorio a través de la traqueostomía en weaning de AVM.

Conclusiones: Destacamos la importancia del correcto examen neurológico en pacientes con fallos de la musculatura respiratoria en desvinculaciones de AVM a fines de realizar los planteos diagnósticos adecuados, solicitar los exámenes complementarios oportunos y arribar al diagnóstico de certeza aún ante patologías poco frecuentes como en el caso de nuestro paciente.

0055 SECUESTRO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

L LOPEZ(1), F PODESTA(1), A BORDOGNA(1), K CINQUEGRANI(1), P MEDICI(1), D OTERO(1), A PICCIRILLI(1)

(1) Hospital El Cruce Nestor Kirchner.

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, caracterizada por un segmento anormal de tejido pulmonar irrigado por una arteria aberrante de origen sistémico, sin comunicación con el árbol traqueobronquial.

Es la segunda causa de anomalías congénitas a nivel pulmonar, representando un 0,15-6% de todas las malformaciones en este sistema, ubicándose en el 95% de los casos en el lóbulo inferior izquierdo.

Caso clínico: Niña de 24 meses de edad derivada con diagnóstico de neumonía unifocal con antecedente de reiterados cuadros respiratorios desde su nacimiento. A los 4 días de internación ingresó a ARM por claudicación respiratoria evolucionando a síndrome de distress respiratorio agudo con hipoxemia refractaria que respondía al cambio de decúbito. Requirió asistencia respiratoria mecánica 15 días y ventilación no invasiva 8 días.

Por persistencia de imagen retrocardiaca izquierda en Rx tórax se solicitó Tac tórax que informó secuestro pulmonar intralobar derecho e izquierdo.

Evolucionó favorablemente con requerimiento de oxígeno suplementario hasta la actualidad.

Discusión: Los secuestros pulmonares se manifiestan como infecciones respiratorias a repetición, La prueba diagnóstica de referencia es la arteriografía; aunque por angio-TC helicoidal también se puede identificar el vaso aberrante y el drenaje venoso.

Los hallazgos radiológicos típicos del secuestro intralobar (SIL) son: bien una masa homogénea o heterogénea de tejido blando en el

lóbulo inferior, bien un área de consolidación heterogénea; son característicos los cambios en fisematosos en los bordes de la lesión. El tratamiento en casos sintomáticos es quirúrgico mediante lobectomía, preferentemente, o segmentectomía.

Conclusión: Ante pacientes con cuadros respiratorios a repetición e imagen patológica persistente en rx torax es importante considerar esta patología como diagnóstico diferencial.

0056 REVISIÓN DE LAS INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HIGA SAN MARTIN: UN ANÁLISIS DE TRES AÑOS

SI CASTRO(1), A TUDURI(1), S PALOMBARANI(1), M ALMUZARA(1), A RODRÍGUEZ FLORES(1), E ROJAS(1), O CRISTALDI(1) (1) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC es un germen con alta diseminación nosocomial y se asocia con elevada morbi-mortalidad. En nuestro hospital comenzó a aislarse en el año 2013.

Objetivo: Describir los factores predisponentes de infección, el tipo de infección hallada y el tratamiento instituido.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes con infección por KPC entre enero de 2013 y diciembre de 2015, distintas muestras clínicas, tratamiento dirigido al germen.

Resultados: Se hallaron 8 mujeres y 9 hombres entre 1094 ingresos. La mediana (M) de edad fue 60 años (R 26-85), tiempo de internación (M) 21,5 días (R 2-92) y el APACHE de ingreso (M) 20 (R 5-47). Comorbilidades: diabetes (3), cáncer de vejiga (1), LMC (1), etilismo crónico (2). Motivos de ingreso principales: causa neurológica (4), causa neuroquirúrgica (6), sepsis (4), causa respiratoria (1). Procedimientos invasivos: traqueotomía (3), nuevas neurocirugías (4), escarotomía (1) y colocación de avenamiento pleural (1). Dispositivos invasivos: ARM 76%, vía central y sonda vesical 94% y SNG/SNE 88%. Sitios de infección: infección urinaria 2 (11%), respiratoria 2 (11%), bacteriemia 9 (50%), LCR 1 (5,5%), partes blandas 3 (17%) y abdominal 1 (5,5%). Hubo 5 pacientes con hisopados positivos. El tiempo de rescate (M) respecto al ingreso fue de 17 días (R 1-57). Los antibióticos más empleados previo al rescate fueron: piperacilina-tazobactam (9), AMS (8), vancomicina (7), colistina (5). Los antibióticos utilizados a continuación del diagnóstico de infección por KPC fueron: colistina en 15 pacientes, amikacina en 9, meropenem en 7, tigeciclina en 6 y rifampicina en 2; solo uno empleó fosfomicina en una meningitis post-quirúrgica. Dos pacientes fallecieron antes de la identificación correcta de este germen. Mortalidad global 10/17 (58,8%).

Conclusiones: Se destaca el alto requerimiento de ARM y otras medidas de soporte en esta población. La infección predominante fue la bacteriemia por KPC, donde se registró la mayor mortalidad. A pesar de que la mayoría de los pacientes recibieron un tratamiento antibiótico dirigido adecuado, la mortalidad global fue alta. Las medidas de control de infecciones resultan fundamentales para disminuir la transmisión nosocomial de KPC.

0057 EVALUACIÓN PRELIMINAR DEL ÍNDICE DE COLAPSABILIDAD DE LA VENA CAVA CAUDAL COMO INDICADOR DE LA RESPUESTA A FLUIDOS EN CANINOS VENTILANDO EN FORMA ESPONTÁNEA

P DONATI(1), JM GUEVARA(1), E GUILLEMI(1), MDC LA VALLÉ, M JENSEN, J MOULY, P SCORZA, S GONZALEZ, N JULIAN, M BARTOLOMEO, G BELERENIAN(2), S FERRARIS(3) (1) Ucooop. (2) Instituto Luis Pasteur. (3) Universidad Maimonides.

Introducción: El índice de colapsabilidad(IC) de la vena cava ha sido utilizado en medicina humana como indicador de respuesta fluidos, tanto en pacientes ventilando espontáneamente como en aquellos

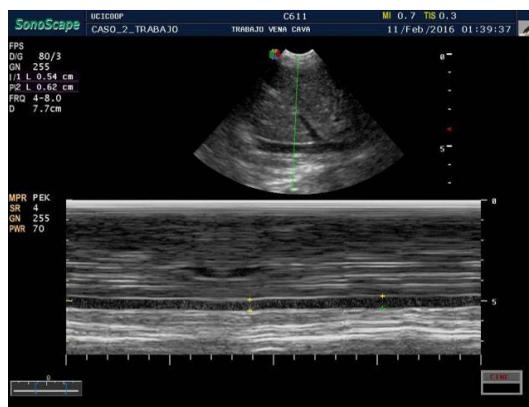
bajo ventilación mecánica. Este índice no ha sido estudiado previamente en medicina veterinaria y podría ser de utilidad para guiar la terapia con fluidos.

Objetivo: Evaluar la correlación entre el IC de la vena cava caudal (VCC) y la respuesta a fluidos en caninos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos, con requerimientos de fluidos y ventilando espontáneamente.

Materiales y métodos: Se reclutaron en forma prospectiva caninos que presentaban signos de inestabilidad hemodinámica y un acceso vascular central. Se realizó una evaluación inicial de la presión venosa central (PVC). Posteriormente se realizó una evaluación ultrasonográfica doppler, registrándose la integral velocidad tiempo (IVT) del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), promediando el resultado de tres mediciones. Se evaluó el IC de la VCC en modo M, utilizando la ventana transhepática derecha. Se administró un bolo de solución Ringer Lactato hasta lograr un aumento de la PVC mayor o igual a 3 cm H₂O. Durante la administración de fluido se realizó un monitoreo ultrasonográfico del pulmón. En caso de detectarse líneas tipo B de nueva aparición se suspendió la administración de fluidos. Luego de lograr el objetivo de la PVC se evaluó nuevamente la IVT del TSVI. Se consideraron respondedores a fluido aquellos pacientes en los que el IVT tuvo un aumento mayor o igual al 15%.

Resultados: En este estudio preliminar se reclutaron 4 pacientes con requerimientos de fluido. Tres de ellos presentaban gastroenteritis hemorrágica secundaria a parvovirus y uno sepsis por endometritis supurativa. Dos de los cuatro pacientes reclutados fueron respondedores a fluidos, mientras que los otros dos no aumentaron su gasto cardíaco en forma significativa. En la Tabla 1 se muestran los valores promedio de IVT antes y después de la carga de fluido y los IC de la VCC.

Conclusiones: En este estudio preliminar se observó que el IC de la VCC, logró diferenciar pacientes respondedores de no respondedores a fluido sugiriendo valores de corte similares a los reportados previamente en medicina humana.



| Integral Velocidad Tiempo inicial (cm) | Índice de colapsabilidad de la vena cava caudal (%) | Integral Velocidad Tiempo post-fluido (cm). |
|--|---|---|
| 7.92 | 37 | 12.32 |
| 5.9 | 100 | 8.2 |
| 14.37 | 25 | 14.78 |
| 9.98 | 32 | 9.54 |

Tabla 1.

0061 SÍNDROME DE QT PROLONGADO EN UTIP. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN EL MANEJO INICIAL

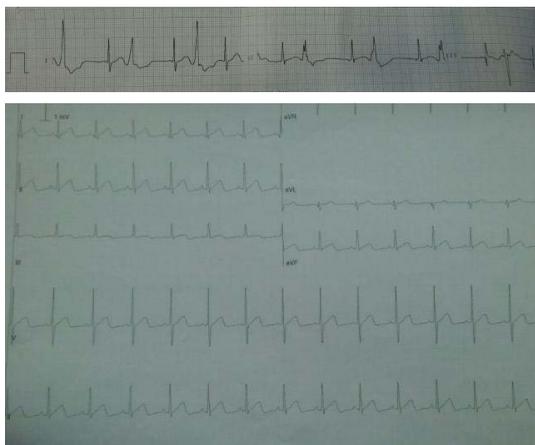
J PONCE(1), E FERNANDEZ(1), R ALTAMIRANO(1) (1) Rawson.

El síndrome de QT prolongado (SQTP) se caracteriza por una grave alteración en la repolarización ventricular, se manifiesta en el electrocardiograma (ECG) por un alargamiento en el intervalo QT que predispone a arritmias ventriculares malignas. El cuadro clínico es

muy variable, desde asintomático, presentar síncope recurrente o bien muerte súbita como primera manifestación.

Se describe el caso de paciente de 9 años con antecedentes de Comunicación interauricular corregida 14 meses previos al ingreso que es derivado desde centro periférico luego de requerir reanimación cardiopulmonar básica y avanzada de vía aérea (sin adrenalina ni desfibrilación). Sin antecedentes previos de síncope como tampoco familiares de estos últimos ni de muerte súbita. Durante primeras horas de ingreso, (aun sin ECG de 12 derivaciones) presenta registros de extrasístoles ventriculares asociadas a trastornos del medio interno (hipocalcemia e hipokalemia) que se desaparecen luego de corregir estos. Se mantiene estable hemodinámicamente, logrando suspender ventilación invasiva al tercer día de ingreso. Presenta agitación psicomotriz luego de suspender sedoanalgesia con hetero y auto-agresividad por lo que se decide utilizar tranquilizante mayor disponible (Haloperidol). Al cuarto día de ingreso luego de realizar Holter se llega al diagnóstico de SQTP e inicia tratamiento con propranolol y suplemento de potasio vía oral. Actualmente se encuentra estable sin secuelas neurológicas y a la espera de colocar marcapasos/desfibrilador.

Se discuten las características en el ECG que podrían haber adelantado el diagnóstico, así como la estratificación de riesgo antes del Holter en la revisión de los ECG previos al mismo, como así también asociado a esto la importancia de haber evitado el uso de drogas de uso frecuentes en UTIP que podrían potencialmente haber desencadenado arritmias graves en nuestro paciente.



0062 LESIONES MÚLTIPLES POR EXPLOSIVO DE ALTA POTENCIA: REPORTE DE UN CASO.

M D'ANGELO(1), M MONTENEGRO(1), P MARTIN(1), O FERNANDEZ ROSTELLO(1), A BALBI(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: El síndrome por explosión es una entidad poco frecuente, caracterizada por provocar múltiples y complejas lesiones traumáticas. Si bien se asocia habitualmente a conflictos armados, pueden presentarse en ámbitos civiles.

Presentación de caso clínico: Paciente masculino de 29 años que sufre accidente con detonación de carga de 300 gr de trinitrotolueno, a una distancia aproximada de 1 metro.

Presenta como lesiones:

- 1) Fractura bilateral de órbitas.
- 2) Neumoencéfalo frontal con fractura de celdillas etmoidales y scalp frontoparietal.
- 3) Quemaduras brazo y hombro derecho (AB-B) y muslo derecho (AB).
- 4) Quemadura corneal bilateral.
- 5) Amputación traumática del tercio distal del brazo izquierdo.

6) Amputación traumática del 4° dedo de la mano derecha con fractura del carpo.

7) Fractura expuesta de tibia izquierda GUSTILLO IIIA (Figura 1).

8) Impactación de esquirlas principalmente en hombro derecho y rostro (Figura 2).

Evoluciona con osteomielitis del miembro inferior izquierdo con rescate de *Enterococo faecium*, *Acinetobacter baumannii* y *Klebsiella* productora de carbapenemasas.

Se realizan desbridamiento de tejido desvitalizado, lavado y curación diaria del scalp, y zonas de quemaduras.

Requiere diversas intervenciones quirúrgicas:

- 1) Colocación de clavija de fijación en miembro superior derecho, retirando fragmento óseo y tejido desvitalizado.
- 2) Reconstrucción de piso y marco de las órbitas con placas y sustituto óseo.
- 3) Retiro de la clavija de mano derecha, toilette de fractura tibial izquierda cubriendo lesión con injerto de muslo ipsilateral.

El paciente requiere un control estricto con lavado y control diario de sus lesiones dérmicas, quemaduras oftálmicas e injerto de piel. Tras 4 días de AVM, 18 días de UTI y 40 de hospitalización total, presenta una evolución favorable con recuperación de la agudeza visual y de sus funciones motoras. Se da de alta con capacidad para la realización de sus tareas habituales.

Conclusión: Ante las lesiones por explosión se impone un abordaje intensivo y multidisciplinario por parte del equipo de salud. La importancia del presente caso radica en el desafío que presentó para el personal del servicio de Terapia Intensiva, el cual debió adquirir las destrezas necesarias para el cuidado permanente que requiere un paciente con lesiones de esta magnitud.

Figura 1. Fractura expuesta tibial izquierda. Osteosíntesis (A) y cobertura con colgajo y aspiración continua (B)

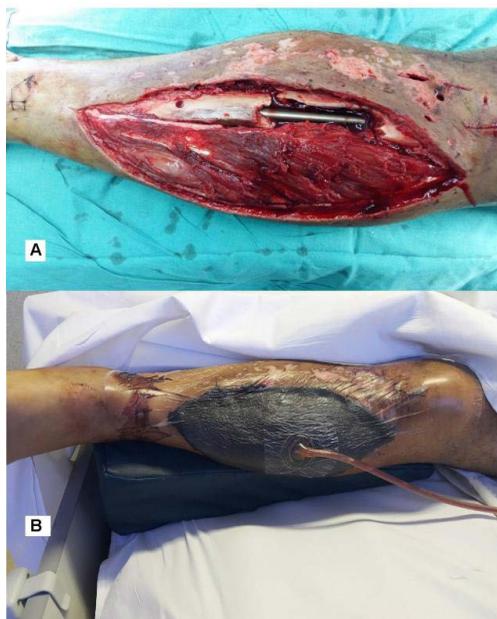


Figura 2. Evolución de lesiones faciales el día 1 de internación (A), día 3 (B) y día 12 (C)



0064 RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO CON VITAMINA C EN PACIENTE CON METAHEMOGLOBINEMIA SEVERA. REPORTE DE UN CASO

V HIDALGO(1), M BADANO(1), R SOLIS(1), C BIANCHI(1), AM D'ONOFRIO(1), A RUSCELLI(1), M ORSATTI(1), M LOPEZ(1)
(1) Higa R Rossi.

Introducción: La metahemoglobinemia es una entidad poco frecuente tanto en adultos como en niños. El diagnóstico de presunción es clínico y se debe sospechar cuando aparece cianosis de forma súbita que persiste a pesar de saturación de oxígeno dentro de rangos normales. La sangre de estos pacientes es color chocolate y la confirmación diagnóstica se realiza mediante detección de las fracciones de metahemoglobina.

Presentación del caso: Hombre de 18 años que ingresa a la unidad de cuidados intensivos estuporoso y con cianosis generalizada. Requiere IOT y AVM, persistiendo cianótico a pasar de saturación por oximetría de pulso de 100%. Al momento de la extracción sanguínea se observa sangre arterial color marrón. Ante la sospecha diagnóstica se solicita dosaje de metahemoglobinemia, obteniéndose un valor de 65,9%. El paciente recibe tratamiento monodosis con 600 mg de vitamina C EV en infusión continua de 1 hora constataándose mejoría clínica inmediata; a los diez minutos disminuye la cianosis facial desapareciendo completamente a las 2 horas. En el control realizado a las 3 horas se evidencia un descenso a 34%. Llegando a valores normales a las 24 hs.

Discusión: Ante una metahemoglobinemia, la gravedad de los síntomas depende de los valores dosados pudiendo presentar desde cianosis con fracciones entre 10-15% de la hemoglobina total; coma, crisis convulsivas, arritmias con valores de 50-70%, hasta muerte cuando la fracción de metahemoglobina alcanza un 70%. El azul de metileno es el antídoto específico; otros antioxidantes como la vitamina C, N-acetilcisteína y vitamina E también se han utilizado, aunque con menor efectividad en casos agudos por su acción más lenta.

Conclusión: El paciente presentó una metahemoglobinemia severa, de la que no se pudo determinar la causa. Según la bibliografía, el tratamiento de elección, en estos casos, es el azul de metileno, el cual fue indicado por el centro de referencia consultado. Tras la falta de disponibilidad del antídoto específico utilizamos vitamina C como único tratamiento obteniendo una respuesta favorable, inmediata y sin reacciones adversas.

0065 HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO ESPONTANEO INTRACEREBRAL EN PACIENTE EMBARAZADA: RESPECTO DE UN CASO

MC CARCEDO(1), RP MENENDEZ(1), MG PEREYRA(1), R GARCIA TURIELLA(1), G MARIA(1), E VERA(2)
(1) Lunir/Hospital Italiano Garibaldi De Rosario. (2) Lunir.

Introducción: Las hemorragias cerebrales son lesiones potencialmente mortales, por lo que su manejo en pacientes embarazadas se hace aún más apremiante. Dada la particularidad de esta población se torna difícil la realización de estudios clínicos que permitan la creación de guías de acción, esto torna indispensable el reporte de casos con el fin de poder comparar experiencias.

Presentación del caso: Paciente de 33 años, antecedente de osteocondrosis. Cursando semana 33 de embarazo (G1P0C0A0). Consulta a guardia obstétrica por dolor abdominal y cefalea. Paciente normotensa, uricemia y transaminasemia normales, plaquetas con valores conservados. Durante la consulta presenta depresión súbita del sensorio, Glasgow 10/15, acompañada de hemiparesia izquierda y babinsky positivo izquierdo. Se realiza Tomografía de cráneo, evidencia hematoma intraparenquimatoso en región hipotalámica-supraselar derecha y signos de hidrocefalia evolutiva. Se decide Internación en Unidad de cuidados intensivos, maduración fetal y terminación de embarazo mediante cesárea. Deterioro de sensorio progresa, presentando anisocoria derecha,

se decide drenaje quirúrgico de hematoma, con colocación de drenaje y vinculación a ventilador bajo sedoanalgesia. Se realiza arteriografía con diagnóstico de pseudoaneurisma en relación a arteria de Heubner. Complica con Neumonía asociada a respirador, weaning dificultoso por lo que requiere traqueotomía, lográndose finalmente destete exitoso. En el día 18 de internación paciente presenta evisceración por herida quirúrgica de cesárea, ingresa a quirófano donde se realiza reducción y cierre de la misma, sin presentar mayores complicaciones. Es dada de alta a sala general en el día 25 de internación, con hemiparesia leve y desorientación temporo-espacial.

Discusión: El momento de terminación del embarazo en relación al del tratamiento específico de la lesión cerebral puede ser motivo de disputa, en este caso particular se decidió postergarlo en favor de la maduración fetal, afortunadamente el resultado fue favorable pero el tiempo de espera podría haber expuesto a la paciente a mayor riesgo de complicaciones.

Conclusión: Cada caso debe ser evaluado en forma individual, estudiando riesgos y beneficios, tanto para la madre como para el feto. El enfoque multidisciplinario es indispensable y el consenso entre las distintas especialidades debe ser la regla para lograr la supervivencia de ambos pacientes con el menor riesgo de secuelas.

0067 RESPECTO DE UN CASO: ABCESO EPIDURAL Y MENINGOENCEFALITIS COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

RP MENENDEZ(1), MC CARCEDO(1), MG PEREYRA(1), R FERNANDEZ(1), R GARCIA TURIELLA(1), E VERA(1)
(1) Italiano Garibaldi/Lunir (rosario).

Introducción: La Endocarditis Infecciosa es una infección microbiana que se localiza en las válvulas cardíacas, el endocardio mural, shunts arterio-venosos o arterio-arteriales. En la mayoría de los casos está causada por Estreptococos y Estafilococos, raramente por hongos y gérmenes Gram negativos. En esta paciente se observaron complicaciones extra-cardíacas que no se encuentran entre las más frecuentemente descriptas por la bibliografía, incluyendo la sobreinfección por hongos.

Caso clínico: Paciente femenina de 64 años, sin antecedentes, inmunocompetente, ingresa por cuadro de 72 horas de evolución; caracterizado por fiebre, cefalea, rigidez de nuca y el agregado de excitación psicomotriz en las horas previas al ingreso. Recibió tratamiento antibiótico, en forma ambulatoria, en los días previos al ingreso. Se le realizó TAC de cráneo sin contraste, sin evidencia de lesión orgánica aguda. Se realizaron hemocultivos, urocultivo y cultivo de LCR. Se inició tratamiento antibiótico empírico por sospecha de Meningoencefalitis. Hemocultivos periféricos con desarrollo de SAMS; se realizó ecocardiograma que evidenció vegetación endocárdica. Se ajustó terapia antibiótica, de acuerdo a hallazgos. Ante la aparición súbita de paraparesia inferior, se realizó RMI de cráneo y medula espinal, evidenciando colección epidural anterior a nivel cervico-dorsal. Fue intervenida por Servicio de Neurocirugía, que tomó muestras de absceso para cultivo, con rescate levadura especie Candida sp. Paciente progresa al shock séptico y posterior falla multiorgánica. Fallece tras internación prolongada.

Discusión: A pesar de la clara indicación quirúrgica, se decidió postergar la misma debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente, el cual fue motivo de discusión entre el Servicio de Terapia Intensiva y Cirugía Cardiovascular. Otro punto a tener en cuenta es el planteo de control imagenológico tanto de cráneo y columna, antes de la presentación de complicaciones. (Paraparesia)

Conclusión: Cada caso debe ser evaluado en forma individual. Ante la presencia de fiebre persistente, desmejoría clínica, a pesar de tratamiento adecuado; debe sospecharse presentación atípicas de patologías comunes. El consenso interdisciplinario es importante para la óptima atención y supervivencia del paciente.

0068 MEDICION DE INDICE DE AGUA EXTRA VASCULAR PULMONAR Y DEL INDICE DE PERMEABILIDAD VASCULAR PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), N GUMIELA(1), C PINO(1), C CANESSA(1), L GRIECO(1), A PERAZZI(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1) (1) Churruca.

Introducción: Los sistemas de monitorización mínimamente invasivos basados en la termo dilución transpulmonar (TDTP) como el sistema PICCO mide de forma continua el GC y los indicadores de función cardíaca.

Objetivo: Conocer el índice de agua extra-vascular pulmonar y el índice de permeabilidad vascular pulmonar en pacientes con SDRA. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) con distres respiratorio desde el 1/01/2015 hasta el 1/03/2016 que requirieron monitoreo PICCO. Las variables registradas fueron edad, sexo, presión positiva espiratoria final (PEEP), duración de ARM, APACHE II, motivo de ingreso, variación del volumen sistólico (VVS), presión venosa central (PVC), fracción de eyección global (FEG), Índice de permeabilidad pulmonar (PVPI), Agua pulmonar extra-vascular (EVLW), días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 686 pacientes, 15 pacientes fueron monitorizados con PICCO. La edad fue de 52±16 y el 60 % eran hombres. El APACHE II 15±8 con un riesgo de mortalidad del 53%. De los pacientes con SDRA 40 % eran post-quirúrgicos y 60% clínicos. Fueron ventilados con modo controlado por volumen con un VT 6±3 ml/kg PEEP fue de 15 ± 3 cmH₂O, fracción inspiratoria de oxígeno 60 ±4. El 60 % tenían SDRA severo y el 40 % moderado. Los días de ARM 4 [1-6] en los fallecidos y de 8 (4-9) en vivos, la estadía en UTI 14 [5-16] días y la mortalidad del 46 %.

| MEDIA | FALLECIDOS | VIVOS | P |
|---------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| ELWI | 16 ml / kg | 14 ml / kg | NS |
| PVPI | 3.5 | 2.4 | p < 0,03147 |
| VVS | 10 % | 9 % | NS |
| PAFI | 188 | 191 | NS |
| PEEP | 11 cmH ₂ O | 12 cmH ₂ O | NS |
| GEF | 29 % | 33 % | NS |
| LACTATO | 3 mmol/l | 2 mmol/l | NS |
| IVS | 37 ml/lat/m ² | 41 ml/lat/m ² | NS |
| APACHE | 17 | 15 | NS |

Conclusión: El único dato que tuvo correlato con la mortalidad fue un IP (p < 0,03147) promedio 3.5 de los fallecidos con respecto a los sobrevivientes 2.4. El balance acumulativo en estos pacientes fue mayor (8 litros) que en los que sobrevivieron.

0069 NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR

A FELDMAN(1), D VARELA(1), A PASQUINI(1), C PINO(1), N GUMIELA(1), C POZO(1), N FALCON PEREZ(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPINZANO(1), G SIBILA(1), V NUNNES(1), A MARINO(1), C CANESSA(1), V GIUBIS(1), M PASTOR(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 métodos: Estudio descriptivo prospectivo observacional de pacientes ingresados a UTI que requirieron ARM desde el 1/01/2015 hasta el 1/04/2016. 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 688 pacientes, 278 (40 %) requirieron ARM por más de 24 hs. El 12 % (37) presentaron NAR 8 tempranas y 29 tardías. La edad fue de 62±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 tasa de NAR fue de 12 episodios c/ 1000 días ARM, 25% pseudomona, 20% acinetobacter baumannii, Stafilococo aureus 20%, klebsiella 12 %, Proteus mirabilis 5.7%, neumococo 5.7%, Providencia stuarti 2.8%, enterobacter cloacae 2.8%, E.Ccoli 2.8%, Stenotrofomona maltophilia 2.8%. Los días de ARM 14 [5-19], los de estadía 22[4-23], la mortalidad fue del 37%.

Conclusión: La tasa de utilización de ARM y de NAR fue parecida a la media nacional reportada en el programa VIHDA. La población fue críticamente enferma por su alto APACHE y SOFA, la mortalidad fue menor a la predicha. Los gérmenes fueron preferentemente BGN. Este trabajo nos permitirá realizar estrategias para mejorar la calidad de atención.

0070 EFECTOS DE LA REANIMACION CON LIQUIDOS UTILIZANDO EL MONITOREO PICCO EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE

A FELDMAN(1), D VARELA(1), D QUARANTA(1), C PINO(1), N GUMIELA(1), L NAVERO(1), C CANESA(1), A PERAZZI(1), J YALOSKE(1), R ALVARADO(1), E ARISTA(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1) (1) Churruca.

Introducción: El manejo hemodinámico de los líquidos es piedra angular en el tratamiento de la PAG (pancreatitis aguda grave), se debe efectuar una adecuada reposición de líquidos y electrolitos. El 15% desarrollan pancreatitis necrotizante (NP), con una mortalidad de hasta el 42% y hospitalización prolongada.

Objetivos: Evaluar el efecto terapéutico de la reanimación con líquidos utilizando monitoreo PICCO en pacientes con (PAG).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) con PAG desde el 1/01/2014 hasta el 1/03/2016 que requirieron monitoreo PICCO. Las variables registradas fueron edad, sexo, presión positiva espiratoria final (PEEP), duración de ARM, APACHE II, variación del volumen sistólico (VVS), presión venosa central (PVC), fracción de eyección global (FEG), Índice de permeabilidad pulmonar (PVPI), Agua pulmonar extravascular (EVLW), días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 1286 pacientes, 8 pacientes con (PAG) que fueron monitorizados con PICCO. La edad de 52±6 y el 60% eran hombres. El APACHE II 18±8 con un riesgo de mortalidad 63%. El diagnóstico fue confirmado mediante TAC y (10%) por laparotomía exploradora, la cual se realizó en los pacientes con abdomen agudo. Los días de ARM 12 (10-19), la estadía en UTI 14 [5-16] días y la mortalidad del 76%. Hubo significativamente descenso de la puntuación APACHE II y el valor de lactato en sangre, así como disminución del IP. Dos casos se convirtieron en PAM (pancratitis moderada) (p < 0,0049). Los datos se expresan en la siguiente tabla:

| | PAG n=6 | PAM n=2 | P |
|------------|---------|---------|--------------|
| ELWI | 18 | 14 | NS |
| PVPI | 3.5 | 2.4 | (p < 0,0314) |
| VVS | 10 | 9 | NS |
| PAFI | 188 | 220 | NS |
| DIAS UTI | 14 | 12 | (p < 0,0414) |
| PEEP | 14 | 12 | NS |
| GEF | 29 | 33 | NS |
| LACTATO | 4 | 2 | (P < 0,0239) |
| IVS | 37 | 41 | NS |
| MORTALIDAD | 76% | 24% | NS |
| APACHE | 18 | 16 | (P < 0,0405) |

Conclusiones: La reposición de líquidos temprana bajo el monitoreo PiCCO puede mejorar la perfusión tisular, reduce el APACHE, lactato y el IP en forma significativa, así como también la estadía en UTI.

0071 ANALISIS DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), V NUNES(1), M LOMPINZANO(1), G SIBILA(1), D VARELA(1), L NAVEIRO(1), A PASQUINI(1), C CANESA(1), N FALCON PEREZ(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 1/03/2016. 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 50 pacientes con NAC grave, de los cuales 42 pacientes (80%) requirieron ARM y 8 (20%) ventilación no invasiva. La edad fue de 61±16 y el 62 % eran hombres. El APACHE II 22±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 sincial respiratorio 5 % y citomegalovirus 5 %. Los días de ARM fueron de 6 [3-13], utilización de vni 10%, la estadía en UTI 12 [6-13] días y la mortalidad fue de 56%.

Conclusiones: Se objetivan datos epidemiológicos comparables con la literatura mundial con índice de mortalidad alto como específica la bibliografía mundial. Son pacientes con muchas comorbilidades e inmunosuprimidos por lo cual se realizó BAL debido a que en estos pacientes no se puede realizar biopsia pulmonar por la gravedad que presentan.

0072 TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR. REPORTE DE UN CASO.

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), R SANTOS(1), M CHAMADOIRA(1), A PÉREZ(1), A FLORES(1), G DOROSUK(1)
(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: La trombosis del seno longitudinal superior suele presentarse en el sexo femenino entre la cuarta y la quinta década. Los factores predisponentes se suelen agrupar en hipercoagulabilidad, estasis venosa y alteración de la pared del vaso sanguíneo. El objetivo es presentar el caso de un paciente masculino con trombosis del seno longitudinal superior que carece de factores predisponentes para dicha entidad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 41 años de edad, con antecedentes de cirugía reciente ocular y consumidor ocasional de marihuana. Presenta 20 días previos al ingreso cefaleas frontales y fiebre, motivo por el cual consulta al Servicio de Guardia donde se realiza Tomografía cerebral sin evidenciar lesiones. Ingresa al Servicio de Terapia Intensiva con cuadro convulsivo generalizado, evoluciona con Glasgow de 15, sin déficit motor ni rigidez de nuca, pupilas isocóricas y simétricas. Se realiza tomografía cerebral observando hematoma subcortical frontal izquierdo de 15 mm con edema perilesional. Se solicitan estudios hematológicos normales y HIV negativo. Se realiza Resonancia magnética nuclear cerebral con gadolinio constatando hiperintensidad en T2 e hipointensidad en T1 frontal izquierda de 38 mm con leve efecto de masa. Por sospecha de la entidad se solicita venoresonancia cerebral donde se observa ausencia de señal del seno longitudinal superior, seno transverso derecho y seno sigmoideo. Se confirma la entidad por angiografía cerebral. Se inicia tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, previo a dicho tratamiento se solicita estudios de trombofilia. Evoluciona favorable, a las 96 hs se repite tomografía cerebral y se inicia tratamiento con acenocumarol.

Discusión: La trombosis venosa cerebral es una entidad infrecuente, aunque debe incluirse en los diagnósticos diferenciales de los pacientes de mediana edad que consultan por cefaleas, asociados o no a otros síntomas. En nuestro paciente de sexo masculino no presento factores predisponentes. La terapia anticoagulante cumple un rol importante en el manejo terapéutico.

Conclusión: La trombosis del seno longitudinal superior se presenta como un cuadro poco definido, donde el elemento central sintomático es la cefalea. Actualmente la mortalidad ha disminuido por el diagnóstico precoz e inicio temprano del tratamiento anticoagulante.

0073 DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. REPORTE DE UN CASO

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), R SANTOS(1), M CHAMADOIRA(1), A PÉREZ(1), A BALDIVIEZO(1)
(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: La disección de la arteria carótida interna por traumatismo cerrado es una entidad extremadamente rara y subdiagnosticada, con una incidencia de 0.08 a 0.4%. La embolización secundaria a la disección puede provocar ictus isquémico con resultados que pueden ser fatales. El 50% de las disecciones son asintomáticas en las primeras 12 horas, progresando hacia trombosis o embolia.

Caso clínico: Paciente de 30 años, sin antecedentes patológicos relevantes, quien sufre accidente automovilístico, presenta traumatismo de cráneo sin pérdida de conocimiento, con lucidez de 12 horas de evolución, consulta a otra institución por deterioro del sensorio y se deriva a nuestra Institución presentando al ingreso Glasgow de 10, anisocoria y déficit motor fascio braquio crural izquierdo. Se realiza Tomografía cerebral de urgencia constatando imagen hipodensa temporo-fronto-parietal derecha con efecto de masa homolateral y desplazamiento de línea media. Se realiza de urgencia sedación y analgesia asistencia respiratoria mecánica, hiperventilación y craniectomía descompresiva con colocación

de catéter para medición de presión intracraneana por probable hipertensión endocraneana secundario a infarto maligno extenso de etiología probable de disección, por tal motivo se realiza angiografía cerebral. Se confirma la entidad evidenciando en la arteria carótida derecha en el segmento cervical, presencia de doble luz compatible con disección. La arteria recupera su tamaño a nivel intrapetroso no observando flujo cerebral distal a la bifurcación carotídea. Evoluciona con Hipertensión endocraneana refractaria a pesar del tratamiento escalonado completo. El paciente evoluciona con inestabilidad hemodinámica y fallece.

Discusión: En nuestro paciente el diagnóstico inicial fue Hipertensión endocraneana secundario a accidente cerebrovascular isquémico extenso en un paciente joven con antecedente de trauma reciente. Uno de los mecanismos embólicos conocidos es la embolia arterio-arterial que incluye la disección arterial, como en el caso de nuestro paciente. El 70% de las lesiones carotídeas tienen su origen en vasos extra craneales. El déficit neurológico puede instaurarse precozmente o puede tardar horas o días en aparecer, en nuestro paciente inicia los síntomas 12 horas después.

Conclusión: La clave del manejo de estos pacientes es obtener un diagnóstico precoz antes de causar isquemia prolongada y daño grave.

0074 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS TRAQUEOSTOMIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL BRITANICO DURANTE LOS ULTIMOS DOS AÑOS

M DEL BONO(1), S ROMERA(1), N CASAS(1), A MCKINLEY(1), A SOSA(1), A CUZZOLINO(1), IBROZZI(1), G ERNST(1), A LUEBS(1) (1) Británico.

Introducción y objetivo: En los pacientes con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI) prolongada, la traqueostomía (TQT) contribuye a mejorar el manejo de la vía aérea y evitar lesiones de la mucosa y cuerdas vocales; sin embargo permanece controversial cual sería el tiempo óptimo para su realización.

El objetivo de este estudio fue describir las características y evolución de los pacientes traqueostomizados en el Hospital Británico de Buenos Aires.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en pacientes que requirieron TQT. Se consideraron TQT tempranas a aquellas realizadas antes del 7° día de ventilación y tardía a las realizadas luego de este período. Se evaluaron los días de estancia en UCI, días de ventilación y transcurridos hasta la decanulación.

Resultados: Se estudiaron 45 pacientes de los cuales 9 fueron sometidos a una TQT temprana y los 36 restantes a una TQT tardía. Los pacientes traqueostomizados tempranamente tuvieron una significativa reducción en la cantidad de días totales de VMI y días transcurridos hasta la decanulación en comparación con la TQT tardía (13.2±3.6 y 30.0±8.0 vs 28.2±2.4 y 43.9±3.9; p).

Discusión: Los hallazgos de este estudio mostraron que una disminución en la cantidad de días con intubación endotraqueal mediante la realización de una TQT temprana estaría asociada a una disminución en la cantidad de días de ventilación y días requeridos para la decanulación, mejorando la calidad de vida y confort de los pacientes.

| TABLA TQT | | | |
|---------------------------------|----------------|----------------|---------|
| | Menor a 7 días | Mayor a 7 días | p |
| N° | 9 | 36 | |
| Edad | 64,9 ± 5,1 | 63,0 ± 2,7 | 0,7 |
| Score Charlson | 2,3 ± 0,5 | 2,1 ± 0,2 | 0,6 |
| Motivo de TQT | | | |
| -VMI prolongada | 0% | 38,88% | |
| -Obstr. VA | 33% | 33,88% | |
| -Extubación Fallida | 11% | 33,88% | |
| -Weaning prolongado | 0% | 30,44% | |
| -Protección de VA | 11% | 0% | |
| -Cx comando | 22% | 0% | |
| -Sospecha de weaning prolongado | 22% | 33,88% | |
| Días de VMI | 13,2 ± 3,6 | 28,2 ± 2,5 | 0,01 ** |
| Días totales en UCI | 24,8 ± 4,6 | 33,8 ± 3,5 | 0,2 |
| Días hasta la decanulación | 22,8 | 53,72 | |
| Mortalidad | 2 | 10 | |
| Tipos de TQT (percu vs. Qx) | per 3, qx 6 | per 12, qx 24 | |

| ANTECEDENTES | | |
|-------------------------|--------|------|
| RESPIRATORIOS | | |
| No | 55% | 69,4 |
| Obstruccion | 11% | 22,2 |
| Restriccion | 0% | 13,8 |
| Polipos laringeos | 11% | |
| Sabes | 11% | |
| Otros | 11% | |
| CARDIOVASCULARES | | |
| No | 55% | 36,1 |
| HTA | 11% | 33,3 |
| IAbt | 11% | 5,5 |
| Estenosis Carotidea | 11% | |
| Insuf Cardíaca | 11% | |
| FA | | 8,3 |
| Cardiopatía isq | | 5,5 |
| NAV | | 2,7 |
| MIocardiop Hipertrof | | 2,7 |
| Aneur Ao | | 2,7 |
| NEUROLOGICOS | | |
| No | 86,80% | 80,5 |
| ACV Isquemico | 12% | 2,7 |
| Parkinson | | 5,5 |
| NAV | | 2,7 |
| Hematomas Intraparenq | | 2,7 |
| Ena de Haking Adams | | 2,7 |
| Epilepsia | | 2,7 |
| METABOLICOS | | |
| No | 66,60% | 61,1 |
| Obesidad | 22,20% | 5,5 |
| Nefropatía Diabética | 11,00% | |
| Hipotiroidismo | | 11,1 |
| DIB | | 5,5 |
| IRC | | 2,7 |
| Cirrosis | | 2,7 |
| Poliomía Reumática | | 2,7 |
| FTI | | 2,7 |
| Osteoporosis | | 2,7 |
| PSIQUIATRICOS | | |
| SI | 0% | 2,7 |
| No | 100% | 97,2 |
| ONCOLOGICOS | | |
| SI | 15,00% | 2,7 |
| No | 45% | 76,2 |

0076 ASOCIACIÓN DE LA HIPOCLOREMIA AL INGRESO DE LA TERAPIA INTENSIVA Y MORTALIDAD.

ED VALENZUELA ESPINOZA(1), M FURCHE(1), F BERDAGUER(1), F ZECHNER(1), E GUERRA(1), MF MOTTA(1), MC ZERPA LUNA(1), S WELSH(1), P RINGELMANN(1), W ECHEVARRÍA(1), M PIZZI(1), PN RUBATTO BIRRI(1), A RISSO-VAZQUEZ(1), FD MASEVICIUS(1), A DUBIN(1) (1) Sanatorio Otamendi Miroli.

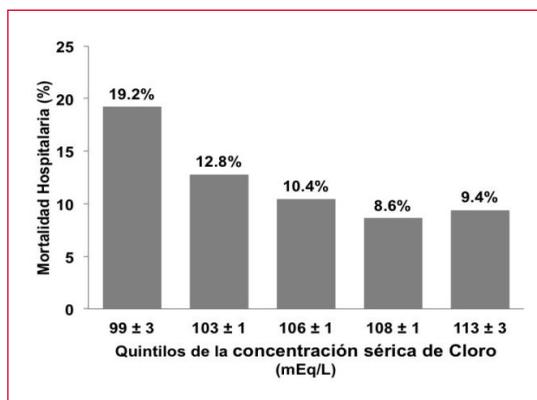
Introducción: Las alteraciones del cloro juega un rol importante en las alteraciones del estado ácido-base. La mayoría de los estudios relacionados con la concentración sérica de cloro han estado enfocados en el desarrollo de acidosis metabólica hiperclorémica. Sin embargo, la alcalosis metabólica hipoclorémica ha sido sugerida como predictor de mortalidad, este tema esta insuficientemente estudiado.

Objetivo: Evaluar el valor pronostico de la hipoclorémia en una gran cohorte de pacientes críticamente enfermos.

Métodos: Conducimos un estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyeron a todos los pacientes que ingresaron a la Terapia Intensiva desde 2007 hasta 2015. Se cuantifico la concentración sérica de cloro ajustada a la natremia, estado ácido-base, laboratorio de rutina y las variables fisiológicas al ingreso de la terapia intensiva. El principal objetivo fue evaluar la mortalidad hospitalaria de acuerdo a los quintiles de clorémia. Se realizo un análisis de regresión logística multivariada en el que los quintiles de clorémia fueron analizadas como variables dummy.

Resultados: Se incluyo 4898 pacientes. El score APACHE II medio fue 13 ± 7. La mortalidad hospitalaria fue 12%. La figura 1 muestra la mortalidad hospitalaria de acuerdo a los diferentes quintiles de la concentración sérica de cloro. El análisis multivariado mostro que el quintilo de clorémia de 99 ± 3 mEq/L esta asociado independientemente con mal pronostico (OR = 2.00, CI 95% = 1.46-2.76, P = 0.001) luego de ajustar al score APACHE II, requerimiento de vasopresores, ventilación mecánica y lactato sérico.

Conclusiones: En esta gran serie de pacientes críticamente enfermos, la presencia de hipocloremia al ingreso a la terapia intensiva es un predictor independiente de mortalidad. En contraste, hipercloremia no está asociado con mal pronóstico.



0077 TROMBOSIS DE SENO VENOSO CEREBRAL Y SU PROGRESIÓN INTRATRAMIENTO

PG PERLO(1), ML CAMPASSI(1), M VIGLIONI(1), FG REPETTO(1), FP TRAVERSO(1), ML ANGIOLINI(1), A FORERO(1), NA PICARD(1), CA ZANARDI(1), G AMENDOLIA(1), LA CAMPUTARO(2)

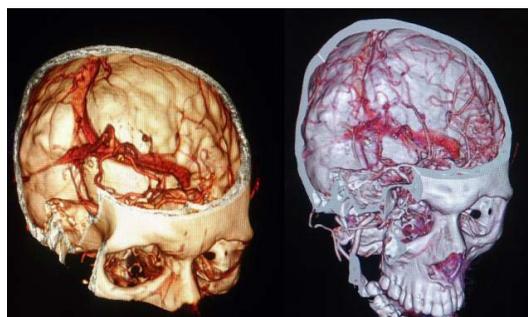
(1) Clínica La Pequeña Familia. (2) Juan A. Fernandez.

Introducción: La trombosis de seno venoso cerebral (TSVC) es una patología infrecuente, se presenta habitualmente en mujeres jóvenes con factores de riesgo como: trombofilia, tabaquismo e ingesta de anticonceptivos orales. La sospecha diagnóstica, su confirmación y el precoz tratamiento anticoagulante cambian la evolución de los pacientes. La progresión intratratamiento genera dilemas y probablemente el monitoreo neurológico multimodal sea clave en el manejo de esta complicación.

Presentación del caso: Paciente de 36 años de sexo masculino, ex tabaquista, que consultó en otra institución por cefalea, paresia leve braquial izquierda e inestabilidad en la marcha de 24 horas de evolución. La tomografía axial computada (TAC) de encéfalo evidenció hipodensidad en lóbulo parietal derecho compatible con edema. Ante la progresión del foco motor a plejía braquial y paresia crural izquierdas fue derivado a nuestra institución. Se realiza una angiotomografía de encéfalo con tiempos venosos que mostró ausencia del seno transversal derecho. Inició anticoagulación, a pesar de lo cual a las 48 horas evolucionó a hemiplejía izquierda y paresia braquio-crural derecha. Una nueva angiotomografía evidenció ausencia de relleno del seno transversal derecho y sagital superior en sus tercios medio y posterior, con hipodensidad en áreas motoras bilaterales compatible con progresión del edema.

El paciente empeoró a cuádruplejía y coma, requiriendo intubación orotraqueal, durante la cual desarrolló anisocoria con midriasis derecha que revierte con manitol. Una nueva TAC de encéfalo no mostró cambios ni complicaciones hemorrágicas. Ingresó a quirófano para craniectomía descompresiva derecha y colocación de sensor de presión intracraneal (PIC). Continuó con tratamiento anticoagulante y se optimizó la presión de perfusión cerebral. A la semana se inició el descenso de la sedación por buenos controles de PIC, requirió traqueostomía y posteriormente se desvinculó de la ventilación mecánica. El paciente recuperó el sensorio y la motricidad a lo largo de tres semanas. Fue derivado a un centro de rehabilitación.

Discusión: Presentamos el caso de un paciente masculino con diagnóstico de TSVC, que intratratamiento anticoagulante presentó progresión de la trombosis con deterioro neurológico severo que requirió craniectomía descompresiva. Consideramos que la optimización de las variables fisiológicas y el monitoreo neurológico multimodal permitió dirigir la terapéutica.



0078 MUERTE DIGNA: REPERCUSIONES A 4 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN LEGAL

DR CARRANZA(1), MA GARCIA(1), ML BUENO(1), C FERRERA(1), L MACHUCA(1), A QUINTEROS(1), N BONETTO(1), JD FERNANDEZ(1), S CARRIZO(1), JJ ORTEGA(1), M RUIZ(1), JC CELIA(1), RS ROJAS(1)

(1) Regional Víctor Sanguinetti.

Introducción: El día 9 de Mayo de 2012 se sanciona la Ley 26.742: Sobre los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, que rige actualmente nuestra profesión en relación a los Derechos del paciente con respecto a Servicio de Salud. A 4 años de este hecho, creemos de suma importancia para nuestra institución y nuestra provincia, realizar un relevamiento sobre el impacto de esta modificación en la práctica médica diaria.

Objetivo: Relevar la repercusión que ha tenido la modificación de la Ley 26.742 en el ámbito médico del hospital público de Comodoro Rivadavia.

Materiales y Métodos: Desarrollamos encuestas de opción múltiple con respuestas sugeridas, a profesionales médicos que se encuentran trabajando en ámbito de la Salud Pública de Comodoro Rivadavia, período Febrero-Marzo 2016.

Resultados: Se evaluaron 100 profesionales médicos de todas las especialidades, con prácticas en consultorios externos, guardia e internación. El 50% desconocía la ley; sin embargo el 85% informa a sus pacientes sobre la autonomía del mismo y el 97% respeta las decisiones de sus pacientes sobre la abstención de un tratamiento. El 90% está de acuerdo con la muerte digna aún sin conocer la ley y el 96% solicitaba información al respecto. Llamativamente el 15% considera que la muerte digna debería circunscribirse solo a las unidades cuidados críticos y un 23% realizaría terapéuticas, aún siendo estas fútiles.

Conclusiones: Comprobamos que la repercusión de la modificación de la Ley 26.742 ha sido dispar en nuestra institución, pero que aún así muchos profesionales están de acuerdo con el concepto de Muerte Digna y respetan el derecho de autonomía del paciente. Destacamos el interés por más información. Debemos trabajar en el concepto erróneo "muerte digna es morir en UTI" y entender que los objetivos terapéuticos deben ser referidos al organismo y no al órgano.

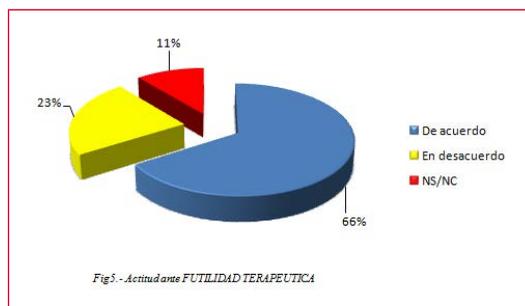
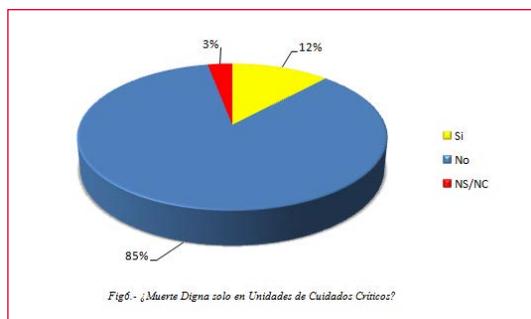


Fig5.- Actitud ante FUTILIDAD TERAPEUTICA



0079 INJURIA RENAL AGUDA (IRA) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

Z ARANDA SCARPELLINI(1), J ACOSTA(1), R AYALA(1), M CAZÓ(1), C ORTIZ OVELAR(1), MDC ROMERO(1)
(1) Instituto De Previsión Social.

Introducción: Antes se creía que la IRA era un trastorno completamente reversible. Datos recientes sugieren que los pacientes que desarrollaron IRA en la UCI y requirieron diálisis, 10-30 % pueden requerir diálisis de mantenimiento después del alta hospitalaria. Evaluar los factores demográficos clínicos, la gravedad de la enfermedad y el proceso de atención asociado con resultados favorables y adversos en pacientes de UCI con IRA se hace una necesidad.

Objetivo: Determinar factores clínicos demográficos en pacientes que ingresan con IRA o la desarrollan en la UCI.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes ingresados en UCI multidisciplinar, desde el 1 de febrero al 31 de julio de 2015. Los criterios de inclusión fueron creatinemia > 2 mg/dl al ingreso o aumento del 50% sobre el valor basal.

Resultados: De 71 pacientes con IRA, 45 (63%) eran de sexo masculino, la edad era 63,2 +/- 14,4 años, 63 (89%); tenían comorbilidades diabetes e hipertensión en el 76%, LES 4%, otras 18%. Etiología de la IRA pre-renal 43 (61%) casos, renal 25 (35%) y post renal 3 (4%). Presentación clínica no oligúrica 31 (44%) casos, oligúrica 20 (28%) y anúrica 20 (28%). Tuvieron falla multiorgánica (FMO) por sepsis 48 (68%) pacientes, con SOFA 9,2 +/- 3,9 y APACHE II 22,4 +/- 7,6. Requirieron diálisis 63 (93%) casos, inotrópicos 60 (85%) y hemodiálisis 58 (82%).

Evolución: La creatinemia al ingreso de UCI era 3,27 +/- 1,67 mg/dl, al inicio de hemodiálisis fue 4,8 +/- 3,5 mg/dl y al egreso de UCI 3,52 +/- 1,67 mg/dl. Fallecieron 55 pacientes (77%), de los sobrevivientes recuperaron parcialmente la función renal 14 (89%).

Conclusión: Nuestra población es añosa, con múltiples comorbilidades, la FMO por sepsis explica la mortalidad alta y baja tasa de recuperación completa de la función renal.

0080 DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTES DECANULADOS EN UN CENTRO DE CUIDADOS RESPIRATORIOS ESPECIALES

JL SOTO(1)
(1) Remeo Center.

Introducción: Existe poca evidencia de los trastornos respiratorios relacionados al sueño en pacientes decanulados. En nuestro Centro Especializado en Cuidados Respiratorios, consideramos la necesidad de descartar patologías que puedan disminuir la sobrevida a largo plazo en pacientes luego de ser decanulados. Los antecedentes de Asistencia Ventilatoria Mecánica Prolongada, traqueostomía, estancia prolongada en terapia intensiva, trastornos nutricionales y miopatías secundarias, nos lleva a estudiar la presencia de trastornos respiratorios durante el sueño en esta población de pacientes. No identificar estas alteraciones disminuye las posibilidades de realizar un plan apropiado de rehabilitación.

Objetivo: Demostrar incidencia de alteraciones respiratorias durante el sueño en pacientes decanulados.

Material y Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, incluye pacientes decanulados en periodo enero de 2.014 a enero 2.016.

Se relevaron pacientes que pudieron ser decanulados mediante protocolo de decanulación simple. Se realizó poligrafía nocturna en los primeros 7 días posterior a decanulación. Se recolectaron para su análisis: género, edad, diagnóstico, Índice de Masa Corporal, estado nutricional, comorbilidades y días de traqueostomía. Análisis estadístico Chi2 con p significativa 0,05 y considerando índice de apnea/hipoapnea (IAH) normal hasta 5.

Se utilizó Polígrafo marca Stardust II. Software Inc.

Resultados: El número total de pacientes con decanulación fue de 29, una media de edad de 66 años, cuyos diagnósticos de ingreso variaban, poligrafías con IAH >5 en el 100% de las observaciones, ninguno de los antecedentes mostraron asociación positiva con la posibilidad de trastorno del sueño. La única variable positiva para todos fue la presencia de miopatía y de ARM prolongada.

La presencia de trastornos respiratorios durante el sueño post decanulación, en la población estudiada mostró tener significancia estadística.

Conclusión: La incidencia de trastornos respiratorios durante el sueño en la población estudiada fue del 100%. Nuestra experiencia demuestra que es recomendable la búsqueda de estas alteraciones en todo paciente decanulado dentro de los 7 días de la misma

0081 ASOCIACIÓN DE HIPONATREMIA SEVERA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS EN LA TERAPIA INTENSIVA

ED VALENZUELA ESPINOZA(1), M PIZZI(1), P RINGELMANN(1), E GUERRA(1), MF MOTTA(1), MC ZERPA(1), F BERDAGUER(1), F ZECHNER(1), M FURCHE(1), W ECHEVERRÍA(1), PN RUBATTO BIRRI(1), A RISSO-VAZQUEZ(1), A DUBIN(1), FD MASEVICIUS(1)

(1) Sanatorio Otamendi Miroli.

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

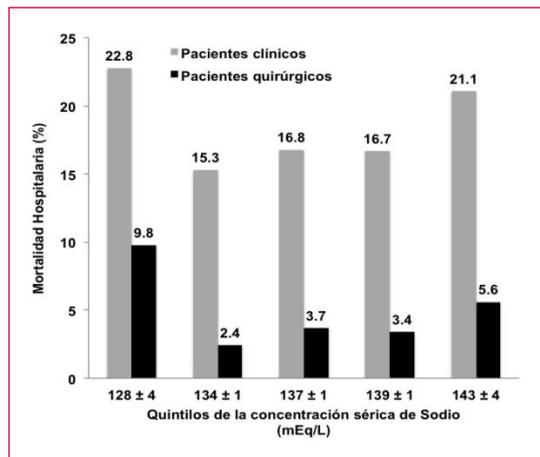
Objetivo: Comparar el valor pronóstico de la hiponatremia en pacientes clínicos y quirúrgicos, al ingreso a UTI.

Métodos: Conducimos un estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyeron a todos los pacientes que ingresaron a la Terapia Intensiva desde 2007 hasta 2015. Se cuantificó la concentración sérica de sodio, estado ácido-base, laboratorio de rutina y las variables fisiológicas al ingreso de la terapia intensiva. El principal objetivo fue evaluar la mortalidad hospitalaria entre pacientes clínicos y quirúrgicos de acuerdo a los quintiles de natremia. Se realizó un análisis de regresión logística multivariada donde los quintiles de natremia fueron analizadas como variables dummy y se ajustó a un score de gravedad.

Resultados: Se incluyó 4898 pacientes. El score APACHE II medio fue 13 ± 7. La mortalidad hospitalaria fue 12%. La figura 1 muestra la mortalidad hospitalaria de acuerdo a los diferentes quintiles de la concentración sérica de Sodio en pacientes clínicos y quirúrgicos. El análisis multivariado mostró que el quintil inferior de natremia (128 ± 4 mEq/L) de los pacientes quirúrgicos está asociado independientemente con mal pronóstico (OR = 2.48 IC 95% = 1.35-4.58, P = 0.003) ajustado al score de severidad SOFA. Sin embargo la hiponatremia severa en pacientes clínicos no alcanzó significancia estadística (P = 0.099).

Conclusión: La mortalidad asociada a la hiponatremia al ingreso a terapia intensiva es diferente en pacientes clínicos o quirúrgicos. Estos hallazgos podrían ser explicados por las diferencias

en los tiempos de exposición a los efectos deletéreos de la hiponatremia.



0084 CAMBIOS DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA Y MONITOREO CON DOPPLER TRANSCRANEANO DURANTE LA HEMODIÁLISIS INTERMITENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

A TORO(1), L TUMINO(1), S CARINO(1), R REINA(1), C LOUDET(1), S BARRIOS(1), R ROJAS MEDRANO(1), J CONDE(1), A PASARELLI(1), P LORAN(1), L CHOQUE(1), V ABBA TICCHIO(1)

(1) Higa San Martín.

Introducción: La hipertensión endocraneana (HTE) y la insuficiencia renal aguda (IRA) son complicaciones frecuentes en pacientes con trauma encefalocraneano (TEC). La hemodiálisis intermitente (HI) se asocia con swelling cerebral. En pacientes con injuria cerebral aguda (ICA) puede incrementar el contenido de agua cerebral debido a los cambios rápidos de la osmolaridad, asociándose a episodios de HTE. Algunos autores sostienen que el intercambio rápido de bicarbonato en el plasma puede provocar aumento de dióxido de carbono llevando a acidosis intracelular e incremento de presión intracraneana (PIC) durante la hemodiálisis.

Objetivo: Describir el patrón hemodinámico por Doppler transcraneano (DTC) de un paciente con ICA que desarrolla HTE intradiálisis.

Materiales y método: Reporte de un caso clínico. Los datos fueron recolectados en forma retrospectiva de la historia clínica y reporte de enfermería.

Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años con diagnóstico de politraumatismo con TEC moderado GCS12/15, TAC Marshal II. Evoluciona a las 12hs con deterioro del sensorio GCS7/15 se conecta a ARM y colocación de sensor de PIC. TAC Marshal III. Intercurre con HTE con respuesta inicial a tratamiento con solución salina hipertónica. Requiere tratamiento con tiopental. DTC: Hiperemia. Evoluciona con PIC estable, descenso de tiopental, IRA no oligúrica. DTC: Hiperemia. Al 12° día intercorre IRA oligúrica inicia HI, HTE (45 mmHg) e inestabilidad hemodinámica. La HTE fue tratada con administración de solución salina hipertónica e hiperventilación. DTC (intradialisis): Hiperemia y ausencia de autorregulación (Maniobra de Giller). Estos episodios se repitieron en las primeras 4 sesiones de diálisis diarias siendo menores los valores PIC en las siguientes sesiones. La evaluación con DTC siguió mostrando patrón de hiperemia. Al día 25° la paciente obitó en el contexto de falla multiorgánica secundaria a sepsis.

Discusión / Conclusión: En pacientes con lesión cerebral aguda, la hemodiálisis intermitente desarrolla mayor edema cerebral. Generalmente presenta buena respuesta al tratamiento de la HTE y también con una hemodiálisis intermitente prolongada. En este caso la HTE fue controlada rápidamente, no mostrando mayores

complicaciones. Y por último el monitoreo con DTC mostró patrón de hiperemia con ausencia de autorregulación cerebral al momento de registrarse los episodios de HTE intradiálisis.

0085 NUEVO MÉTODO PARA EL CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE ASISTENCIA DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

M MADORNO(1)

(1) Itba.

Introducción: Existe un creciente interés en el modo en que se maneja el soporte ventilatorio. Tanto un excesivo como deficiente soporte puede contribuir al desarrollo de injuria diafragmática (VIDD) o injuria pulmonar inducida por la ventilación mecánica (VILI). El desarrollo de modos ventilatorios proporcionales (proportional assist ventilation – PAV+ – y neurally adjusted ventilatory assist – NAVA) contribuye a lograr un soporte ventilatorio acorde a las necesidades del paciente. Recientemente se ha descrito un modo de medición de la descarga de los músculos respiratorios, sin embargo es una medida instantánea del esfuerzo, analizando únicamente el esfuerzo máximo (Carteaux G, CCM, 2013 - Carteaux G, CCM, 2016). Desde una perspectiva clínica, el análisis del esfuerzo durante toda la inspiración es superior al análisis del esfuerzo puntual.

Objetivo: Desarrollo de un método de monitoreo del porcentaje de asistencia ventilatoria respecto del esfuerzo total utilizando una variante del producto presión-tiempo (PTP).

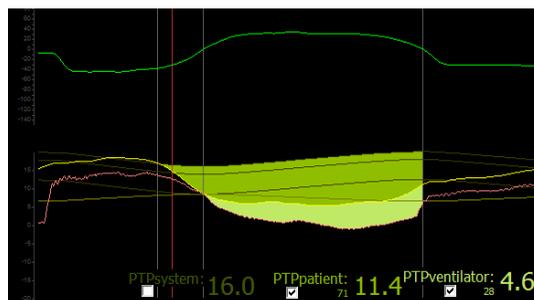
Métodos: Se analizaron 6867 respiraciones de 8 pacientes ventilados en presión de soporte, PAV+ (con distintos niveles de asistencia) y en tubo en T.

Se calculó el muscle unloading index- (MUI) - (Pawpeak-PEEP/(Pawpeak-PEEP)+Pmus) previamente descrito para cada respiración. A través del análisis de las curvas de presión esofágica-tiempo (Peso), flujo-tiempo (F) y presión en la vía aérea-tiempo (Paw) se construyó una variante del diagrama de producto presión-tiempo para cada respiración que describe el esfuerzo respiratorio total (PTPsystem). Asimismo se realizó la partición del esfuerzo realizado por el paciente (PTPpatient) y el realizado por el respirador (PTPvent), calculando la fracción de descarga de los músculos respiratorios realizada por el respirador (PTP MUI).

Se correlacionó el MUI con el PTP MUI.

Resultados: La correlación entre el MUI y el PTP MUI es de 0.93 con una p < 0.001.

Conclusión: Existe una correlación significativa entre el método previamente descrito para el análisis del porcentaje de asistencia (MUI) y el nuevo método propuesto (PTP MUI). El PTP MUI es potencialmente superior debido a que considera el esfuerzo realizado durante toda la inspiración siendo ésta una variable de interés clínico.



0086 IMPACTO DEL CAMBIO DE UNIDAD FÍSICA EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN LA CBA

G GENOVESE(1), C GAZZANO(1), F BARBERIS(1), F MARTINEZ(1), G RAMOS(1)

(1) Dupuytren.

Introducción: La infección nosocomial es una causa frecuente de morbilidad en terapia intensiva. Los pacientes, el personal y

raramente las visitas son consideradas fuente humana de microorganismos (MO). La flora indígena residente de los pacientes es la fuente más común. Los objetos inanimados contaminados, incluido el equipamiento, son otra alternativa. Se realizó este trabajo para evaluar el impacto del cambio de la unidad física con respecto a la epidemiología y resistencia antimicrobiana

Material y Métodos: Estudio retrospectivo con utilización de la base de datos del Servicio de Terapia Intensiva. En Julio de 2015 se inauguró la nueva sala de terapia intensiva de 12 camas (B), dejando atrás una unidad de 14 camas (A) con su equipamiento (camas, monitores). Se compararon los 11 meses previos al cambio con los 7 meses posteriores. No se cambiaron las pautas de manejo y control de infecciones, recomendadas por el HICPAC, durante estos períodos. Se registraron los pacientes ingresados en ese período y los cultivos positivos. Se comparó la incidencia de los MO y la sensibilidad antimicrobiana en ambos periodos. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Durante el estudio ingresaron 367 pacientes en la unidad A y 201 en la B. No hubo diferencias en edad (61.1 ± 22.7 vs 63.1 ± 20.1 años) ni APACHE II (14.4 ± 10.1 vs 13.5 ± 8.8). Se documentaron microorganismos en 220 muestras en A y 102 en B. No hubo diferencias significativas en el tipo de muestra (respiratoria 32.7 vs 25.5%; urocultivo 22.3 vs 25.5%; hemocultivo 20.5 vs 22.5%; catéter 5.9 vs 6.9%, infecciones herida quirúrgica 7.3 vs 8.8%; espacio pleural y peritoneal 11.4 vs 10.8%). No se observaron diferencias en los MO aislados (P. Aeruginosa 19.3 vs 13.9%; A. Baumanii 7.1 vs 5.9%; K. Pneumoniae 9.4 vs 16.8%; SA 9.4 vs 10.9%, otros). No se observaron diferencias en la sensibilidad a meropenem en P. aureginosa (39 vs 35%), A. baumanii, K.pneumoniae (80 vs 70.6%), a Pip/taz en P. aureginosa (55 vs 57%) y K. pneumoniae (42 vs 35%), a Vancomicina en S. aureus, SCN y Enterococcus (100%); a cefalotina SA (35 vs 45%) y SCN (14.8 vs 35%).

Conclusiones: En nuestra terapia intensiva el cambio de unidad física no se asoció a modificaciones de la epidemiología microbiana ni en la sensibilidad antimicrobiana.

0087 LA DISTRIBUCIÓN DE LOS INFILTRADOS EN EL SDRA INCIDE SOBRE EL MECANISMO DE VILI

N PISTILLO(1), O FARIÑA(1)

(1) Alta Complejidad El Cruce.

Objetivo: Evaluar si la forma en que se distribuyen los infiltrados en el SDRA incide sobre el riesgo de VILI (barotrauma, volutrauma y atelectrauma).

Materiales y Métodos: Los pacientes fueron ventilados en VCV con Vt: 6 ml/kg. La PEEP se ajustó para obtener una PPlat de 30 cmH₂O. Se midieron presiones transpulmonares (PTP) y posteriormente se realizó TAC de tórax en fin de inspiración y de espiración. Se estudiaron tres cortes tomográficos (superior, medio e inferior). En cada corte se cuantificó la cantidad de pulmón: no aireado (100 a -100 UH), pobremente aireado (-101 a -500 UH), normal (-501 a -900 UH) e hiperinsuflado (-901 a 1000 UH). Se compararon las densidades pulmonares entre ambos tiempos. Se definió atelectrauma a la diferencia de pulmón no aireado, distensión cíclica a la diferencia de pulmón hiperinsuflado y reclutamiento tidal a la diferencia de la suma de pulmón no aireado y pobremente aireado. Consideramos estrés a la PTP inspiratoria ≥ 20 cmH₂O y riesgo de desreclutamiento a la PTP espiratoria negativa. Los SDRA se clasificaron en difusos (D) o focales (F). Estadística: Los datos se expresaron como: media \pm DS y se compararon con prueba U de Mann-Whitney. Significativo $p < 0.05$.

Resultados: Se estudiaron 16 pacientes con SDRA (Focal: 8 y Difuso: 8) en iguales condiciones de Vt y PPlat. Los SDRA focales presentaron mayor hiprinsuflación (F: $6.7 \pm 3\%$ vs D: $0.6 \pm 0.9\%$, $p = 0.002$) y distensión cíclica (F: 9.7 ± 6 vs D: $1,1 \pm 1\%$, $p = 0.002$), mientras que en los SDRA difusos predominó el riesgo de atelectrauma (F: $5.3 \pm 3\%$ vs D: $24.7 \pm 6\%$ vs, $p = 0.002$) y el reclutamiento tidal (F: $4.9 \pm 5\%$ vs D: $16.2 \pm 4\%$, $p = 0.005$). Hubo una tendencia a mayor estrés

en los SDRA difusos (F: $15,3 \pm 3$ vs D: $20,5 \pm 6$ cmH₂O, $p = 0.05$). La PTP espiratoria fue similar (F: $6,2 \pm 2$ vs D: $7,7 \pm 8$ cmH₂O, $p = NS$).

Conclusiones: En los SDRA focales predominó el volutrauma, inclusive con niveles no críticos de estrés. A similar PTP espiratoria, los SDRA difusos tuvieron mayor atelectrauma.

0088 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ENTRE LA ENFERMERA Y LOS PADRES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

SG GAMBOA(1), LL BENICIO(2), RB DIAZ(2), GIDLA HOYOS(2), MDLA LEGUIZAMON(2)

(1) Materno-infantil "Dr Hector Quintana". (2) Materno-infantil "Dr. Hector Quintana".

Introducción: Es común encontrar problemas en la comunicación realizada durante el proceso de hospitalización y más si se trata de una unidad de cuidados intensivos, por eso es necesario determinar cómo se comunica la enfermera con los padres.

Objetivo: Conocer las características de la comunicación entre la enfermera y los padres de los niños hospitalizados en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Materno-Infantil. Objetivos específicos conocer el sentido que le da la enfermera a la comunicación con los padres, conocer el tipo de comunicación que prevalece entre la enfermera y los padres, identificar los aspectos de forma que de forma que están presentes en la comunicación de la enfermera con los padres.

Material y método: La estrategia metodológica para este trabajo de investigación es cuantitativa, de tipo descriptiva-transversal; la población de estudio está constituida por un total de 30 enfermeras titulares, las cuales respondieron un cuestionario autoadministrado, en el que se ofreció respuestas preestablecidas.

Resultados: Las enfermeras de terapia intensiva practican la comunicación con los padres de forma verbal en un 77% la información estimula la participación en el cuidado de sus hijos en un 100%, esta información genera compromiso por parte de los padres en un 100%, la enfermera respeta la confidencialidad de la información recibida en un 72%, tiene en cuenta los valores y creencias de los padres en un 100%, se considera que el lenguaje es simple y claro 80%, oportuno 83% adaptado 88%.

Conclusiones: Las características de la comunicación de la enfermera denotan que en su mayoría se dan en forma verbal, la misma estimula la participación y compromiso de los padres en el cuidado de sus hijos, la confidencialidad es respetada regularmente los valores y creencias son sumamente respetados, las enfermeras consideran que el lenguaje es simple, claro, oportuno y adaptado en un más de 80%.

0090 REPORTE DE UN CASO DE PANCREATITIS ISQUEMICA AGUDA POSPARO CARDIORESPIRATORIO

MDLA HEREÑU SAAVEDRA(1), F SALVANESCHI(1), MA TORRES LORA(1), A PESTANA SALCEDO(1), DM MAGOSEVICH(1), E LUNA(1), ME FANDIÑO(1), S CÁRDENAS(1), MF BEJARANO(1), F MATAR(1), GL OLARTE(1), VM CANNATELLI(1), N BAREDES(1)

(1) Sanatorio Sagrado Corazón.

Introducción: La isquemia producto de un paro cardiorespiratorio (PCR) desencadena complicaciones en diferentes órganos y sistemas, entre ellos, el aparato digestivo (*Resuscitation 2005;66:331-4*), con el consiguiente desarrollo de falla multiorgánica (*Intensive Care Med 1988;14:575-7*). A su vez la isquemia es una causa posible de pancreatitis (*Gastroenterology 1996;111:1033-8*), pero hasta el momento existe sólo un caso reportado que implica esta relación causal (*J Pancreas 2010 Sep 6;11(5):456-459*).

Se presenta a continuación un caso de pancreatitis atribuible a isquemia posparo cardiorespiratorio.

Presentación del caso: Paciente masculino, de 24 años, ingresa de

forma programada para enterocistoplastia y confección de conducto cateterizable por vejiga neurogénica. Intraoperatorio presenta PCR, que responde con ritmo sinusal tras 10 minutos de reanimación cardiopulmonar.

Ingres a UTI en shock, y a las 24hs presenta fiebre persistente, leucocitosis, abdomen distendido y doloroso, por lo que se cultiva, inicia tratamiento antibiótico y se realiza TC de abdomen y pelvis con doble contraste, que evidencia alteración del tejido graso pancreático y peripancreático, acompañado de amilasa 2594U/L y lipasa 20913U/L, sin otros datos que justificaran estos hallazgos. Fallece a los 15 días tras múltiples complicaciones.

Discusión: El páncreas es un órgano altamente susceptible a la isquemia (*Dig Surg 2000; 17:3-14*). Dada la evolución y los hallazgos en los exámenes complementarios, concluimos que nuestro paciente presentó una pancreatitis aguda posparo cardiorespiratorio, siendo la isquemia la etiología más probable. Ingres de forma programada sin presentar sintomatología abdominal, lo cual alienta la posibilidad de origen isquémico.

En la actualidad no existe recomendación de medir enzimas pancreáticas posparo cardiorespiratorio, aún cuando se sugiere que el desarrollo de pancreatitis aguda en contexto de shock, puede ser un factor pronóstico y equivaldría al grado de isquemia acontecido (*J Trauma 2009;67:445-9*).

Conclusión: Probablemente, debido al mal pronóstico, o al desarrollo de diferentes disfunciones orgánicas en los pacientes posparo cardiorespiratorio, el diagnóstico de pancreatitis isquémica esté subestimado.

Actualmente no existen trabajos que examinen la función pancreática posPCR. Consideramos que faltan desarrollar estudios sobre la utilidad del dosaje de enzimas pancreáticas para arribar al diagnóstico temprano, determinar su valor predictivo y su rol como factores pronósticos independientes luego de un paro cardiorespiratorio.



0091 TROMBECTOMIA ENDOVASCULAR COMO PRIMERA LINEA DE TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR. REPORTE DE CASO
 F SALVANESCHI(1), MDLA HEREÑU SAAVEDRA(1), MA TORRES LORA(1), A PESTANA SALCEDO(1), DM MAGOSVICH(1), E LUNA(1), ME FANDIÑO(1), S CÁRDENAS(1), MF

BEJARANO(1), F MATAR(1), GL OLARTE(1), VM CANNATELLI(1), N BAREDES(1)

(1) Sanatorio Sagrado Corazón.

Introducción: La trombosis venosa cerebral es causa del 0,5 al 1% de los accidentes cerebrovasculares agudos. La anticoagulación sistémica se sigue considerando la base del tratamiento de esta patología. Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino en quien tras el diagnóstico de trombosis del seno longitudinal, se implementó tratamiento endovascular con una respuesta favorable.

Presentación del caso: Paciente masculino de 58 años, que presenta dos episodios de convulsión tónico-clónica generalizada, con sospecha inicial por imágenes de malformación arterio-venosa versus lesión tumoral. Se inicia tratamiento anticomercial y se deriva a nuestra institución donde ingresa lúcido y sin déficit neurológico, constatándose por imágenes, hematoma intraparenquimatoso y HSA frontotemporal derechos.

En angiografía cerebral, se evidencia trombosis de seno longitudinal superior. Se inicia anticoagulación, evolucionando antes de entrar en rango, con hemiplejía izquierda y GCS 5/15. Nueva TC muestra persistencia del sangrado, isquemia frontoparietal derecha, mayor edema y hemorragia perimesencefálica.

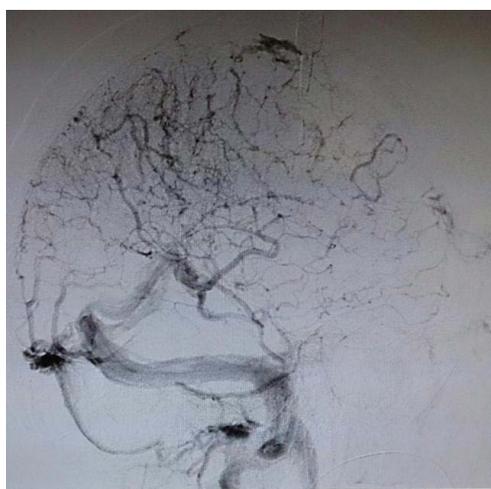
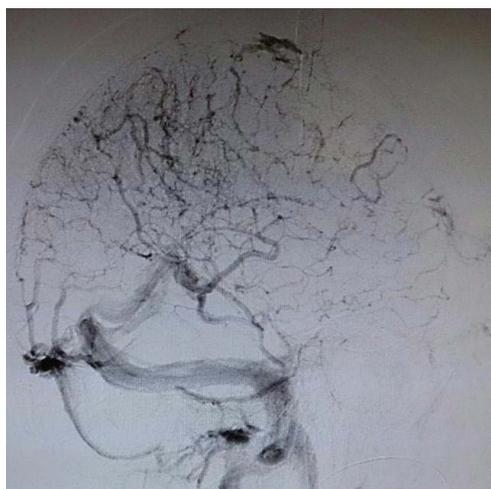
Se realiza trombectomía aspirativa endovascular. 13hs después, recupera el estado neurológico, progresivamente mejora el déficit motor. Se anticoagula y en control ambulatorio se observa desaparición de las áreas de isquemia y permeabilidad de todos los senos duros.

Discusión: No existe evidencia suficiente para optar por el tratamiento endovascular, aunque se recomienda en pacientes con deterioro neurológico a pesar del tratamiento adecuado. Dada la evolución del caso reportado, optamos por implementar la trombectomía, con resultados favorables, aún cuando el paciente presentaba predictores de mortalidad (sexo masculino, GCS <9/15, hemorragia del hemisferio derecho, convulsiones). La intervención endovascular resultó el primer tratamiento efectivo, significando un manejo novedoso de la patología.

Conclusión: Hasta el momento el tratamiento inicial de la trombosis venosa cerebral es la anticoagulación sistémica. En ocasiones, puede ser difícil de implementar debido a las restricciones que supone un sangrado del sistema nervioso central, así como por lo engorroso que puede ser conseguir un rango de anticoagulación adecuado. En consecuencia, tanto la trombectomía aspirativa como la trombectomía endovascular como medida inicial, representan una posibilidad esperanzadora.

Tal vez el próximo diciembre, cuando se conozcan los resultados del The ongoing Thrombolysis or Anticoagulation for Cerebral Venous Thrombosis (TO-ACT) trial, el primer ensayo randomizado que compara la terapéutica endovascular con la anticoagulante, tengamos datos más contundentes que nos permitan considerar el tratamiento por hemodinamia dentro de la primera línea en los casos de trombosis venosa cerebral.





0092 INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

R CASTAGNA(1), A POSE(1), H ZELECHOWER(1), C SIMÓN(1), MDR BRUNO(1), D YAHNI(1), D PRYLUKA(1), L VASTA(1), P VALDEZ(1)

(1) Vélez Sarsfield.

Introducción: El Comité de Control de Infecciones realiza periódicamente la vigilancia epidemiológica de la unidad de terapia intensiva (UTI), pero no tenemos datos acerca de evolución vital y predictores de mortalidad, incluyendo la gravedad de ingreso de los pacientes, la adecuada elección inicial del antimicrobiano, o el número de eventos infecciosos acontecidos.

Objetivos: Cuantificar comorbilidades y gravedad al ingreso, determinar número de eventos infecciosos, sus focos, desarrollo bacteriano y tratamiento antibiótico inicial en los mismos, establecer mortalidad y factores asociados a la misma y determinar tasa de infección global y hospitalaria (y según dispositivo).

Material y métodos: Diseño prospectivo, observacional, longitudinal, analítico. Población: se analizaron pacientes de la UTI del Hospital Vélez Sarsfield en los meses de febrero a julio 2015. Muestra: consecutiva. Estadística: descriptiva, inferencial, regresión.

Resultados: 52 casos, 58% varones, medianas: 61.50 ± 16.50 años, estadía 14.00 ± 8.00 días, Apache II: 12.00 ± 4.50, comorbilidades: 2.00 ± 1.00. Vía central (CVC): 75%, mediana colocaciones: 2.00 ± 1.00/ paciente, permanencia: 17.00 ± 12.00 días. Sonda vesical (SV): 82.69%, mediana permanencia: 15.50 ± 11.50 días. Ventila-

ción mecánica (VM): 46.15%, mediana permanencia: 17.50 ± 12.50 días. Fallecidos: 30.76%, casi todos vinculados a infecciones. Eventos infecciosos totales: 86, por paciente: 1.65. Positividad de cultivos: 44%-66%. Requirió ajuste antibiótico en el primer evento: 46.66% (31.10% por falla, el resto por descalamiento). Foco más frecuente: pulmón (38.82%), segundo desconocido (21.17%). Gérmenes más comunes: Acinetobacter (21.94%), KPC (18.44%) y SAMR (10.67%). Fármacos más usados en orden decreciente: Vancomicina (19.10%), colistín (12.73%), piperacilina tazobactam (10.82%). Predictores de mortalidad en análisis multivariado: mayor edad (p 0.002), ¿necesidad de ajuste de Atb? (p 0.06). Eventos vinculados a dispositivos: 60.91 infecciones cada 1000 días. Tasa de infección cada 1000 pacientes día: 8.43 (CVC), 32.80 (VM) y 19.68 (SV). Tasa de infección por 1000 días de uso: 9.34 (CVC), 56.36 (VM) y 21.78 (SV).

Conclusiones: Población de gravedad moderada y pocas comorbilidades, con 1.65 eventos infecciosos por paciente, principalmente respiratorio, gérmenes más comunes: Acinetobacter, KPC y SAMR. Mortalidad 31%, asociado a edad y a tendencia a mayor número de eventos infecciosos.

0093 REPORTE DE UN CASO DE EOSINOFILIA Y SINTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADOS A DROGAS ANTITUBERCULOSAS

MA TORRES LORA(1), MDLA HERÉNU SAAVEDRA(1), F SALVANESCHI(1), A PESTANA SALCEDO(1), DM MAGOSEVICH(1), E LUNA(1), ME FANDIÑO(1), MF BEJARANO(1), S CÁRDENAS(1), F MATAR(1), GL OLARTE(1), VM CANNATELLI(1), N BAREDES(1)

(1) Sanatorio Sagrado Corazón.

Introducción: El DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una toxicodermia grave asociada mayormente a anticonvulsivantes aromáticos, sulfonamidas y otros fármacos como dapsona, minociclina, allopurinol, terbinafina, AINEs y antirretrovirales. A diferencia de otras reacciones a fármacos, tiene un inicio tardío, con compromiso sistémico y curso prolongado. La incidencia estimada es 1/1000 a 1/10000 exposiciones a anticonvulsivantes, sin datos certeros con otros fármacos. Es más frecuentemente en adultos afroamericanos y caribeños, sin predominio de género.

Se presenta el siguiente caso por su baja incidencia y la rara asociación con drogas antituberculosas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 27 años con diagnóstico de TBC peritoneal, con un mes de tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirimetamina y etambutol. Consulta por 7 días de fiebre y erupción cutánea. Presenta lesiones cutáneas eritematosas descamativas generalizadas, ictericia de mucosas, leucocitosis con hipereosinofilia, alteración del hepatograma y coagulopatía. La ecografía abdominal evidencia leve hepatoesplenomegalia. Se deriva a nuestra institución, donde ingresa falla hepática aguda, eosinófilos 5800/mm³, serologías para HIV y hepatitis negativas.

Por sospecha de DRESS, se suspende medicación antituberculosa e inicia metilprednisona 1mg/kg. Evolucionó con deterioro neurológico, con requerimiento de IOT y ARM. A las 48hs presenta midriasis bilateral. En TC de encéfalo se constata HSA a nivel de la hoz cerebral y tienda del cerebelo, colapso ventricular, signos incipientes de herniación. Sin posibilidad quirúrgica, pese al soporte transfusional y tratamiento médico, fallece horas después.

Discusión: Para diagnosticar DRESS, Bocquet et al. propusieron los siguientes criterios: erupción cutánea relacionada a fármacos, alteraciones hematológicas (eosinófilos ≥ 1,5x10⁹/L, linfocitos atípicos) y compromiso sistémico (adenopatías ≥2cm, hepatitis con transaminasas duplicadas, nefritis intersticial, neumonitis o miocarditis). Se requiere al menos 3 para establecer el diagnóstico. Nuestro paciente presentó todos los criterios mencionados.

Respecto a las drogas antituberculosas, el Hospital Muñiz reportó 11 casos, siendo la rifampicina el fármaco más asociado.

Conclusión: Ante la persistencia de casos de tuberculosis, debemos tener presente al DRESS como una probable complicación del tratamiento. Además, casos como el presentado, deben hacernos consi-

derar que posiblemente muchos otros fármacos aún no reportados, puedan desencadenar esta patología. El reporte de casos es fundamental para alertar sobre nuevos medicamentos asociados a este síndrome que puede ser mortal.



0094 PERICARDITIS BACTERIANA POR ESCHERICHIA COLI; UNA CAUSA ATÍPICA DE DOLOR TORÁCICO

D LOPEZ CALLEJA(1), M PONCE(1), B NAVARRO(1), V CUELLO(1), C CHAVEZ AGUILAR(1), G TRIAS(1), F CHAVEZ(1), W STOERMANN(1), A PIRIZ(1)
(1) Clínica El Castaño.

Introducción: La pericarditis es una causa poco común de dolor torácico (1-5%). La etiología es idiopática la mayoría de los casos, siendo el origen viral. Las bacterianas representan solo un pequeño porcentaje.

Caso Clínico: Paciente masculino de 63 años, hipertenso y con Enfermedad coronaria. Cursó un mes previo a su consulta infección urinaria e internación por angor en otro centro; con Cinecoronariografía que descartó lesiones angiográficamente significativas. Ingresó a nuestra Unidad Coronaria por dolor precordial opresivo de intensidad 9/10, disnea en clase funcional III y tos no productiva. El electrocardiograma (ECG) mostró fibrosis anterior; sin cambios del segmento ST. La Radiografía de tórax mostró cardiomegalia y las enzimas cardíacas fueron negativas. Un ecocardiograma informó derrame pericárdico severo con signos de taponamiento. Se realizó drenaje pericárdico; creciendo en cultivo *Escherichia coli* sensible a cefotaxima. Recibió tratamiento con ceftriaxona y tras una buena evolución fue dado de alta para completar antibiótico por 28 días.

Discusión: La pericarditis aguda es causada por la inflamación del pericardio. Dolor torácico, roce pericárdico y fiebre son los síntomas más comunes. La etiología más frecuente es la idiopática; causada en un 85-90% por Coxsakie A y B, seguidas de ECHO virus, VEB y CMV. Las bacterianas son el 1-2%, siendo más frecuentes *Staphylococcus*, *Streptococcus* y *Haemophilus Influenzae*. El diagnóstico se realiza con reactantes de fase aguda y hemocultivos, el ECG suele mostrar elevación del segmento ST cóncavo y PR descendido. La radiografía de tórax puede acusar cardiomegalia. Es el ecocardiograma quien confirma el diagnóstico además de clasificar su gravedad. Los diagnósticos diferenciales son; IAM, Tromboembolismo pulmonar y neumonía con pleuritis. El tratamiento en la mayoría de los casos se realiza con AINES; corticoides, colchicina y pericardiocentesis si es necesario.

Conclusión: No hemos encontrado reportes de Pericarditis bacteriana por *E. coli*; en nuestro caso asumimos que pudo estar relacionada a la infección urinaria, llegando al pericardio por diseminación hematogena. Este es un tipo de pericarditis que requiere tratamiento específico y drenaje para cambiar la evolución del paciente, a diferencia de las virales o idiopáticas en las cuales el tratamiento sintomático es suficiente en la mayoría de los casos.

0095 CRISIS AGUDA DE PORFIRIA ASOCIADA A CONVULSIONES

Y GONZÁLEZ(1), C COZZANI(1), G CUETO(1), M TORRES BODEN(1), D LÓPEZ CAMPOS(1), H VILLACRÉS(1), N VERGOTTINI(1), P BOTTA ETTER(1), C BOULAN(1), V CABRAL(1), L RODRÍGUEZ(1), J BAZZANO(1), L GARCÍA IRIARTE(1), A SCHAER(1), N MOLINA(1), E BRAÑA(1)
(1) Argerich.

Introducción: En Argentina, la porfiria más frecuente es la Porfiria Aguda Intermitente (1:100.000) seguida de la Porfiria Variiegata (1:500.000), que se debe a un déficit autosómico dominante de la *protoporfirinógeno oxidasa*. Genera crisis agudas sintomáticas a partir de la pubertad, al acumularse productos intermedios de la síntesis del grupo hemo. Se caracterizan por dolor abdominal, manifestaciones neuropsiquiátricas, disfunción autonómica, neuropatía periférica y convulsiones por hiponatremia debido a SIHAD. Si bien la sospecha clínica asociada a síntomas típicos habilitan a iniciar el tratamiento específico, un PBG urinario elevado lo confirma.

Caso clínico: Femenina de 48 años con historia familiar de porfiria aguda intermitente que cursando una ITU en tratamiento con ciprofloxacina, consulta por persistencia de los síntomas. Ingresó

con leucocitosis, deterioro de la función renal, sedimento urinario inflamatorio y una ecografía renal con dilatación del sistema excretor asociado a globo vesical. Evoluciona con convulsiones tónico-clónicas generalizadas en contexto de hiponatremia aguda que requiere AVM. Se inicia tratamiento con infusión de dextrosa y anticonvulsivos por presunción de crisis aguda de porfiria asociada a SIHAD. Se extuba a las 48hs y pasa a sala, con diagnóstico de Porfiria Variegata.

Discusión: Se presenta a una paciente con antecedentes familiares de porfiria intermitente aguda, con infección urinaria que intercorre con convulsiones tónico-clónicas e hiponatremia aguda. Se descartaron otras causas y ante la sospecha clínica por sintomatología típica, se inició tratamiento para crisis aguda de porfiria. El tratamiento se debe instaurar de inmediato ya que sin él, la mortalidad puede llegar hasta un 66%. A partir del uso de glucosa y hemo, la misma ha disminuido notablemente, aunque continúa siendo significativa si el diagnóstico se retrasa (5-20%).

Conclusiones: Su diagnóstico temprano es de fundamental importancia, al igual que el screening familiar y la educación de estos pacientes sobre los probables factores precipitantes. El tratamiento sólo con glucosa está recomendado en los casos de crisis leves o cuando no se disponga de la terapia con hemo.

0096 MANEJO NO QUIRÚRGICO DEL HEMOPERITONEO EN EL TRAUMA CONTUSO DE ABDOMEN

C GAZZANO(1), G GENOVESE(1), F MARTINEZ(1), G RAMOS(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Dupuytren.

Introducción: El principal criterio para manejar de manera no quirúrgica pacientes con trauma contuso de abdomen es la estabilidad hemodinámica y la ausencia de neumoperitoneo.

La angiografía se debe considerar como tratamiento de primera línea para los pacientes con extravasación activa de contraste en TC, hemoperitoneo moderado o signos de hemorragia esplénica en curso. Este tratamiento solo debe considerarse en un entorno con capacidades de seguimiento, evaluación clínica seriada y un equipo quirúrgico disponible para una laparotomía de urgencia.

Las ventajas de este método incluyen: menor requerimiento transfusional, morbimortalidad, estadía hospitalaria y costo.

Se presenta una serie de casos de pacientes con hemoperitoneo traumático con el objetivo de revisar la utilidad de la angiografía para el manejo no quirúrgico.

Material y Método: Durante un período de 15 meses se ingresaron 422 pacientes totales, 29 politraumatizados de los cuales 6 presentaron trauma cerrado de abdomen (1 paciente con modalidad caída de altura y 5 con colisión vehicular). La mediana de ISS fue de 17,5 (R 9-43).

En todos los pacientes fue observada la presencia de hemoperitoneo, en 2 lesión esplénica y en 3 lesión hepática.

5 de ellos fueron manejados de manera completa con un tratamiento conservador y en 1 se realizó un tratamiento mixto; conservador y posteriormente quirúrgico.

Cuatro pacientes recibieron angiografía diagnóstica y embolización selectiva con hallazgo de fístulas portales en 2 casos, contusión en bazo en 1 caso y lesión sospechosa en arteria glútea en 1 caso.

En dos pacientes no se realizó angiografía por hallazgo de hemoperitoneo de escasa magnitud y estabilidad clínica.

Un paciente con angiografía negativa, tuvo diagnóstico tardío de perforación intestinal (al cuarto día), requirió resección, colostomía y drenaje percutáneo de colección abdominal remanente.

Un paciente presentó paro cardiorespiratorio durante una video-colonoscopia por ileo con posterior deceso (Día 39). Los otros pacientes tuvieron una estadía en terapia intensiva de 5 días (R: 3-13 días) sin intercurencias.

Conclusión: La angiografía y embolización selectiva podría aumentar la eficacia del tratamiento conservador en pacientes con trauma constuso abdominal y estabilidad hemodinámica.

0097 SINDROME QT PROLONGADO: CASO REPORTE

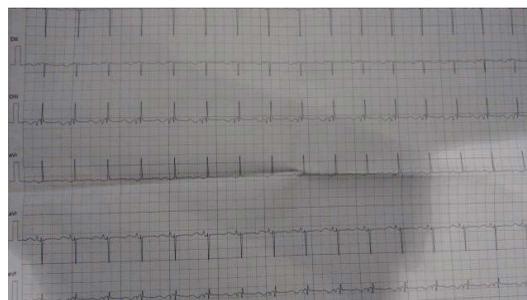
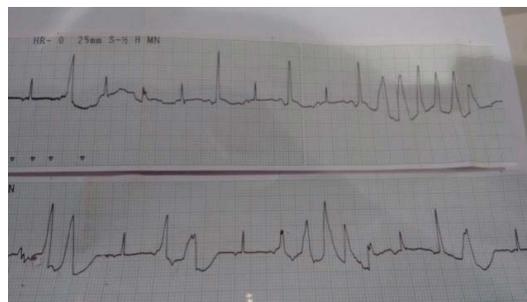
G BONETTO(1), B GERMAN(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción: El síndrome de QT largo (SQTL) es una canalopatía arritmogénica caracterizada por una grave alteración en la repolarización ventricular, traducida electrocardiográficamente por una prolongación del intervalo QT. Predispone a muerte súbita por arritmias ventriculares malignas del tipo de torsade de pointes. La prevalencia es aproximadamente 1:20.000 nacidos vivos. A pesar de los avances, una cuarta parte de los casos no tiene mutaciones en los genes descritos hasta el momento, por lo que el SQTL continúa siendo motivo de investigación.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, que en la semana 26 de gestación se constata anomalía del ritmo fetal, con bradicardia < a 100 lat/min. El feto no tenía compromiso y tampoco se evidenció anomalía estructural en el eco cardiograma fetal. En el análisis del ritmo utilizando Modo M y Doppler pulsado, se constata sincronía auriculoventricular, impresionando que el ritmo fetal era sinusal. A su nacimiento se constata qt 465 mseg y el monitoreo reveló repetidos episodios de torsade de points y taquicardia ventricular que fueron tratados con magnesio y propranolol. Al día 6 de vida se coloca marcapaso y se continúa con propranolol. Alta hospitalaria.

Conclusión: El tratamiento agresivo tanto medico como colocación de marcapasos, ante la imposibilidad de cardiodefibrilador por el peso del paciente, son muy importantes para mejorar los resultados. La bradicardia y el qt prolongado son sustratos para la torsade de points.



0098 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMEDAD DE MOYA MOYA: CASO REPORTE. SEGUIMIENTO A 2 AÑOS

G BONETTO(1), P VAUDAGNA(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La enfermedad de moyamoya, es una condición cerebro-vascular, la cual predispone a accidentes vasculares. Su incidencia es de 0.086 casos sobre 100.000 pacientes en América. Predominando en el sexo femenino, observándose pico a los 5 y a los 40 años.

Es una vasculopatía cerebral progresiva, provocando estenosis bilateral de la carótida interna, por hiperplasia de células de músculo liso. En pediatría la forma de presentación más frecuente es ACV isquémico, completo o transitorio

Caso Clínico: Paciente sexo femenino de 2 años, presenta caída desde su propia altura, sin pérdida de conocimiento, con plejía de miembro superior derecho (MSD), miembro inferior derecho (MID), y disartria. Como antecedente relata 2 eventos previos, con resolución espontánea a las 24 hs del evento. Al examen se constata retraso en el desarrollo cognitivo.

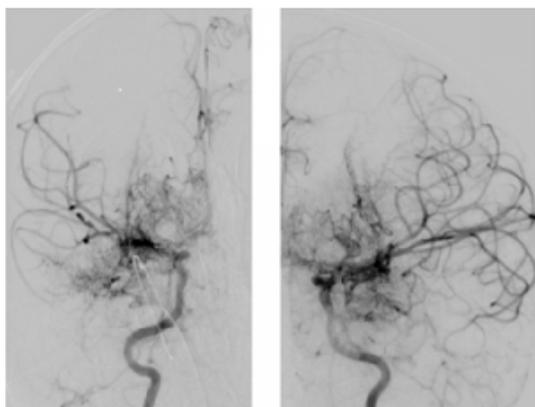
Se realiza RMN, con atrofia cortico-subcortical, lesiones isquémicas cicatrizales, fronto-parietal derechas y lesión isquémica aguda, en territorio de la arteria cerebral anterior izquierda (ACA) en secuencia de difusión.

A las 12hs se observa mejoría de los síntomas motores, continúa disartria.

Se realiza angiografía informando estenosis bilateral proximal, de arteria cerebral anterior y arteria cerebral media, con neovascularización a predominio izquierdo, confirmando diagnóstico.

Se realiza neurocirugía, Agujeros de Bur, presenta convulsiones postquirúrgicas inmediatas. Continúa en rehabilitación, no presentando episodio isquémico luego de 12 meses de seguimiento.

Conclusión: La forma de presentación más frecuente en pediatría es isquémica. Luego de tratamiento quirúrgico disminuye el número de eventos isquémicos y favorece francamente a la neovascularización.



mayoría de los pacientes se presentan con letargo y déficits neurológicos focales. El diagnóstico es dificultoso y requiere un alto nivel de sospecha. Particularmente los pacientes con síndrome de Down (SD) presentan defectos inmunitarios: linfopenia, reducción en la respuesta de anticuerpos y defectos en la quimiotaxis de neutrófilos que los predispone a infecciones.

Caso: Varón de 32 años con antecedentes de SD, comunicación interauricular e insuficiencia cardíaca crónica, que ingresa por deterioro del sensorio, cefalea, náuseas y vómitos. Glasgow 9/15, afebril, estable hemodinámicamente, sin foco neurológico, soplo mesosistólico 5/6 en foco pulmonar. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, acidosis metabólica (lactato 12,3 mmol/l), función renal y hepatograma normales. PCR 0,3 mg/dl. Serología para HIV negativa. TAC de cráneo con contraste IV: proceso expansivo sólido con centro hipodenso parietal derecho con refuerzo periférico de 53 x 50 mm, edema perilesional, desplazamiento de línea media. RMI de cráneo con contraste IV: proceso expansivo con necrosis central y refuerzo periférico de 55 mm de diámetro que infiltra ganglio basal derecho. Edema con efecto de masa que desplaza línea media. Inicia tratamiento con ceftriaxona + metronidazol + vancomicina. Luego de 24 horas evoluciona febril, con insuficiencia respiratoria y Glasgow 3/15 por lo que se vincula a AVM. Se realiza una biopsia estereotáxica de MOE cerebral. Al tercer día fallece. Cultivo: Mucorales sp. Anatomía patológica: material necrolicuefactivo y estructuras filamentosas fragmentadas compatibles con elementos micóticos.

Discusión: La MC es una infección oportunista cuya forma de presentación más frecuente es la rinosinuso-orbitaria-cerebral. Debe sospecharse en pacientes diabéticos e inmunocomprometidos. Dentro de estos debemos incluir a los pacientes con SD. Su abordaje incluye: diagnóstico rápido, eliminación de factores predisponentes, resección quirúrgica de tejidos y antifúngicos. Son escasos los casos reportados de MC cerebral en pacientes con SD.

Conclusión: Considerar la MC dentro de las causas de absceso cerebral en pacientes con SD.



0099 ABSCESO CEREBRAL POR MUCORAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

M RÉ(1), MF CORBACHO RE(1), NS ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)

(1) Hospital Escuela Eva Perón.

Introducción: La mucormicosis (MC) es una infección oportunista de rápida progresión y significativa mortalidad (40-50%). Afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos y diabéticos. La afectación del SNC, particularmente el absceso cerebral, es una entidad rara que se asocia a uso de drogas endovenosas y HIV. La

0100 STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO: ¿ENCEFALITIS LÍMBICA?

M RÉ(1), MF CORBACHO RE(2), NS ROCCHETTI(2), CJ SETTECASE(2), DH BAGILET(2)

(1) Escuela Eva Perón. (2) Hospital Escuela Eva Perón.

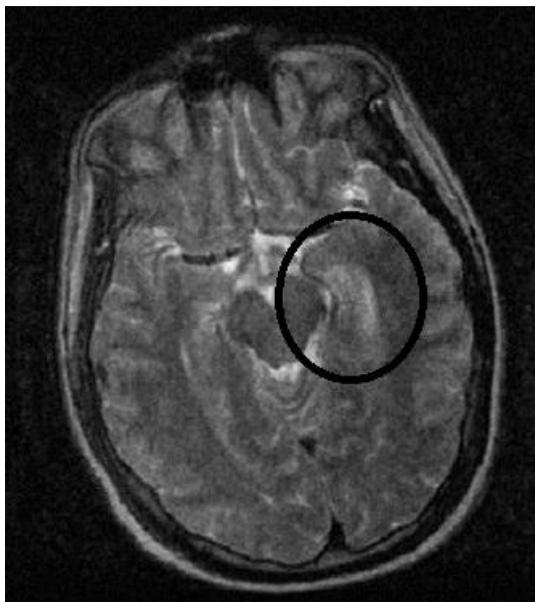
Introducción: El deterioro del sensorio es un motivo frecuente de ingreso a terapia intensiva, dentro de sus causas, el status epiléptico no convulsivo (SENC), que puede manifestarse con síntomas psiquiátricos es de difícil diagnóstico y requiere alto índice de sospecha. Por otro lado, la encefalitis límbica (EL), proceso inflamatorio

localizado en estructuras del sistema límbico que produce alteraciones cognitivas, psiquiátricas y trastornos de la percepción, puede ser tanto causa como diagnóstico diferencial de SENC.

Caso: Paciente varón de 19 años, ingresa por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por trastornos de la conducta, heteroagresividad y deterioro del sensorio. Examen físico: Glasgow 12/15, afasia, lateralización rítmica de los labios hacia la derecha, sin otro déficit neurológico. Laboratorio: Hemograma, calcemia, fosfatemia, magnesemia, ionograma, hepatograma y función renal normal. TAC de cráneo: normal. LCR: normal. Serología para VIH, VHB, VHC, VDRL: No reactivos. Toxicológico en orina para cocaína y marihuana: negativo. EEG: foco de espigas centro-temporal izquierdo. RMI encéfalo: hiperintensidad del hipocampo izquierdo, en Flair y T2. Screening oncológico negativo. Cultivo de LCR: negativo. PCR en LCR para VHS tipo 1 y 2, CMV, VEB y enterovirus negativos. FAN negativo. Proteiograma por electroforesis normal. Ac. anti-tiroglobulina y anti-tiroperoxidasas negativos. Ac. Anti-VGKC, Ac. Anti-R-NMDA, Ac. Anti-LG1: pendientes. Se realiza pulso de metilprednisolona, carbamazepina y goteo de midazolam con mejoría parcial del cuadro.

Discusión: El EEG en la EL usualmente es anormal. En el SENC la RMI puede revelar hiperintensidad en FLAIR y T2, en hipocampo por edema celular. El diagnóstico definitivo de una u otra entidad estaría sujeto a la positividad de los auto-anticuerpos, no siendo estos totalmente indentificados, ni disponibles en la actualidad. Descartadas todas las causas de SENC y con alta sospecha de EL podemos asumir su diagnóstico aun con la negatividad de auto-anticuerpos y en ausencia de neoplasia.

Conclusión: Antes de considerar un SENC como "idiopático" se debería tener en cuenta el diagnóstico de EL.



0101 HEMIFEROTOMÍA: ALTERNATIVA PARA EPILEPSIA INCAPACITANTE. REPORTE DE DOS CASOS

G BONETTO(1), F PUEYRREDON(1), M OLENDER(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La desconexión en la cirugía de la epilepsia fue ideada para aislar el hemisferio afectado y evitar las crisis epilépticas. La hemiferotomía, con eliminación cortical parcial, permite el aislamiento funcional del hemisferio afectado por la epilepsia severa con excelentes resultados.

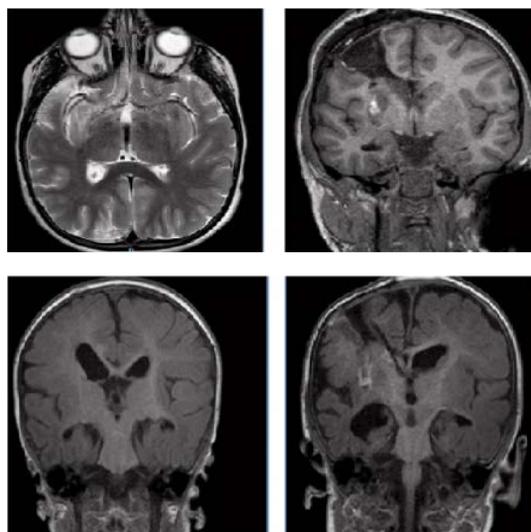
Los elementos para la elección de cirugía son: epilepsia incapacitante intratable, una zona epileptógena localizable y bajo riesgo de déficit postoperatorio. La cirugía realizada en forma temprana puede resultar en una mejor calidad de vida.

Caso clínico: Presentamos 2 pacientes que se realizan hemiferotomía funcional.

Caso 1: Niño de 7 años con diagnóstico de Encefalitis de Rasmussen refractaria a medicación anticonvulsivante.

Caso 2: Niño de 5 meses con diagnóstico de displasia cortical hemisférica derecha que presenta crisis epilépticas desde el nacimiento. Resultados: En ambos casos los resultados fueron satisfactorios, una mereció reintervención porque en RMN de control se evidencia desconexión incompleta. Las convulsiones clínicas desaparecieron en ambos casos, si bien se mantuvo el esquema que tenían prequirúrgico. El déficit neurológico posterior fue la hemiparesia faciobraquiocrural en el paciente de 7 años que en la actualidad el mismo ya se encuentra deambulando. En el segundo caso el déficit fue menor. Las complicaciones postquirúrgicas fueron higroma, hidrocefalia y pioventriculitis que se resolvieron sin mayores complicaciones.

Conclusiones: La hemiferotomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza cada vez con mayor frecuencia en la edad pediátrica. En nuestros casos clínicos tiene como resultado una mejoría de la calidad de vida aunque durante la internación se presentaron las complicaciones más frecuentemente esperadas: hidrocefalia y pioventriculitis.



0105 ACCIDENTE OFIDICOPOR SERPIENTE YARARA (BOTHROPS), RECIRCULACIÓN DE TOXINA Y HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

AM MAZZOLA(1), J VAZQUEZ(1), J MIZRAHI(1), A PIERNATEI(1), A ZUCHELLA(1), J FARA(1), G VELAZQUEZ(1), N MARCHEGIANI(1), D LUPINUCCI(1)

(1) San Felipe.

Introducción: Los ofidios del género Bothrops producen el 98% de los accidentes ofídicos. Las enfermedades cerebrovasculares (eventos hemorrágicos) se producen en el 2,6% de las víctimas de mordedura de Bothrops.

Presentación del caso: Paciente de 15 años derivado por fiebre, vómitos e hipotensión arterial. Presentó mordedura de yarára, en miembro inferior derecho 7 días previos, le administraron 80ml de antídoto polivalente. siendo externado a las 72hs con indicación de amoxicilina clavulánico. Examen físico: TA 100/50mmHg, FC 90 lpm, FR 18 rpm, T° 36.6°C, palidez generalizada. Dos puntos de entrada sugerentes de colmillos en tercio distal de pierna derecha, equimosis local, edema, rubor y calor desde raíz de muslo. Se toman cultivos y se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam+vancomicina. Laboratorio: Hcto 21%, GB 16500mm³ (NS 85%), plaquetas 156.000mm³, plasma incoagulable. Se transfunden 2 UGR y 1300ml de PFC. Posteriormente agrega hematomas espontáneos en miembros superiores, afasia mixta, persistiendo con plasma incoagulable. Ante

la presunción de recirculación de toxina ofídica se administran 60 ml de antídoto polivalente con normalización de TP y KPTT. TAC de cráneo evidencia hemorragia intraventricular. Se coloca drenaje ventricular externo con catéter de PIC y se vincula a ARM durante 96hs. Nueva TAC evidencia disminución de hemorragia. Al 15° día paciente vigil, con afasia de expresión y respuesta a comandos simples. Es trasladado a centro de rehabilitación.

Discusión: La recurrencia de signos locales de envenenamiento (edema, hemorragia), coagulopatía (hipofibrinogenemia) y trombocitopenia, se describen en envenenamiento grave por crotálicos. Habría formación de depósitos de veneno con liberación lenta a la circulación. La administración de una dosis adicional de 3 frascos de antídoto en estos casos es suficiente para restaurar la coagulación en 12- 24 horas.

Conclusión: Presentamos el primer caso registrado en Argentina de recirculación de toxina de Bothrops y hemorragia intraventricular secundaria. La evolución favorable se atribuye al tratamiento con dosis adicionales de suero.

0106 COLESTASIS FARMACOLÓGICA POR PIPERACILINA-TAZOBACTAM

MF CORBACHO RE(1), MD RE(1), NS ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)

(1) Hospital Escuela Eva Perón.

Introducción: El daño hepático inducido por drogas es la causa más común de muerte por fallo hepático agudo, sin embargo la hepatotoxicidad farmacológica asociada a piperacilina-tazobactam (PT) es inusual y más aún en tratamientos de corta duración. Esta patología rara vez comunicada merece su reconocimiento a la hora de evaluar un paciente internado con colestasis intrahepática aguda.

Caso: Hombre de 61 años, con antecedentes de litiasis renal y múltiples episodios de pielonefritis, ingresa por shock séptico secundario a pielonefritis aguda. Inicia tratamiento empírico con ceftriaxona. Se rescata en hemocultivos y urocultivo: E. Coli. Sensible a: PT, carbapenémicos, colistin. Resistente a: ciprofloxacina, ampicilina-sulbactam, ceftriaxona, trimetoprim-sulfametoxazol. Se ajusta tratamiento e inicia PT 2,25 gr cada 6 hs. A las 48 hs del inicio del nuevo tratamiento complica con cuadro compatible con colestasis hepática. Laboratorio: hematocrito 39%, leucocitos 15.500 mm³/dl, creatinemia 2,5 mg/dl, uremia 88 mU/ml, TGO 41 mU/ml, TGP 13 mU/ml, FAL 203 mU/ml, GGT 215 mU/ml, LDH 1027 mU/ml, amilasaemia 58 mU/ml, bilirrubinemia total 28 mg/dl, y bilirrubinemia directa 23,1 mg/dl, C3 y C4 normales, serologías HIV, HVB y HVC negativas. Anticuerpos antimitocondriales, anti músculo liso y FAN negativos. Se realizan ecografía abdominal y colangio resonancia sin evidencia de obstrucción de la vía biliar. No se administraron otros fármacos, excepto dipirone, heparina sódica, nifedipina y ácido fólico. Se interpreta el cuadro como colestasis intrahepática de origen farmacológico, secundario a PT. Se rota tratamiento antibiótico a imipenem, con buena respuesta clínica y analítica a las 48 hs. Completa antibioticoterapia y pasa a sala general luego de 14 días de internación. Test de transformación linfocítica para PT: pendiente.

Discusión: La colestasis asociada a PT es una lesión hepática idiosincrásica, inmunomediada, y con un tiempo de latencia variable entre la exposición del fármaco y la manifestación clínica del efecto adverso. Los factores de riesgo para su desarrollo son: sexo femenino, edad avanzada y administración repetitiva del fármaco. Un test de transformación linfocítica para PT positivo confirma la asociación.

Conclusión: El reconocimiento precoz de la colestasis por PT permite la oportuna interrupción del tratamiento y evitar nuevas exposiciones.

0107 NEUMOENCEFALO MASIVO Y MENINGITIS POSTNEUROQUIRURGICA SECUNDARIA A LESION MASTOIDEA. UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE DE LA DESCOMPRESION MICROVASCULAR DEL NERVO TRIGEMINO

C CHAVEZ, M PONCE(1), D LOPEZ CALLEJA, B NAVARRO, G TRIAS, V CUELLO, D CHIRINO, F CHAVEZ, W STOERMANN, A PIRIZ

(1) Clínica El Castaño.

Introducción La meningitis postneuroquirúrgica es una complicación poco frecuente (1.7 a 1.9%) que se acompaña de un incremento de la estancia hospitalaria y de una elevada mortalidad. El pronóstico es aún peor si se acompaña de neuroencefalo y fistula de liquido cefalorraquídeo (LCR).

Caso clínico: Paciente masculino de 61 años, hipertenso, con osteogénesis imperfecta y neuralgia del trigémino, por lo que se realizó cirugía de descompresión microvascular de nervio trigémino. Ingres a nuestra institución por deterioro del estado de conciencia, rigidez de nuca, cefalea, vómitos en chorro y secreción serosa turbia por herida mastoidea. Una tomografía computada de cerebro mostró neuroencefalo masivo; lesión de celdillas mastoideas y colección hipodensa en región mastoidea izquierda. La punción lumbar y de la colección mastoidea arrojó un LCR con parámetros de meningitis bacteriana; iniciando vancomicina y meropenem. Se aisló en ambos cultivos estafilococo epidermidis coagulasa negativo, ajustando tratamiento a cefuroxima. Para la resolución de fistula de LCR; se colocó catéter lumbar de drenaje. Luego de 72 hs sin débito por fistula, se procedió a cierre quirúrgico de la misma. Luego 14 días, se otorgó alta sanatorial para continuar con tratamiento ambulatorio.

Discusión: Las complicaciones más frecuentes de la cirugía de descompresión microvascular del trigémino son la meningitis aséptica y en menos de 5% de los casos la fistula de LCR.

La meningitis bacteriana es causada por la colonización durante el acto quirúrgico en un 80% de los casos, el Staphilococos epidermidis coagulasa negativo es el germen más común, Pseudomonas, Acinetobacter y Corynebacterium dependiendo de la flora del nosocomio. El diagnóstico se basa en la clínica y el análisis y cultivo del LCR, si bien el citológico y el dosaje de lactato orientan el diagnóstico; la certeza está dada por el cultivo. El tratamiento consta en tratamiento antibiótico y la resolución de la fistula; ya sea con catéter de drenaje lumbar o cierre quirúrgico.

Conclusión: La meningitis bacteriana con neuroencefalo y la fistula de LCR por ruptura de las celdillas mastoideas son complicaciones poco frecuentes, y su manejo coordinado y multidisciplinario es mandatorio para reducir la mortalidad que potencialmente pueden tener estas complicaciones en conjunto.

0109 SINDROME HEMOFAGOCITICO

M QUIROGA(1), V CUBILLA(2), S QUIROGA(2)

(1) El Cruce. (2) Hospital El Cruce.

Introducción: Proliferación sistémica de macrófagos benignos con actividad hemofagocitaria.

Caso clínico: Paciente masculino de 26 años, tabaquista, consumo de cocaína. Ingres a UTI por hepatitis aguda grave, somnoliento, ictericia de piel y mucosa, gingivorragia y petequias en torax .

Ecografía abdominal: Hígado heterogeneo, esplenomegalia y ascitis masiva.

Serologías negativas y PAMO positiva para hemofagocito.

Evolución: ARM , shock y DMO(diálisis precoz). Bacteremia, NAV a acinetobacter baumannii evolución tórpida con posterior óbito.

Discusión: El SHR es poco conocido por el médico intensivista. El diagnóstico fue sospechado luego de descartar otras causas más frecuentes y conocidas. Presenta depleción drástica de las tres series sanguíneas, fiebre persistente, alteraciones de la función hepática,

hepatoesplenomegalia, adenopatías y rash cutáneo, bajo fibrinógeno, hipertrigliceridemia, ferritina elevada y eritrosedimentación baja. La característica patognomónica " presencia de macrofagos fagocitando células hematopoyéticas en médula ósea, bajo y/o ganglios". Objetivos del tratamiento, suprimir la hiperinflamación, la terapéutica inicial consiste en corticoesteroides, preferentemente dexametasona, ciclosporina A y etopósido y su asociación con inmunoglobulinas.

Conclusión: El SHF y la sepsis comparten aspectos clínicos y mecanismos fisiopatológicos, lo que hace que el SHF sea probablemente una entidad subdiagnosticada en las unidades de Terapia Intensiva. Proponemos que, ante pacientes enfermos con depleción de algunas de las series celulares sanguíneas, el hallazgo de hiperferritinemia oriente a la realización de una punción de médula ósea en busca de hemofagocitosis a fin de iniciar rápidamente el tratamiento específico.

0111 RUPTURA TARDIA DE PSEUDOANEURISMA CEREBRAL POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO

MI MATTIOLI(1), N SEGURA(1), O KOCH(1), D MANSILLA(1), I KLYMENKO(1), O CORREA(1), JM SILVA(1), R RECALDE(1), L LEMME PLAGHOS(1), A PALAZZO(1), A SANTA MARÍA(1), M BERTÉ(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

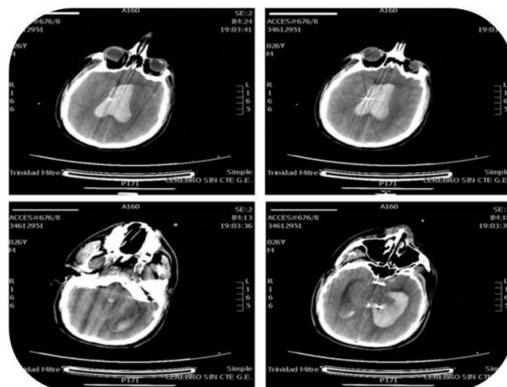
Introducción: El traumatismo encefalocraneano (TEC) representa una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Los aneurismas o pseudoaneurismas cerebrales post-traumáticos presentan una incidencia menor al 1% y se ven más frecuentemente asociados a heridas por arma de fuego (HAF). La ruptura ocurre en el 60% de los casos antes de los 90 días.

Presentación del caso: Paciente masculino, 26 años; con antecedente de herida por arma de fuego a los 16 años, proyectil alojado en parénquima encefálico paraventricular izquierdo, sintomático por convulsiones. Consulta por cefalea intensa de inicio agudo. Glasgow 15/15. Tomografía computada (TAC) de Encéfalo que evidencia hematoma intraparenquimatoso adyacente al proyectil, hemoventrículo y hemorragia subaracnoidea silviana izquierda. Presenta deterioro neurológico, requiere ventilación mecánica y colocación de catéter de PIC con drenaje ventricular externo. Arteriografía sin hallazgos patológicos. Evoluciona con Hipertensión intracraneana. Nueva TAC de Encéfalo que constata resangrado con molde ventricular. Se repite angiografía evidenciando pseudoaneurisma en Arteria Cerebral Posterior Izquierda (ACPI) de 3mm, y disección del segmento P3-P4 en relación topográfica con proyectil. Se realiza exclusión endovascular con cuatro coils.

Presentó como intercurencias síndrome perdedor de sal cerebral, vasoespasmo severo bilateral, neumonía asociada a la ventilación mecánica, meningitis post-neuroquirúrgica, hidrocefalia normotensiva, requiriendo derivación ventrículo-peritoneal. Evolucionó con recuperación del sensorio y deterioro cognitivo leve.

Discusión: El abordaje diagnóstico inicial de episodios de cefalea intensa e inicio brusco incluye una neuroimagen, siendo la TAC la de primera elección. También sería factible la realización de una Resonancia Magnética Nuclear (RMN), siempre que se disponga de datos ciertos con respecto al arma y el tipo de proyectil involucrados. Dentro de las lesiones secundarias a HAF, se encuentran los pseudoaneurismas; la escasa bibliografía existente, sustentada en estudios retrospectivos, refiere lesiones asociadas a circulación anterior y silviana; la discusión de este caso resulta interesante dada la localización (ACPI).

Conclusión: Se presenta un caso de ruptura tardía de pseudoaneurisma cerebral secundario a HAF y su resolución endovascular. Se hace menester su sospecha en pacientes con antecedentes de traumatismo encefalocraneano por HAF, sin importar el tiempo transcurrido entre el evento inicial y el desarrollo de síntomas. Su abordaje temprano reduce eventuales re-sangrados.



0112 ERROR RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS: CONOCIMIENTOS, SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS REPORTADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA

N MARFIL(1), M GONZALEZ(1)
(1) San Luis.

Introducción: El error está definido como un acto de equivocación por comisión u omisión por parte de los profesionales sanitarios, que puede contribuir a que ocurra un Evento Adverso. La mayor prevalencia de estos eventos se debe a Errores de Medicación; tiene como característica el hecho de poder ser evitados.

Objetivo: Presentar trabajo de investigación: Error de Medicación (EM): Conocimientos, sentimientos y conductas reportadas por el personal de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos; Setiembre 2015.

Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

Material y Método: Los datos se recolectaron mediante un cuestionario autoadministrado. Respondió la totalidad del personal de Enfermería que trabajó durante Setiembre 2015; fueron llenados durante el horario de trabajo y en presencia de las autoras del trabajo; previa firma consentimiento informado. N=22

Resultados más relevantes: El 66,7% de los encuestados asoció la noción de EM con la definición dada por el NCCMERP. 59,09% presentó conocimientos óptimos y adecuados; 40,91% conocimiento insuficiente. El 95,45% reconoció la ocurrencia de EM en la UTIA. El 47,6% respondió que ocurren ocasionalmente, sólo el 33,3% frecuentemente. El 90,91% consideró muy importante reportar el EM. El 72,27% respondió no haber recibido capacitación específica sobre EM. Ante la ocurrencia de un EM y la posibilidad de que el paciente sufra un daño: el 59,1% cree que Enfermería siempre siente preocupación; el 36,4% siempre manifiesta aflicción y culpa; mientras tanto, el 63,6%, cree que Enfermería nunca muestra indiferen-

cia. Es significativo que el 54,55% manifiesta sentir algunas veces temor a las posibles represalias de la institución cuando ocurre un EM; el 22,73% la mayoría de las veces. Conductas siempre presentes frente al EM: interrumpen la administración del medicamento; monitoreo del paciente; comunican al médico. 71,4% refiere nunca lo oculta; 47,6% nunca lo registra. Medidas institucionales para evitar que se repitan los EM; 59,09% contestó que no se implementan.

Conclusiones: Los resultados obtenidos permitieron identificar la necesidad de Capacitar al Personal sobre EM, para no solo evitarlos, sino detectarlos antes que ocurran. Concientizar que todo el equipo de salud es responsable de la atención al paciente y que los EM no siempre están circunscriptos al accionar de Enfermería.

0113 ABSCESO CEREBRAL POR SAMR DE LA COMUNIDAD SIN PUERTA DE ENTRADA EVIDENTE.

A BELLOCCHIO(1), B ALVAREZ(1), M RAGAZZOLI(1), D FERNANDEZ(1), R COSTABILE(1), M MASIP(1), G APACA(1), F DADOMO(1), C LLERENA(1), S VENEZIA(1), G CARDONATTI(1)
(1) H Central San Isidro.

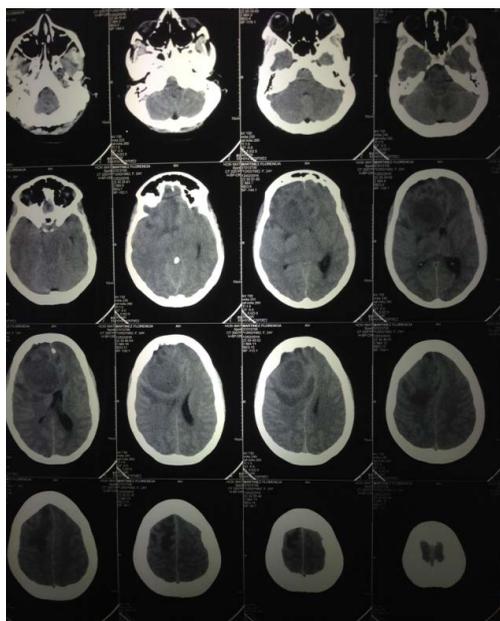
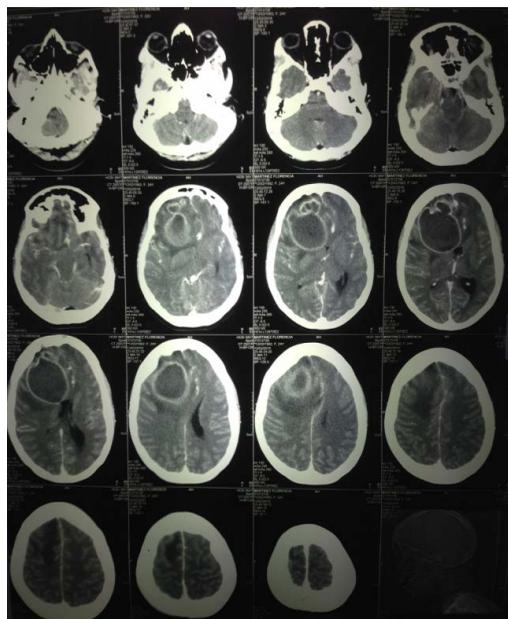
Paciente femenina de 23 años.

Antecedentes: Sinusitis a repetición sin tratamiento completo, consumo drogas ilícitas (LSD, marihuana).

Comienza un mes previo a su ingreso con cefalea, náuseas en tratamiento con aines. Ingresó por guardia por deterioro del sensorio GCS: 9/15, náuseas y fotofobia. Se realiza TAC Cerebro se evidencia formación expansiva frontal derecha, redondeada, de contornos polilobulados de 64 x 55 mm que realiza con contraste y provoca efecto de masa con desplazamiento de estructuras línea media y colapso ventricular ipsilateral. Inicia terapia antibiótica empírica con Ceftriaxona/Metronidazol por sospecha de absceso cerebral. Neurocirugía realiza aspiración por craneotomía, sin resección de capsula del absceso y se envía muestra a cultivo, con rescate 3 días después de SAMR por lo cual inicia esquema ATB dirigido con Vancomicina/Rifampicina, Hemocultivo e hisopados nasofaríngeo negativos. Paciente evoluciona favorablemente sin intercurencias durante su internación y se programa nueva cirugía para excisión capsular por craneotomía. Con nuevo rescate de SAMR y hemocultivos control negativos.

Interconsultas: Oftalmología que descarta impactos retinianos, ORL que descarta ocupación de senos paranasales, ecocardiograma, ecografía abdominal y Tac Torax sin particularidades.

Paciente evoluciona favorablemente y se otorga alta.



0114 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER

A FELDMAN(1), V DANIEL(1), N FALCON PEREZ(1), D QUARANTA(1), C PINO(1), N GUMIELA(1), V NUNES(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: Como parte de un programa de mejora de la calidad de atención de pacientes críticos se decidió implementar estrategia de realización de check list y máximas barreras de protección durante la colocación de catéteres venosos centrales (CVC).

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 1/02/2015 hasta el 30/03/2016. 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 y porcentaje.

Resultados: Ingresaron 688 pacientes, edad 67 ± 19 años, masculinos 71%, clínicos 34%, quirúrgicos 58% y trauma 7%, APACHE II 15 ± 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 3.2/ 1000 días CVC, contaminación de catéter 4.1/1000 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.

0116 DEMENCIA SUBAGUDA SECUNDARIA A ENCEFALITIS POR PRIONES – ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB

D LÓPEZ CAMPOS(1), A SCHAER(1), P BOTTA(1), C BOULAN(1), V CABRAL(1), N VERGOTTINI(1), Y GONZÁLEZ(1), H VILLACREZ(1), C COZZANI(1), E BRAÑA(1), G CUETO(1), M TORRES BODEN(1)
(1) Cosme Argerich.

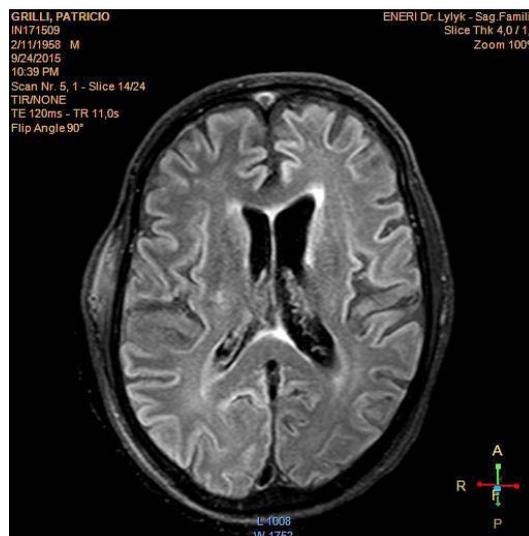
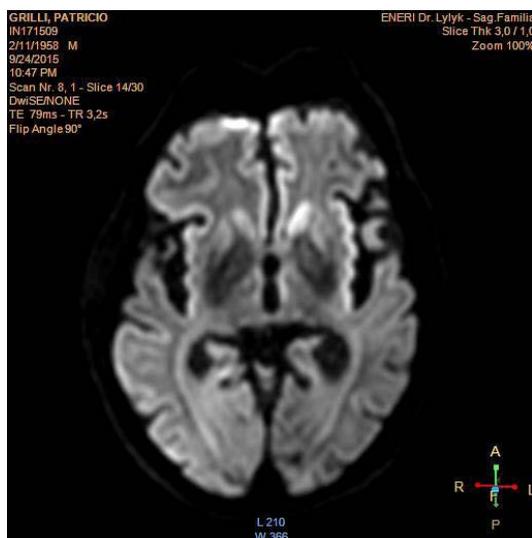
Introducción: Los priones son proteínas infecciosas que causan la degeneración del Sistema Nervioso Central. Alteran la conforma-

ción de la proteína PrPc a la isoforma Prpsc, siendo la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob el modo de presentación más común, con una incidencia de 1 caso por millón. Se presenta con mayor frecuencia en personas de 50 a 75 años. Clínicamente se manifiesta con Demencia Rápidamente Progresiva, Mioclonías y generalmente fallecen al año de iniciados los síntomas.

Caso clínico: Paciente de 57 años, masculino, que comienza con abulia, llanto e irritabilidad. Agrega amnesia anterógrada, parafasias verbales y discurso incoherente, siendo evaluado en otra institución donde realizan RMN que informa incipiente profundización de surcos corticales frontoparietal bilateral, imágenes puntiforme hiperintensas en T2 y FLAIR subcortical bilateral. Es interpretado como enfermedad de Alzheimer. Al persistir los síntomas, ingresa a Clínica Médica en donde le constatan falta de respuesta a órdenes, bradipsiquia, bradiquinesia bradialia y mioclonias. Se interpreta como encefalopatía no aclarada. Se realizan serologías virales, TSH, anti-TPO, ácido fólico, B12 y anti-Hu que resultan negativos, así como el FQ y cultivo de LCR. Un EEG evidencia actividad epileptiforme focal y difusa. Progres con estupor, decidiéndose su pase a U.C.I. para soporte ventilatorio. Evolucion con múltiples episodios de crisis comiciales recibiendo varios esquemas anticonvulsivos. Un nuevo EEG mostro espigas de punta onda en áreas bitemporales con focalización temporal izquierda, paroxismos de onda bi y trifásicas generalizadas. Una nueva RMN de encéfalo informó hiperintensidad en cabeza de ambos núcleos caudado y en corteza bilateral. Se solicita dosaje de Proteína 14-3-3 que resulta positiva. El paciente fallece a los 6 meses de iniciados los síntomas.

Discusión: En nuestro caso hemos llegado al Diagnóstico PROBABLE de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (CDC 2010) por Criterios Clínicos: Demencia Rapidamente Progresiva + Mioclonías + Mutismo, y de Laboratorio: Proteína 14-3-3 positiva y EEG típico, en ausencia de otro diagnóstico alternativo.

Conclusión: La Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob si bien es infrecuente, debe sospecharse en casos de Encefalopatía Subaguda con Criterios Clínicos y por Análisis Clínicos.



0117 SÍNDROME DE WÜNDERLICH (HEMATOMA RENAL ESPONTÁNEO) A PROPÓSITO DE UN CASO C CERZO(1), S ALBANESE(1), R AVILA(1) (1) Cullen.

Introducción: El Síndrome de Wunderlich se define como el sangrado no traumático, espontáneo del riñón, de escasa frecuencia cuya edad de presentación es de 50 años, sin predilección por el sexo, de ubicación unilateral (96%) y bilateral (4%), de etiología variable: 1) Neoplásicas 90%: Angiomiolipoma (57%) y Adenocarcinoma (43%); 2) Idiopáticas 6%, Vasculares 4% (Poliarteritis Nodosa, Malformaciones arteriovenosas y Aneurisma de la Arteria Renal). Clínica: Dolor lumbar súbito (83%), Hematuria (micro y/o macro) 19%, Shock Hemorrágico (11%), Fiebre con leucocitosis (7%) e Insuficiencia Renal (5%), puede estar presente la "Tríada de Lenk": a) Dolor en flanco y/o lumbar intenso, b) Hematuria y c) Masa renal palpable. El diagnóstico se puede realizar por: ecografía, tomografía computada (Gold Estándar) donde se valora la extensión, localización y tamaño de la hemorragia, por último la angiografía (más costosa y no disponible en todos los lugares) siendo diagnóstica y terapéutica a la vez.

Presentación del caso: Paciente de 62 años que ingresa a UTI por NAC grave con requerimiento de AVM y medidas terapéuticas adecuadas (hemocultivos, bal y tratamiento antibiótico según tinción de gram). A las 48 horas debuta con shock, necesidad de vasopresores, disminución del ritmo diurético, sin fiebre pero con severa distensión abdominal, se decide realizar TAC(toraco-abdominal) la cual revela presencia de sangre en retroperitoneo (ZONA II) se lleva a quirófano de urgencia, se realiza laparotomía exploradora con evacuación del hematoma observándose una masa de aspecto adiposo con áreas de infarto en riñón izquierdo, se practica nefrectomía izquierda simple; el paciente evoluciona con fallo renal en tratamiento con TRRC, FMO y fallece.

Discusión: Los hematomas renales son traumáticos en el 95% de los casos y un 5% no traumático, dentro de esta el presente síndrome representa el 1%, siendo una entidad clínica infrecuente que va desde el dolor lumbar inespecífico, la hematuria hasta el shock hipovolémico y la muerte

Conclusión: El hematoma renal espontáneo es poco frecuente, fácilmente diagnosticable con TAC con contraste donde además de evaluar la extensión del mismo se evalúa la función renal. El tratamiento debe tratar de ser conservador reservándose la nefrectomía en caso de descompensación hemodinámica.

0118 INTOXICACIÓN POR SUPERWARFANINAS

M ESPEJO(1), M GUARACHI(1), M DEGUARDIA(1), T ALMENDRAS(1), R MEDINA CUENTAS(1), C MACAGGI(1), C CONSIGLIO(1), A FIORANELLO(1)

(1) Carlos G. Durand.

Introducción: La deficiencia severa de factores dependientes de vitamina K es comúnmente asociado con intoxicación por ingestión de warfarina, anticoagulantes similares o rodenticidas ("superwarfarinas"). Las manifestaciones hemorrágicas graves son comunes. Las superwarfarinas tienen el doble de potencia que la warfarina y tienen una vida media medida en semanas. Son fácilmente disponibles para el hogar y, a veces se consumen de forma accidental o intencional.

Caso clínico: Paciente masculino de 48 años que consulta a guardia externa por hematuria y lumbalgia de 72 horas de evolución, laboratorio normal, externación voluntaria. Regresa a las 36 horas en shock hipovolémico, paro cardiorrespiratorio, reanimación exitosa. Ecografía líquido libre en cavidad, laparotomía exploradora se evidencia hematoma retroperitoneal, colocación de packing. Evolución con inestabilidad hemodinámica, soporte transfusional. Coagulograma tiempo de protrombina (TP) 10% tiempo parcial de tromboplastina (PTT) 65" factores: I- 500, II-39, V-51, VII-50, se interpreta secundario a intoxicación por superwarfarinas. Tratamiento con altas dosis de vitamina K. Traqueostomizado. Pasa a sala general.

Discusión: La hemorragia grave en un paciente previamente sano o la identificación de alteraciones en la hemostasia indica un alto riesgo de sangrado pueden ser un reto diagnóstico. La determinación de una prolongación de TP y PTT, asociado a deficiencia específica de factores dependientes de vitamina K acota las posibilidades diagnósticas.

Conclusión: Diagnóstico inmediato y la terapia adecuada es de importancia crítica para minimizar la morbilidad y la mortalidad debido a esta condición, El tratamiento con grandes dosis de vitamina K, a menudo durante meses o años, puede revertir el cuadro.

0119 PURPURA FÚLMINANS POR COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA EN PACIENTE CON MENINGOCOCCEMIA

N VERGOTTINI(1), H VILLACRES(1), D LOPEZ CAMPOS(1), Y GONZALEZ(1), L RODRIGUEZ(1), L GARCIA IRIARTE(1), A SCHAER(1), JM BAZZANO(1), N MOLINA(1), M TORRES BODEN(1), C COZZANI(1), ME BRAÑA(1), G CUETO(1), N JACOB(1)

(1) Hga Cosme Argerich.

Introducción: La purpura fulminans es un desorden hematológico rápidamente evolutivo provocado por infartos hemorrágicos a nivel de la dermis, cuadro favorecido por coagulación intravascular diseminada. Este hallazgo es vinculado con la sepsis, y se observa en el 10-20% de las meningococcemias.

Caso Clínico: Paciente masculino de 24 años inmunocompetente, que consulta por fiebre de 48hs de evolución. Presenta en las horas subsiguientes SIRS, petequias, equimosis generalizada, cianosis distal, pérdida de pulsos periféricos en contexto de plaquetopenia, coagulopatía, falla renal y acidosis metabólica severa con requerimiento de ARM. Se toman cultivos de sangre y LCR e inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona por sospecha clínica de meningococcemia.

Por hallazgos clínicos y de laboratorio se interpreta cuadro como "Purpura Fulminans" secundario a coagulación intravascular diseminada. Se recibe resultado de hemocultivos (2/2+ neisseria meningitidis subtipo C), con cultivo de Líquido cefalorraquídeo sin rescate, que confirma el diagnóstico de shock séptico secundario a meningococcemia. Evolución con fallo multiorgánico (respiratorio, hemodinámico, renal, hematológico) sin respuesta al tratamiento instaurado. Al sexto día de internación el paciente fallece. Conco-

mitante al ingreso del paciente se realizó por medio del servicio de infectología la búsqueda de potenciales casos y contactos cercanos.

Discusión: Se presenta un paciente con sepsis por meningococo, que como cuadro inicial se manifiesta como purpura fulminans, hallazgo poco frecuente, rápidamente progresivo y de elevada morbimortalidad. El manejo tardío de la patología ya instaurada implica un pronóstico ominoso. Dentro de la presentación clínica, la sepsis por meningococcemia sin meningitis se asocia a una tasa de mortalidad de hasta un 90%.

Conclusión: Resulta de vital importancia el reconocimiento de los signos y síntomas en forma temprana, el manejo clínico y terapéutico en cuanto a la búsqueda, aislamiento del caso índice y eventualmente la quimioprofilaxis de los potenciales contactos.

0120 SCORE DE ALERTA DE DESNUTRICION EN PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS

A BOCASSI(1), V CHEDIACK(1), R GREGORI SABELLI(1), M CAMBARERI(1), MDL LUQUE(1), N GOMEZ(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz.

Introducción: La desnutrición hospitalaria provoca aumento de la morbilidad infecciosa y el riesgo de muerte. Esto conduce a internaciones prolongadas y a un alto impacto económico, sin embargo suele ser inadvertida. Se ha reportado una incidencia de desnutrición del 35-70%. Han sido propuestos varios métodos para detectarla, uno de ellos es el "CONUT" que utiliza parámetros de laboratorio económicos, fáciles de aplicar, con resultados rápidos y sencillos para ser interpretados por profesionales sin experiencia en nutrición.

Objetivo: Definir una alerta de desnutrición (AD) en pacientes críticos que ingresan a terapia intensiva (TI), basados en tres parámetros de laboratorio

Materiales y método: Estudio observacional, retrospectivo, desde mayo 2015 a marzo 2016, realizado en el laboratorio de bioquímica clínica. Se incluyeron 62 pacientes adultos internados en TI. Se definió AD empleando el score CONUT (*J.I. de Ulíbarry Pérez. Nutr. Hosp. 2002*), basado en tres determinaciones bioquímicas: colesterol, albúmina y recuento absoluto de linfocitos como parámetro energético, proteico e inmunológico respectivamente. Se registraron datos demográficos, serología para HIV (virus de inmunodeficiencia humana), APACHE II (score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Se utilizó programa estadístico SPSS 15.0 y se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: 61% hombres. Los diagnósticos más frecuentes fueron sepsis 27%, tuberculosis 23 %, neumonía grave de la comunidad 12%. Mortalidad global 48% (30/62). Test de Kruskal-Wallis para variables no paramétricas (edad, APACHEII, SOFA y linfocitos) se encontró ($p < 0,01$) en linfocitos entre los tres grupos. En variables paramétricas se aplicó ANOVA hallándose para colesterol: AD baja vs. AD moderada ($p > 0,05$), AD baja vs. AD alta ($p < 0,01$) y AD moderada vs. AD alta ($p < 0,01$); albúmina AD baja vs. AD moderada ($p < 0,01$), AD baja vs. AD alta ($p < 0,01$), AD moderada vs. AD alta ($p < 0,01$).

| | AD baja (0-4 puntos) | AD moderada (5-8 puntos) | AD alta (9-12 puntos) |
|---------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Nro.pacientes | 10 | 11 | 41 |
| @Edad (años) | 39,5 (28,5-51,5) | 37 (29-52) | 45 (34,5-57,5) |
| Género: | | | |
| Femenino | 4 | 5 | 15 |
| Masculino | 6 | 6 | 26 |
| HIV (+) | 3/10 | 4/11 | 26/41 |
| @ APACHE II | 19,5 (11,7-24,2) | 17 (14-21) | 19 (16-25) |
| @ SOFA | 5 (2-6,25) | 3 (2-7) | 5 (2-10) |

| @ Linfocitos (cel/mm3) | 1650 (1340-1850) | 1200 (700-3100) | 500 (500-1000) |
|---------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| # Colesterol (mg/dl) | 164,6 ±62,8 | 153,5±39,1 | 92,7±29,8 |
| # Albúmina (g/dl) | 3,39 ±0,39 | 2,71±0,44 | 1,99±0,48 |
| Mortalidad | 10%(1) | 27%(3) | 63%(26) |

@Mediana y rango intercuartilo. # Media y Desvío Standard

Conclusiones:

- 1- Los Linfocitos muestran claramente un marcado descenso a medida que aumenta el AD, probablemente debido a un deterioro del sistema inmunológico.
- 2- Los Scores de gravedad no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo en los rangos intercuartiles (percentilo 75) muestran un incremento a medida que AD aumenta.
- 3- El Colesterol revela un marcado descenso a medida que el AD se eleva, esto concuerda con recientes publicaciones que lo reportan como marcador de gravedad en pacientes críticos.
- 4- La hipoalbuminemia (< 3,5 g/dl) se observa en los tres grupos, siendo más evidente en AD alta, podría reflejar mayor compromiso multiorgánico.
- 5- En AD alta se observan menores valores de parámetros energéticos, proteicos y mayor mortalidad, sugerimos entonces la utilización de esta herramienta como cribado nutricional, para implementar medidas de apoyo agresivas y tempranas para evitar la desnutrición.

0121 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN PACIENTE NO HIV-SIDA

H VILLACRÉS(1), V NICOLAS(1), LC DIEGO(1), C CARLOS(1), B PAMELA(1), G YAEL(1), R LORENA(1), GI LUCRESIA(1), S ARIANNE(1), B JUAN(1), M NATALIA(1), C WANDA(1), B CARLA(1), B ENRIQUETA(1), TB MARGARITA(1), C GRACIELA(1), A LEANDRO(1), C VIVIANA(1)
(1) Cosme Argerich.

La cryptococosis es una micosis sistémica de distribución mundial causada por el *Cryptococcus neoformans*. Es un hongo levaduriforme, saprófito de la naturaleza de distribución universal aislándose en los excrementos secos de aves, principalmente palomas. Consta de tres especies: *grubii*, *neoformans* y *gattii*. Se adquiere por inhalación de aerosoles originados de excremento de palomas o en los eucaliptos. La mayoría de las infecciones sintomáticas se producen en contexto de inmunodepresión, incide en 80-90% de infectados por HIV, aunque con menor frecuencia afecta también a inmunocompetentes. Produce afección pulmonar, meningoencefalitis de curso subagudo o crónico, lesiones cutáneas y con menos frecuencia afecta otros órganos.

Caso clínico: Femenina de 42 años con antecedentes de AR medicada con deltisona 20mg/día, obesidad mórbida e hipotiroidismo. Internación en nefrología por falla renal y síndrome nefrótico en estudio, con requerimiento de hemodiálisis. Intercurre con sépsis con rescate de *Cryptococcus neoformans* en dos juegos de hemocultivos y retrocultivos, iniciando tratamiento con anfotericina B. Posteriormente evoluciona con insuficiencia ventilatoria interpretada como secundaria a sobrecarga, refractaria a hemofiltración por lo que pasa a terapia intensiva, requiriendo ARM. Se realiza ecocardiograma que informa la presencia de una vegetación compatible con endocarditis, que se confirma por ETE, asociada a insuficiencia mitral severa. Evoluciona con falla de bomba refractaria, por lo que se decide realizar reemplazo valvular mitral, evolucionando a las 48hs de POP con shock e hipoxemia refractaria. Fallece.

Discusión: Se presenta un caso de endocarditis infecciosa secundaria a *Cryptococcus neoformans* en una paciente inmunocomprometida por esteroides, con evolución desfavorable.

En la bibliografía se hallaron reportes aislados de casos todos en pacientes inmunocomprometidos.

Conclusiones: La endocarditis infecciosa por *Cryptococcus neoformans* es una forma clínica extremadamente rara de presentación. El pronóstico, la historia natural y el manejo óptimo de la endocarditis por *cryptococcus* no está bien descrito en la literatura por escasos de casos reportados.



0122 EVOLUCIÓN LETAL DEL LOXOSCELISMO CASO CLINICO

F CUADRADO(1), L CANNOVAS BADRA(1), R RUEDA(1)
(1) Policlínico Neuquén.

Introducción: El loxoscelismo es el cuadro clínico resultante de la picadura de la araña del género *loxosceles*. En la Argentina las picaduras producidas por *loxosceles laeta* representan el 4% del total de accidentes por animales ponzoñosos y ocupan el segundo lugar entre los producidos por picaduras de arañas.

El veneno de esta araña ocasiona dos manifestaciones clínicas, el loxoscelismo cutáneo (LC), caracterizado por una dermonecrosis dolorosa y el loxoscelismo cutáneo-viscerohemolítico (LCV), el cual además de compromiso dérmico, presenta una forma severa de anemia hemolítica intravascular con daño renal agudo y trastorno en la coagulación. Esta es la forma más grave del (LCV) con una mortalidad del 1 a 3%.

Presentación del caso: Paciente de 62 años con antecedentes de DBT, hipertensión arterial, psoriasis y colecistectomía. Los familiares describen un cuadro clínico desde los primeros síntomas de picadura en mano derecha (dolor y ardor) hasta la internación de 48 hs, por demorarse la consulta y subestimar clínica.

Primero fue valorada en centro de salud regional, se objetiva flictena hemática en región distal de antebrazo y dorso de mano derecha (15 x 10cm), dolor abdominal (peritonítico), descompensación hemodinámica por lo que se deriva a terapia intensiva, con clínica de abdomen agudo. Al ingreso presenta hipotensión arterial, taquicardia, mala perfusión tisular. Se realizó TAC abdominal descartando abdomen agudo de resolución quirúrgica. Presento fracaso multiorgánico, acidosis metabólica severa y trastornos de coagulación. Se realizó intubación orotraqueal (AVM), resucitación con cristaloideos y vasopresores. Se administra suero antiloxosceles 5ml IV. Es refractaria a toda terapéutica, fallece.

Discusión: El examen clínico debe ir acompañado de una anamnesis detallada, con las características epidemiológicas del accidente y cronología de síntomas.

Diagnóstico diferencial: celulitis, picadura de otros artrópodos, fascitis necrotizante.

Conclusión: El alto grado de sospecha de picadura de *Loxosceles* y el conocimiento del cuadro clínico, nos permitió realizar un tratamiento adecuado, a pesar que muchas veces la picadura puede pasar inadvertida. A partir de la experiencia con nuestro paciente y la mortalidad del (LCV) consideramos de carácter urgente la realización de trabajos de investigación que definan conductas con evidencia respecto al manejo de estos cuadros sistémicos.

0123 TETANIA NO HIPOCALCEMICA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA. CASO CLINICO

R ALTAMIRANO(1), J PONCE(1), E FERNANDEZ(1)
(1) Rawson.

Introducción: El tétanos es una enfermedad infecciosa no contagiosa provocada por *Clostridium tetani* quien libera una toxina tetanosasmiina que interfiere a nivel de las terminales nerviosas provocando hipertonia y trastornos del SNA. El diagnóstico es clínico por lo que es un gran desafío para realización del diagnóstico.

Presentación de caso: Paciente femenino de 3 años de edad, con vacunación incompleta para la edad, sin antecedentes patológicos, que consulta en guardia externa por presentar fiebre y dificultad para la marcha de 24 hs de evolución, habiendo recibido 7 días de tratamiento con amoxicilina y antitérmico intramuscular (única dosis) por diagnóstico de faringitis. Ingresa a cuidados intermedios con diagnóstico a descartar de encefalitis, meningitis, síndrome convulsivo, tumor cerebral y trastorno metabólico. Al examen físico de la paciente se observa marcada hipertonia generalizada con flexión de miembros superiores y extensión de miembros inferiores, trismus, taquipnea y se observa lesión punzante con halo de color violeta en sitio de colocación de medicación intramuscular.

Laboratorio general sin alteraciones. Perfil tiroideo alterado (hipotiroidismo), inicia tratamiento con Levotiroxina.

Se realizan cultivo hemocultivos, urocultivo, cultivo y virológico de LCR que se informaron negativos, se solicita TAC de cerebro donde no se evidencia hemorragias, ni masas ocupantes y EEG que se informa como normal por neurología.

Se realiza diagnóstico de tétanos y se comienza tratamiento con penicilina e inmunoglobulina antitetánica, tratamiento sintomático con diazepam e ingresa a unidad de cuidados intensivos para mayor monitoreo.

Evoluciona favorablemente al séptimo día de tratamiento egresa de la unidad sin crisis de hipertonías ante los estímulos y con tratamiento de rehabilitación.

Discusión: Si bien el diagnóstico de la enfermedad es clínico, es menester realizar diagnóstico diferencial con patologías de presentación más frecuente y que puede tener una presentación similar.

Conclusiones: Si bien existen pocos reportes actualmente sobre casos de tétanos generalizado en pediatría, es más frecuente en países donde aun no hay un buen acatamiento al esquema de vacunación.

Por tal motivo concluimos que concluimos que un mayor énfasis en la vacunación de madres y niños es importante para prevenir las diferentes formas de presentación y disminuir la mortalidad por la enfermedad.

0124 PRIMER REGISTRO TUCUMANO DE TROMBOEMBOLISMO DE PULMON DURANTE EL EMBARAZO

L PEREYRA(1), PA MONTOYA(1), C CANSECO(1), C ALVAREZ(1), A FERNÁNDEZ(1), MF GÓMEZ(1)
(1) Maternidad Tucumán.

Introducción: Durante el embarazo se producen cambios que favorecen la hipercoagulabilidad y el éstasis venoso predisponiendo a enfermedad trombo-embólica venosa (ETE). Su diagnóstico se ve entorpecido por la inespecificidad de los síntomas y por el temor a las potenciales complicaciones fetales de algunos métodos complementarios de diagnóstico (MCDx). No se conoce en nuestro país la incidencia real y no se dispone de estadísticas de ETE en la sub-población de embarazadas.

Objetivo: Determinar la incidencia de ETE en las pacientes embarazadas (PE) del Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, identificar los síntomas más frecuentes y la sensibilidad de los MCDx empleados en PE.

Materia y Método: Registro retrospectivo y observacional en el que se incorporaron a todas las PE ingresadas a Unidad de Cuidados Críticos (UCC) entre los meses de Enero de 2012 y Enero de 2013. Se obtuvieron los datos de las historias clínicas. El diagnóstico se confirmó mediante un score que conjugó impresión clínica, electrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO), Doppler vascular de miembros inferiores (DVMI) y Gamagrafía Ventilación-Perfusión (V/Q).

Resultados: Durante este periodo ingresaron 308 PE de las cuales el 16% (50) tuvieron diagnóstico de ETE [C95% 12%-21%]. Presentaron disnea 81% (41) [C95% 68-91%], taquipnea 52% (26) y taquicardia 50% (25). El DVMI resultó positivo en el 42% (21) [C95% 28%-57%]. El ECO fue patológico en el 56% (28) [C95% 41-70%] y la V/Q mostró alteración en la perfusión en el 60% (30) [C95% 45-74%]. No se observaron complicaciones fetales.

Conclusiones: La incidencia de ETE fue de 16% en el período de un año. Los síntomas más frecuentes fueron disnea, taquipnea y taquicardia. Los MCDx más sensibles fueron el DVMI, el ECO y la V/Q, resultando estos últimos, patológicos en >55% de los casos.

0125 VALOR PRONÓSTICO DE LA PRESION INTFRAABDOMINAL, EN PACIENTES CON PATOLOGIA SEPTICA

E BERTOLUZZI(1), L CAPCHA(1), S RIVERO(1), M GARRIBIA(1), A PEÑALOZA(1)
(1) Sanatorio Del Salvador.

Introducción: Recién en la última década se han publicado diversos estudios que demuestran que la presión intra-abdominal (PIA) es un elemento frecuentemente presente en los pacientes críticos como un fenómeno relacionado con el proceso de inflamación y resucitación. La hipertensión intra-abdominal (HIA) resultó ser un predictor independiente de mortalidad en estos pacientes en la UCI. Sin embargo, existe poca información sobre la elevación de la PIA, su prevalencia y consecuencias en paciente que sufren cuadros de etiología séptica.

Objetivo:

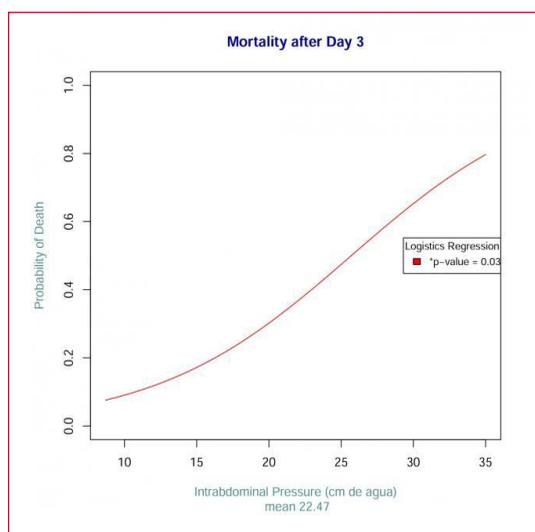
1- Correlacionar la PIA y mortalidad, en pacientes con sepsis
2- Evaluar si existe asociación entre HIA y valores de lactacidemia, ritmo diurético y saturación venosa central en pacientes con sepsis.

Materia y métodos: Estudio longitudinal observacional prospectivo, realizado entre enero de 2014 a marzo 2015. Se analizaron 32 pacientes con sepsis. Se midió la PIA a los pacientes cada 8 horas hasta cumplir 3 días desde el ingreso. Registrándose 3 valores de

PIA durante cada día. Se definió la PIA como la presión basal del abdomen, medida por método indirecto transvesical, siendo valores patológicos aquellos que superen los 12 cm H₂O.

Resultados: De los 32 pacientes analizados, hubo 13 pacientes que fallecieron (40%). 44% con neumonía grave, 28% abdomen agudo, 12% urosepsis, 9% infecciones en partes blandas y un 6% gangrena de Fournier. Encontramos una correlación entre los pacientes que presentaban HIA a su ingreso a la unidad y el riesgo de morir, si el valor de PIA es mayor a los 22 cm H₂O. (p 0,018). Hubo una importante asociación entre los valores de PIA y Lactacidemia. La tasa de mortalidad alcanza un 4.7% por cada 1 cm de agua de incremento, encima de 22 cm H₂O. RR 3.76 (IC 95%, 1.05-13.44) y NNH 2.35 (IC 95%, 1.5-11.05).

Conclusiones: La PIA es un predictor independiente de mortalidad en pacientes sépticos cuando es medida en el primer día de su internación. La lactacidemia tiene una correlación lineal con PIA, a mayor PIA mayor lactacidemia, no existiendo correlación significativa con Saturación venosa central y ritmo diurético.



0126 ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y POLITRAUMA

L LACOMBE(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: La fiebre es un problema frecuente en los pacientes críticos, dentro de estos los politraumatizados, en los cuales no debe dejar de sospecharse como su causa la endocarditis infecciosa aguda.

Presentación de caso: Masculino, 22 años; que sufre Accidente de tránsito, presentando Traumatismo de cráneo (Hematoma subdural fronto-temporal derecho con desviación de línea media, herniación subfascial, Contusión frontal derecha, Contusión occipital, Edema cerebral difuso) que requirió craneotomía descompresiva, Traumatismo facial (Fractura maxilar inferior, Fractura cigomática derecha, Fractura seno maxilar superior derecho), Traumatismo de tórax cerrado (Contusión pulmonar bilateral, Enfisema subcutáneo en cuello y tórax).

Al quinto día aparición de soplo sistólico tricúspide 2/6, y fiebre, se Hemocultiva, sin desarrollo.

Continua febril, se suspende antibiótico, nuevos Cultivo (Hemocultivo por 2, retrocultivo, urocultivo, punción lumbar). En Líquido Cefalorraquídeo desarrolla Staphylococcus coagulase negativa, por lo que se rota tratamiento antibiótico a TMP-SMX mas Ceftriaxona mas Vancomicina.

Al octavo día, aumenta intensidad del soplo sistólico a 3/6. Se solicita Ecocardiograma torácico.

Informe : vegetación filiforme en válvula tricúspide, en valva posterior; alteración segmentaria parietal del ventrículo izquierdo.

Se rota antibioticoterapia con Vancomicina.

Al décimo tercer día Ecocardiograma transesofágico: vegetación 5mm por 14 mm en válvula tricúspide con insuficiencia moderada. Se agrega a esquema previo Rifampicina.

Nuevos Hemocultivos sin desarrollo, orina con cilindros hemáticos, microalbuminuria y factor reumatoideo positivo.

A la sexta semana de tratamiento Ecocardiograma: vegetación de 3, 9 mm en valva posterior de válvula tricúspide (disminución de la vegetación), con franca mejoría clínica y bioquímica

Se deriva a centro con cirugía cardiovascular para determinar conducta definitiva.

Discusión: Tras la evaluación de criterios para Endocarditis Infecciosa, reuniéndose un criterio mayor y tres menores, se instaura tratamiento dirigido; observándose la mejoría del paciente.

Conclusión: Pese a que el paciente politraumatizado intercorre con numerosas infecciones, no debe dejar de sospecharse como causa de síndrome febril la Endocarditis Infecciosa, y proceder a los métodos complementarios para su diagnóstico.

Pese a tener hemocultivos negativos, cumplía con criterios de endocarditis y el tratamiento empírico fue efectivo.

0127 RETO DIAGNÓSTICO: TAQUICARDIA DE QRS ANCHO

MC VIGNETTA(1), PB PAHNKE(1), C ARANCIBIA(1), MC SOSA(1), JA BRITO(1), L ARABIA(2)

(1) Hospital Municipal De Urgencias. (2) Instituto Oulton.

Introducción: Las taquicardias de QRS ancho (TQRSA) constituyen una emergencia médica con alta mortalidad que desafía al médico a llegar al diagnóstico preciso en muy poco tiempo.

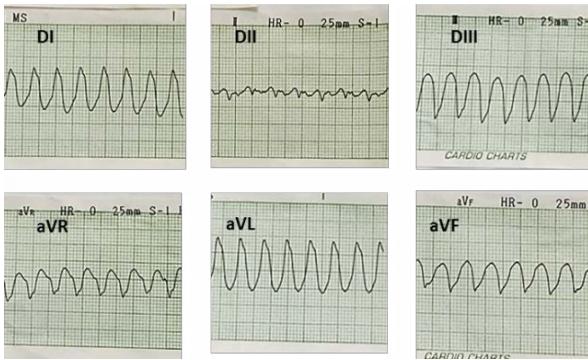
A pesar de múltiples trabajos evaluando el ECG en TQRSA, su diagnóstico diferencial (Taquicardia ventricular vs supraventricular) sigue siendo un reto, pero cada caso deberá analizarse en particular para lograr el tratamiento adecuado de la manera más rápida, precisa y segura posible.

Caso clínico: Femenino, 42 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, asma, crisis de pánico, tabaquismo y ángor concurre refiriendo precordialgia típica intermitente, acompañado de sensación de muerte inminente. Al examen ansiosa, TA 142/99 mmHg, FC 214 lpm. Sibilancias aisladas bilaterales. ECG (Figura 1) muestra TQRSA sostenida. Se realiza cardioversión eléctrica (360J) exitosa. Enzimas cardíacas, ecocardiograma y coronariografía normales. Electrofisiológico informa aleteo auricular atípico sostenido, sin inducción de arritmia ventricular. Se deriva para ablación.

Discusión: El aleteo auricular atípico (no incluye el istmo cavotricúspideo) en pacientes sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas o trans-ablación es poco frecuente. Las TSV pueden conducir con QRS ancho cuando la activación ventricular es secuencial y no simultánea. La asincronía se debe a una alteración en la transmisión del impulso por la rama del haz de His, sus ramas, o en la red Purkinje. La rama derecha tiene periodo refractario y potencial de acción más largos que la rama izquierda y por esto es el bloqueo de rama frecuencia dependiente más común.

Cuando un paciente ingresa presentando TQRSA es necesaria una conducta rápida y precisa: ante signos de compromiso hemodinámico será la cardioversión eléctrica y en caso de duda diagnóstica un abordaje razonable es tratarlas como taquicardia ventricular (TV).

Conclusión: Una TQRSA con ángor debe ser manejada como TV. El diagnóstico correcto continúa siendo un reto y es necesaria la valoración individual para impartir el tratamiento preciso en cada caso particular. El estudio electrofisiológico es el gold standard para el diagnóstico final. De todas formas, está claro que, durante la emergencia, la línea de pensamiento no necesariamente se continúa con la línea de pensamiento del diagnóstico etiológico.



0128 PACIENTES VIH Y UTI: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO- SALTA-CAPITAL

C TORREGROSA(1), S MADUSSI(1), M SACCA(1), JL SALVADORES(2), VIH/SIDA Y HEPATITIS VIRALES, ML CAPORALETTI(2), VIH/SIDA Y HEPATITIS VIRALES, R SOLANO(1)
(1) Señor Del Milagro. (2) Programa Provincial De Its. (3) Vih/sida Y Hepatitis Virales.

Introducción: El VIH continua siendo una epidemia mundial. En Salta se diagnosticaron 5403 casos hasta el 2015. El Tratamiento Antirretroviral (TARV) mejoró el pronóstico a largo plazo de los pacientes con VIH/SIDA. En nuestra provincia no hay registros de pacientes con diagnóstico de VIH internados en UTI.

Objetivo: Determinar las características clínicas referentes a pacientes con Diagnóstico (Dx) de VIH internados en UTI.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo, retrospectivo y corte transversal de los Dx de VIH internados en UTI de adultos del HSM desde el 1° de Marzo de 2012 al 31 de Marzo de 2014. Se analizaron las Historias Clínicas (HC) y las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, fecha de diagnóstico de VIH, motivo de internación, TARV, Controles de CV y CD4 y evolución clínica.

Resultados: Se incluyeron 347 HC de las cuales ingresaron 68 pacientes con predominio del sexo masculino (n=49), edad promedio 37 años (rango 17-61 años). Escolaridad Primaria Incompleta en un 17%. Los diagnósticos en UTI fueron 15 (22%); además se evaluaron Diagnósticos recientes hasta 1 año (n=26), de 1 a 5 años (n=17), > 5 años (n=17) y Dx desconocidos (n=8). La Insuficiencia Respiratoria sigue siendo el motivo de internación más frecuente (43%). Respecto al TARV los pacientes que no estaban en Tratamiento fue de un 69% (n=46). El esquema más utilizado fue ABC, 3TC, EFV (51%). Abandonaron 17 (81%) previo a la Internación. La media de CV fue 55609 copias (600-1100000) y de CD4 fue 173 (7-505). El 55% evolucionó a shock y el 55% fallecieron.

Conclusiones: En este estudio se observa un alto número de Dx recientes en UTI con una inmunodepresión avanzada lo que explica la tasa de letalidad alta. El motivo de internación esta asociado en mayor número a pacientes que no comenzaron su tratamiento o al abandono del mismo.

0129 MONITOREO DE CALCIO, CREATINOSFOQUINASA Y LESION RENAL AGUDA EN TRAUMA: RELACION CON LA MORTALIDAD

RE DARCANO(1), C ARANCIBIA(1), MDLA PONCE(1), C BELTRAMO(1), PB PAHNKE(1), S PAVAN(1), MC VIGNETTA(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: El desequilibrio electrolítico en víctimas de trauma, a partir de destrucción muscular es una de las características de la rabdomiólisis, en especial el comportamiento del calcio, que constituye la vía común fisiopatológica. La mayor liberación de este por parte del retículo sarcoplásmico activa múltiples procesos des-

tructivos resultando en lisis celular muscular. La lesión renal aguda (LRA) como complicación de rabdomiólisis representa el 13-50%, y la mortalidad es variable, relacionada con su etiología.

Objetivo: evaluar el comportamiento del calcio en las primeras 36hs de pacientes (ptes) con trauma, comparar con el valor de creatinofosfoquinasa (CPK), valorar el desarrollo LRA, determinar mortalidad inmediata, identificar variables epidemiológicas.

Materiales y métodos: estudio de corte prospectivo observacional, de 51 ptes ingresados al Departamento de Emergencias del Hospital Municipal de Urgencias en el periodo comprendido entre noviembre de 2015 y marzo de 2016 con diagnóstico(DX) de: traumatismo simple(T), traumatismo múltiple(TM), trauma craneocefálico puro(TEC) y politrauma(PLT) secundarios a colisiones vehiculares. Excluyendo otras causas de trauma. Analizando variables: diagnóstico, severidad lesional mediante Injury Severity Score(ISS), sexo, edad, calcio, CPK, nivel de LRA mediante criterios KDIGO y mortalidad inmediata(36hs); mediante tablas de doble entrada y porcentajes.

Resultados (ver tablas adjuntas)

Conclusión: Todos los ptes fueron víctimas de trauma, 8/10 sexo masculino, 7/10 comprendidos entre 15 y 40 años. Solo 2 ptes al ingreso tuvieron hipocalcemia grave y moderada, 49 ptes hipocalcemia leve, el comportamiento demuestra que en el transcurso de las primeras horas 1/3 de los ptes alcanzaron cifras normales, no se evidenciaron hipercalcemia en ninguno de los casos evaluados, 2 ptes presentaron criterios de rabdomiólisis grave. LRA KDIGO I: 5ptes. Mortalidad 5ptes. Se objetivo hipocalcemia leve en la mayoría de los casos. Hipocalcemia grave- moderada se asoció a rabdomiólisis grave y sangrado crítico. No se evidencio relaciones directas entre mortalidad y niveles de calcio, CPK ni LRA KDIGO I, sino con la severidad lesional.

| PACIENTES | DX | PACIENTES | SEXO |
|-------------|-----|-------------|-----------|
| 3 (5,88%) | T | 9 (17,64%) | femenino |
| 9 (17,64%) | TM | 42 (82,35%) | masculino |
| 20 (39,21%) | TEC | | |
| 19 (37,25%) | PLT | | |

| ISS | ≤ 15 | 16-24 | 25-75 |
|------|-------------|-------------|-------------|
| PTEs | 16 (31,37%) | 22 (43,13%) | 13 (25,49%) |

| PACIENTES | EDAD |
|-------------|-------|
| 10 (19,60%) | 10-20 |
| 21 (41,17%) | 21-30 |
| 9 (17,64%) | 31-40 |
| 5 (9,80%) | 41-50 |
| 4 (7,84%) | 51-60 |
| - | 61-70 |
| 2 (3,92%) | 71-80 |

| | CALCIO IONICO EN SANGRE | | | | |
|---------|-------------------------|-----------|-------------|-------------|------------|
| | 0,70-0,79 | 0,8-0,89 | 0,9-1,1 | 1,2-1,32 | S/D |
| ingreso | 1 (1,96%) | 1 (1,96%) | 38 (74,50%) | 6 (11,76%) | 5 (9,80%) |
| 12hs | - | 1 (1,96%) | 32 (62,74%) | 10 (19,60%) | 6 (11,76%) |
| 36hs | - | 2 (3,92%) | 18 (35,29%) | 18 (35,29%) | 9 (17,64%) |

| | CPK | | | | S/D |
|---------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|
| | <1000 | 1001-5000 | 5001-10000 | >10000 | |
| ingreso | 39 (76,47%) | 10 (19,60%) | 0 | 0 | 2 (3,92%) |
| 12hs | 17 (33,33%) | 24 (47,05%) | 4 (7,84%) | 0 | 4 (7,84%) |
| 36hs | 20 (39,21%) | 20 (39,21%) | 5 (9,80%) | 2 (3,92%) | 1 (1,96%) |

| | FUNCION RENAL | | | | MORTALIDAD |
|---------|---------------|-----------|----------|-----------|------------|
| | normal | KDIGO I | KDIGO II | KDIGO III | |
| ingreso | 49 (96,07%) | 2 (3,92%) | - | - | - |
| 12hs | 46 (90,19%) | 5 (9,80%) | - | - | 2 (3,92%) |
| 36hs | 48 (94,11%) | 3 (5,88%) | - | - | 3 (5,88%) |
| TOTAL | | | | | 5 (9,80%) |

0130 SINDROME DE INHALACION POR HUMO. ¿CUÁNDO Y CUANTAS BRONCOSCOPÍAS?

L MACHUCA(1), MA GARCIA(1), DR CARRANZA(1), CM FERREYRA(1), ML BUENO(1), A QUINTEROS(1), S ROJAS(1), JD FERNANDEZ(1), NS BONETTO(1), JJ ORTEGA(1), JC CELIA(1), M RUIZ(1), S CARRIZO(1)
(1) Regional Víctor Sanguinetti.

Introducción: El síndrome de inhalación por humo (SIH) se define como una lesión en el revestimiento epitelial del árbol traqueobronquial y las vías respiratorias inferiores en las víctimas de incendio e inhalación de humo.

En estos pacientes es importante realizar un diagnóstico precoz y determinar la gravedad de las lesiones para poder intervenir en su evolución.

■ Resúmenes

Objetivo: Revisar en la bibliografía la importancia de la broncoscopia en el SIH.

Caso clínico: Paciente masculino de 49 años de edad, sin antecedentes de jerarquía. Ingres a UTI por quemadura de vía aérea consecutiva a exposición prolongada a humo en ambiente cerrado; presentando vibras quemadas, esputo carbonáceo y dificultad respiratoria, SIN otras lesiones asociadas. Se procede a IOT, VM invasiva y reanimación con líquidos según diuresis.

A las 48 hs del ingreso se realiza fibrobroncoscopia, evidenciando lesiones grado 3. Con limpieza por arrastre del material carbonáceo. La misma se repite a las 96 hs, presentando congestión, edema y pseudomembranas, se realiza nueva toilette.

Evoluciona tórpidamente presentando SDRA, con reclutamiento en decúbito prono, persistiendo las secreciones de tipo carbonáceas. SDRA refractario. Fallece a los 12 días de internación.

Conclusión: La broncoscopia es la técnica estándar para evaluar la presencia y severidad de la lesión por inhalación; debe realizarse dentro de las 12 hs de ocurrido el evento, según el tipo de lesiones y las características del material inhalado se debe repetir tantas veces como sea necesario para mantener la limpieza bronquial.

Los pacientes con severa afectación en la broncoscopia inicial, presentan una importante respuesta inflamatoria que puede causar aumento de la necesidad de fluidos, prolongación de los días de ventilación mecánica, aumento del riesgo de neumonía y SDRA; esta patología tiene una mortalidad aproximada del 30%.

| | INFORME FIBROBRONCOSCOPIA | IMÁGEN |
|-------|--|---|
| Día 2 | Se observa mucosa traqueal en tercio inferior imagen de pseudomembrana con partículas negras, lesiones en tercio medio región anterior tipo blanquecinas. LSD pseudomembrana con partículas negras, menos imágenes en LSI y LID. Se realizan lavados con SF. |  |
| Día 4 | LSD, LID y LSI mucosa congestiva. Sangrado en LSD con placa pseudomembrana. Se realiza lavado. Tráquea congestiva con edema en tercio inferior izquierdo. |  |

| | Día 0 | Día 3 | Día 6 | Día 9 | Día 12 | |
|------------------------|---|--|--|---------------------------------|--|---|
| | | | | | Decúbito supino | Decúbito prono Posterior al reclutamiento |
| Score de gravedad | APACHE II:10 | SOFA: 7 | SOFA: 6 | SOFA: 8 | SOFA: 11 | |
| PaO2/FiO2 | PAFI: 310 | PAFI: 200 | PAFI:142 | PAFI:175 | PAFI: 129 | PAFI: 103 |
| EAB | 7.25/43/310/18/-8.2/99% | 7.36/38/111/21/-3.5/98% | 7.44/43/71/29/4.3/95% | 7.40/36/123/25/0.8/98% | 7.05/80/129/21/-10/94% | 7.08/69/103/20/-10/94% |
| Parámetros VM invasiva | PC 15, PEEP 5, VT 505, FiO2 100% FR: 28 | PC 19, PEEP 8, FR 19, FiO2 40%, TI 0.9, VT 500 | VC 490, PEEP 8, FR 18, FiO2 50%, VT 490, TI 0.90 | VC 520, PEEP 7, FR 18, FiO2 70% | PC 20, PEEP 12, VT 439, FiO2 100%, FR 22 | PC 20, PEEP 16, FiO2 100%, VT 450, FR 22 |
| Presiones | Ppico -- Pmes -- | Ppico 27 Pmes 24 | Ppico 33 Pmes 26 | Ppico 29 Pmes 27 | Ppico 38 Pmes 34 | Ppico 36 Pmes 33 |
| Complicaciones | Carbónsilhemoglobina (+) 29%, (VN 0-3) | | N/N/NAV sin rescate de gérmen | | Se aspiran secreciones carbonáceas. | Shock séptico, anuria. |

0131 SINDROME DE MALTRATO INFANTIL: UN PROBLEMA CRECIENTE EN LA SOCIEDAD

G APARICIO(1), A BORDOGNA(1), P CAPORAL(1), P CASTELLANI(1), MM MENDOZA(1), M RABINO(1), S SANCHEZ(1), A SILVESTRE(1), S BRANDIMARTI(1)
(1) Hiaep Sor Maria Ludovica.

Introducción: El síndrome de maltrato infantil (SMI) es un problema mundial, que la OMS define como "abusos y desatención en menores de 18 años, e incluye todo tipo de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder".

Se realizó un análisis descriptivo de pacientes con diagnóstico de SMI ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) durante un período determinado, donde fueron evaluadas variables como morbilidad, tipo de agresión, edad y sexo de las víctimas y características del entorno familiar.

Objetivos generales: Describir la morbilidad causada por SMI en pacientes ingresados en nuestra UCIP en el período comprendido entre enero del 2010 y diciembre del 2015.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el tipo de maltrato padecido por el paciente.
2. Establecer la incidencia de lesiones del sistema nervioso central (SNC).
3. Identificar la estructura familiar de cada paciente de la muestra y su relación con el agresor.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, a través de la revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en el período entre 01/01/2010 y 31/12/2015.

Resultados: Fueron evaluados 25 pacientes, con una mediana de edad de 8 meses, sexo masculino 52%; 10 presentaron lesiones por golpes físicos (40%), 8 por shaking-baby (32%), 3 presentaron lesiones por abuso sexual y el resto otras lesiones. Del total, 4 fallecieron y 6 se reinternaron por reincidencia. Mediana de PIM2: 10, 16 %.

La incidencia de lesiones en SNC fue de 68%. El 64% presentan antecedentes de SMI, 72% fueron agredidos por convivientes y 36% presentaban familias ensambladas.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento de todo paciente con SMI debe realizarse en forma interdisciplinaria. Este debe sospecharse cuando el examen físico y el relato de lo sucedido no se correlacionan.

El SMI es una problemática persistente que se agrava en el tiempo. Cuando el paciente llega a UCIP esta característica es inherente al cuadro de gravedad y cronicidad que presenta.

0132 ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTINMDAR. REPORTE DE CASOS

G APARICIO(1), SN GIACOBINO(1), MH GIAMPIERI(1), R MIGUEZ(1), M RABINO(1), A SILVESTRE(1), N TODARO(1), O RECUPERO(1)
(1) Hiaep Sor Maria Ludovica.

Introducción: La encefalitis por anticuerpos N-MetilD-Aspartato (NMDAr) es un trastorno autoinmune, infrecuente, que comienza con síntomas inespecíficos, seguidos de síntomas psiquiátricos que habitualmente anteceden a las convulsiones, progresando hacia alteración de la conciencia y necesidad de ventilación mecánica (AVM).

El diagnóstico suele retrasarse por desconocimiento de la enfermedad y los altos costos de las pruebas específicas.

Se analizaron las historias clínicas de dos pacientes que ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, arribándose al diagnóstico de Encefalitis Autoinmune por NMDA.

Presentación de casos: CA, 6 años, presentó crisis comiciales que evolucionan a status convulsivo, deterioro progresivo del sensorio, motivando ingreso en AVM.

DB, 12 años, comienza con un cuadro de excitación psicomotriz tratado con haloperidol, presentando como efecto adverso síndrome neuroléptico maligno, que revierte con Dantroleno. Presenta lenguaje incoherente, trastornos motores y deterioro progresivo del sensorio condicionando ingreso a AVM.

Ambos pacientes muestran citofisicoquímico de LCR, cultivos, TC y RMN de cerebro normales, y EEG compatible con encefalitis. Son diagnosticados inicialmente como encefalitis virales y ante la negatividad de los resultados iniciales y mala evolución clínica se sospecha etiología inmunológica, confirmándose la misma con anticuerpos antiNMDA positivos en LCR en los pacientes.

Reciben primeramente tratamiento antibiótico y antiviral, y con la sospecha clínica se comienzan pulsos de metilprednisolona, seguido de dos ciclos de gamma-globulina hiperinmune. Los dos pacientes presentan evolución favorable pasando a sala donde completan su recuperación.

Discusión: Le encefalitis antiNMDA es habitualmente subdiagnosticada, planteándose inicialmente enfermedades infecciosas, toxicometabólicas, psiquiátricas o autoinmunes, antes de arribar

■ Resúmenes

al diagnóstico. El mismo es confirmado con la presencia de anticuerpos contra el receptor NMDA en LCR y/o suero.

El uso de corticoesteroides, gammaglobulina endovenosa o plasmáferesis, individual o combinada fue definido como terapia de primera línea.

Puede presentarse como síndrome paraneoplásico, debiendo buscarse el primario y extirparlo, lo cual mejora la evolución.

Conclusión: Desde su descubrimiento muchas encefalitis "inciertas", pudieron ser confirmadas y reclasificadas. La evolución es subaguda, y el 75% se recuperan sin secuelas graves.

Debe sospecharse la etiología autoinmune en aquellos pacientes que se presenten con encefalitis asociadas a síntomas psiquiátricos repentinos, más aún ante la evolución con crisis comiciales afebriles, y comenzar el tratamiento inmediato, pues éste cambia el curso evolutivo de la enfermedad.

0133 GUILLAIN BARRÉ SECUNDARIO A ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR VECTORES

S SILLITTI(1), M BANCHERO(1), SG SPOLIDORI(1), HA ALARCÓN(1), F RINCÓN(1)

(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: Paciente femenina de 38 años que consulta el 9 de abril por parálisis facial periférica izquierda e hipoestesia en cuatro miembros. Refiere antecedente de viaje a Río de Janeiro del 23 de febrero al 7 de Marzo, presentando el 23 de Marzo síndrome febril asociado a astenia y cefalea por lo que fue evaluada en guardia con diagnóstico probable de Dengue. Evolucionó con parálisis facial periférica e hipoestesia, por lo que se internó el 09/04. El día 12/04 presentó paraparesia arrefléctica con hipoestesia en miembros inferiores y manos. Por sospecha de Guillain Barré, se realiza punción lumbar constatando disociación albúmino-citológica, se inicia gammaglobulina.

Discusión: La infección por el virus del Dengue se ha incrementado en el mundo, a predominio de países tropicales y en nuestro país hablamos de endemicidad a partir de este año 2016. En nuestra institución la mayoría de los pacientes presentaron bicitopenia, siendo este el primer caso con trastornos neurológicos. Según Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, no se han reportado casos similares hasta el momento. Siendo la semana 13 de 2016 se notificaron en Argentina 47741 casos probables con 23759 casos confirmados, con una incidencia de 54,50 x 100000 habitantes, el 67% mayor a 20 años. Serotipo den 1 y 4 hasta el momento con cinco fallecidos.

Conclusión: Presentamos esta paciente por ser el primer caso identificado de Guillain Barré secundaria a infección por dengue entre nuestros pacientes confirmados. Consideramos que el síndrome de Guillain Barré es una patología neurológica grave a tener en cuenta dentro de las complicaciones.

0135 FIBRILACION AURICULAR EN POSTOPERATORIO DE CIRUGIA TORACICA NO CARDIACA. ESTUDIO POBLACIONAL

A ZAVATTIERI(1), A GOMEZ MONGE(1), J SEGURA(1), T CAZAU(1), AJ HERRERA(1), J ALVAREZ(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1), D CHIMONDEGUY(1), J BILBAO(1), D CZERWONKO(1), V MARQUEVICH(1)

(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) está asociada al postoperatorio de cirugía torácica.

La incidencia varía del 0.6% al 20% en pacientes sometidos a cirugía torácica no cardíaca y se asocia con mayor estadía hospitalaria, morbimortalidad y costos.

El sexo masculino, la edad, antecedentes de insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar, duración del procedimiento y neumonectomía son algunos factores de riesgo identificados.

En nuestra población no ha sido reportada la incidencia de FA y no

contamos con un protocolo de profilaxis o del manejo posterior al evento.

Objetivos: Evaluar la incidencia de FA en postoperatorio de Cirugía Torácica en nuestra población, tiempo de hospitalización y mortalidad en la terapia intensiva.

Determinar la utilidad del uso de profilaxis prequirúrgica y eventual implementación de un protocolo o guía de práctica clínica

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte de pacientes consecutivos sometidos a cirugía torácica no cardíaca.

Se reportan resultados preliminares de incidencia de FA y su asociación con algunas variables clínicas y demográficas

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes (enero de 2012 a diciembre de 2015): edad 60 (+ - 13) , 54% sexo masculino, mediana de apache 7 (RIC 5-10), antecedentes de FA 5.4 %, IAM 11%, DLP 38.35%, HTA 51.3%, ex TBQ 48%, EPOC 20 %. El tiempo promedio de la cirugía fue de 3 hs y el 11% presento complicaciones intraquirúrgicas.

La incidencia de FA fue de 7.3 % IC 95 % 4-13) y el tiempo de aparición hasta 3 días en el 80% de los casos. El sexo masculino (12.5 % vs 1.5 % p<0.01), la mayor edad, el promedio de APACHE II y mayor estadía en UCI se asociaron con el evento (11 días vs 4 días).

Conclusión: Según los resultados preliminares de nuestra población, la incidencia de FA fue menor a la reportada en la literatura y el tiempo de aparición fue similar.

La aparición del evento se vio asociada a APACHEII más altos, edad más avanzada, sexo masculino y estadías en UCI más prolongadas. No se estimó mortalidad por falta de poder.

0136 ANALISIS COMPARATIVO DE ANTICUERPOS MONOCLONALES EN LA LESION PULMONAR INDUCIDA POR LA VENTILACION MECANICA

E CORREGER(1), D SOTELO(2), J MARCOS(3), G LAGUENS(4), P STRINGA(5)

(1) Español. (2) El Cruce. (3) San Martín. (4) Unlp. (5) Fundación Favaloro.

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). Adalimumab y Tocilizumab son anticuerpos monoclonales que se unen específicamente a los receptores del Factor de Necrosis Tumoral alfa (FNTα) y al receptortransmembrana de IL-6 respectivamente neutralizando su funcional bloquear su interacción con sus receptores.

Objetivo: Comparar el rol de la inhibición de citoquinas, en dos grupos tratados con anti TNF y anti IL6, en el daño pulmonar ocasionado por la VM en un modelo experimental in vivo de VILI.

Materiales y Métodos: 24 ratas Wistar fueron ventiladas mecánicamente, durante 2 hs, con una FiO2= 0,40:

- Grupo bajo VT (n=6): VT 7ml/kg, PEEP5 cmH2O;
- Grupo alto VT (n=6): VT 35 ml/kg, ZEEP
- Grupo anti IL-6 (n=6): VT 25 ml/kg, ZEEP y 30mg/kg de Tocilizumab intraperitoneal 24hs previas a la VM.
- Grupo anti TNFα (n=6): VT 25 ml/kg, ZEEP y 100ug/kg de Adalimumab intraperitoneal 24hs previas a la VM.

Se evaluó el daño histológico medido según score de Villar et al, edema pulmonar, distensibilidad pulmonary hemodinamia medida con PAM en los diferentes grupos de estudio. Los datos fueron analizados con test de t, p significativa <0,05.

Resultados:

En el grupo tratado con anti TNF se observó un menor daño histológico, en forma significativa, comparados con el grupo anti IL6 (Tabla 1).

Conclusión: Bajo estas condiciones experimentales de estrés pulmonar mecánico, luego de 2 horas de VM lesiva, un Ac monoclonal anti TNF intervino mejorando el score histológico como en la reducción de la formación del edema pulmonar de una manera más efectiva que la inhibición del IL6.

| GRUPOS | Alto VT + Anti IL6 | Alto VT + Anti FNTα | p | |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|--------------|------|
| Score Histológico | 4,57 ± 1,39 | 2 ± 1,41 | 0,014 | |
| Δ peso (gr) | 2,70 ± 0,017 | 1,50 ± 0,35 | 0,0001 | |
| Crs (mil/cm H ₂ O) | Basal | 0,62 ± 0,138 | 0,61 ± 0,065 | 0,87 |
| | 2hs de VM | 0,54 ± 0,072 | 0,52 ± 0,126 | 0,74 |
| PAM (mmHg) | Basal | 93,83 ± 5,11 | 97,83 ± 6,3 | 0,25 |
| | 2hs de VM | 77,5 ± 10,98 | 75,66 ± 8,43 | 0,74 |

0137 LA EXPRESION DE ACUAPORINAS CEREBRALES SE ASOCIA CON DIMORFISMO SEXUAL EN LA ENCEFALOPATIA HIPONATREMICA

B MASKIN(4), P MASKIN(1), M DI PAOLA(2), UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, J CESTARI(4), J REPPETTI(5), G IORIO(4), E ZOTTA(5), A DAMIANO(5)

(1) Cemic. (2) Facultad De Farmacia Y Bioquímica. (3) Universidad De Buenos Aires. (4) Posadas. (5) Ifibio-conicet (UBA).

Introducción: Diversos factores de riesgo fueron descriptos en la encefalopatía hiponatrémica (sexo femenino, hormonas, e hipoxia). Las acuaporinas (AQP) son canales proteicos de transporte de agua. La isoforma AQP4 es la más abundante en el cerebro y su expresión se incrementaría en la encefalopatía hiponatrémica

Objetivo: Determinar la expresión de AQP4 cerebral en un modelo experimental de encefalopatía hiponatrémica en ratas de ambos sexos y en ratas hembra ooforectomizadas.

Métodos: Se realizaron 2 experimentos, con cuatro ramas cada uno, en ratas Wistar (200-250 g/peso). Primero (Exp1): hembras y machos, normo e hiponatrémicos (cada grupo de 9 animales); y el segundo (Exp2), todas hembras, normo e hiponatrémicas, ooforectomizadas y no ooforectomizadas (cada grupo de 3 ratas). La hiponatremia aguda fue inducida por la administración de vasopresina subcutánea y solución de dextrosa/H₂O 5% intraperitoneal. Cuatro horas después de la administración, los animales fueron sacrificados y el cerebro inmediatamente removido para determinación de AQP4 por Western-blot (W-B) e inmunohistoquímica. Los animales normonatrémicos se sacrificaron como controles. Datos expresados como mediana (percentilo 25-75). Comparaciones: test Fisher o ANOVA.

Resultados: En las ratas hiponatrémicas se observó una reducción significativa del sodio plasmático comparada con los controles (Experimento1: hembras:111(110-118) vs 142(139-143); p<0.0001, y machos:109(101-116) vs 141(139-142); p<0.0001), (Experimento2: no ooforectomizadas 107(104-109) vs 140(140-141); p<0.005, y ooforectomizadas 104(101-108) vs 140(139-141); p<0.005). No se observó diferencias entre animales hiponatrémicos. Sólo en hembras hiponatrémicas (Exp1) se observó un incremento significativo de la expresión de AQP4 por W-B y además, expresión por inmunohistoquímica en barrera hematoencefálica (BHE), endotelio y astrocitos. Las hembras normonatrémicas y machos de ambos grupos solo expresan AQP4 a nivel endotelial. En el Exp2 se observó un incremento significativo de la expresión de AQP4 (W-B) en ratas hiponatrémicas sin ooforectomizar comparado con ratas hiponatrémicas ooforectomizadas (p<0,01). Se detectó expresión aumentada de AQP4 en BHE, endotelio y astrocitos en ratas hiponatrémicas sin ooforectomizar, frente a los otros grupos.

Conclusiones: En este estudio piloto, los resultados sugieren que la expresión de AQP4 en el cerebro de ratas hiponatrémicas muestra dimorfismo sexual, probablemente inducido por estrógenos. Esta observación podría explicar el peor pronóstico de mujeres fértiles con encefalopatía hiponatrémica.

0138 INSERCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE TERAPIA INTENSIVA

ME BRAÑA(1), MA GABILLI(1), D LEMA(1), M TORRES BODEN(1), C COZZANI(1), S SASTRE(1), G CUETO(1)

(1) Dr Cosme Argerich.

La Terapia Intensiva es un área cerrada y clásicamente biologicista que ha relegado la repercusión psicosocial de la enfermedad crítica.

La intervención de Servicio Social (SS) brinda apoyo social, optimiza la comunicación y favorece la articulación con recursos beneficiosos para la reorganización familiar.

Objetivos:

1. Promover la interdisciplina e integración de los equipos de trabajo.
2. Cuantificar la demanda y el tipo de estrategias de intervención del SS.

Material y métodos: Se incluyeron en forma prospectiva del 1/4/2015 al 31/3/2016 los pacientes seguidos por SS internados en UTI/UTIM. 2 licenciadas en SS realizaron recorrida diaria para detección de casos potenciales o atienden las interconsultas. Se registraron datos demográficos, categoría de ingreso y estrategias de intervención.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes. Edad promedio: 47 a. El 30.86% (25) ingreso por trauma, el 28.40%(23) por complicaciones de enfermedades crónicas y el 40.74%(33) por otros eventos agudos. El 60.50 % (49 p) se derivaron en el segundo semestre. Total de intervenciones: 242. En 24 casos (29.63 %) se realizaron 2 tipos de intervención, en 19 (23.45 %) 3, en 14 (17.30 %) 4, en 11 (13.58 %) 1, en 8 (9.87 %) 5 y en 5 (6.17 %) 6. El 100% (81) requirió apoyo social/ necesidades emocionales, el 61.73 % (50) asistencia en comunicación y toma de decisiones de cuidado y alta, 53.09% (43) en organización familiar, el 43.21% (35) requirió articulación institucional, el 29.62% (24) articulación intrainstitucional y en el 11.11% (9) se realizó seguimiento en duelo.

Conclusiones:

1. Trabajar interdisciplinariamente es un proceso que requiere entrenamiento, actitud, apertura y aprendizaje mutuo en términos de lenguaje y competencias. Realizar el trabajo profundizó el conocimiento de las actividades de ambas disciplinas
 2. Visibilizó la demanda oculta por la creciente detección de casos y progresiva definición de la problemática.
- La enfermedad crítica impacta en el paciente y el entorno excediendo las competencias de la especialidad para su contención y manejo. La intervención de SS impacta positivamente en la toma de decisiones, la capacidad cuidadora de la familia, la relación con el equipo de salud, la gestión precoz de recursos sociales y mejora la calidad de atención.

0139 INTOXICACIÓN CON PARACETAMOL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO

JM SILVA(1), NA SEGURA(1), MI MATTIOLI(1), O CORREA(1), I KLYMENKO(1), MDLP SURRACO(1), G ABALLAY(1), A SANTA MARIA(1), A PALAZZO(1), D NOVAL(1), G CUETO(1), O IMVENTARZA(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: La falla Hepática Fulminante (FHF) por paracetamol es una entidad poco frecuente en nuestro país, evolucionando favorablemente con tratamiento farmacológico y requiriendo en un bajo porcentaje de pacientes trasplante hepático.

PACIENTE A:

Femenina de 21 años, ingresa a terapia intensiva en contexto de intoxicación con paracetamol 16 gr. Presento náuseas, vómitos y dolor abdominal. Se realizan medidas de descontaminación y tratamiento con N-acetilcisteína (NAC). Laboratorio GOT y GTP > 3000, acidosis metabólica y coagulopatía TP 42 RIN 1.48. Dosaje de acetaminofeno 157 mcg/ml. Evoluciono con FHF, disfunción múltiple de órganos y encefalopatía grado III. Se realizó a las 72 hs trasplante hepático ortotópico cadavérico

Intercurrió con, insuficiencia renal aguda y requerimiento de diálisis, rechazo agudo de órgano moderado, obstrucción biliar a nivel de la anastomosis colodoco-coledociana, requiriendo colocación de stent. Evoluciona favorablemente sin requerimiento de diálisis.

PACIENTE B:

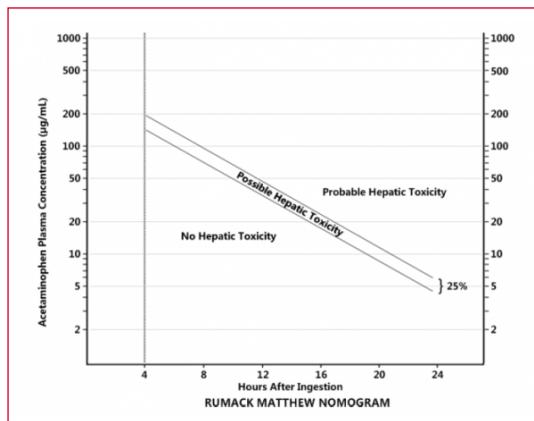
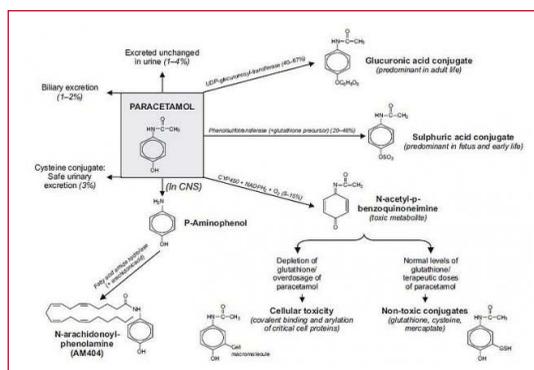
Femenina de 27 años, ingresa a terapia intensiva en contexto de intoxicación con paracetamol 20 gr, presento náuseas y malestar general. Se realizaron medidas de descontaminación, y tratamiento

con NAC. Laboratorio GOT Y GTP > 4100 UI/L, Coagulopatía TP 9%, RIN 8.54. Dosaje de acetaminofeno 37.5 mcg/ml, Evoluciono con encefalopatía grado III. Se realizó a las 72 hs trasplante hepático ortotópico cadavérico.

Intercurre con insuficiencia renal aguda sin requerimiento de diálisis y rechazo agudo de órgano moderado. Evolucionando favorablemente.

Discusión: La FHF es el deterioro abrupto de la función hepatocelular, expresada por la aparición de ictericia y encefalopatía. La sospecha de intoxicación por paracetamol sugiere dosaje del mismo en sangre y extrapolarlo al nomograma de Rumack-Matthew, iniciando tratamiento con NAC cuando el dosaje supere la "línea 150", cuando la ingesta supere los 150mg/kg o 12 gr, preferentemente entre las 4 y 24 hs de la ingesta. En nuestro país la intoxicación por paracetamol es causa poco frecuente de FHF a diferencia de otros países. Solo el 2 % requiere Trasplante hepático.

Conclusión: Se reportan los únicos dos casos de trasplante hepático en FHF secundario a ingesta de dosis tóxicas de paracetamol, en nuestro país. Con diagnóstico precoz se dispone de tratamiento médico específico siendo excepcional el requerimiento de trasplante hepático.



0141 A PROPOSITO DE UN CASO: SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO VS SINDROME CATATONICO

R QUIROGA(1), A MARTINEZ(1), H CACERES(1), S CASTRO(1), L D'ALESSANDRO(1), D RODRIGUEZ(1), E ROJAS DELGADO(1), J BADINO(1), E GARECA ORTEGA(1), M CHAMUT(1), M FLORES(1), R BURGOS(1), O CRISTALDI(1)
(1) Eva Peron San Martin (Ex Castex).

El síndrome neuroleptico maligno (SNM), consiste en una respuesta idiosincrásica a los neurolepticos (NP). Cursa con semiología extrapiramidal (rigidez), inestabilidad autonómica, alteraciones de la conciencia, hipertermia y aumento de las enzimas musculares (CPK). En el diagnóstico diferencial de dicha entidad se encuentra la Catatonía Aguda (CA), síndrome de disregulación motora producida por

varias etiologías. Presentación clínica variada, desde cuadros leves a catatonías letales, caracterizándose por: Inmovilidad motora, actividad excesiva motora, negativismo extremo, ecolalia o ecopraxia. Presentamos un caso diagnosticado inicialmente de SNM, aunque los síntomas prodrómicos, la mala evolución y la falta de respuesta terapéutica hicieron sospechar una CA.

Paciente 20 años, ingresa por derivación de otra institución, internado por trastornos de conducta y supuesto consumo de sustancias. Tratado con múltiples psicofármacos, olanzapina, quetiapina, carbamazepina, clorpromacina y benzodiazepinas.

Evoluciono con decaimiento, negativismo a la ingesta, fiebre, trastorno del sensorio y postura anormal, derivado a éste Hospital. Ingresa febril, HTA, Taquicárdico, Signos de Deshidratación, alerta, mutismo, hipertonía generalizada y diskinesias en miembros. TC de cerebro, punción lumbar y EEG normal. Serologías negativas. Laboratorio: Hiperkitemia y leucocitosis.

Ante la sospecha clínica de Síndrome Neuroleptico maligno recibió tratamiento sin mejoría.

Con Neurología y Psiquiatría se realiza Diagnóstico Presuntivo de Catatonía aguda iniciando tratamiento Electroconvulsivante + BDZ altas dosis.

Evoluciono con sensorio alternante, mayor comunicación en contacto con familiares, disminución de episodios disautonómicos y destete del respirador.

Como conclusión destacar La semejanza clínica entre la CA y el SNM ha motivado que ciertos autores las consideren variantes de una misma enfermedad. La importancia Síndromes Catatónicos, como entidad propia, producida por múltiples etiologías y poco conocida fuera del ámbito de la psiquiatría y que posiblemente existe cierto grado de sobrediagnóstico del SNM e infradiagnóstico de CA.

Para mejorar su prevención y tratamiento es importante reconocer su etiología, características clínicas, diferencias y similitudes con el SNM. En cuanto al tratamiento, debemos remarcar que tanto las benzodiazepinas como la terapia electroconvulsiva son tratamientos eficaces.

0143 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN PACIENTE CON ECLAMPSIA

O CORREA(1), NA SEGURA(1), MI MATTIOLI(1), JM SILVA(1), I KLYMENKO(1), D MANSILLA(1), D PANOZZO(1), M VILLANUEVA(1), A SANTA MARIA(1), M BERTE(1), A PALAZZO(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

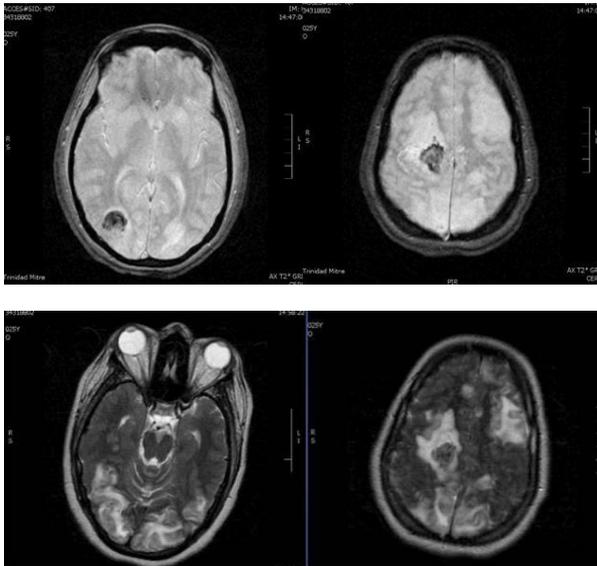
Presentación del Caso: Paciente femenina 25 años de edad con antecedentes de HIV, cursa 34 semanas de gestación, presenta 15 días previos la consulta hipertensión arterial, epigastralgia y cefalea. Se deriva de otro centro por cuadro compatible con eclampsia. Ingresa a Terapia Intensiva hipertensa TA: 160/100, iniciando tratamiento con sulfato de magnesio, intercurriendo con crisis parcial compleja de 2 minutos que se autolimita. Ecografía obstétrica evidencia feto de 29 semanas 1126 gr. Se realiza cesárea de urgencia. Evoluciono con hipertensión y requerimiento de vasodilatadores endovenosos, a las 24hs y con control adecuado de tensión arterial presenta paresia severa braquiocrural izquierda por lo que se decide realizar Tomografía Computada de encéfalo que evidencia imagen hiperdensa parietal derecha compatible con hematoma intraparenquimatoso Laboratorio Plaquetas 170000 TP100 KPTT 28, GPT 258 GOT 629. Ecografía de Abdomen sin lesiones en órganos sólidos, fondo de ojo sin particularidades y EEG sin actividad epileptógena. Evoluciono con deterioro del sensorio requiriendo asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Se la estudia con RMN Encéfalo que evidencia imagen hiperintensa en región parietooccipital bilateral en T2 y FLAIR sumado a imágenes compatibles con sangrado en GRE. Se monitorizo con catéter PIC.

Presento como intercurencias insuficiencia renal aguda no oliguria. Evoluciono favorablemente sin hipertensión endocraneana. Des-

tete favorable de AVM. Egresada de UTI con paresia severa braquiocrural izquierda.

Discusión: La eclampsia se presenta en aproximadamente en 1 de cada 3000 nacimientos, pudiendo presentar alrededor del 10% de los casos Síndrome Encefalopatía Posterior Reversible (SEPR). La Hemorragia intracerebral (HIC) tiene una incidencia del 15% en pacientes con SEPR siendo más frecuente luego de trasplante alógeno de médula ósea, representando una complicación sumamente infrecuente en pacientes con eclampsia.

Conclusión: Se presenta caso de SEPR secundario a eclampsia. La HIC representa una variante infrecuente pero severa de la enfermedad, se observa mayormente en el subgrupo de pacientes inmunocomprometidos, septicos y de manera infrecuente como complicación de la eclampsia.



0144 SEGUIMIENTO Y REHABILITACION DE UN PACIENTE OPERADO DE PARED TORACICA POR UN CONDROSARCOMA MESENQUIMATICO DE 8 X 7 CM

S PUGLIESE(1), S MARTINEZ(1), F AVENI(1), P BOCCINI(1), M KWIATKOWSKI(1), M BUSOLINO(1), B PILO(1), A NIEVAS(1), G VIGO(1)
(1) Roffo.

Introducción: El condrosarcoma mesenquimático es una tumoración poco frecuente de mal pronóstico, la describe en 1959 Lichtenstein y Berstein. Es un tumor maligno con células pequeñas y redondas, mezcladas con cartilago bien diferenciado de partes blandas. Puede originarse en cualquier hueso de osificación endocondra, la localización esternal es poco usual.

Caso clínico: Paciente de 47 años, HTA, obesidad, SAHOS, es derivado de pergamino, al instituto el 9/12/14 es evaluado por tórax en el examen, no se palpa ADP. Trae un taco que es revisado por patología, confirma un condrosarcoma mesenquimático. Se realizan ECO y TC de tórax-abdomen con imagen expansiva de 9x7 cm en esternón. EL 19/08/15 se realiza la cirugía esternectomía total, con reconstrucción de malla+barra de titanio en el 2,3,4 arco costal+colgajo de pectoral >izq y epiplón >.

Evolución: Ingresa a Uti en ARM, TET espiralado n° 8 con 2 drenajes pleurales y 1 mediastinal con PAFI de 225, se intenta weaning, falla por asincronía toraco-abdominal. EL 22/08 se cambia TET común n° 8, hemodinamicamente inestable, edema en MMII. EL 24/08 tiene mal estado general, febril, requiere inotrópicos. En pulmonar

auscultan crepitantes bilaterales. EL 25/08 cursa SDR y NM intra-hospitalaria, pafi 128 inicia reclutamiento alveolar. Para el 26/08 Se autoriza la TQT, presenta mediastinitis y alto riesgo de mortalidad. Recién el 8/9 se hace la tqt, se logra hacer weaning: en periodos de 18 hs de TenT y 6 hs nocturnas de PSV, cursa polineuropatía. Continúa con ejercicios de movilización activa-asistida, sedestación, aun conectado aL ARM, EES de MMII y MMSS. EL 22/10 se desvincula del ARM, logrando la bipedestación y la marcha asistida. Las pruebas de tinción son(-), se cambia cánula por Biesalski n° 7, para la rehabilitación de la vía aérea. EL 4/11 se decanula, evolución favorable, es externalizado el 17/11/15.

Conclusión: El condrosarcoma mesenquimático de esternón es de rara aparición. La intervención temprana del Kinesiólogo en el manejo ya sea de la vía aérea o motora, posibilita la favorable evolución del paciente y la externalización del intubado. El paciente oncológico, a pesar de su desfavorable pronóstico en este caso nos permite elaborar un plan de rehabilitación que lo ayuda a mejorar su calidad de vida y la externalización precoz para su reinserción a nivel socioeconómico. Es importante tener formación y experiencia oncológica para unificar criterios para el manejo de los pacientes oncológicos.



0146 EXPERIENCIA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN PACIENTES DE UN SANATORIO DE CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑOS 2010-2015

E LUNA(1), ME FANDIÑO(2), GL OLARTE(2), DM MAGOSEVICH(2), VM CANNATELLI(2), N BAREDES(2)

(1) Sagrado Corazon. (2) Sanatorio Sagrado Corazón.

La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) es un cuadro neurológico agudo de alta mortalidad. Representa el 2,9 al 5 % de los accidentes cerebrovasculares, segunda causa de mortalidad en el mundo.

Nuestro objetivo es describir la población con HSAa asistida en la unidad de terapia intensiva (UTI) de un sanatorio de CABA entre julio de 2010 y diciembre de 2015.

Se estudiaron 83 pacientes internados en UTI con diagnóstico de ingreso de HSAa.

Se analizaron historias clínicas y confeccionó una base de datos ad hoc, con las dimensiones: datos demográficos, antecedentes personales, clínica, complicaciones y mortalidad. Se calcularon medias, desvío estándar, medianas, rango intercuartilico 25-75 (RIQ) y frecuencias según corresponda. Se comparó con datos poblacionales según bibliografía con Test Z para proporciones de muestras independientes considerándose significancia estadística un p valor < 0.05.

De los 83 pacientes, el 59% corresponde al sexo femenino. El promedio de edad fue de 48 años (45-51 años). El antecedente más frecuente fue el tabaquismo (50,6%). La mediana de días de sangrado al ingreso fue de 2 días (RIQ 1-4 días) y la de APACHE II fue 8 (RIQ 4-13). El territorio vascular más frecuentemente involucrado fue el anterior (56,6%), tratándose de aneurismas únicos en el 67,5% de los casos, con tamaño de 6mm (RIQ 4,5-9mm). El 28,9% presentó mal grado clínico. Las complicaciones estuvieron presentes en el 85,5% siendo el vasoespasmó la más frecuente de ellas (80%). La mortalidad fue del 18% y no mostró diferencias significativas con lo observado en la bibliografía. La Hipertensión endocraneana fue la principal causa de muerte (53%).

Las características poblacionales, clínicas y la mortalidad de nuestra población no mostraron diferencias significativas con la bibliografía analizada.

0147 MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA INTERNADOS EN UN SANATORIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑOS 2010-2015

E LUNA(1), ME FANDIÑO(2), GL OLARTE(2), DM MAGOSEVICH(2), D CHAN(3), N BAREDES(2)

(1) Sagrado Corazon. (2) Sanatorio Sagrado Corazón. (3) Universidad De Buenos Aires.

La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) es una emergencia neurológica con alta generación de dependencia. La recuperación de la autonomía se reporta en un 36 a 55% de los casos. Son pocos los estudios que miden la dependencia funcional (DF) luego de este evento. Nos proponemos conocer la DF de los pacientes con esta patología, internados en un sanatorio de CABA entre julio de 2010 y diciembre de 2015.

Se estudiaron 83 pacientes evaluando la DF de los sobrevivientes (n=68) mediante la Escala de Rankin modificada (ERM) a partir de los 6 meses de la externación. La ERM se midió telefónicamente a través de una encuesta estructurada a los pacientes o sus familiares directos. Se reclasificaron como dependientes valores 3, 4 y 5 de la ERM e independientes los valores 0, 1 y 2.

Se calcularon medias, desvío estándar, medianas, rango intercuartilico 25-75 (RIQ) y frecuencias según corresponda. Se comparó con parámetros poblacionales según bibliografía con Test Z para proporciones de muestras independientes considerándose significancia estadística un p valor < 0.05.

De los 68 pacientes, la mediana de edad fue de 48,5 años (RIQ 41-56,2), el 57,3% fueron mujeres. Al ingreso el 22% (n=15) presentaron HSAa de mal grado. El 87% (n=59) respondieron la encuesta, siendo el 86,4% (n=51) personas con independencia funcional.

Nuestra tasa de dependencia fue del 13,5% (8 pacientes, 5 de ellos presentaron mal grado al ingreso y 2 de ellos fallecieron luego del alta).

De acuerdo a la bibliografía analizada la presencia de dependencia, medidas en escalas comparables, fue del 19% y del 24%, presentando nuestros resultados con ésta última una diferencia significativa estadísticamente (p=0,015).

En patologías neurocríticas, la disminución de la mortalidad es tan relevante, como un buen outcome funcional.

Poca es la evidencia del grado de DF en nuestro medio, este trabajo aporta datos de nuestra población y nos posiciona dentro de resultados esperados.

0149 BOTULISMO POR HERIDA: REPORTE DE UN CASO

V ANZE(1), M MOSCIARO(2), E DAVILA(2), L PIOVANO(2), C CARBO(2), B PEREYRA(2), P SEGUI(2), L LLANOS(2), G ECHENIQUE(2), I MARINELLI(2), J IPHAIS(2), D MARCONI(2), MS GUERRERO(2), S RIVEROS(2), P QUINTEROS(2), M SANCHEZ PERI(2)

(1) Humberto Notti. (2) H. Notti.

Introducción: Es la forma más infrecuente de presentación, producida por neurotoxinas secretadas por *Clostridium botulinum*.

Presentación del caso: Varón de 7 años de edad. Ingresó al Hospital Humberto Notti en febrero del 2016 por presentar fractura expuesta de muñeca. Presentó síndrome compartimental e infección del sitio de herida. Ingresó al noveno día de internación a Terapia Intensiva por desmejoría del cuadro neurológico, requirió asistencia respiratoria mecánica. Se realizó punción lumbar, tomografía axial de cerebro, electroencefalograma, potenciales evocados auditivos y electromiograma. Se envió material de la herida, suero y contenido intestinal para detección de toxina botulínica. Al día doce de internación se informó resultado positivo para dicha toxina en suero. Se administró antitoxina botulínica heteróloga bivalente. Se retiró la asistencia respiratoria mecánica el día 40 de internación y continuó con ventilación no invasiva por 5 días más. Recibió el alta hospitalaria a los 50 días de internación.

Discusión: El botulismo por heridas es la forma menos frecuente de presentación. En nuestro país en los últimos 5 años se reportaron cinco casos, de los cuales tres fueron en Mendoza. Suele presentarse en niños mayores y jóvenes con lesiones en extremidades de tipo traumáticas y también por lesiones por uso de drogas intravenosas y nasales. El periodo de incubación es de 4 a 14 días. Las manifestaciones clínicas son similares al botulismo por alimentos aunque sin síntomas gastrointestinales. Los síntomas iniciales suelen ser parálisis flácida descendente y simétrica con afectación temprana de pares craneales. Pueden presentar trastornos autonómicos. Los pacientes suelen estar lúcidos. Por insuficiencia respiratoria progresiva pueden requerir asistencia respiratoria mecánica.

El diagnóstico se basa en datos epidemiológicos, clínica, electromiograma y detección de toxina botulínica en suero y en material de la zona lesionada.

Como diagnósticos diferenciales se mencionan: Síndrome de Eaton-Lambert, Miastenia Gravis, variedad Miller Fisher del Síndrome de Guillén Barré y Tétanos.

El tratamiento consiste en medidas de sostén, debridación local de la herida, administración de antibióticos y la administración de antitoxina botulínica.

La mortalidad reportada es alrededor del 10% y la morbilidad es elevada.

Conclusión: La sospecha diagnóstica es importante para no demorar las pruebas diagnósticas y su tratamiento.

0150 UTILIZACIÓN DE LAS PLANILLAS DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL AREA DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

NO MARTIN(1)
(1) Aleman.

Introducción: El uso de planillas de Valoración de Enfermería como herramienta de enfermería en el área de terapia intensiva del Hospital Alemán se utiliza desde hace 5 años como recogida de datos para la posterior planificación y ejecución de la atención de enfermería. La lectura de las planillas de valoración de enfermería permite la recogida de datos, análisis de la información y favorece el desarrollo del conocimiento científico.

En el ámbito de la gestión de enfermería se revisan las planillas de valoración de enfermería con el fin de observar que indicadores de la variable están completas y cuales incompletas, el uso correcto de las planillas y la realización de cambios si fuese necesario.

Objetivo: Analizar las planillas de valoración de enfermería en el área de terapia intensiva del hospital alemán durante marzo de 2016.

Material y método: Es un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Observando 59 planillas de valoración de enfermería y tomando solamente como indicadores las necesidades respiratorias, cardiovasculares y neurosensoriales.

Resultados: De un total de 466 datos observados corresponde un 79% a las necesidades básicas completas y otros 124 datos que corresponden a un 21% de necesidades básicas incompletas. De las necesidades básicas completas, un 15% corresponde a las necesidades respiratorias, un 40,8% a las necesidades cardiovasculares y un 22,5% a las necesidades neurosensoriales, por otra parte las necesidades básicas incompletas corresponden a un 4,4% a necesidades respiratorias, un 9,15% a las necesidades cardiovasculares y a un 7,45% a las necesidades neurosensoriales.

Conclusión: En la muestra estudiada se observa el relevamiento de datos plasmados en una planilla de valoración de enfermería realizadas por los enfermeros que demuestra la capacidad de observación y recogida de datos en la atención del paciente en estado crítico. La importancia de la planilla de valoración de enfermería en la terapia intensiva planifica los cuidados del paciente beneficiando las acciones de enfermería en un plan de cuidados asertivo para evitar el mínimo de errores previniendo complicaciones.

Por lo tanto, la planilla de valoración de enfermería es una herramienta importante para el desarrollo del ser enfermero en el cuidado del paciente crítico.

0151 CRISIS MIASTÉNICA SERONEGATIVA. REPORTE DE UN CASO

B ALVAREZ(1), M RAGAZZOLI(1), A BELLOCCHIO(1), D FERNANDEZ(1), F DADOMO(1), M MASIP(1), R COSTABILE(1), S VENEZIA(1), G CARDONATTI(1), G APACA(1)
(1) H Central San Isidro.

Paciente de 62 años, HTA, tabaquista. Debilidad ocasional en ambas manos, en seguimiento por consultorio. Ingres a guardia por caída de altura (3 m). Se interna en Traumatología por fractura de pelvis anterior y fractura expuesta de muñeca izquierda. Inicia tto ATB empírico con Ciproflo + Clindamicina. Se recibe cultivo de hueso y partes blandas: E. faecalis, E. agglomerans, E.coli y E. cloacae. Se rota tratamiento a AMS + Ciprofloxacina EV por sensibilidad. Se da el alta con ATB por vía oral. Se retira sin profilaxis antitrombótica. Evolucion a disnea de inicio súbito, reingresa a guardia por dificultad respiratoria. Lúcida, orientada. Afebril. Al examen físico debilidad generalizada. Sin foco motor ni sen-

sitivo. Fuerza 4/5. FR 28/min, FC 98/min. TA 220/110. Abdomen distendido a expensas de bolo fecal. Ingres a UTI por insuficiencia respiratoria tipo II, se realiza IOT/ARM. Se realiza Ecocardiograma que informa movimiento paradójico del septum y TAC de tórax simple sin hallazgos de relevancia. Inicia ACO por sospecha de TEP. Evolucion a fracaso muscular (PiMax -1 cmH2O), cumple tratamiento ATB por NAV. Se realiza traqueostomía percutánea, múltiples fracasos de desvinculación de ARM. Luego de 2 meses, presenta ptosis palpebral bilateral y ausencia de sostén cefálico. Se realiza prueba con Neostigmina EV, positiva. Serologías para anticuerpos ACRA y antiMusk Negativos. Electromiograma de fibra única negativo. Se inicia tratamiento VO con Piridostigmina 60 mg cada 4 hs, con buena respuesta, se desvincula de ARM, recupera ptosis palpebral y sostén cefálico. Se deriva a centro de rehabilitación para su decanulación.

0152 MENINGITIS TUBERCULOSA

ME VALDEZ(1), GL GALINDEZ(1), G BREITLING(1), JE POLLINI(1), M BORRONI(1), S SILLITANO(1), R D'AMATO(1), J CAS-TAGNINO(1)

(1) Sanatorio De La Providencia.

Introducción: La meningitis tuberculosa (MTBC) es la inflamación de las leptomeninges por Mycobacterium tuberculosis y la forma más grave de tuberculosis (TBC) extrapulmonar, representa el 1% de los casos de TBC.

Presentación del Caso: Paciente masculino 61 años, antecedentes de HTA, DBT2, Obesidad, Dislipemia, FA crónica, Aco, miocardiopatía dilatada y secuela de ACV isquémico protuberancial.

Antecedente Epidemiológico familiar con TBC activa 6 meses previos a la consulta.

Asistido por cefalea de 14 días de evolución, astenia, vómitos, sudoración nocturna y pérdida de peso, examen físico vigil, lucido, bradipsíquico, pupilas isocóricas reactivas, sin foco motor ni sensitivo, con discreta inestabilidad en la marcha, sin signos meníngeos. Se solicitó Pancultivo (negativos), serología HIV (negativa), BAAL para TBC (negativo); TAC de cerebro s/p. RMN cerebral lesión lacunar protuberancial secular.

LCR límpido, cristal de roca, Glucosa 17 mg/dl, proteínas 78 mg/dl, pH: 7.53, leucocitos 20/mm³, PMN 80%, hematíes 2000/mm³. Inicia Ceftriaxona y Aciclovir en forma empírica. PCR HSV 1-2 TBC (negativo).

A las 48 hs posterior a su ingreso, evoluciona febril, mala mecánica ventilatoria, deterioro del sensorio, anisocoria, se decidió AVM+ inotrópicos.

TC de cerebro: imagen hipodensa en tronco encefálico, hidrocefalia. Se colocó DVE.

Test de ADA en LCR 10 UI/L.

Se inicia tratamiento empírico con drogas antituberculosas, sin mejoría clínica ni neurológica. Óbito.

Discusión: La determinación de ADA en LCR resultó una herramienta útil para el diagnóstico rápido de MTBC, con sensibilidad mayor que la Baciloscopia.

Pese a ser el cultivo de Koch del LCR el patrón de oro para el diagnóstico de MTBC, es de lento crecimiento, generando retrasos en el diagnóstico si se requiere de un rápido tratamiento.

Conclusión: Para el diagnóstico oportuno de la MTB es necesario conocer y analizar en conjunto los hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio, tanto en pacientes con y sin VIH, la precocidad en el inicio del tratamiento específico es determinante en la mortalidad de esta patología, siendo crucial tener elementos que orienten al diagnóstico precoz.



1013 NEUMONIA HOSPITALARIA EN UNA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

OR GALLINI(1), MC DE RUEDA(2), C RUANO(2), C COLOMBO(2)

(1) San Roque Gonnet. (2) San Roque.

Introducción: La neumonía hospitalaria (NH) es una complicación frecuente y grave en los pacientes hospitalizados, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Es uno de los determinantes del aumento de la estadía hospitalaria, los costos en salud, sociales y la mortalidad.

Objetivo: Describir las variables epidemiológicas y factores de riesgo de NH en una UCI de adultos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de los pacientes asistidos en la UCI de un Hospital

Interzonal durante el año 2015. Fueron incluidos los pacientes que presentaron diagnóstico de NH. Los factores de riesgo considerados fueron: edad, sexo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, cardiopatía, traqueostomía, postoperatorio, patología traumática o clínica grave, días de asistencia respiratoria mecánica (ARM): y se los analizó en función de la mortalidad hospitalaria.

Resultados: En el periodo estudiado ingresaron a UCI 213 pacientes. La NH se presentó en 27,6% (59/213). La edad promedio fue 53,87 años, el tiempo de estadía promedio de 20,03 días y la duración de la ARM 8,50 días. El rescate microbiológico fue 7% a partir de hemocultivos y 50% de aspirado traqueal. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *Klebsiella pneumoniae*, siguiendo *Pseudomonas Aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, y *Staphylococcus aureus*. Los principales factores de riesgo fueron, EPOC 18,64% (11/59), diabetes 15,25% (9/59), cardiopatía 10,16% (6/59), La mayor letalidad se relacionó con edad, sexo masculino, comorbilidad. La letalidad alcanzó al 52,2 %.

Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a NH fueron la edad, el antecedente de patología clínica grave de base (cardiopatía, diabetes). No se encontró diferencia en los días de ARM, traqueostomía y EPOC. Estos resultados son similares a los de la experiencia en otros centros. También se destaca la importancia del cumplimiento de las medidas de prevención y el uso prudente de antibióticos.

1014 TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL TRAUMATISMO GRAVE DE CRÁNEO E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA REFRACTARIA EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO

P CAPORAL(1), G APARICIO(1), A BORDOGNA(1), PA CASTELLANI(1), ME GUTIERREZ MEYER(1), O RECUPERO(1), B DANIEL GUSTAVO(1)

(1) Hiaep Sor María Ludovica.

Introducción: La hipertensión endocraneana refractaria (HTER) a la terapéutica de primera línea, constituye un evento post traumatismo de cráneo grave (TECG) que implica considerable morbi mortalidad.

La craniectomía descompresiva (CD) y el coma barbitúrico son tratamientos de segunda línea en el TEGC, no habiendo estudios concluyentes que demuestren evidencia significativa sobre la elección de uno u otro tratamiento.

Se realizó un análisis de mortalidad de los pacientes con TEGC ingresados durante el periodo de estudio y que presentaron HTER.

Objetivo General: Describir tratamiento y mortalidad en pacientes con TEGC e HTER que ingresaron en UCIP entre enero de 2010 y diciembre de 2015.

Objetivos secundarios:

1. Describir la mortalidad general de nuestra muestra
2. Incidencia de HTER
3. Comparar mortalidad de CD vs barbitúricos
4. Evaluar mortalidad de CD (hasta 48 hrs del ingreso) vs tardía (luego de 48 hrs)

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, a través del análisis historias clínicas de pacientes ingresados a nuestro Servicio con diagnóstico de TEGC a los cuales se les monitorizó la presión intracraneana (PIC). Se identificó de estos quienes presentaron HTER, definida por una PIC mayor a 20 mmHg durante más de 5 minutos y que requirieron por lo tanto tratamiento de segunda línea. Periodo de estudio: enero de 2010 a diciembre de 2015.

Resultados: Total de muestra: N=57.

Mortalidad global de TEGC sin HTER: 4 pacientes de 39 (10,2%).

Mortalidad global de TEGC con HTER: 10 de 18 pacientes (55,5 %).

VER CUADRO 1 Y 2

Mortalidad según tiempo de craniectomía: Precoz: 3 fallecidos de 6 craniectomizados. Tardía: 2 de 2 craniectomizados.

■ Resúmenes

Conclusiones: La mortalidad de nuestros pacientes con TEGC fue similar a lo descrito en otras publicaciones, siendo ligeramente elevada en esta cohorte de pacientes con HTER (55.5%). Aunque hubo diferencias entre la mortalidad de los pacientes sometidos a CD precoz vs tardía el diseño del estudio y el número de pacientes incluidos no permite concluir cuál fue más eficaz. Se observa similar mortalidad entre los grupos craneotomía y barbitúricos. Si bien los pacientes que recibieron ambas terapias combinadas murieron, pudo haber variables no consideradas en el estudio que determinaron ese resultado-sesgo.

| | VIVOS N=43(75%) | MUERTOS N=14(25%) | TOTAL |
|----------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| SEXO FEMEN | N=15 (75%) | N=5 (25%) | N=20(35 %) |
| SEXO MASCUL | N=28 (75,7%) | N=9 (24,3%) | N=37(65%) |
| EDAD | Md:112 m IQR [51-152] | Md: 95,5 m IQR [37-145] | Md:101 m. IQR: [48-150] |
| PIM II | Md:8,24% IQR [5,7-11,9] | Md:15,7% IQR [8-43] | |
| BARBITURICOS | N= 5 (50%) | N= 5 (50%) | |
| CRANIECTOMIA | N=3 | N= 1 | |
| BARB + CRANIEC | N=0 | N=4 | |
| PIC APERT | Md: 15,5 IQR [10-21,5] | Md: 15 IQR [12-25] | |
| LESIONES ASOC | N=28 (65%) | N=11 (78%) | |

| | BARBITURICOS | CRANIECTOMIA SOLA | AMBOS |
|-------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| EDAD | Md: 58,5 m IQR: [37-152] | Md: 87,5 m IQR: [36_125] | Md: 130m IQR: [66-147] |
| SEXO | M:4 F:6 | M:3 F: 1 | M: 4 DE 4 |
| PIM II | 8.63% IQR: [7.8-33.63] | 14.9% IQR: [8.7-39.25] | 14% IQR [7.7 -38.9] |
| MORTALIDAD | 5 DE 10 | 1 DE 4 | 4 DE 4 |
| LESION ASOC | 6 DE 10 | 2 DE 4 | 2 DE 4 |
| MUERTE ENC | 4 DE 10 | 1 DE 4 | 3 DE 4 |

0155 CAPACIDAD DEL SCORE PREDELIRIC PARA PREDECIR EVENTOS DE DELIRIO EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA

FA SOSA(1), J OSATNIK(1), M TOBAR FRANCO(1), M KLEINERT(1), D IBULICH(1)
(1) Aleman.

Introducción: El desarrollo de delirio durante el estado crítico se asocia a un aumento en morbi mortalidad y puede tener consecuencias clínicas negativas incluso en el largo plazo. Esto ha motivado la búsqueda de factores que ayuden a identificar pacientes en riesgo de desarrollar delirio durante el estado crítico. Se ha mostrado utilidad del uso de "Predeliric", un score que aún no se ha validado en nuestro país, en la predicción de riesgo de desarrollar delirio en el ámbito de terapia intensiva.

Objetivo: Analizar la utilidad del Score Predeliric en la predicción de delirio en pacientes críticos internados en una UTI médico-quirúrgica de un Hospital privado de Comunidad de Argentina. **Diseño:** prospectivo observacional de un solo centro. **Población:** Pacientes críticos consecutivos internados por más de 48 horas en la UTI. Se efectuó score Predeliric al ingreso de los pacientes. **Variable dependiente:** Delirio determinado por Score CAM-ICU.

Resultados: Entre los meses de Agosto de 2015 y Marzo de 2016 se incluyeron 204 pacientes, 115 hombres (56%) y 89 (44%) mujeres, con una edad promedio de 64 años (± 17). El APACHE II medio global fue de 14 ± 8 . Se identificaron 51 casos de delirio (25.1%), mientras que 153 pacientes (74.8%) no presentaron éste evento. El score Predeliric mostró un área bajo la curva de 0.81 (IC95% 0.75-0.86) nivel de significancia p.

Conclusión: El presente estudio muestra al "Predeliric" como un buen predictor de desarrollo de delirio en la población estudiada y contribuye con la validación externa de este score al ser explorado en pacientes críticos de nuestro país.

0156 INCIDENCIA DE DELIRIO EN UTI Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

M TOVAR FRANCO(1), FA SOSA(1), J OSATNIK(1), M KLEINERT(1), D IBULICH(1)
(1) Aleman.

Introducción: El delirium en el curso del estado crítico es una eventualidad frecuente y se caracteriza por un cambio agudo y fluctuante del estado de conciencia y de la función cognitiva. Su incidencia varía según las distintas series entre en 20 el y el 80 % en pacientes de la UTI y se asocia a una mayor morbimortalidad. Conocer la incidencia y factores asociados con su desarrollo pueden promover una mejor práctica clínica.

Objetivo: Determinar la incidencia de delirio en una población de pacientes críticos e identificar los factores de riesgo en una UTI clínico quirúrgica de 20 camas de un hospital privado de comunidad.

Métodos: **Diseño:** prospectivo observacional de un solo centro. **Población:** Pacientes críticos consecutivos internados por más de 48 horas en la UTI. **Variable dependiente:** Delirio determinado por Score CAM-ICU.

Resultados: Se incluyeron 204 pacientes, 115 hombres (56%) y 89 (44%) mujeres, con una edad promedio de 64 años (± 17). La tasa de incidencia de delirio fue 25%, la mediana de tiempo hasta el primer CAM-ICU positivo fue 4 días, el APACHE II medio global fue de 14 ± 8 , en pacientes con APACHEII > 14 la incidencia de delirio fue de 42% OR 7.8 (IC95% 3.5-17.3). En cuanto a edad, la incidencia de delirio entre los menores de 65 años fue del 6% vs. 39% en los mayores de 65 años OR 8.9 (IC95% 3.5 -22).

Conclusión: En la población estudiada, un 25% de los pacientes presentaron Delirio. Tanto la edad como el valor de APACHEII se relacionaron con una mayor incidencia.

0157 UTILIZACIÓN DE OXIGENACION CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN HIPOXEMIA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

V ALTUNA(1), R POTERALA(1), W CONEJERO(1), R ANDRES(1), G ALEJANDRO(1), R ROXANA(1), T EUGENIA(1), S GABRIELA(1), P GLADYS(1), M ALBERTO(1), G GUSTAVO(1), M ERNESTO(1), G MANUEL(1), P RAMIRO(1)
(1) Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) como soporte para la hipoxemia refractaria en el síndrome de distres respiratorio agudo pediátrico (PARDS) puede considerarse cuando la causa de insuficiencia respiratoria es reversible. Las recomendaciones la consideran cuando las estrategias de ventilación protectoras pulmonares no mantienen un adecuado intercambio gaseoso. La mortalidad en PARDS grave llega al 90%. Con la implementación del ECMO se alcanzaria un 57% de supervivencia según los registros del International Extracorporeal Life Support Organization (ELSO).

Resumen: Paciente de 3 años, con insuficiencia respiratoria, hipoxemia refractaria e hipercapnia, neumotórax bilateral y obstrucción del árbol bronquial por presencia de moldes mucosos con alto contenido de eosinófilos, que se asume como Bronquitis Plástica. Ingresa en asistencia ventilatoria mecánica convencional, con altos parámetros, mal manejo de las secreciones y obstrucción al flujo aéreo inspiratorio y espiratorio. Ante la mala evolución, con un IO 40 y una pafi 27, el paciente ingresa en ECMO. Con buena respuesta y mejoría de los parámetros gasométricos. (pafi > 200 IO 7-9). Se desvincula al noveno día, a los 22 días se extuba de forma electiva. Egresó del hospital a los 54 días de internación.

Discusión: La terapia extracorpórea no mejora la patología respiratoria, asegura un adecuado intercambio gaseoso hasta que el sistema respiratorio se recupere. Las complicaciones más frecuentes son coagulopatía (34%), infecciones (18%) y sangrado del sistema

nervioso central (4%). La duración de la terapia descrita es de 14 a 21 días. Aunque es una terapia costosa y con complicaciones, tiene una sobrevida superior al curso natural de la enfermedad sin esta terapéutica. Se requiere de un equipo multidisciplinario para optimizar los resultados de la misma.

Conclusiones: El ECMO constituye una alternativa terapéutica útil en el manejo de la falla respiratoria refractaria, permite mantener la oxigenación y la ventilación para evitar la falla multiorgánica, utilizando estrategias de protección pulmonar. La canulación la veno-venosa es de elección cuando la indicación es respiratoria. Es necesario realizar estudios colaborativos con validez científica para establecer consensos sobre los criterios óptimos de inicio, manejo del paciente y medición de resultados a corto y largo plazo.

0158 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES DE MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN AVM DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

M LOMPIZANO(1), M MONTENEGRO(1), L DE GREGORIO(1), C GASSMANN(1), R LOBOSCO(1), A BALBI(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: La Asistencia Ventilatoria Mecánica(AVM) es un procedimiento de soporte vital ampliamente utilizado en las unidades de cuidados intensivos. Los pacientes en AVM requieren un complejo enfoque diagnóstico y terapéutico.

Objetivo: Conocer la distribución y frecuencia de los determinantes de morbimortalidad de nuestros pacientes en AVM.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y longitudinal. Se incluyeron 43 pacientes consecutivos ingresados a una Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital de Tercer Nivel durante un período de 6 meses, que hubieran requerido AVM por más de 24 hs. Las variables registradas incluyeron características demográficas(edad, sexo, peso predicho y estimado, IMC), enfermedad actual y comorbilidades previas, índices de gravedad y fallo orgánico, días de internación y condiciones de egreso. Se realizó un registro diario(n=274) detallado de parámetros de AVM, así como características y resultados del proceso de destete. Se efectuó un análisis estadístico descriptivo exploratorio, incluyendo coeficientes de correlación bivariada y posterior elaboración de modelos multivariados mediante análisis de la varianza, regresión logística primaria y análisis de componentes principales. En todos los casos se tomó un nivel de significancia alfa <0.05.

Resultados: De un total de 231 pacientes, 43 (17.31%) requirieron AVM. De estos, la media de edad fue de 61.33 años y el 47% fueron mujeres. La mediana de puntaje APACHE II fue de 18 con una mortalidad predicha de 29.1% y observada de 27.9%. Los 31 egresados vivos pudieron ser desvinculados de AVM a su egreso, 4(12.9%) requiriendo traqueostomía. La media de Pruebas de Ventilación Espontánea por paciente fue de 1.7 y la tasa de reintubación fue del 4.7%. La Driving Pressure(DP), que se ubicó en un rango entre 6 y 19 cmH₂O, resultó un factor de riesgo independiente de mortalidad (OR 1.3 [1.1 – 1.6] por cada cm H₂O) manteniendo constante el resto de los parámetros ventilatorios y demográficos.

Conclusión: La mortalidad observada resultó ligeramente inferior a la esperada por APACHE II. A excepción de la tasa de reintubación, las variables observadas se encuentran dentro de los valores informados por otros centros similares. Se destaca la identificación de la DP como factor de riesgo independiente. El presente estudio permitió caracterizar la evolución de nuestros pacientes en AVM y resultará útil para futuras comparaciones.

Figura 1. Características del destete (n=43)

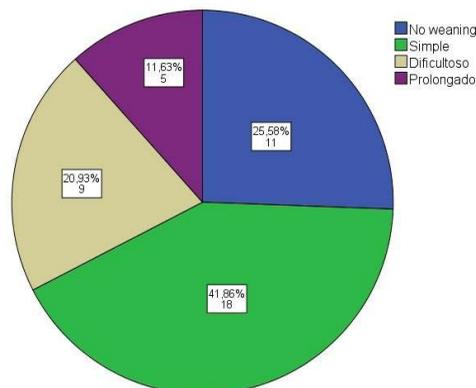
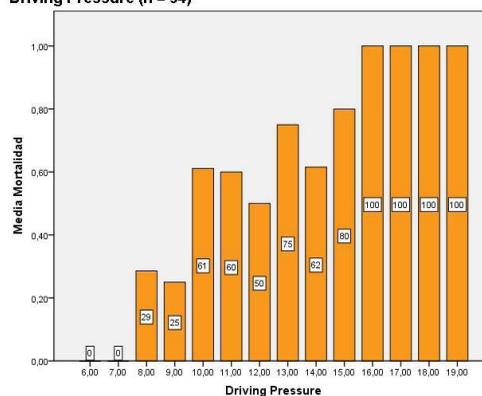


Figura 2. Media de mortalidad por grupos determinados por la Driving Pressure (n = 94)



0159 FISTULA AORTOCAVA TRAUMATICA TARDIA. REPORTE DE UN CASO

A PEREZ(1), C PALACIO, F ZECHNER, J MEDINA
(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: Las fistulas aortocavas (FAC) son poco frecuentes. El 80-90% son consecuencia de la rotura de un aneurisma de la aorta abdominal en la vena cava. El 10-20% restante se deben a lesiones traumáticas de la aorta y de la vena cava provocando inestabilidad hemodinámica y con frecuencia son mortales. En ocasiones, estas lesiones pasan desapercibidas en fases iniciales y debutan clínicamente meses o años después principalmente como insuficiencia cardíaca congestiva.

Presentación del caso: Paciente masculino de 30 años que dos años antes sufrió un trauma medular por herida de arma de fuego. Paraplejía secuelar. Consulta a otra institución por disnea súbita, hipertensión arterial, ascitis, edemas en miembros inferiores e ingurgitación yugular. Ante la no respuesta al tratamiento para insuficiencia cardíaca se deriva a nuestro sanatorio con diagnóstico presuntivo de tromboembolismo pulmonar.

Angiotomografía toracoabdominal: aumento del diámetro de la arteria pulmonar. Derrame pleural derecho. Dilatación de venas suprahepáticas con reflujo del contraste endovenoso. Hígado con alteraciones de la perfusión.

Ecocardiograma: leve desviación septal a la izquierda por sobrecarga de cavidades derechas. FSVI conservada. Al levemente dilatada. Cavidades derechas severamente dilatadas. Deterioro leve FVSD. Dilatación del tronco de la arteria pulmonar. HTP moderada a severa. Derrame pericárdico leve.

Aortograma abdominal: fistula aortocava. Pseudoaneurisma con comunicación aortocava a nivel de L1 y tronco celiaco cuyo ostium se encuentra inmediatamente por debajo de la fistula.

Se coloca endoprótesis torácica para excluir dicha lesión. El control tomográfico evidencia endofuga tipo 1 que mantiene permeable la comunicación aortocava.

Se colocan 2 stents aórticos balón expandibles.

Discusión: El aortograma no es considerado un procedimiento esencial aunque además de confirmar el diagnóstico puede entregar información respecto a la ubicación y tamaño de la fistula.

El tratamiento endovascular tiene menor morbimortalidad con respecto a la cirugía abierta (16 vs 66%), la condición clínica de los pacientes mejora significativamente y su recuperación es generalmente satisfactoria.

Conclusión: Este caso demuestra que si bien el tratamiento endovascular de fistulas aortocavas es seguro no debemos descartar la posibilidad de endofugas.

0160 PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASEMICA TIROTOXICOSA

G BOUHID(1)

(1) San Bernardo.

Introducción: La parálisis periódica hipocalémica tirotoxicosa es una manifestación poco común de hipertiroidismo se caracteriza por el desarrollo brusco de hipopotasemia y episodios de debilidad muscular. Es un desorden neuromuscular agudo, adquirido y reversible. Su incidencia es sustancialmente mayor en los asiáticos que en los no asiáticos, y la mayoría de los pacientes la presentan en sus 20 y 30 años. Más frecuente en hombres 13 % contra un 0,17 % en las mujeres, y puede ser la forma de presentación del hipertiroidismo, o una complicación de este.

Caso Clínico: Paciente varón de 29 años procedente de salta capital sin antecedentes patológicos previos.

MC: Debilidad muscular progresiva.

Refiere iniciar 48 hs previas con debilidad muscular progresiva hasta impedir la marcha por lo que consulta a hospital. A su ingreso vigilia, respuesta verbal adecuada, taquicárdico, hipertenso, con regular mecánica ventilatoria MV +, cuádruplejía flácida, arreflexia OT sensibilidad conservada. Se realiza laboratorio control y se constata K1.7 se realiza tratamiento y se decide su pase a UTI por mala evolución respiratoria, donde se procede a intubación endotraqueal. Paciente permanecía taquicárdico y con hipopotasemia. Se solicito laboratorio completo, serología viral, perfil tiroideo, TAC de tórax y abdomen. En las 24 hs posteriores se recibió el resultado del perfil hormonal tiroideo, el cual mostró T3 libre 16.47 pg/mL, T4 libre 3.4 ng/mL y TSH 0.01 mUI/mL, compatible con hipertiroidismo primario; corroborándose el diagnóstico de parálisis hipocalémica tirotóxica y se decide derivación a hospital regional especializado en patología tiroidea.

Conclusión: La parálisis hipocalémica tirotóxica es una entidad patológica que precisa de un rápido diagnóstico, aunque es reversible, amerita tratamiento urgente por el riesgo de mortalidad asociada a complicaciones cardíacas. Aunque es poco común que la parálisis se manifestó como síntoma inicial del hipertiroidismo, debe sospecharse PHT en todo paciente varón joven que se presente con una parálisis asociada a niveles bajos de potasio sérico, aun cuando no exista sintomatología de hipertiroidismo. La experiencia del médico para detectar signos sutiles de hipertiroidismo, tales como ansiedad, temblor o taquicardia, será fundamental para orientar el diagnóstico. Se sugiere tener presente a esta entidad como diagnóstico diferencial de debilidad muscular aguda.

0161 FASCITIS NECROTIZANTE

MP ZALAZAR(1), A MURATURE(1), M GINI(1), R GARCIA TURIELA(2)

(1) Italiano Garibaldi. (2) Lunin.

Introducción: La Fascitis Necrotizante es una enfermedad infecciosa aguda infrecuente, causada por diferentes bacterias que se extiende por el tejido celular subcutáneo y la fascia produciendo una rápida necrosis. La consulta tardía por parte del paciente hace difícil su detección y tratamiento precoz.

Caso clínico: Paciente de 45 años de edad. Antecedente de hernia umbilical. Consulta por dolor tipo punzante en región glútea y miembro inferior izquierdo. Refiere que le fue colocado un inyectable por tratamiento de dolor debido a traumatismo previo. Presenta aumento de temperatura, induración en región glútea con crepitación en región anterior de muslo izquierdo, Ta 80/60, Fc 105 lat/min, sat 99%. Lab: Leucocitosis. Cultivos. Comienza tratamiento Antibiótico. Se realiza ECO de partes blandas y TAC de cadera donde se evidencia importante cantidad de burbujas aéreas a nivel retroperitoneal que se proyecta hacia la región glútea y raíz del muslo. Confirma el diagnóstico de Fascitis Necrotizante. Ingresa a UTI, se decide intervención quirúrgica, se realiza desbridamiento y fasciotomía.

Complica con insuficiencia Renal Aguda con requerimiento de diálisis, falla respiratoria, se lo sedo analgesia se lo vincula a AMR. Evoluciona hemodinámicamente inestable con altos requerimiento de vasopresores. Continúa con mala evolución. Se constata Óbito 16hs después de su ingreso.

Discusión: La detección precoz de esta afectación, tipo de tratamiento antibiótico, estudios complementarios, intervención quirúrgica son fundamentales para el tratamiento inicial. En este caso en particular la intervención quirúrgica podría haber mejorado la evolución y pronóstico del paciente.

Conclusión: Cada caso debe ser evaluado en forma individual. Proponer puntajes diagnósticos que identifiquen a los pacientes de alto riesgo. El enfoque multidisciplinario. Aconsejar a la gente el ejercicio de un correcto cuidado de las heridas.

0162 SEPSIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

M LOTORTO(1), G GUSMAROLI(1), D DIAZ(1), S SOLI(1), V CLAIRÓN(1), D ROVIRA(1)

(1) Los Alerces.

Introducción: El Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR) surge en 1961 y se convirtió en un patógeno hospitalario prevalente. En los últimos años la epidemiología fue cambiando, observándose un incremento de infecciones por SAMR adquiridas en la comunidad (SAMR-AC) de diversa gravedad.

Caso clínico: Mujer, 21 años antecedente de forúnculos 20 días previos, ingresa por lumbalgia invalidante y fiebre. Se encontraba hipotensa, febril, taquicárdica, obnubilada, rash maculo-papular eritematoso generalizado. Laboratorio: leucocitosis y acidosis metabólica, con lactato elevado. Rx de tórax sin lesiones. Se tomaron cultivos, inició tratamiento con piperacilina/tazobactam y vancomicina. En TAC de tórax, abdomen y pelvis: imágenes noduliformes de base a vértice de ambos campos pulmonares. Progresó a la falla orgánica múltiple. Se cambió empíricamente vancomicina por linezolid. Biopsia de piel: infiltrado inflamatorio inespecífico. En hemocultivos, urocultivo, aspirado traqueal y tejido cutáneo se identificó SAMR. Falleció a los 4 días.

Discusión: Las infecciones SAMR-AC están en aumento. Se presentan a menudo en individuos jóvenes, sanos, sin factores de riesgo y se asocian con elevada mortalidad. Suelen manifestarse con fiebre, mal estar general, mialgias hasta shock séptico. Por vía hematogénea pueden producirse implantes en cualquier órgano de la economía. La afección de nuestra paciente se ajusta a la definición del CDC de

adquirida en la comunidad (reciente ingreso, sin hospitalizaciones ni cirugías en los últimos 12 meses, sin relación con cuidados de la salud, sin dispositivos médicos). La lumbalgia que manifestó inicialmente pudo corresponder a un absceso epidural, osteomielitis, discitis, abscesos en tejidos paravertebrales, incluso a una infección urinaria. La TAC realizada no arrojó resultados. La RMI tiene una sensibilidad del 90% para identificar estos diagnósticos pero debido al estado crítico de la paciente no pudo realizarse.

La imposibilidad de identificar el germen al ingreso puede hacer que el tratamiento inicial sea inapropiado, llevando a un aumento de la morbilidad y mortalidad. Algunos autores recomiendan conocer las tasas de infecciones por SAMR en las instituciones para considerar el tratamiento antibiótico empírico inicial dirigido contra este germen.

Conclusión: La frecuencia de infecciones por SAMR-AC está en aumento. Representa una gran amenaza relacionada con fallas en tratamientos empíricos iniciales, con el consecuente aumento de la morbimortalidad.

0163 SINDROME DE OBSTRUCCION SINUSOIDAL DEL HIGADO EN PEDIATRIA. REPORTE DE UN CASO.

T CUERVO(1), E TAMANO(1), A FRANCAVILLA(1), R POTERLA(1), V ALTUNA(1), L SOTO(1), A CAIRNIE(1), F PRIETO(1), N FERNANDEZ(1), G DRELICHMAN(1)
(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: La enfermedad veno-oclusiva hepática (EVOH) es la complicación precoz con mayor morbimortalidad en el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Los síntomas y signos son consecuencia de la toxicidad hepática del acondicionamiento y del trasplante sobre el endotelio sinusoidal hepático.

La incidencia en la población pediátrica depende de la presencia de factores de riesgo y oscila entre el 11 y 31%. La mortalidad es del 50 %, y en casos severos asciende al 95%.

Resumen: Paciente de 7 años con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B, con recaída en medula temprana, realice reintroducción y remisión de enfermedad. Se realiza trasplante de Medula Ósea alogénico sin complicaciones e inmunosupresión con tacrolimus y micofenolato.

Al día +13 presenta distensión abdominal, dolor en hipocondrio derecho, síndrome ascítico edematoso y aumento de peso. Aumento de bilirrubina y signos de falla renal con aumento de la urea y creatinina. Se asume como Síndrome de obstrucción Sinusoidal del Hígado.

Inicia tratamiento con restricción hidro-salina, diuréticos y Acido ursodesoxicólico, con mala respuesta. Presenta deterioro de la función renal con aumento progresivo de bilirrubina (día +15), por lo que inicia tratamiento con Activador de plasminogeno tisular recombinante (rTPA) 4 dosis con buena respuesta. Evolución favorable. Otorgándose el egreso sanatorial luego de 62 días de internación.

Discusión: Se presenta una paciente con una complicación poco frecuente, con los siguientes factores de riesgo; sexo femenino, recidiva previa, trasplante alogénico, de otro familiar, con cierto grado de incompatibilidad, dosis de radioterapia mayor de 12 Gy. El empleo de trombolíticos, como el activador tisular del plasminógeno (tPA), asociado o no a heparina, permite resolver algunos casos (< 30%), pero no se recomienda en pacientes con disfunción multiorgánica por el elevado riesgo de de hemorragias.

Sin embargo el tratamiento actual recomendado es el uso de defibrótido, que demostró una efectividad mayor al 50% en los casos graves y reducir la mortalidad.

Conclusión: Debido a la elevada morbimortalidad de esta complicación y a los malos resultados obtenidos con la mayoría de las medidas terapéuticas, la prevención de la EVOH debe tener carácter prioritario. Las medidas preventivas deben dirigirse, a reducir al máximo los factores de riesgo conocidos que sean modificables.

0164 TROMBECTOMIA MECANICA EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO AGUDO EN UN PACIENTE ANTICOAGULADO

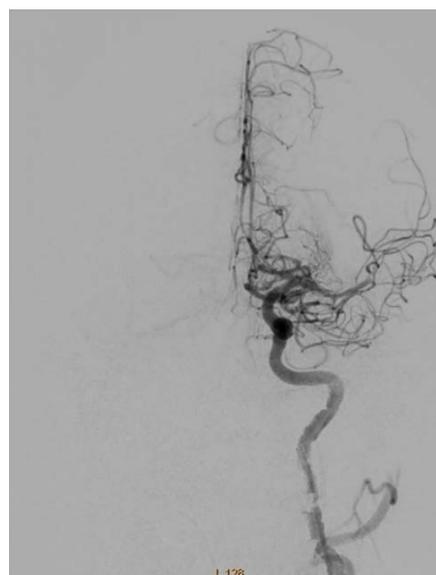
E ALVAREZ(1), B HUNTER(1)
(1) Aleman.

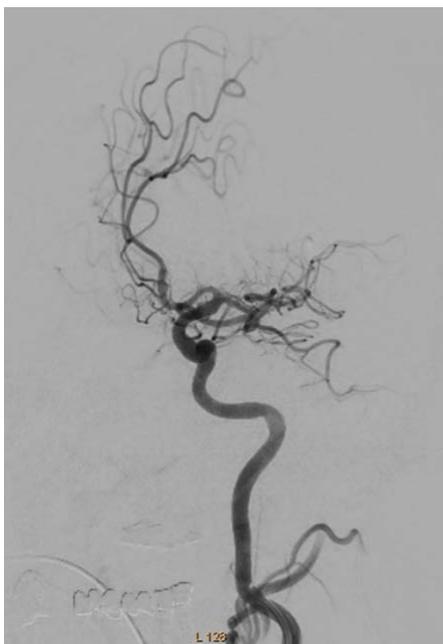
Introducción: El accidente cerebrovascular isquémico agudo es una de las principales causas de morbimortalidad. El tratamiento precoz favorece el desenlace clínico, con el uso solo o combinado de la terapia lítica con rt-PA intravenoso (IV) y las técnicas endovasculares. Hay un porcentaje de pacientes con contraindicación para trombolisis IV e intraarterial, por lo que el tratamiento con trombectomía mecánica, sería una opción.

Presentación del caso: Paciente de 69 años con antecedentes de HTA, dislipemia, obeso, artritis reumatoide. Internado por síndrome coronario agudo no-ST, en tratamiento con AAS, clopidogrel y enoxaparina 80 mg cada 12 hs. Presentó afasia mixta, hemiplejia-hipoestesia FBC izquierda, NIHSS 16. AngioTc cerebro: estenosis del sector distal de la porción M1 de la ACM izquierda. ASPECTS 5. Se realizó a las 4 hs de inicio de los síntomas, arteriografía cerebral con trombectomía: Trombosis de ACM izquierda en su ramo de división superior frontal (M1-M2). Trombectomía mecánica de la ACM izquierda. Se realizó control angiográfico donde se observó revascularización parcial de la ACM. TAC de cerebro a las 24 hs con hipodensidad corticosubcortical en el territorio de la ACM con transformación hemorrágica. Evolución neurológica desfavorable, óbito al 4to día.

Discusión: Actualmente hay evidencia de que la terapia endovascular combinada (farmacológica y mecánica) instaurada dentro de las 6 horas de aparición de los síntomas, en pacientes con oclusión de la ACI o la ACM proximal (M1), es un procedimiento seguro y eficaz para la reducción de la discapacidad funcional. Mientras que la oclusión más distal debe evaluarse por equipo tratante. Sin embargo el subgrupo de pacientes que recibe tratamiento únicamente con trombectomía mecánica no se encuentra analizado y sus resultados en la evidencia actual no están definidos. En nuestro caso, recibiendo doble antiagregación y anticoagulación, con alto riesgo de sangrado, se decidió trombectomía mecánica con stent Solitaire, a las 4 hs de evolución del evento neurológico.

Conclusión: En este caso el resultado del procedimiento no fue satisfactorio al no obtenerse repercusión adecuada del territorio comprometido, posiblemente, por obstrucción distal de M1 y la incertidumbre en la efectividad de la trombectomía mecánica aislada.





0166 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO

A FRANCAVILLA(1), A GATTARI(1), R POTERALA(1), V ALTUNA(1), M GAREA(1), P NEIRA(1), L AVERSA(1), E MORENO(1), A CAIRNIE(1), F ARRILLAGA(1), H AMARO(1), G RODRIGUEZ(1), C LAPORTE(1), J STEINER(1)
(1) Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) en pediatría es un evento raro que puede causar morbilidad importante y a veces la muerte. La incidencia de esta patología en niños se estima en 53-57 cada 100000 pacientes hospitalizados y de 1.4-4.9 en la población pediátrica general.

Resumen: Paciente masculino de 15 años de edad, previamente sano. El paciente presenta como antecedente traumatismo leve de cadera izquierda 20 días previos al inicio del cuadro clínico. Comienza con dificultad respiratoria progresiva de 5 días de evolución asumida como neumonitis con tratamiento antibiótico a lo cual se agrega tumefacción de miembro inferior izquierdo y dolor pleurítico. Se realiza ecografía doppler de miembros inferiores evidenciándose trombosis venosa profunda (TVP) femoral izquierda. Se realiza Angiotomografía de tórax asumiéndose el cuadro como TEP. Comienza con Heparina de bajo peso molecular (HBPM) y a las 48 horas por hipoxemia severa se realiza angiografía pulmonar donde se observa extensa embolia basal y de lóbulo medio y superior derecho y a nivel izquierdo basal. Inicia con rTPA sistémico que suspende a las 24 horas por hemorragia pulmonar y dosis de rTPA local durante una segunda angiografía. Permaneció en AVM durante 31 días y requirió inotrópicos (milrinona y nordrenalina) por 28 días y vasodilatadores pulmonares (sildenafil). Egresó luego de 38 días en terapia intensiva.

Discusión: Se presentó el caso de un paciente pediátrico con TEP el cual fue inicialmente no diagnosticado asumiendo la sintomatología como secundaria a patología infecciosa. El diagnóstico de TEP en pediatría es dificultoso, debido a que los síntomas en este grupo etario son más inespecíficos en comparación con la población adulta. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en esta población incluyen la sed de aire y el dolor pleurítico pero existe una ocurrencia de eventos asintomáticos (aproximadamente el 16%).

Conclusión: El manejo del TEP en pediatría es extrapolado de guías de adultos. La mortalidad asciende al 30% cuando no es tratado adecuadamente y disminuye al 10% con tratamiento precoz. Este

incluye: estabilización hemodinámica, ventilación y oxigenación apropiadas. Ante sospecha de TEP debe iniciarse tratamiento con heparina pero en el caso de tromboembolismo masivo se iniciará fibrinolítico además de la anticoagulación.

0167 HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS INTESTINAL REPORTE DE UN CASO

A FRANCAVILLA(1), A GATTARI(1), R POTERALA(1), M BALDIVIESO(1), V ALTUNA(1), M GAREA(1), P NEIRA(1), E MORENO(1), M FEROLA(1), D FRONTERA(1), P VALLONE(1), I SQUASSI(1), A CAIRNIE(1), A FALLO(1)
(1) Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: La tuberculosis (TB) abdominal es infrecuente y representa el 10% de las formas extrapulmonares. Dentro de las complicaciones la oclusión intestinal representa el 15 al 60%, la perforación intestinal el 1 al 15%, los abscesos y fistulas 2 al 30% y las hemorragias digestivas solo el 2%.

Resumen: Paciente de 16 años con antecedente de neumonía, consulta por diarrea crónica y pérdida de 10 kg de peso. Es evaluado en otra institución donde se realiza tomografía que muestra adenomegalias mesentéricas y videocolonoscopia que evidencia lesión polipoidea con drenaje de material blanquecino y colitis subaguda. Se deriva a nuestro Hospital con cuadro de suboclusión intestinal, síndrome ascítico-edematoso con disfunción miocárdica. Se realiza Laparotomía exploradora observándose líquido serohemático-turbio, adherencias enteroparietales y entero-entericas. Se toma biopsia de peritoneo y comienza con tratamiento antituberculoso. A los 10 días presenta hemorragia digestiva baja, con altos requerimientos transfusionales, se realiza endoscopia y hemodinamia sin signos de sangrado activo y endocapsula que informa lesión con sangrado activo en yeyuno proximal e ileon.

Evoluciona con hemorragia digestiva masiva y descompensación hemodinámica, se indica re-laparotomía exploradora encontrándose múltiples fistulas entero entericas y peritonitis plástica. Se realiza enterólisis y cierre de fistulas. Evoluciona con estabilidad hemodinámica y fistula entero-cutánea. Se rescata Cultivo positivo para micobacterium tuberculosis de lesión pediculada y PCR en líquido peritoneal. Luego de 80 días en terapia intensiva pasa a sala de clínica con nutrición parenteral.

Discusión: La tuberculosis abdominal es infrecuente en pediatría y no considerada como diagnóstico diferencial en los cuadros abdominales, debido a su clínica variable e inespecífica. Se presenta un paciente con hemorragia digestiva masiva como complicación poco frecuente de la enfermedad.

La cirugía está indicada sólo para las complicaciones: peritonitis o abdomen agudo, obstrucción, perforación y hemorragias. El 90% de los pacientes con TB abdominal sin complicaciones responden al tratamiento médico. La mortalidad atribuida a la TB intestinal oscila entre 5% y 50%.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento oportuno disminuyen la morbimortalidad, con gran porcentaje de curación sin secuelas. En las formas no complicadas, se debe evitar la cirugía agresiva y limitarse a la toma de muestras.

0168 CORRELACIÓN ENTRE EL MONITOREO HEMODINÁMICO CON CATÉTER DE LA ARTERIA PULMONAR Y MEDICIÓN NO INVASIVA CON ESCCO ("ESTIMATED CONTINUOUS CARDIAC OUTPUT")

MC GONZALEZ(3), A DOGLIOTTI(1), A RAMOS(3), A DUBIN(2), C LOVESIO(3)
(1) Icr. (2) Sanatorio Otamendi. (3) Sanatorio Parque.

Introducción: Determinar el gasto cardíaco resulta de fundamental importancia en la terapéutica de los pacientes en shock. Su medición se ha realizado tradicionalmente a través del cateter de swan ganz que es considerado el método de referencia. Sin embargo su

uso ha disminuído en las últimas décadas por lo que han surgido métodos menos invasivos para hacerlo.

Objetivos: Determinar si el índice cardíaco (IC) registrado con monitoreo no invasivo con esCCO ("estimated Continuous Cardiac Output") se correlacionaba con las mediciones del catéter de Swan-Ganz (SG) en la unidad de cuidados intensivos.

Métodos: Se analizó el tiempo de tránsito de la onda de pulso por medio del monitoreo electrocardiográfico, medición de presión arterial invasiva y onda de pulso pletismográfica. Se calibró el método de estimación continua de la onda de pulso por medio de la tendencia hemodinámica del paciente. Se registraron simultáneamente los valores de IC con esCCO y SG al final de la espiración en 33 pacientes ingresados a una unidad de cuidados críticos médico-quirúrgica. Para el análisis estadístico comparativo se utilizó Bland Altman.

Resultados: Se realizaron 33 mediciones en 18 pacientes. Las características basales de los mismos se encuentran en la tabla 1. Respecto a la comparación en la medición de IC ESSCO subestima (comparado con SG) un 18,14% (IC95%; 7,4 a 29)(Figura 1)

Conclusiones: Las mediciones por esCCO subestiman un 18% los valores de índice cardíaco respecto al swan ganz.

0169 ESTENOSIS SUBGLÓTICA TRAUMÁTICA REPORTE DE CASO

JM LESCANO(1)

(1) San Bernardo.

Introducción: La estenosis subglótica plantea un desafío clínico debido a su alta morbimortalidad. Es un estrechamiento inflamatorio cicatrizal de la laringe en el área del cartilago cricoides, se clasifica como congénita o adquirida. La presentación más frecuente es disnea y estridor, que se correlacionan con el grado de estenosis. El diagnóstico de certeza se realiza mediante fibrobroncoscopia.

Presentación de caso: Femenina 64 años, antecedentes de HTA, trasplante de córnea rechazado, síndrome de sjogren. En su domicilio presenta alteración de la conciencia con posterior PCR reanimado. Ingresa a guardia: estridor, tiraje y uso de músculos respiratorios, Glasgow 3/15, Se realiza intubación orotraqueal, con dificultad se coloca tubo n° 5 por estenosis subglótica, realizan traqueotomía de emergencia, pasa a UTI. Permanece en el servicio por 13 días, se realiza fibrolaringoscopia, evidencian estenosis subglótica, se realiza traqueoplastia y colocación de cánula fonatoria. Con buena evolución pasa terapia intermedia.

Discusión: La aparición de los signos y síntomas clínicos dependen del grado de estenosis. Cuando comienza a ser sintomática en reposo, lo más probable es que el diámetro de la vía aérea se reduzca un 75%. Hay que mantener un grado de alerta constante ante la aparición de disnea, tiraje o estridor. Siempre debe descartar una estenosis estructural en todo paciente que presente estos síntomas. La fibrobroncoscopia, es el método diagnóstico de elección en los pacientes con afección estenosante de la vía aérea. Es el procedimiento más fiable y está indicada en todo caso que se sospeche una enfermedad traqueal. La broncoscopia rígida tiene la ventaja que nos brinda un manejo terapéutico definitivo de la estenosis. La estrategia terapéutica dependerá de varios factores. El desarrollo de la broncoscopia terapéutica ha modificado de forma sustancial el manejo de este tipo de enfermedades, las técnicas endoscópicas y colocación de prótesis han demostrado ser muy eficaces.

Conclusión: La Estenosis Subglótica es una patología compleja. Su baja tasa de sospecha, lo inespecífico de sus síntomas y el retraso en la consulta médica hacen necesaria la creación de equipos multidisciplinarios, del mismo modo, es necesaria la creación de protocolos diagnósticos y tratamientos estandarizados en búsqueda de causa subyacente que explique la estenosis y oriente al manejo posterior.

0170 INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO

J RODRIGUEZ LOUZAN(1), A RAMOS(1), A DOGLIOTTI(2), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular De Rosario.

Introducción: La polineuropatía del paciente crítico (PPC) es una patología frecuente en terapia intensiva que se ha asociado previamente a prolongación de la estancia y peores resultados.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo observacional en una unidad de cuidados críticos desde diciembre del 2014 hasta mayo del 2015. Se incluyeron pacientes con ventilación mecánica durante más de 48 horas y falla multiorgánica. El objetivo fue determinar la incidencia y los factores asociados a su desarrollo. Se registraron scores de severidad al ingreso, antecedentes del paciente, causa de ingreso a terapia, utilización de sedantes, bloqueantes neuromusculares, corticoides, días de internación y mortalidad. Se les realizó electromiografía a todos los pacientes que ingresaban al protocolo.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes durante un período de 6 meses. La incidencia de PPC fue de 61% (n 16) Las variables registradas se muestran en la tabla 1. Se identificaron como factores asociados la edad, y el ingreso a terapia intensiva en un posoperatorio. Luego del análisis multivariado sólo la diabetes se relacionó en forma independiente con el desarrollo de PPC.

Con Polineuropatía Sin Polineuropatía p

n 16 11

Estadía en UTI -Mna. (P25-75) 19 (10-23) 11 (10-13) 0,3

Edad -Mna. (P25-75) 70,5 (62-77) 57 (51-66) 0,01

Varones -n (%) 15 (93,7) 7 (70) 0,1

Tabaquismo -n (%) 5 (31,2) 6 (60) 0,1

Consumo de alcohol -n (%) 12 (75) 5 (50) 0,1

Diabetes -n (%) 6 (37,5) 2 (20) 0,2

Cardiopatía -n (%) 10 (62,5) 4 (40) 0,2

Activ. física -n (%) 2 (12,5) 2 (20) 0,4

IMC -Mna. (P25-75) 27,1 (23-31) 27,3 (25-30) 0,9

SAPS II -Mna. (P25-75) 43,4 (34-64) 33,4 (24-43) 0,07

SOFA -Mna. (P25-75) 9,5 (7-11) 9,5 (8-10) 1

Postoperatorio -n (%) 8 (50) 1 (10) 0,04

Insuf. respiratoria -n (%) 3 (18,7) 4 (40) 0,2

Sepsis -n (%) 2 (12,5) 2 (20) 0,4

Conclusión: En esta cohorte de pacientes la PPC fue una hallazgo frecuente. El único factor asociado a su desarrollo en forma independiente fue la presencia de diabetes.

0171 HIPERINFESTACION POR STRONGILOIDES STERCORALIS PRESENTACION DE CASO DE UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE PROVENIENTE DE LOS VALLES DE SALTA.

C ARCE(1)

(1) Instituto De Clínica Y Cardiología.

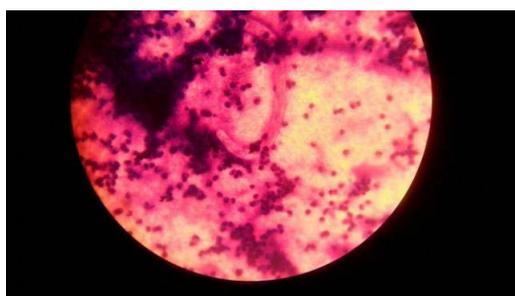
Introducción: La estrongiloidiasis es una infección causada por *S. stercoralis*, se localiza en el intestino, causando infecciones asintomáticas. La hiperinfestación compromete todos los órganos y afecta a huéspedes inmunosuprimidos, con asociación a intercurrentes infecciosas bacterianas, con alta mortalidad.

Resumen: Paciente de 54 años, agricultor sin antecedentes patológicos, diagnóstico de suboclusión intestinal, estuvo internado 7 días con cuadro de dolor abdominal, vómitos, íleo intestinal y pérdida de peso. Ingresa somnoliento, desnutrición severa, débito abundante gastrobilioso por sonda nsg, sepsis severa con DMO. En laboratorio leucocitosis (88% de neu, 16% linf y 2% eusi), TC abdominal distensión de asas colonicas y de intestino delgado, con niveles hidroaereos. HIV, Hepatitis y marcadores tumorales negativos, impresión diagnóstica sepsis severa de origen abdominal, evolución con NIH, requerimiento de ARM, se amplía antibióticos, se analiza débito de sonda nsg donde se evidencia abundantes *S. Stercolaris*. Inicia tratamiento con Ivermectina SC 200mcg/kg/día por 2 días,

continuando con albendazol 400mg/día por 14 días. Evolucionó con shock séptico, SDRA, ARM prolongado, traqueostomizado, NAV, minibal S. Stercolar, E Coli BLEE, luego Klebsiella KPC. Al 48° día de internación pasa a sala común. Alta médica a los 62 días.

Discusión: La infección inicial es asintomática con trastornos digestivos, lo habitual es la asociación de la hiperinfestación con algún tipo de inmunosupresión, la cual en este paciente se constató al ingreso desnutrición severa, pérdida de peso de más de 12kg del último mes por falta de ingesta y síndrome de mala absorción. En este caso no presentó eosinofilia la cual su ausencia es frecuente en los casos reportados de hiperinfestación. Se realizó tratamiento combinado con Ivermectina mas Albendazol la cual no cuenta con fuerte evidencia científica, fue guiada por recomendación de expertos con resultado óptimo.

Conclusión: Es importante tener en cuenta las parasitosis entre ellas la estrogiloidiasis como diagnóstico diferencial, en pacientes con abdomen agudo clínico en nuestro medio, sobretodo en pacientes con inmunosupresión conocida.



0172 RABDOMIOLISIS SEVERA NO-TRAUMÁTICA POR INTOXICACIONES AGUDAS: REPORTE DE CASOS

MC VIGNETTA(2), PB PAHNKE(1), MDLA PONCE(1), A CARLOS(2), A VILKELIS(2), D GOMEZ(2)

(1) Hospital Municipal Urgencias. (2) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: Rabdomiólisis (RB) síndrome clínico causado por disolución muscular, secundaria a la entrada de calcio al espacio intracelular y la liberación de los componentes intracelulares del músculo en la circulación. Caracterizado por aumento de creatinquinasa (CPK) (5 a 10 veces el límite superior normal), dolor muscular y mioglobinuria. Las causas se pueden clasificar en traumática y no traumática, siendo ésta la más frecuente. La gravedad varía desde elevaciones enzimáticas asintomáticas a la enfermedad que amenaza la vida.

Objetivo: Presentar una serie de casos de RB graves asociada con intoxicaciones y sensibilizar a los médicos de la necesidad de alto índice de sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz de RB para prevenir la injuria renal aguda (IRA).

Serie de casos: Se describen tres casos clínicos con RB grave secundarios a intoxicación con alcohol, monóxido de carbono y cocaína alcanzando valores de 101.450U/L, 82.350 U/L y 53.627 U/L respectivamente. Se realizó tratamiento médico con hidratación, alcalinización

de orina y diuréticos. Cursaron IRA KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) I y III, requiriendo hemodiálisis solo dos de los casos. Evolución favorable de los tres pacientes. Ver tabla 1.

Discusión: RB tiene numerosas causas que pueden clasificarse según los mecanismos subyacentes en cinco categorías: físicas, hipóxicas (monóxido de carbono), químicas (alcohol, cocaína), biológicas y genéticas.

La fisiopatología de la IRA en RB es multifactorial, vasoconstricción, hipovolemia y mioglobina por obstrucción mecánica de los túbulos y efectos tóxicos renales directos. Su incidencia es amplia 4,5-94%. El pronóstico depende de las complicaciones y causa subyacente. La tasa de mortalidad es de 8-10% y se incrementa con IRA.

La puntuación de riesgo según criterios KDIGO para identificar pacientes con IRA, previa ecografía que descarte obstrucción, permite una terapia de reemplazo renal precoz.

Las recomendaciones para la prevención de la IRA son: (1) la administración de fluidos para diuresis de al menos 300 ml/h; (2) bicarbonato de sodio y (3) El manitol (sólo para mantener ritmo diurético)

Conclusiones: Los médicos deben ser conscientes que el alto índice de sospecha, el reconocimiento y el tratamiento temprano de RB NO TRAUMÁTICA POR INTOXICACIONES puede prevenir complicaciones potencialmente mortales.

| | CASO I | CASO II | CASO III |
|---------------------------------|---|--|--|
| Sexo | Masculino | Masculino | Femenino |
| Edad | 42 años | 31 años | 44 años |
| Antecedentes | Étilista de Cerveza/ Potomaniaco | Intento de suicidio | Étilista, cocaínomana, HTA, TBO, ITU a repetición |
| Motivo ingreso/ Intoxicación | ALCOHOL | MONOXIDO DE CARBONO | COCAÍNA |
| Examen inicial | SCG 8/15 FR 28- TA 140/90- FC 60 | SCG 14/15 FR 20- TA 130/70- FC 90 | SCG 14/15 FR 20- TA 120/70- FC 96 |
| Laboratorio | Ph: 7.28 - UREA 20 - BE: -7- Na: 123 CPKmax: 101450 | Ph: 7.39 - UREA 84- BE: -5 K: 6.1 Carboxihemoglobina: 3.8 CPKmax: 82350 | Ph: 7.23 UREA 96 BE: -7 CPKmax: 53625 |
| KDIGO | I | III | III |
| Orina completa | Hematuria | Hematuria-Cilindros granulosos pigmentados | Hematuria- presencia de gérmenes/ cultivo E. Coli |
| Ecografía renal | Relación corticomedular conservada, no dilataciones pielocalicial | Relación corticomedular conservada, no dilataciones pielocalicial | Aumento de ecogenicidad con pérdida de diferenciación cortico medular. Moderada cantidad de líquido perirenal |
| TAC | Sin signos de lesión aguda | Sin signos de lesión aguda | Sin signos de lesión aguda |
| Intercurrencias | Post convulsivo? | Síndrome Compartimental - Fasciotomía - | ITU |
| Complicación | Broncoaspirado | Sangrado | Síndrome de abstinencia |
| Tratamiento | MEDICO* | Médico* - Hemodiálisis | Médico* - Hemodiálisis |
| Días de internación | 10 | 23 | Alta voluntaria al 7 día |
| Evolución | Favorable | Favorable | Favorable |

*Tratamiento médico: diuresis forzada: hidratación, alcalinización de orina, diuréticos (manitol-furosemida)

0173 DISECCIÓN CAROTÍDEA POR CINTURÓN DE SEGURIDAD DE AUTOMÓVIL

R GÓMEZ PAZ(1), H FERRARO(1), IN NIHANY(1), MA TOLEDO(1), RE SENESTRARI(1), M MARTINEZ(1), JN MARTINEZ NEHIM(1), M PELLEGRINO(1)

(1) Sanatorio Finochietto.

La isquemia cerebral por disección extracraneal corresponde al 20% de los casos, de estos el 40% corresponde a trauma mayor o menor, generalmente asociado a alguna actividad deportiva. En la disección carotídea se produce una separación de las capas de la pared arterial surgiendo una falsa luz por donde se filtra la sangre. Esta hemorragia puede ser debido a un desgarro de la íntima o por rotura u otra patología en los vasa vasorum. La hipoperfusión cerebral se considera la causa principal de la patología isquémica, no descartándose la causa tromboembólica. La disección y dilatación aneurismática pueden causar síntomas locales de compresión de los nervios adyacentes, lo que resulta en dolor, paresia parcial oculosimpática (síndrome de Horner), neuropatías craneales inferiores. Se presentan dos casos de disección carotídea con secuelas neurológicas asociados al uso de cinturón de seguridad, el primero con trauma mayor y el segundo por el uso incorrecto y continuo del mismo. Caso 1: Masculino de 27 años. Politraumatismo y TEC en el contexto

de incidente vehicular en ruta, colisión de auto contra auto ambos de frente. A las 2 horas evolucionó con afasia motora y hemiplejía braquiocrural derecha. RMN: infarto en territorio silviano izquierdo sin efecto de masa.

Caso 2: Femenina de 28 años. Cefalea en hemicraneo derecho y nuca luego de viaje en auto del lado acompañante de aproximadamente 9 horas, con cinturón de seguridad en posición elevada. Evolucionó con ptosis palpebral derecha, sin trastornos en la agudeza visual y sin poder describir por terceros alteraciones pupilares. Esto resuelve espontáneamente continuando con cefalea de iguales características. Por persistir con cefalea consulta en guardia externa, RMN de encéfalo se observa lesión isquémica silviana derecha. Ambos casos presentan lesiones isquémicas cerebrales ipsilaterales a la posición del cinturón en la región cervical, con imágenes angiográficas características de disección extracraneana.

Las imágenes topográficas y angiográficas son características en ambos casos.

Todo paciente con síntomas neurológicos, luego de un incidente con automóvil con cinturón de seguridad, o luego de un viaje prolongado, y que presente síntomas de isquemia cerebral o lesión simpática debe ser estudiado con imágenes angiográficas de vasos de cuello.



0174 EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES SOBRE EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MT VERON(1), M FIDALGO(1), E IZQUIERDO(1), AN ESPINOZA MARQUEZ(1), C FIORI(1), A BRAVO(1), L CALEJMAN(1), G OYHANARTE(1), M CANALE(1), J SANCHEZ(1), M EMMERICH(1)

(1) Sanatorio Güemes.

Los antimicrobianos son drogas de elevada prescripción en el ámbito hospitalario, estimándose como inadecuadas el 10-50%, con efectos adversos conocidos. Es necesario promover el uso racional de los antimicrobianos, para combatir la resistencia bacteriana y controlar su diseminación.

Objetivo: Evaluar el efecto de varias intervenciones sobre el Consumo de Antimicrobianos en una Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

Materiales y Metodos: Desde 11-2014 a 6-2015 se realizaron las siguientes intervenciones: instalación del Sistema Automático de Dispensación Descentralizado de Medicamentos (Pyxis®), incorporación del infectólogo a la recorrida diaria, implementación de un protocolo de uso adecuado y desescalamiento de Antimicrobianos e implementación de la indicación médica electrónica. Se realizó un estudio comparativo retrospectivo de antes y después. Se midieron los Consumos en dosis diarias definidas (DDD) por 100 días-cama. Se analizaron 1) Consumo medio mensual (MM), 2) diferencia (D) de C de A entre periodos (P1-P2) como indicador de cantidad de A prescrito 3) frecuencia de Consumo intra-periodo de cada ATB como indicador de cambios en prescripción 4) mortalidad global de la UCI.

Resultados: Consumo total fue 4579,10; Periodo1=2607(55%), MM 217,25 (DS±28,39; IC95%=199,21-234,79) vs Periodo 2=1972,10(45%), MM 164,34 (DS±10,9; IC95%=157,65-170,35) [p<0,01]; DC 634,9(24%). Mortalidad Global UCI P1 27,31 vs P2 27,81 [pNS]. Consumo por Atb uso controlado en P1 y P2 (DC-%) fueron respectivamente: Col 518 y 258,27(260,13-50); CRB 423,54 y 246,25(177,29-42%); Van 293,94 y 186,17(107,77-37%); PIPTAZ 205,35 y 224,08(-18,73-9); Flu 165,30 y 122,36(42,94-26%); TMS 55,87 y 79,28(-23,41-42); CFP 60,76 y 34,49(17,27-28); Tig 35,90 y 34,73(1,17-3%); Lin 42,97 y 19,38 (23,59-55%); O 69,74 y 27,32(42,42-61). ATB uso no controlado en P1 y P2 (DC-%) fueron respectivamente: AMS 264,06 y 340,08(-76,02-29); Quin 123,50 y 132,84(-9,34-8); M 102,04 y 73,94(28,10-28); AMP 82,85 y 57,41(25,44-31); Cli 36,09 y 21,06(23,77-42); AG 8,35 y 15,19(-6,84-82); Mtz 18,43 y 4,40(14,03-76); Tet 4,73 y 10,03(-5,30-112); Ot 42,16 y 52,56 (-4,40-9). Conclusiones Las intervenciones fueron eficaces disminuyendo el C de A (24%), de AUC (34%), A UnoC (1%), A individuales y cambiando el tipo de A prescrito con un aumento relativo de consumo de PIP-TAZ, TMS, AMS, Quin, AG y Tet, sin afectar la mortalidad de la UCI.

0175 ASOCIACIÓN ENTRE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

IL MEDINA MORENO(1), F BARBERIS(1), G GENOVESE(1), F MARTINEZ(1), C VERA OCAMPO(1), G RAMOS(1)

(1) Dupuytren.

Introducción: La transmisión de patógenos resistentes entre pacientes hospitalizados es frecuente y pueden causar infecciones que ponen en riesgo la vida. La colonización previa con estos microorganismos puede condicionar la elección del esquema antibiótico empírico. El objetivo del estudio fue describir la asociación entre la colonización con microorganismos multirresistentes (MR) e infección nosocomial.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Periodo de un año (1/1/15 a 31/12/15). Se registraron los eventos infecciosos desarrollados en Terapia Intensiva luego de 72 hs de internación y que tuvieron cultivo positivo (Neumonía intrahospitalaria (NIH), infecciones urinarias (IU), infecciones por catéteres (IAC) e infecciones de órgano/cavidad (ISQ)). Se registró la colonización (por hisopados de vigilancia o por aislamiento en cultivo) de patógenos multirresistentes, SAMRc, EVRc y KPCC. Se consideró un valor p menor de 0.05.

Resultados: Fueron Ingresados 389 pacientes y se registraron 131 infecciones nosocomiales (IN): 43 (33%) NIH (39 NAV y 4 no asociadas a VM), 37 (28%) IU, 39 (30%) IAC y 12 (9%) ISQ.

De 43 NIH, 9 (21%) fueron por KPC, 5 con KPCC (total de KPCC con NIH: 12) (OR 4.8 IC 1.01-22.8) p= 0.03. Dos (5%) NIH fueron por SAMR, ambos SAMRc (total de SAMRc c/NIH: 8) p= 0.03. Ninguna NIH por EVR (13 EVRc).

De 39 IAC, 6 (15%) fueron por KPC, 4 KPCC (total de KPCC c/IAC: 15) con p= NS. Una IAC por SAMR y 1 (2.5%) por EVR, sin colonización previa.

De 37 ITU, 9 (24%) fueron por KPC y 5 KPCC (total de KPCC c/ITU: 12) p= NS. No hubo ITU por SAMR o EVR.

De 12 ISQ, 2 fueron por KPC, 1 estaba colonizado (total KPCC c/ISQ: 3), p= NS. De 4 (33%) ISQ por EVR, 3 EVRc (total EVRc c/ ISQ: 8) p= NS. No hubo ISQ por SAMR.

Conclusiones: Se observó una asociación entre colonización previa por microorganismos multirresistentes (SAMR y KPC) y neumonía intrahospitalaria en terapia intensiva.

0176 CUIDADOS ENFERMEROS RECIBIDOS POR LAS PUÉRPERAS DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL SERVICIO DE INTERNACIÓN CONJUNTA DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL, AÑO 2015

JL CHOCHOBAR(1), AW ZAMBRANA(1)

(1) Hospital Publico Materno Infantil.

Introducción: El puerperio es una etapa crítica en la vida reproductiva de la mujer. El cuidado es la expresión del conocimiento y por lo tanto es la expresión de la práctica, la cual distingue a Enfermería de otras disciplinas de la salud. Enfermería debe brindar cuidados de excelencia y calidad, buscando mantener su integridad.

Objetivo General: Conocer los Cuidados Enfermeros recibidos por las puérperas durante el puerperio inmediato en el Servicio de Internación Conjunta del Hospital Público Materno Infantil. Salta, Año 2015.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal, población constituida por 250 puérperas en condiciones de alta médica, durante el primer trimestre del año 2015. La recolección de la información se realizó mediante una entrevista, individual y anónima.

Instrumento: Cuestionario con preguntas cerradas y estructuradas.

Resultados: Como resultado demográfico se obtuvo que el 43% tiene entre 18 y 22 años, el 53,2% tiene secundario completo, el 56,4% vive en unión de hecho, 74,4% no trabaja. En los cuidados enfermeros, dimensión biológica la mayor respuesta de alternativa "sí", obtuvo un 96% en "enfermería controla los signos vitales" y la menor un 60,8% "enfermería ayuda a levantarse por 1° vez". En la dimensión emocional la mayor respuesta a los cuidados enfermeros fue de 90,8% en "cuida de su intimidad" y la menor de 74% a "cuando estuvo preocupada, le brindaron apoyo". En la dimensión social, la alternativa "sí", con un 91,6% fue la de "enfermería permite y facilita la compañía de familiares y amigos" y la menor con un 60% "enfermería le instruye sobre actividades a poder realizar en la internación como en el hogar".

Conclusiones: De acuerdo a los porcentajes obtenidos de los Cuidados Enfermeros brindado a las puérperas en las Dimensiones Biológica, Emocionales y Sociales podemos concluir que la mayoría de las puérperas recibieron cuidados de calidad ya que todos los valores superan el 60%, con valores de hasta un 96%. Así también destacar que el 68,4% de las puérperas encuestadas viven formando un grupo familiar importante para el desarrollo de una vida familiar óptima.

0177 HIPERAMONEMIA POR TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA

D GARCIA GIRALDO(1), E PRADO(1), J CHAUCA(1), C FORTE(1), J DIANTI(1), J SINNER(1), A MARTINEZ(1), S VENUITI(1), S GIANNASI(1), C KECSKES(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La deficiencia de ornitina transcarbamilasa (OTC) es un defecto hereditario ligado al cromosoma X. Su incidencia es 1/80.000. El diagnóstico está dado por la detección de hiperamonemia y ácido orótico en orina. El objetivo del tratamiento es disminuir el nivel de amonio. Se desconoce su mortalidad y por eso es fundamental el reporte de casos para establecer cursos de tratamiento.

Presentación: Paciente femenina de 54 años enolista, HVC, con abstinencia de 72 horas previas al ingreso. Presenta un buen estado nutricional (VGS A). Ingresa por síndrome confusional, sin alteraciones en el laboratorio y LCR. Tomografía y resonancia de cerebro sin cambios significativos. Electroencefalograma con status convulsivo, inicia anticomociales. Presenta nuevos episodios de convulsiones a

las 48 hs y se realizó TAC que muestra edema cortical difuso. Se determina amonemia >700 mg/dl, y se descarta de origen hepático. Se diagnostica OTC luego del hallazgo de ácido orótico en orina. El tratamiento instaurado consistió en restricción de aporte exógeno de proteínas, hemodiálisis, administración de quelantes de amonio (benzoato y fenilbutirato) y suplementación con arginina, citrulina y carnitina. Se suspendió el aporte proteico por 48 hs. y posteriormente comenzó con enteral más parenteral con bajo aporte de proteínas hasta lograr objetivo de 0,4 g/kg/d. Se logra normalizar la amonemia y disminuir el edema cerebral recuperando el sensorio. Intercurió con shock séptico, falleciendo de falla multiorgánica.

Discusión: Las mujeres con mayor expresión enzimática pueden aparentar normalidad metabólica durante su vida hasta desencadenar un estrés metabólico que sobrepasa la capacidad limitada del ciclo de la urea. El diagnóstico precoz es crucial.

Conclusión: La hiperamonemia tiene importantes connotaciones clínicas, las cuales hacen fundamental el conocimiento de su metabolismo, para reducir la morbimortalidad asociada. Los trastornos del ciclo de la urea son una emergencia metabólica que debe tratarse rápidamente.

0178 DISECCIÓN AÓRTICA. PRESENTACIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

A SAVIA(1), P DESMERY(1), F LONGO(1), A FRANCISCO ANTONIO(1), A CIAMPI(1), R RAMIREZ(1), G ESTERKIES(1), C CLEMENTEL(1)

(1) Sanatorio Anchorena.

Objetivo: Los síndromes aórticos agudos constituyen una emergencia cardiovascular poco frecuente con un gran impacto en la morbimortalidad. Para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha ya que su resolución es tiempo dependiente. Se presenta el registro de Síndromes Aórticos Agudos que se evaluados en un servicio de emergencias urbano con el objetivo de describir sus características clínicas en la consulta a guardia.

Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se recogieron con en el sistema de Historias Clínicas DATATECH todos los diagnósticos de egreso Disección Aórtica (CIE 10 I71) cuyo ingreso se realizó a través del servicio de emergencias entre las fechas del 1/1/2014 y el 31/1/2015. Registrándose 11 casos. Se organizaron los datos en una planilla de Microsoft Excel 2016 y se procesaron con la herramienta de código abierto OpenEPI aplicando medidas estadísticas básicas y test de Fisher.

Resultado: Se incluyeron 11 pacientes (81% masculinos) con una media de 57 años de edad y una mediana de 61 de los cuales 10 presentaron disección aórtica tipo A. El tiempo a la consulta desde inicio de los síntomas fue <3hs en el 33%, 3 a 6hs en el 23% y mayor a 6hs en 44%. El 88% presentó dolor precordial, 45% presentaron dolor precordial con irradiación a dorso. El 45% presentó algún déficit de perfusión (neurológico, intestinal, miembros). Entre los antecedentes, el 72% HTA y 36% TBQ. Ninguno de los pacientes presentaba otros factores de riesgo para disección aórtica. Al examen físico el 36% presentaba asimetría de pulsos y el 45% diferencia de presión arterial. 27% presentaron foco neurológico (sólo 1 paciente presentó un evento isquémico mayor con compromiso extenso). 45% presentaron soplo de insuficiencia aórtica. La PAS fue <90mmHg en el 18% de los casos y >140 en el 54%. El 36% de los pacientes presentaron signos de isquemia en el ECG y el 54% mediastino ensanchado en la RX de tórax. Ingresaron a quirófano de urgencia 9 pacientes. El 55% dentro de las 3hs de la consulta. 11% entre las primeras 6hs y los restantes 33% antes de las 12hs. La mortalidad durante la internación fue del 45.5%. La media de internación fue de 20 días con una mediana de 15. Los pacientes que no sobrevivieron al alta hospitalaria tuvieron una media de 8 días con una mediana de 7. Ninguna variable presentada demostró significación estadística cuando se intentó relacionar a mortalidad / supervivencia.

Conclusiones: El rol del profesional de la emergencia en los Smes. Aórticos Agudos es crucial para el rápido diagnóstico y el estable-

cimiento de medidas iniciales previo al acto quirúrgico. Tal como se observa en esta serie, el diagnóstico suele ser un desafío que en pocas ocasiones respeta los patrones clínicos típicos por lo que un alto nivel de alerta es crítico para la pesquisa de esta patología.

0180 REPORTE DE EMPIEMA PLEURAL ASOCIADO A NEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO POR FUSOBACTERIUM SPP: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AD RODRIGUEZ FLORES(1), SIC CASTRO(2), A MARTINEZ(2), P BOSCHINI(2), R BURGOS(2), J RISSO PATRÓN(2), RS QUIROGA(2), L D'ALESSANDRO(2), E ROJAS(2), E GARECA(2), J BADINO(2), O CRISTALDI(2)

(1) Higa Eva Peron De San Martin. (2) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: El Fusobacterium es un bacilo gram negativo anaerobio que se encuentra en la orofaringe, aparato digestivo y genital femenino. El compromiso pleuro-pulmonar por este germen habitualmente es secundario a embolia séptica pero es raro que se presente como empiema pleural aislado. Dada la baja frecuencia de esta patología consideramos oportuno la comunicación de este caso.

Presentación del caso: Paciente de 41 años, con el antecedente de estilismo crónico. Consulta en 02/2015 por toracodinia izquierda de 1 semana de evolución. En guardia, disneico con tendencia a la hipotensión. La Rx y TAC de tórax muestra neumotórax asociado a derrame pleural izquierdo, con desplazamiento mediastinal, sin compromiso del parénquima pulmonar. En Cirugía: abierta cavidad pleural, salida de líquido fétido, aproximadamente 2000 ml. Se decide toracotomía postero-lateral izquierda, para descartar perforación esofágica. Se liberan adherencias pleuroparietales. Proceso organizado (peel) sobre lóbulo superior e inferior. Requiere goteo de NA y comienza AMS 3 gr cada 6 horas IV. Se conecta a ARM. Se rescata Streptococcus anginosus sumado a Fusobacterium spp en líquido pleural, este último sensible a amoxiclavulánico, levofloxacina, clindamicina y penicilina. Intercurre con HDA, realizando FEDA: hallazgos de erosiones en estómago y ulcera duodenal. El 03/03 se cultiva, iniciándose piperacilina-tazobactam+colistin por probable foco respiratorio. Evoluciona con shock séptico refractario. Fallece el 10/03.

Discusión: El compromiso pulmonar secundario a embolización por este germen es muy común en el contexto del Síndrome de Lemierre (80-100%), pero en ausencia del mismo, es excepcional. Como diagnósticos diferenciales del neumotórax podemos considerar la etiología tuberculosa, neumonías necrotizantes por estafilococo, BGN u anaerobios. La evacuación del empiema y el neumotórax hipertensivo, permitió la estabilización hemodinámica del paciente, habiendo descartado perforación del tubo digestivo como probable origen del neumotórax.

Conclusión: La etiología anaeróbica se describe en alrededor de un 20 % de los derrames paraneumónicos y empiemas pleurales, por lo cual en la antibioticoterapia empírica debería incluirse cobertura de los mismos, aumentando la sospecha de estos en pacientes con mala higiene bucal y con broncoaspiración. Cabe destacar el enfoque multidisciplinario y médico quirúrgico en el abordaje de este tipo de patologías.

0184 NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO

N PALOMO(1), N GUZMÁN(1), A RIVADENEIRA(1), M SALVADORES(1)

(1) Sanatorio El Carmen.

Introducción: Si bien la NET es infrecuente se asocia a múltiples fármacos. Representa una patología grave y con alta mortalidad que requiere manejo en UTI. El diagnóstico precoz y la suspensión temprana del fármaco disminuyen la mortalidad.

Caso clínico: Se recibe paciente de 15 años, con diagnóstico de NET, de 7 días de evolución, inicia con fiebre, prurito, eritema y lesiones vesiculares en tronco y miembros superiores por uso de lamotrigina debido a epilepsia de reciente diagnóstico. Evaluada por cirugía plástica: lesiones flictenulares en tronco y miembros superiores, necrosis de labios y mucosa gingival (100% de SC); se indica toilette quirúrgica y curaciones con emulsión de Vitamina A en rostro, tronco y MMSS, ungüento de colagenasa y cloranfenicol en MMII. Paciente inestable hemodinámicamente en AVIM requiriendo sedoanalgesia y vasopresores. Recibió fluidoterapia, hemoderivados y alimentación enteral temprana. Como complicación: sepsis con hemocultivo positivo para E. coli multirresistente, cumplió tratamiento con Imipenem. Presenta crisis mioclónicas e inicia levetiracetam. Al día 17° se constata reepitalización de cuerpo y cicatrización parcial de semimucosa oral y es trasladada lúcida, estable hemodinámicamente, con dieta vía oral.

Discusión: Lamotrigina: fármaco anticonvulsivante y estabilizador del ánimo. La incidencia de reacciones toxicodérmicas severas a la droga: 0.3% (adultos) y 1% (pediátrica)¹, siendo la NET su forma de presentación más grave (mortalidad aprox. 45%)² debido a severa depleción hidroelectrolítica y las complicaciones infecciosas. Etiología: antibióticos (34%), AINES (33%) y anticonvulsivantes (15%)³, en LTG más frecuente por dosis elevadas o escaladas rápidas en la titulación. Diagnóstico precoz y suspensión temprana reducen mortalidad (26%), asociado a soporte nutricional precoz, manejo invasivo de las lesiones⁴⁻⁵ y admisión temprana en UTI⁶.

Conclusión: La incidencia de NET es baja, el uso frecuente de Lamotrigina en las convulsiones infantilojuveniles, destaca la importancia de instaurar pautas de alarma ante la aparición de lesiones cutáneas sospechosas, para una consulta precoz, rápida suspensión e inicio de tratamiento, ya que estas medidas demostraron disminuir la morbimortalidad. Se debe realizar manejo multidisciplinario en UTI, para abordar el tratamiento de patología de base, complicaciones y secuelas.



0185 SINDROME ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIA A CARFILZOMIB

G RUFINO SARAVIA(1), MG MORALES(1), D ALFARO(2), C OCAMPO(1), B LLAPUR(2), M VELASQUEZ(2)

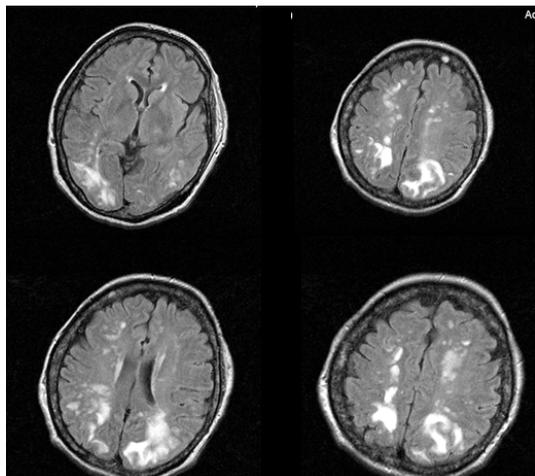
(1) Sanatorio Nuestra Señora Del Rosario. (2) Sanatorio Nuestra Señora Del Rosario.

Introducción: En los 90, numerosos casos de pacientes con cefalea, visión borrosa, hipertensión arterial y convulsiones, fueron definidos como encefalopatía hipertensiva, luego al sumar los hallazgos imagenológicos que consistían en una mayor captación de la sustancia blanca en territorio cerebral posterior, y al observar que presentaban una evolución transitoria y benigna de los síntomas, catalogaron a esta entidad como Síndrome de Leucoencefalopatía posterior reversible. Numerosas etiologías fueron descritas en el desarrollo de su patología, entre ellas el uso de drogas antineoplásicas como Tacrolimus, bortezomib en pacientes con mieloma múltiple, pero no existen casos reportados que el uso del carfilzomib haya ocasionado esta patología.

Presentación del caso: Mujer de 58 años con Mieloma Múltiple refractario a segunda línea de tratamiento que ingresa por guardia con Status convulsivo refractario, hipertensión arterial y visión bulto. TC de cerebro evidencia edema e hipodensidad en lóbulos occipitales, y RMN con imágenes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 de dichas áreas.

Discusión: La presentación de síntomas neurológicos referidos al territorio posterior, nos obliga a pensar en patologías que se presentan de la misma manera como ser la trombosis de senos venosos, tumores occipitales o isquemias en dichos territorios pero el curso benigno y la posterior resolución de los síntomas y de los hallazgos imagenológicos nos confirman dicha entidad.

Conclusión: Debido a la aparición de nuevos antineoplásicos esta patología se a reportado como un efecto adverso de los mismos sin existir registros producidos por el carfilzomib, además de su presentación inicial con status epileptico, hace interesante reportar este caso.



0186 CORRELACIÓN ENTRE LAS DOSIS DE VANCOMICINA ADMINISTRADAS, CLEARANCE DE CREATININA Y LA CONCENTRACIÓN DE LA VANCOMICINA EN PLASMA EN PACIENTES CRÍTICOS

R REINA(1), MC MARCHENA(2), AL GONZÁLEZ(2), C LOUDET(2), E ESTENSORO(2), S CARINO(2), M LARES(2), L TUMINO(2), N ZULJEVIC(2), A CARRERA(2), L MILANESIO(2), F FERNÁNDEZ GARCÍA(2), A PASARELLI(2), J CONDE(2), R FERNANDO ROJAS(2)

(1) San Martín La Plata. (2) Hospital San Martín.

Introducción: La vancomicina (vanco) sufre variaciones en su concentración plasmática (dosaje) según dosis administradas y clearance de creatinina (ClCr), entre otros factores. Varios autores demostraron que dosis fijas de 2g/día, sin dosis de carga serían inadecuadas

para alcanzar dosaje terapéutico de 20-30mg/L, por aumento (hiperfiltración) o disminución (l.renal) del ClCr durante el tratamiento, sugiriendo administrar dosis de carga y de mantenimiento, y medir dosajes para ajustar a una dosis efectiva.

Objetivo: Correlacionar la variabilidad en el dosaje considerado efectivo (20-30mg/L) según dosis y ClCr durante todo el tratamiento en pacientes críticos.

Material y Método: Estudio prospectivo, observacional, realizado en una UTI polivalente durante junio 2013-julio 2015. Todos los pacientes recibieron vanco: carga 30mg/kg y mantenimiento 45mg/kg/día; se midieron dosajes y ClCr; se ajustaron las dosis para mantener dosaje entre 20-30mg/L. Se consideró: normofiltración: ClCr de 50-130ml/m, hiperfiltración: ClCr >130ml/m e l.renal: ClCr <50ml/m. Según dosaje, se dividieron los pacientes en 3 grupos: a) <20mg/L, b) entre 20-30mg/L, y c) >30mg/L, y se correlacionaron con el ClCr y las dosis administradas. Si el ClCr era <50ml/m, la dosis de vanco se ajustó según el Sanford Guide. La dosis máxima administrada fue de 4g/d. Datos expresados y analizados según su naturaleza; para correlaciones se utilizó coeficiente de Spearman. Programa STATA 11.1.

Resultados: Se evaluaron 286 dosajes en 77 pacientes. Características de los pacientes: Edad 41±18; APACHE II 18±7; SOFA24hs 7±4; ventilación mecánica 91%; Mortalidad 38,6%. Durante cada tratamiento se observó variabilidad intra paciente del ClCr que llevó a modificaciones frecuentes de las dosis. El 23% y el 34% de los dosajes fueron <20mg/L o >30mg/L, respectivamente, pese a las dosis consideradas adecuadas (Tabla 1). Se halló una correlación significativa entre ClCr y dosajes (Fig. 1) y entre dosajes y dosis de vanco (Fig. 2).

Conclusiones: a) hubo gran variabilidad intra paciente del ClCr durante el tratamiento y, por ende, del dosaje de vanco, que llevó a frecuentes modificaciones de las dosis; b) se halló correlación significativa entre pacientes con normofiltración y dosajes, pero no en hiperfiltración o l.renal; c) se demuestra la importancia de medir dosajes durante la duración del tratamiento para asegurar dosis adecuadas y efectivas, independientemente del ClCr.

Tabla 2. Dosajes, Dosis de Vanco y valores de ClCr

| | Dosaje <20mg/L | Dosaje 20-30mg/L | Dosaje >30mg/L |
|----------------------------------|----------------|------------------|----------------|
| N° mediciones, (%) | 65 (23%) | 124 (43%) | 97 (34%) |
| ClCr, media±DS | 105±48 | 102±41 | 56±37 |
| Dosis Vanco g/d, méd (RIC 25-75) | 3[2-3,25] | 3[2-4] | 2[1-3] |

Tabla 1. Comportamiento de los Dosajes, la Dosis de Vanco y el ClCr.

Fig. 1 y 2: Correlación entre ClCr y Dosajes, y Dosis de Vanco y Dosajes, respectivamente; las líneas gruesas marcan los dosajes <20mg/L y >30mg/L, pese a ClCr bajo o alto, o Dosis baja o máxima de Vanco

Fig 1. Correlación entre ClCr y Dosajes

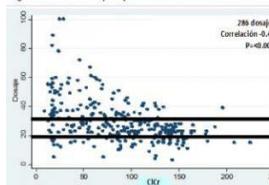
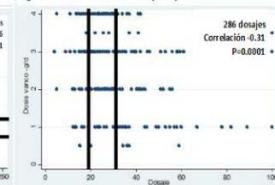


Fig 2. Correlación entre Dosis Vanco y Dosajes



0187 ASINCRONÍAS EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO: PREDICTORES FISIOLÓGICOS

P RODRIGUEZ(1), M SETTEN(1), M MADORNO(2), E GOGNIAT(3), I BONELLI(1), P MASKIN(1), S ATTIE(1), I LOPEZ SAUBIDET(1), S KOTSIAS(1), A RAIMONDI(4), R VALENTINI(1) (1) Cemic (centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas). (2) Instituto Tecnológico De Buenos Aires (itba). (3) Hospital Italiano De Buenos Aires. (4) Hospital De Clínicas "José De San Martín".

Introducción: La disminución del volumen corriente (Vt) ha mejorado el pronóstico del síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA). En este contexto, las asincronías paciente-respirador como los esfuerzos ineficaces (EI) y los doble ciclados (DC) pueden representar un riesgo.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de asincronías y su relación con parámetros fisiológicos en pacientes con SDRA.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con SDRA hospitalizados entre el 24-10-2014 y el 12-08-2015.

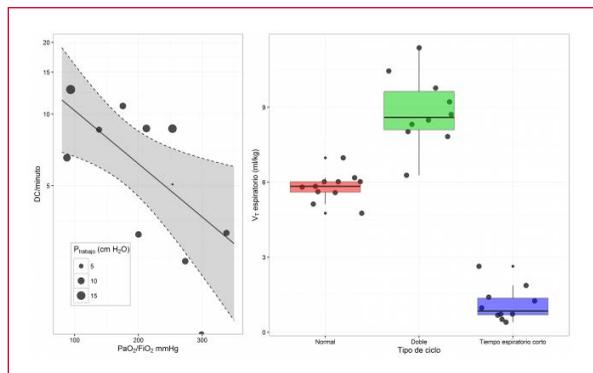
Se registraron datos demográficos, de mecánica e intercambio gaseoso y señales de presión y flujo en la vía aérea durante 30 minutos con el monitor FluxMed (MBMed Argentina). Las asincronías fueron detectadas con un programa desarrollado en el lenguaje R *project*. Las variables cuantitativas se expresan como mediana (intervalo intercuartilo). La asociación entre las frecuencias de asincronías totales, DC o EI y las variables fisiológicas fue evaluada con modelos de regresión *quasi-Poisson*. El Vt espirado en ciclos normales y asincrónicos se comparó con un modelo lineal de efectos mixtos (LME) para ajustar por paciente como variable aleatoria.

Resultados: Se evaluaron 11 pacientes, 1 (1-4) días luego del diagnóstico de SDRA (parámetros del respirador: Vt=6.19 (5.86-6.48) ml/kg, PEEP=10 (7.5-12) cmH2O; presión meseta: 23 (18.75-23.5) cmH2O; score RASS: -5 (-5--4)). El score SOFA fue 6 (3.5-7.5).

Las frecuencias de asincronías, EI y DC en cada paciente fueron en mediana 14.6 (9.8-16.17), 6.21 (2.8-7.91) y 6.56 (3.14-8.69) por minuto. Las 2 primeras no se relacionaron con ninguna variable. La PaO₂/FiO₂ fue el único predictor significativo de DC (*rate ratio* (BCA *Bootstrap* IC95%)=0.996 (0.99-1), P=0.033). La presión de trabajo (P trabajo o *driving pressure*) no alcanzó el límite de significancia (*rate ratio*=1.057 (0.966-1.25), P=0.059).

El Vt espirado fue diferente en los ciclos normales, con tiempo espiratorio corto y DC (5.75 (5.2-6.09), 1.24 (0.6-2.14) y 9.03 (7.92-10.17) ml/kg respectivamente, P<0.001).

Conclusiones: Estos datos sugieren que la frecuencia de DC se asociaría al grado de hipoxemia en pacientes con SDRA precoz. Los DC producen altos Vt que podrían tener impacto clínico.



0188 DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE ASINCRONÍAS EN EL SDRA: VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO

P RODRIGUEZ(1), M SETTEN(1), E GOGNIAT(2), M MADORNO(3), I BONELLI(1), G PLOTNIKOW(4), S FREDERES(5), N TIRIBELLI(6), A RAIMONDI(7), R VALENTINI(1)

(1) Cemic (centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas). (2) Hospital Italiano De Buenos Aires. (3) Instituto Tecnológico De Buenos Aires (itba). (4) Sanatorio Anchorena. (5) Sanatorio Mitre. (6) Cmpfa Churruca Visca. (7) Hospital De Clínicas "José De San Martín".

Introducción: Las asincronías paciente-respirador en el síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA) pueden representar un riesgo, por lo que su detección podría ser importante. En la práctica se utiliza la inspección de curvas de flujo y presión en la vía aérea (F y Paw), siendo un método de referencia aceptado la evaluación de señales de presión esofágica (Pes).

Objetivo: Comparar la detección de asincronías en pacientes con SDRA de un programa con una inspección visual de señales incluyendo la Pes y una evaluación realizada por expertos.

Materiales y Métodos: Se utilizaron señales adquiridas de pacientes ventilados en forma asistida/controlada por flujo, procesadas con

un programa desarrollado con el lenguaje R *project*.

Se utilizaron 780 ciclos obtenidos de 10 archivos de datos de 6 casos para la comparación con Pes. 6 expertos analizaron señales de F y Paw de 800 ciclos obtenidos de 9 de pacientes.

Los expertos y el programa clasificaron cada ciclo como 'normal', 'esfuerzo ineficaz' o 'doble ciclado' (diferenciado en función de si fue gatillado por el paciente primariamente o por gatillado reverso). Se calcularon las concordancias y coeficientes *kappa* del programa con Pes y la opinión mayoritaria de los expertos ('experto').

Resultados: La concordancia fue 97.44% (*kappa*: 0.959) entre Pes y el programa. Entre los expertos esta fue 69.16% (*kappa*: 0.792) y entre el 'experto' y el programa fue 91.75% (*kappa*: 0.868).

Por tipo de diagnóstico, *kappa* resultó:

| Tipo de ciclo | Pes | Experto |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|
| Normal | 0.944 (P<0.001) | 0.840 (P<0.001) |
| Esfuerzo ineficaz | 0.949 (P<0.001) | 0.830 (P<0.001) |
| Doble ciclado (paciente) | 1.000 (P<0.001) | 0.001 (P=0.986) |
| Doble ciclado (gatillado reverso) | 1.000 (P<0.001) | 0.965 (P<0.001) |

Conclusiones: Observamos una excelente concordancia entre la inspección visual de Pes y el programa. El programa se desempeñó en forma comparable a la opinión mayoritaria de los expertos.

0189 CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN Y MODELO PREDICTOR DE MORTALIDAD 1 AÑO DESPUES DE UCI. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

F CARINI(15), AV DAS NEVES(1), CI LOUDET(1), M BUSICO(2), D VILLALBA(3), BUENOS AIRES, M VERONESI(5), A LISCHINSKY(6), D VILLANI ULLA(7), M CARBONI BISSO(8), C CECOTTI(9), LDLA CORZO(10), L VIOLA(11), HR PLÁCIDO DOS SANTOS(12), A RAMOS(13), JP SOTTILE(14), S GIANNASI(15), M LAS HERAS(15), A BONIS(9), N ARAMAYO(9), MC GONZÁLEZ(13), E ESTENSSORO(1)

(1) Higa Gral San Martín. (2) Hospital Municipal De Trauma Y Emergencias Dr Federico Abete. (3) Hospital Municipal Chivilcoy. (4) Buenos Aires. (5) Instituto Fleni. (6) Instituto Ineco. (7) Higa San José. (8) Hospital San Antonio. (9) Higa Mi Pueblo Florencio Varela. (10) Hospital Artemides Zatti. (11) Hospital Español De Mendoza. (12) Hospital De Gastroenterología Bonorino Udaondo. (13) Sanatorio Parque. (14) Hospital Zonal Bariloche. (15) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La internación en la UCI impacta significativamente en la calidad de vida y en la mortalidad a largo plazo. Existen pocos datos en Latinoamérica al respecto.

Objetivos: Analizar datos epidemiológicos y evolución de los pacientes sobrevivientes de UCI hasta 1 año post-alta de UCI

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico nacional en 26 instituciones donde se evaluó una cohorte prospectiva de 320 pacientes que recibieron VM>72 hs desde el 5/3 al 31/8/2014. Se registraron datos epidemiológicos y evolución de los pacientes, para ello se entrevistó al paciente o familia en una evaluación PreUCI (basal) interrogando su estado de salud 1 mes previo a UCI (1) y 3 evaluaciones post alta a los 2, 6 y 12 meses al paciente o familiar vía telefónica/personal. Los datos se muestran según sus características. Se utilizó media±DS, mediana[RI 0.25-0.75] según corresponda. Se compararon sobrevivientes vs. no sobrevivientes. Un valor de p.

Resultados: Se encuentran analizados en la Tabla 1 y 2. Al año, 22% de los pacientes habían fallecido; a una tasa de 15%, 5% y 2% a los 2, 6 y 12 meses.

Los predictores independientes de mortalidad a largo plazo fueron la edad (OR 1.07 [1.04-1.08], p 0.000) y SOFA 24 hs (OR 1.12[1.02-1.23], p 0.013). La calibración y discriminación del modelo fueron adecuadas (Hosmer-Lemeshow 0.407; AUROC 0.79, respectivamente).

Conclusiones:

1. La mayoría de los pacientes fueron hombres de edad media, ingresados al hospital público por causas medicas, 60% con ≥ 1 comorbilidad, y críticamente enfermos acorde a scores scores APACHE II y SOFA elevados.
2. El shock, SRDA e infecciones fueron frecuentes, afectando a la mitad de la población.
3. Las estadías en UCI y Htal fueron prolongadas, y durante la evolución en UCI el 50% sufrió shock y SDRA, y gran parte ARDS y NAV.
4. La mortalidad al año fue del 22%. Ocurrió en forma temprana entre el alta de UCI y los 2 meses. La edad y las disfunciones orgánicas al ingreso fueron los únicos predictores independientes de mortalidad al año.

“El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.”

Referencia 1. Dinglas V, et al. Crit Care Med 2013; 41:9–14.

| EVENTOS EN LA EVOLUCION | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|
| Shock al ingreso | 51% | 49% | 59% | 0.15 |
| Shock evolutivo | 57% | 55% | 63% | 0.27 |
| Días de shock | 3[2-6] | 3[2-5] | 3[2-4] | 0.3 |
| ARDS ingreso | 45% | 48% | 36% | 0.07 |
| Diálisis | 6% | 6% | 7% | 0.66 |
| Abdomen abierto Contenido | 8% | 7% | 9% | 0.73 |
| Craniectomía descompresiva | 9% | 10% | 4% | 0.15 |
| Neumonía asociada a VM | 26% | 29% | 19% | 0.09 |
| Bacteriemia asociada a catéter | 41% | 40% | 43% | 0.71 |
| Días de VM | 10[6-19] | 10[6-19] | 10[6-19] | 0.85 |
| Días de UCI | 16[10-26] | 15[9-24] | 18[11-27] | 0.07 |
| Días de hospital | 29[17-52] | 28[16-52] | 42[21-57] | 0.06 |
| MORTALIDAD | 71(22%) | | | |
| 2 meses | 47(15%) | | | |
| 6 meses | 15(5%) | | | |
| 12 meses | 9(2%) | | | |

0190 EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS, TRAYECTORIAS DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS DE SALUD Y REGRESO AL TRABAJO DURANTE EL PRIMER AÑO DEL ALTA DE UCI. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

E DESCOTTE(1), AV DAS NEVES(2), CI LOUDET(2), M BUSICO(3), D VILLALBA(4), BUENOS AIRES, M VERONESI(6), A LISCHINSKY(7), D VILLANI ULLA(8), A JULIARENA(9), M GRANDIO(10), L KRZISNIK(11), DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, JA DOGLIA(13), G BENAVENT(14), J ALVAREZ(9), T RUIZ JALIL(10), K TENASCZUK(11), DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, P D'ANDREA(11), DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, M COLUCCI(11), DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER, G CORREA(13), E ESTENSOR(2)

- (1) Hospital Británico De Buenos Aires.
- (2) Higa Gral San Martin.
- (3) Hospital Municipal De Trauma Y Emergencias Dr Federico Abete.
- (4) Hospital Municipal Chivilcoy.
- (5) Buenos Aires.
- (6) Instituto Fleni.
- (7) Instituto Ineco.
- (8) Higa San José.
- (9) Hospital Austral.
- (10) Clínica Bazterrica.
- (11) Hospital El Cruce.
- (12) Dr. Néstor Carlos Kirchner.
- (13) Hospital Dr. Carlos Macías.
- (14) Clínica Cemep.

Introducción: Gran número de pacientes sobreviven a UCI con consecuencias que perduran a largo plazo y con impacto negativo en la calidad de vida que determinan consultas y reingresos al sistema de salud, no descriptos aun en Argentina.

Objetivos: Describir y analizar los síntomas percibidos por los pacientes y la trayectoria de utilización de recursos en salud durante el año posterior al alta de UCI.

Metodos: Se realizó un estudio multicéntrico nacional en 26 instituciones. Se evaluó una cohorte prospectiva de 320 pacientes que recibieron VM>72 hs, desde el 5/3 al 31/8/2014. Se realizó un cuestionario de síntomas físicos y neuropsicológicos al paciente o familia preUCI (basal) al momento del alta de UCI en relacion a su estado 1

mes previo al ingreso y 3 evaluaciones post alta a los 2, 6 y 12 meses al paciente o familiar via telefonica/personal (1). Se compararon los datos evolutivos vs. el basal por medio del test de Mc Nemars. Resultados: Las características epidemiológicas y clínicas se presentan en tabla 1 y gráfico 1.

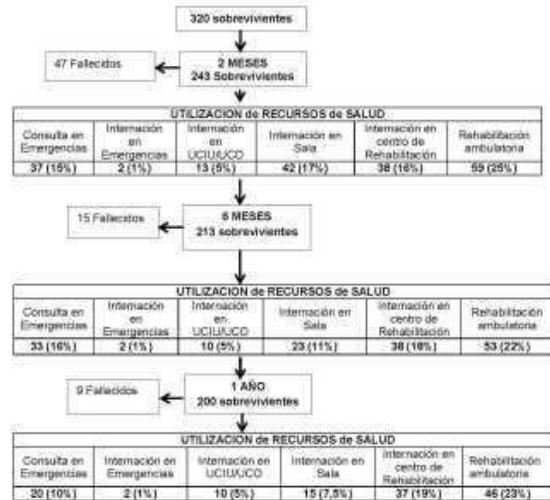
Conclusiones:

1. Aún a los 2 meses del alta, gran parte de los sobrevivientes requirieron asistencia de un cuidador y persistieron con debilidad. Estas condiciones mejoraron significativamente al año, pero 40% no recuperaron la autovalidez, y 27 % permaneció débil.
2. La diferencia de peso entre el basal y los 2 meses fue de 8%, persistiendo una diferencia significativa al año.
3. Los síntomas neuropsicológicos como cambios de humor y pérdida de memoria fueron frecuentes aunque mejoraron con el tiempo. En 1 de cada 3 pacientes persistió a largo plazo.
4. Una proporción significativa de pacientes fue incapaz de retomar el trabajo y estudio al año del alta.
5. Durante el primer año, él 41% consultó al menos 1 vez en emergencias, 35% reingresó a Sala y 15% reingresó a UCI. La necesidad de continuar rehabilitándose al año fue acorde a lo observado en secuelas motrices y neuropsicológicas.

“El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.”

1. Dinglas V. Crit Care Med 2013; 41:9–14

Figura 2. Trayectorias de utilización de recursos de salud



| SINTOMAS | Pre UCI | 2 Meses | 6 meses | 12 Meses | P |
|--|---------|---------|---------|----------|--|
| Necesidad de Cuidador | | 66% | 50% | 39% | 6 m vs 2m: p<0.000 12 m vs 2m: p<0.000 |
| En pareja al alta de UCI y en la evolución | 73% | 73% | 75% | 68% | 2 m vs Pre UCI: p=0.9 6 m vs Pre UCI: p=0.9 12 m vs Pre UCI: p=0.33 |
| Peso | 75±18 | 69±18 | 72±16 | 73±17 | 2 m vs Pre UCI: p<0.000 6 m vs Pre UCI: p<0.000 12 m vs Pre UCI: p<0.001 |
| Foco motor | | 48% | 36% | 33% | 2 m vs 6m: p<0.000 2 m vs 12m: p<0.000 |
| Debilidad | | 53% | 34% | 27% | 6 m vs 2m: p<0.000 12m vs 2m: p<0.000 |
| Cambio de Humor | | 44% | 35% | 35% | 6 m vs 2m: p<0.05 12 m vs 2m: p<0.07 |
| Tratamiento en salud mental | | 24% | 25% | 24% | 6 m vs 2m: p=0.4 12 m vs 2m: p=0.36 |
| Trastornos de memoria | | 40% | 33% | 31% | 6 m vs 2m: p=0.16 12 m vs 2m: p=0.29 |
| Ocupación Trabajo y estudio | 54% | 22% | 31% | 44% | Pre-UCI vs 2 m: p<0.000 Pre-UCI vs 6 m: p<0.000 Pre-UCI vs 12 m: p<0.001 |

0191 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

L SARNO(1), P CASTELLANI(1), S BATLLA(1), G DE LA FUENTE(1), P GARCÍA(1), M SILVA(1), K FIQUEPRÓN(1), K TENACZUK(1)
(1) El Cruce.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) consiste en aplicación de presión positiva en la vía aérea superior otorgando soporte ventilatorio, sin la necesidad de invadir la misma.

La VMNI puede utilizarse como herramienta para evitar la intubación orotraqueal, como prevención, para asegurar el éxito de la extubación, y como rescate ante el fracaso de la extubación.

Objetivos: Registrar la frecuencia del uso de VMNI en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Identificar las diferentes patologías en que se aplica y las variables que pueden influir en los resultados de su implementación.

Se realizó un análisis prospectivo de los pacientes que utilizaron VMNI en UTIP entre el 17/02/2014 y el 13/07/2015.

Resultados: Requhirieron VMNI 64 pacientes, 61% sexo masculino, la edad promedio fue 8 meses (R 1-108), el 39% de los niños eran menores de 4 meses, 94% peso menor a 10Kg.

Diagnósticos predominantes: Cardiológicos (la UTIP cuenta con camas asignadas para postquirúrgicos de cardiopatías congénitas) seguidos por los respiratorios (derivados de los Hospitales de la Red).

El principal motivo de ingreso a VMNI fue prevención de fallo.

La interfase predominante fue cánula nasal (82%).

Requhirieron ventilación invasiva 28 pacientes (43%), la principal causa de fracaso de VMNI fue fallo respiratorio bajo (71%).

Conclusiones: El peso y edad predominante de los pacientes que utilizaron VMNI justifica el mayor uso de interfase nasal, esto conlleva aparejado mayor presencia de fugas y asincronías paciente-respirador, pudiendo influir esto en la tasa de fracasos.

En nuestra casuística la mayoría de los pacientes en que se usó VMNI eran postquirúrgicos de cardiovascular, en estos la VMNI se utiliza inmediatamente luego de la extubación como manera de disminuir el trabajo respiratorio y evitar el fracaso de bomba cardíaca. Sin embargo en un 20% de los mismos se requirió como maniobra de rescate.

Si bien el número de pacientes en los que se intentó el uso de VMNI para evitar la intubación es escaso, (4) en 75% de ellos su uso fracasó, probablemente debido a las características de nuestro sistema en Red y a que al momento del ingreso ya es tarde para la implementación de esta alternativa ventilatoria.

**0192 ENCEFALOPATIA DE WERNICKE EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO**

M CHAVEZ(1), N ADRIAN(1), F PETRO(1), L PEREZ VALEGA(2), L GAROFANI(1), E SIKORA(1), V CUBILLA(1), M QUIROGA(1)
(1) Clínica Privada Monte Grande. (2) Clínica Privada Monte Grande.

Introducción: La encefalopatía de wernicke es un síndrome neurológico reversible causado por un déficit de tiamina. La primer etiología es la alcohólica, sin embargo, puede complicar el 0,1 a 0,5 por ciento de los embarazos con una alta morbilidad. Su reconocimiento puede ser dificultoso y requiere un alto nivel de sospecha fuera de la población de alcohólicos.

Caso clínico: Paciente de 28 años, sin antecedentes patológicos, 19 semanas de gesta, internación previa por hiperemesis gravídica que reingresa por dolor abdominal, vómitos e ictericia con alteración del coagulograma. Ecografía abdominal y colangiografía normal. Serologías para hepatitis virales, EBV, CMV y HIV negativos, toxoplasmosis IGM positivo e IGG negativo sin seroconversión posterior. Desarrolla diplopía, confusión y ataxia ingresando a terapia intensiva con rmn de encefalo sin contraste y punción lumbar sin alteraciones. Evolucionó con cuadriparesia severa y amaurosis bilateral requiriendo asistencia ventilatoria. Nueva RMN de encefalo con contraste con lesiones focales agudas compatibles con encefalopatía de Wernicke. Inicia vitamina B1 y se solicita dosaje en suero.

Progresiva reversion de los deficit neurologicos con recuperacion de la agudeza visual, desvinculacion de avm con recuperacion parcial de la fuerza muscular. Gesta sin complicaciones.

Discusión: La encefalopatía de Wernicke es una enfermedad frecuente dentro de la población de pacientes alcohólicos, pero requiere un alto nivel de sospecha en otras circunstancias clínicas como embarazo y la hiperemesis gravídica. La presencia de la triada clásica (confusión, ataxia y diplopía) asociadas a la lesiones compatibles en la rmn sumado a la respuesta clínica a la administración de complejo b sustentaron el diagnóstico.

Conclusión: Se requiere de una alta sospecha de carencia de vit B1 en paciente embarazadas con hiperemesis gravídica y se requieren estrategia de prevención con suplementación de tiamina en combinación con vitamina B3 y B6 en este grupo de pacientes.

0193 ENCEFALITIS POR DENGUE. REPORTE DE CASO

R GREGORI SABELLI(1), C DOMINGUEZ(1), P SAÚL(1), V CHEDIACK(1), M RODRIGUEZ LLANOS(1), F GIL ZBINDEN(1), C BISPO(1), JM FERNANDEZ(1), JC CHOMYN(1), N CHACON(1), E CUNTO(1), F JANOTA(1), O VILLAR(1), J SAN JUAN(1)
(1) Muñiz.

Introducción: El dengue (DEN) es la principal arbovirosis en la actualidad. Alrededor del 10 % de los pacientes pueden manifestar

alteraciones neurológicas durante o después de la infección, los mecanismos etiopatogénicos no están aclarados totalmente. El estado inmune previo podría explicar la habilidad del virus para invadir el sistema nervioso.

Reporte de caso: Mujer de 20 años sin antecedentes patológicos. Viajó a Paraguay del 12-26/2. Comenzó el 21/2 con fiebre, cefalea y vómitos. Tratamiento sintomático. Empeoró la sintomatología y por letargo fue ingresada en el hospital el 1/3. Trasladada a terapia intensiva (TI) con desorientación temporoespacial, excitación psicomotriz, Glasgow 14/15, sin signos de foco, se realizó tomografía axial computada de cerebro (TAC-C): dentro de límites normales y la punción lumbar que mostró líquido cefalorraquídeo (LCR) con 0,69 mg/dl de proteínas, 63mg/dl de glucorraquia (glucemia 97 mg/dl) y 62 células, predominio mononuclear, inicia tratamiento con aciclovir 30 mg/k/día. No presentó alteraciones en el hemograma. Test de embarazo y HIV no reactivo. Se detectó anticuerpos IgM para DEN en plasma y LCR, antígeno NS1 negativo, neurovirus, micobacterias y micológicos negativos en LCR. A las 72 horas evolución con mejoría neurológica. Al séptimo día alta a sala general.

Discusión: El espectro clínico del DEN es variable: encefalitis, encefalopatías, convulsiones, polineuropatías, mielitis transversa, meningitis, parálisis flácida, parálisis de pares craneales, pérdida de memoria a corto plazo, herniación de amígdalas cerebrosas. El compromiso neurológico puede ocurrir con cualquier serotipo. La encefalopatía es la manifestación neurológica más común. La encefalitis se caracteriza por deterioro del sensorio, alteraciones fisicoquímicas del LCR, evidencia de presencia viral en LCR (ELISA IgM, antígeno NS1 o PCR positivas) sin detección de otro patógeno. La resonancia magnética nuclear no muestra alteraciones. Las manifestaciones neurológicas se asocian con alta tasa de mortalidad y/o secuelas.

Conclusión: Se presenta el caso por la necesidad de implementar en el algoritmo diagnóstico de encefalitis, la búsqueda activa de anticuerpos, antígeno o ARN viral en el LCR en pacientes con sospecha epidemiológica. Esta conducta podría orientar el manejo clínico, favorecer una atención adecuada y disminuir pacientes con secuelas motoras o sensitivas asociadas a la infección por DEN.

0194 USO DE BACLOFENO INTRATECAL EN TÉTANOS. REPORTE DE CASO

C DOMINGUEZ(1), V CHEDIACK(1), P SAÚL(1), R GREGORI SABELLI(1), E CUNTO(1), MDLM NANO(1), E CORTEZ(1), S CACERES(1), L GONZALEZ(1), P VELASQUEZ LOPEZ(1), AM VERA SANCHEZ(1), JJ VIDELA(1), E MOON(1), JC CHOMYN(1), G MAMMOLITI(1), O VILLAR(1), J SAN JUAN(1)
(1) Muñiz.

Introducción: A disminuido la incidencia de tétanos pero continúa siendo una amenaza. El mecanismo de acción de la toxina es el bloqueo presináptico de liberación de neurotransmisores inhibitorios GABA y glicina. El tratamiento es debridamiento de herida, antibióticos, neutralización de toxina circulante y control de síntomas (rigidez, espasmos y disautonomías). En casos graves los paroxismos son dolorosos y comprometen la ventilación, requiriendo altas dosis de medicación.

El baclofeno es un agonista del receptor GABA-B, tiene escasa penetración de la barrera hematoencefálica, la administración intratecal demostró ser eficaz para el control de los espasmos graves en tétanos.

Caso clínico: Varón de 13 años, sin antecedentes patológicos, sin vacunación antitetánica. Presenta herida contuso-cortante en escroto, se indica sutura, antibióticos y no recibe vacuna antitetánica. Evoluciona en 5 días con dolor y contractura abdominal, se realiza laparotomía exploradora por abdomen agudo, constatándose absceso de pared en flanco izquierdo, extendido a región inguino-escrotal, se debrida hallando cuerpo extraño (tela). A las 12 hs se instala contractura generalizada, trismus e insuficiencia ventilatoria. Con diagnóstico de tétanos agudo se deriva a terapia intensiva.

Se realiza traqueostomía, debridamiento de heridas, antibióticos, gamaglobulina endovenosa y local. Para sedación y control de las contracturas y paroxismos recibe diazepam 380 mg/día, morfina 40 mg/día, clorpromazina 50 mg/día, prometazina 50 mg/día, sulfato de magnesio 50 g/día (7 días) y pancuronio 56 mg/día con escaso control de paroxismos y difícil manejo ventilatorio. Se decide administrar baclofeno intratecal, 4 dosis en forma de bolo de 2 mg por dosis, obteniéndose control de paroxismos, descenso de medicación y destete de ventilación mecánica a 6 días de última dosis. Alta 30 días del ingreso.

Discusión y conclusión: La administración de baclofeno intratecal constituye un avance para el tratamiento de formas graves de tétanos con paroxismos, difíciles de controlar con medicación sedante y relajantes musculares. Permite reducir dicha medicación en forma temprana, la ventilación mecánica y las complicaciones asociadas. Requiere la colocación de catéter intratecal con reservorio para entrega de medicación; muchas veces inaccesible por recursos limitados. La utilización de su administración en forma de bolos es una opción efectiva cuando no se cuenta con medios adecuados.

0195 CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO LUEGO DE UCI Y SUS PREDICTORES. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

A DAS NEVES(1), CI LOUDET(2), M BUSICO(3), D VILLANI ULLA(4), DN VÁSQUEZ(5), M EMERICH(6), G PLOTNIKOW(5), A DÍAZ(7), R HERNANDEZ(8), AL GONZÁLEZ, MC MARCHE-NA, S NIETO RAMIREZ, L CARRERAS(5), F POCHETTINO(7), H GIANINETTO(7), S NIEVA(7), J ALFAGEME(3), R VISINTIN(9), MC ORLANDI(8), E ESTENSSORO

(1) Higa San Martín. (2) Higa Gral San Martín. (3) Hospital Municipal De Trauma Y Emergencias Dr Federico Abete. (4) Hospital San José. (5) Sanatorio Anchorena. (6) Sanatorio Güemes. (7) Hospital Misericordia. (8) Hospital Francisco López Lima. (9) Higa San José.

Introducción: El impacto de la enfermedad crítica a largo plazo, sus secuelas y determinantes han sido escasamente estudiados en Latinoamérica.

Objetivos: Describir el impacto de la enfermedad crítica en la calidad de vida expresada por el EuroQol 5D (EQ-5D) y determinar los predictores asociados.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico donde se evaluó una cohorte prospectiva de pacientes que recibieron VM > 72 hs desde el 5/3-31/8/2014. Durante los primeros 28 días de VM se recolectaron datos epidemiológicos del paciente, eventos y se evaluó la calidad de vida PreUCI. Se realizaron entrevistas a los 2, 6 y 12 meses post-alta, en que se completó el cuestionario EQ-5D(EQ-EVA y EQ-Index) y otro sobre síntomas físicos y neuropsicológicos. Se realizó análisis longitudinal para evaluar el efecto del tiempo en el EQ-Index y ajustando para covariables importantes, por medio de un modelo marginal de estimación de ecuaciones generalizadas.

Resultados: Se reclutaron 320 pacientes en 26 centros. La evolución de las dimensiones del EQ 5D, EQ-EVA y EQ-Index se muestran a continuación.

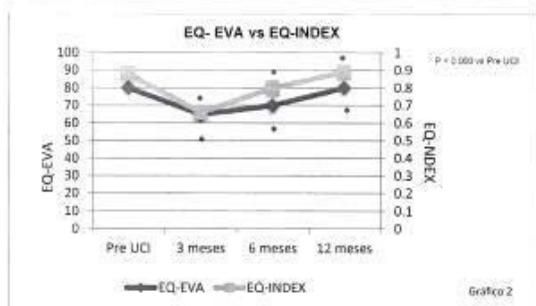
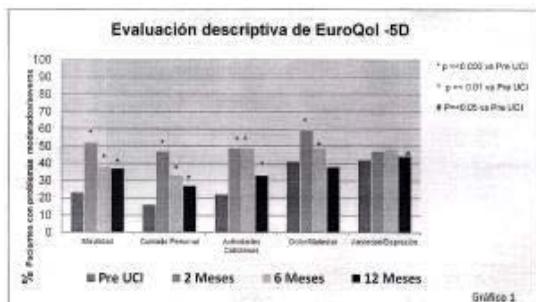
Solo el paso del tiempo y un mayor Glasgow de ingreso son beneficiosos para la recuperación de la calidad de vida, mientras que los predictores independientes del deterioro de fueron los mayores días de VM, la edad y la presencia de debilidad 6 meses. Los datos se muestran a continuación.

Conclusiones:

1. Los pacientes sufren consecuencias a largo plazo que afectan la calidad de vida en todos sus dominios, que aunque mejoran en el tiempo persisten con deterioro significativo al año. El mayor deterioro se encuentra en la movilidad, actividades cotidianas y cuidado personal, afectando a 1 de cada 3 sobrevivientes.
2. La prevalencia de dolor, ansiedad y depresión es alta desde antes del ingreso a UCI, agravado por la enfermedad crítica, donde el 40% padece estos trastornos aun 1 año después de UCI.

3. El paso del tiempo y un mayor Glasgow de ingreso se asocian a una mejor calidad de vida al año, en tanto que la mayor duración de la VM, la edad y la presencia de debilidad se asocian a deterioro "El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva."

| Variable | Coficiente | p |
|--------------------|------------|-------|
| Tiempo | .0047643 | 0.032 |
| Glasgow al ingreso | .0085891 | 0.005 |
| Edad | -.0027724 | 0.000 |
| Días de VM | -.0000893 | 0.014 |
| Debilidad 6 meses | -.1474682 | 0.000 |



0196 MUERTE SUBITA REANIMADA

R MARCELLO(1), L CICCIO(1), J THOMAS(1), J MANAZZO-NI(1), P MACCARONE(1), M MIGUEL(2), M LOUGE(1), R SUASNABAR(1)

(1) Clínica Del Corazon. (2) Clínica El Corazon.

Introducción: En Argentina ocurren aproximadamente 30.000 casos de Muerte Súbita cardíaca, del cual solo el 5% llega con vida a una institución médica. El 85% de los casos, corresponde a eventos de fibrilación ventricular secundario a cardiopatía isquémica. La celeridad en la asistencia tanto prehospitalaria como hospitalaria podría mejorar estas estadísticas.

Objetivo: Evaluar la etiología y evolución de los pacientes con muerte súbita reanimada en el contexto extrahospitalario.

Material y Método: Presentamos un reporte de casos de muerte súbita reanimada, asistidos en nuestra ciudad durante el año 2015. 8 pacientes (7 varones y 1 mujer) entre 27 y 81 años, padeció de muerte súbita en el ámbito extrahospitalario de los cuales, 4 de ellos recibieron asistencia con compresiones torácicas de manera inmediata por un testigo circunstancial y luego trasladados a nuestro establecimiento en forma primaria, o secundaria por traslado en ambulancia desde otras instituciones.

Resultado: Teniendo en cuenta que hasta un 85 % de los casos corresponden a enfermedad aterosclerótica y que clínicamente es una de las formas de presentación de los Síndromes Coronarios Agudos, se realizó intervención coronaria percutánea en nuestro

Centro a la totalidad de los pacientes, con un tiempo promedio "puerta – balón " de 50 minutos. Se estimó el tiempo promedio entre el evento padecido presenciado y el primer contacto médico de unos 15 minutos. en 7 de los 8 pacientes se confirmó que la etiología fué un evento coronario agudo, procediéndose de urgencia con angioplastia primaria mas implante de stent al vaso responsable del infarto. El paciente restante , varón de 27 años presentó arterias coronarias normales y se constató portador de Miocardiopatía hipertrófica. A la fecha actual, 7 de los pacientes fueron dados de alta y continúan seguimiento, 1 de ellos falleció al cuarto día en estado de shock cardiogénico refractario.

Conclusiones: En nuestro reporte, las estadísticas etiológicas se corresponden con las descriptas a nivel mundial. Los pacientes que recibieron asistencia con compresiones torácicas inmediatas, sumado a un tiempo óptimo "puerta-balón", fué determinante en limitar el tamaño del infarto y disminuir la mortalidad.

0197 EVOLUCION DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN CATEGORIAS DIAGNOSTICAS. ESTUDIO CAVIUCI (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA LUEGO DE UCI EN ARGENTINA)

FJ LÓPEZ(1), AV DAS NEVES(2), M BUSICO(3), CI LOUDET(2), MG SAENZ, A LISCHINSKY(4), L BENITO MORI(5), AI TAPIA(6), M CAMARGO(7), R LOPEZ(8), P JACINTHO(5), G SEGUÍ(5), L GARCIA(7), J FUNEZ(7), A SOSA(7), L FRANCO(7), V CUELLAR(8), G FERNÁNDEZ(8), J LASSAGA(9), E ESTENSSORO (1) Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga. (2) Higa Gral San Martin. (3) Hospital Municipal De Trauma Y Emergencias Dr Federico Abete. (4) Instituto Ineco. (5) Higa Prof. Dr. Luis Güemes. (6) Hospital Domingo Funes. (7) Hospital San Luis. (8) Clínica Pueyrredon. (9) Hospital San José.

Introducción: La enfermedad crítica afecta negativamente en la calidad de vida, con distinto impacto en algunas poblaciones de pacientes críticos, el mayor deterioro se observa en pacientes con SDRA, sepsis, ventilación mecánica prolongada y trauma.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la calidad de vida (EQ-EVA y EQ-INDEX) en las categorías diagnósticas de ingreso a UCI: médico, quirúrgico de urgencia, quirúrgico programado , trauma y TEC.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico nacional en 26 instituciones donde se evaluó una cohorte prospectiva de 320 pacientes que recibieron VM>72 hs desde el 5/3 al 31/8/2014. Se realizó el EuroQol-5D en una entrevista PreUCI (basal)(1) donde se interrogó al paciente o familiar sobre la calidad de vida 1 mes previo al ingreso a UCI; y a los 2, 6 y 12 meses post-alta se entrevistó al paciente o familiar via telefonica o personal. Los datos se muestran como mediana [0.25-0.75]. Las comparaciones se hicieron contra el valor PreUCI, por medio del test de rangos de Wilcoxon. Un valor de p<.05 se consideró significativo.

Resultados: Se muestran en el siguiente grafico en el cual se muestran los resultados de las 4 evaluaciones de calidad de vida realizadas en 1 año, expresadas por medio de EQ-EVA y EQ-INDEX.1.

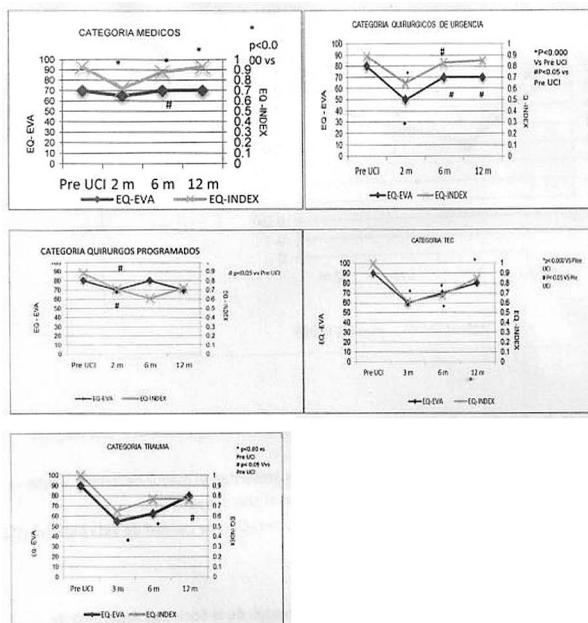
Conclusiones:

- 1.La calidad de vida después de UCI sufre un deterioro inicial significativo y una mejoría posterior entre los 6 y 12 meses.
2. Los pacientes con diagnóstico de TEC son quienes presentan el mayor deterioro y este continua siendo estadísticamente significativo aún al año después UCI.
3. En general se observa una concordancia entre la valoración de calidad de vida objetiva (EQ Index) y subjetiva (EQ-EVA).

"El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva."

1.Dinglas V. Quality of Life Before Intensive Care Using EQ-5D: Patient Versus Proxy Responses. Crit Care Med 2013; 41:9-14

Resúmenes



0198 ECOGRAFÍA PULMONAR EN TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO DE CONCORDANCIA.

X BENAVENTE MERCADO(1), J ANGULO(1), H VILLARROEL(1), MC FARIAS(1), C RIVERA(1), V BRUNETTI(1), M WILLIG(1), B SIERRA(1), F CLAUDIO(1), P CENTENO(1), G IZZO(1)

(1) Simplemente Evita.

Introducción: Es amplio el uso de la ecografía en los cuidados críticos y las áreas de emergencia. Sin embargo, la ecografía pulmonar no está ampliamente difundida.

Objetivos: Comparar dos métodos diagnósticos: ecografía pulmonar y radiografía de tórax en pacientes ingresados a Terapia Intensiva.

Material y métodos: Se realizó un estudio de concordancia. Se incluyeron pacientes ingresados a la Terapia Intensiva del Hospital Simplemente Evita de La Matanza en el período de agosto 2015 hasta enero 2016. Se incluyeron solo los pacientes que ingresaron en ARM por cualquier causa. A todos los pacientes se les practicó una ecografía pulmonar al ingreso, previo a la radiografía de rutina, se registraron los resultados según el patrón predominante por sector (líneas A, B, síndrome de condensación pulmonar o derrame) y se informaron a los médicos de guardia. Se midió si la ecografía había generado algún cambio diagnóstico (orientación, solicitud de más estudios, evitar algún estudio) o terapéutico (detener o adicionar algún tratamiento, adicionar alguna intervención, continuar seguimiento con ecografía). Las ecografías se realizaron con un ecógrafo Sonosite®. Las ecografías fueron realizadas por personal con entrenamiento básico en ecografía pulmonar. La radiografía fue analizada por un observador ciego, se caracterizaron como: normal, patrón intersticial, patrón alveolar y derrame. Se analizaron los datos con Software InfoStat (version 2013), Software R y paquete irr y ordinal: R Core Team (2014).

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, edad promedio 42 años, 29 sexo femenino, el Apache promedio 17. Se analizaron los datos por cuadrantes, se encontró asociación significativa entre el resultado de la ecografía pulmonar y el resultado de la radiografía pulmonar ($p < 0,0001$). Se realizó estudio de concordancia, hallándose que la concordancia entre los métodos es considerable (Coeficiente kappa de Cohen $\kappa = 0,632$, coeficiente de Kendall $W = 0,847$, $p < 0,0001$). No se encontró relación entre el resultado de la ecografía y el motivo de ingreso, edad o sexo. El resultado de la ecografía no se asoció a ninguna de las variables de impacto diagnóstico (Chi cuadrado $p = 0,13$). Si se encontró asociación entre

el resultado de la ecografía y las variables de impacto terapéutico (Chi cuadrado $p = 0,01$).

Conclusión: En nuestra muestra, existe concordancia entre los resultados de la ecografía pulmonar y la radiografía de tórax al ingreso, con una buena concordancia para el patrón alveolar, intersticial y normal, no así como para los derrames. También se encontró asociación para las variables de impacto terapéutico.

0199 EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD, DÍAS DE INTERNACIÓN Y ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

J VALLEJOS(1), MG RODRIGUEZ-ALVAREZ(1), F CARVAJAL(1), S BERTOZZI(1), A TAMAYO(1), G RODA(1), M RIELLO(1), S RESSEL(1), H COLLAZOS(1), A BAIRACLIOTI(1), E AVELLANEDA(1), N NACCARELLI(1), G VANDAELE(1), MG IURMAN(1), W VIDETTA(1), M WILCHES(1), B FERNANDEZ(1), J MORALES(1), R GARNICA(1), W VELIZ(1), O FLORES(1), Y MELGAR(1), J ALBARRACIN(1), A SAENZ(1)
(1) Eva Perón De Merlo.

Introducción: Los avances en el tratamiento de los pacientes críticos y los equipos interdisciplinarios permiten mejores resultados (1). Una herramienta de gran relevancia es la implementación de kinesioterapia respiratoria. Existen pocos estudios que evidencien la efectividad de su implementación (2).

Objetivo: Analizar el efecto de la aplicación de un protocolo de kinesioterapia respiratoria con disponibilidad de kinesiólogos 6 horas/d versus 24 horas/d, sobre la estadia en UTI, días de ARM y mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo y observacional. Se revisaron historias clínicas de dos periodos similares; Junio-Agosto 2014 (kinesiólogos 6 horas/día - Grupo A) versus Junio-Agosto 2015 (24 horas/día - Grupo B). El equipamiento tecnológico, número de médicos y enfermeras por cama y medicación utilizada fue similar en ambos periodos. Criterios de exclusión: < 18 años, puérperas, enfermedad terminal, ARM < 24 horas y negativa de consentimiento. Se registró APACHE II, SOFA, permanencia en UTI (días), permanencia en ARM (días), sobrevida (cantidad de pacientes dados de alta de la UTI y/o trasladado a otro centro). Se aplicó método de varianza no paramétrico de Kruskal Wallis para el análisis de permanencia en UTI y días de ARM, el método de Kaplan Mayer para diferencia en la supervivencia desde el ingreso y Chi cuadrado de Pearson para el análisis de mortalidad. Software Infostat versión 2016 (3).

Resultados: Se revisaron 123 historias clínicas, 90 (73%) fueron estudiadas. Grupo A versus Grupo B: 66,6% vs 57,7% de hombres, edad promedio 57 años (DE: 16,82) vs 54 (DE: 11,1) años, APACHE II 24,91 (DE: 8,71) vs 26,76 (DE: 9,4), SOFA promedio: 8,44 (DE 4,17) vs 9,11 (DE 3,79). Permanencia en UTI Grupo A; 15,36 días (DE: 11,3) vs Grupo B 16,49 días (DE: 15,72); días de ARM 14,18 (DE: 11,1) vs 12,02 (DE: 10,39), mortalidad 37% vs 25%, respectivamente.

La disponibilidad de kinesiólogos/24 horas no tuvo efecto sobre la permanencia de los pacientes en UTI (H: 0,1; $p = 0,75$), ni en los días de ARM (H: 1,24; $p = 0,26$), si en la reducción de la mortalidad, 37 versus 25% ($p < 0,01$).

Conclusión: Se demostró una reducción significativa de la mortalidad al 25%. Se requiere realizar más estudios.

0200 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE MONORENO. PRESENTACION DE CASO

MA FLORES MONTES(1), HOSPITAL F. MUÑIZ, A TORRES(1), G IZZO(1)

(1) Hgza "Simplemente Evita". (2) Hospital F. Muñiz. (3) Hgza "Simplemente Evita".

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una infección necrotizante del parénquima renal y estructuras asociadas, que afecta especialmente a pacientes diabéticos.

Patología poco frecuente que se asocia a la proliferación de bacterias formadoras de gas 60% *E. coli* 39%, *K. pneumoniae*, 29% *P. mirabilis*, *Acinetobacter* sp y *C. albicans* en menor medida. La mortalidad llega al 80% en contexto de shock séptico y síndrome de disfunción multiorgánica a pesar del tratamiento agresivo. El mismo debe ser quirúrgico, ya sea percutáneo o llegar a la nefrectomía radical. Para su diagnóstico es de elección la tomografía computada, que nos permite diagnóstico de certeza.

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedentes de diabetes tipo II, hipertensión arterial, miocardiopatía dilatada, mono renal secundario a nefrectomía derecha por riñón poliquistico y renal crónico no dialítico. Internación previa por TEC simple donde por lesión ureteral se realizó talla vesical 30 días previos al ingreso. Ingresó por falla renal con criterios de diálisis. En contexto de urosepsis. Se dializa. Urocultivo y hemocultivos: *K. pneumoniae*

Paciente refiere dolor en flanco izquierdo desde una semana previa al ingreso. TC abdomen muestra gas en grasa perirrenal de riñón izquierdo. Urología decide realizar drenaje percutáneo bajo guía tomográfica. Drenaje de gas y líquido purulento, cultivo positivo a *klebsiella pneumoniae*. Buena evolución y recuperación paulatina de la función renal, TC control con drenajes percutáneos en celda renal izquierda sin gas ni colecciones. Se retiran drenajes a las dos semanas por buena evolución.

Pasa clínica médica donde se suspende la diálisis por mejoría de parámetros ureicos y se externa sin necesidad de diálisis. **Discusión:** Si bien la nefrectomía radical es el tratamiento de elección, en casos particulares como este, se ha comprobado que disminuye la morbi-mortalidad a corto plazo y generando incluso una mejoría en la función renal en cortos periodos de tiempo. **Conclusión:** Esta es una patología de mortalidad elevada que se presenta con síntomas cardinales como el dolor en flanco y deterioro de función renal. Debe pensarse en pacientes diabéticos y mujeres. Es de fácil diagnóstico por tomografía pero donde generalmente la ecografía no es de ayuda. Ser inicialmente agresivo con el tratamiento médico y quirúrgico mejora notablemente la morbi-mortalidad a corto plazo.

0201 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN LA MORTALIDAD

MA FLORES MONTES(1), HZGA "SIMPLEMENTE EVITA", HOSPITAL ESPAÑOL, D DOMINGUEZ(1), M CIESLIKOVSKI(1), I PRIETO(1), N DE GRAZIA(1), A RODRIGUEZ(1), N LISTA(1), E DI VIRGILIO(1), L DE VEDIA(1), JC CISNEROS(1), R PRIETO(1) (1) Hospital Muñiz. (2) HZGA "simplemente Evita". (3) Hospital Español. (4) Hospital Muñiz.

Introducción: Se estima que el 10% de los episodios de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) debe ser admitido en unidades de cuidados intensivos (UTI). La presencia de ciertas comorbilidades o condiciones clínicas subyacentes no solo aumenta el riesgo de padecer una NAC, sino también incrementa la mortalidad.

Objetivo: Analizar el impacto de las comorbilidades o condiciones clínicas subyacentes más frecuentemente asociadas con NAC sobre la mortalidad en una cohorte de pacientes ingresados en una UTI. **Material y métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva todos los episodios de NAC ingresados en una UTI entre los años 2000 y 2015. Se consideraron las comorbilidades más frecuentes para realizar un análisis de regresión logística y determinar su impacto sobre la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 806 episodios de NAC. El promedio de edad fue de $42,8 \pm 14,9$ años. El 58,8% de los pacientes era de sexo masculino (474/806). Las comorbilidades o condiciones clínicas subyacentes más frecuentes fueron HIV (340 pacientes, 42,2%), EPOC (69 pacientes, 8,6%), cirrosis/enolismo (68 pacientes, 8,4%), edad mayor a 65 años (68 pacientes, 8,4%), diabetes (31 pacientes, 3,8%), insuficiencia cardíaca (23 pacientes, 2,9%) y cáncer (24 pacientes,

2,7%). En el análisis de regresión logística se observó que tuvieron mayor asociación con mortalidad la infección por HIV (OR 2.23, IC 95% 1.44-3.45) y la cirrosis (OR 3.30, IC 95% 1.85-5.91). Solo se pudo contar con un recuento de CD4+ actualizado en el 57% de los pacientes con infección por HIV (194/340). Los sujetos con recuento de CD4+ inferior a 200 cel/mm³ tuvieron mayor asociación con mortalidad (6,6% [24/144], OR 1.73, IC 95% 1.04-2.86) en comparación con aquellos que tenían igual o más de 200 cel/mm³ (6% [3/50], IC 0.46, IC 95% 0.14-1.51). El resto de las comorbilidades no se asoció con tasas de mortalidad significativamente superiores.

Conclusión: En pacientes con NAC graves ingresados en UTI, la presencia de infección por HIV, en especial si el recuento de CD4+ es inferior a 200 cel/mm³, y de cirrosis se asoció con mayor riesgo de mortalidad.

0202 PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ENCEFALITIS DE SAN LUIS EN EL ÁREA METROPOLITANA BUENOS AIRES

MA FLORES MONTES(1), HZGA "SIMPLEMENTE EVITA", HOSPITAL ESPAÑOL, D DOMINGUEZ(1), M CIESLIKOVSKI(1), I PRIETO(1), E DI VIRGILIO(1), G POUSTIS(1), L DE VEDIA(1), JC CISNEROS(1), R PRIETO(1), A SEIJO(1) (1) Hospital Muñiz. (2) HZGA "simplemente Evita". (3) Hospital Español. (4) Hospital Muñiz.

Introducción: La circulación del virus de la encefalitis de San Luis (ESL) ha sido descrita en la Argentina a partir del año 1963. En el año 2005, en la provincia de Córdoba se comunicó un brote de 48 casos confirmados, de los cuales 8 resultaron fatales. En el año 2011 fue comunicado un brote de ESL en el Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA), con un total de 13 casos registrados, con dos distintas formas de presentación: una con compromiso del sistema nervioso central y otra con un síndrome febril indiferenciado. Se considera importante jerarquizar esta enfermedad que puede representar un riesgo epidémico potencial en diversas regiones de la Argentina.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, de 41 años de edad, que ingresó con cuadro de deterioro del sensorio. Presentó una convulsión generalizada, seguida de excitación psicomotriz y síndrome confusional, por lo que fue hospitalizado. Se realizó PL, la que muestra aumento de proteínas (0,71 g/L) y células (16/mm³, 80% MN), con glucorraquia conservada. Con diagnóstico presuntivo de meningitis tuberculosa vs encefalitis herpética se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, aciclovir, 4 drogas antifúngicas (I-R-E-P) y corticoesteroides. Requiere ventilación mecánica (VM) por deterioro del sensorio (score de Glasgow <8). Se confirma el diagnóstico de ESL, por IgM + en LCR y suero. Los cultivos de LCR para bacterias y BAAR fueron negativos, al igual que las PCR para herpes virus. Se suspenden los tratamientos instituidos previamente. Evolución con mejoría del sensorio, extubación tras 12 días de VM y neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter baumannii*, por lo que recibió tratamiento con colistin. TAC de cerebro y RMN normales. HIV no reactivo. Es externado tras 22 días, con recuperación completa.

Conclusion: Se considera relevante destacar casos como el presentado, los cuales deben llamar la atención de los médicos que asisten pacientes en salas de urgencias, a fin de considerar a la ESL como una posible etiología en sujetos con compromiso neurológico infeccioso.

0203 A PROPOSITO DE UN CASO : SME DE DISCINESIA APICAL: TAKOTSUBO

E SIMES(1), S MERCADO(1), A ULIARTE(1), J MOLGARA ZARRANZ(1), F OLIVERA(1), L GUILLEN(1) (1) Incor.

Introducción: El Sme de Takotsubo o discinesia apical transitoria, es una miocardiopatía que cursa con insuficiencia cardíaca, de grados variables de disfunción ventricular reversible. Asociada al estrés,

con la particularidad de no presentar lesiones significativas en la cinecoronariografía, se semeja a un sme coronario agudo en el ECG y biomarcadores positivos.

Caso clínico: Pte de 59 años app diabetes, miastenia gravis, el cual ingresa a uti por presentar crisis miasténica, con trastornos deglutorios y disnea grado III, el se reazan pulsos de metilprednisolona ev, inmunoglobulinas ev, donde al 3 día de internación incrementa su disnea acompañado de hipoxemia y presenta cambios electrocardiográficos con supra st en v1 a v4 con posterior T negativa e inestabilidad hemodinámica y aumento de troponina sérica a 1,7 ngr/dl. Ecocardiograma que muestra dilatación de cavidades cardíacas con disfunción apical ("aneurisma"), en ese momento se decide realizar CGG de urgencia donde muestra coronarias sin lesiones significativas. El paciente evoluciona en ARM, se estabilizan sus tensiones arteriales paulatinamente, se logra destete luego de aumentar dosis de piridostigmina y se realizan ecocardiogramas de control evolutivo donde la función ventricular izquierda fue en sustancial mejoría con los días.

Conclusiones: Con el correr de los años los registros de esta miocardiopatía fue en aumento a medida que se fue reconociendo. El 85 % se producen por un alto nivel de estrés emocional o físico. Presentamos este típico caso de sme de takotsubo dado a la creciente porcentajes de pacientes que sufren este síndrome, donde en nuestro medio también fue en aumento el número de casos, para tener rápidamente un diagnóstico preciso y tratar de realizar el soporte hemodinámico adecuado en el paciente.



0204 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN. PRESENTACIÓN DE CASO

S SOLI(1), G GUSMAROLI(1), M LOTORTO(1), D BOLZICCO(1), E VERA(1), M ALMADA(1), V CLAIRÓN(1), M DRUETTA(1), P URBINATI(1), D DIAZ(1), G BUGNI(1), U MONTESERIN(1), J MARTINEL LAMAS(1), D ROVIRA(1)
(1) Los Alerces.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes son un desafío para el equipo médico en la Terapia Intensiva. Representan un grupo heterogéneo de entidades. La principal causa de admisión de estos pacientes es el compromiso respiratorio, presentando elevada mortalidad.

Caso clínico: Mujer, 17 años, antecedentes de púrpura en miembros inferiores y anemia con requerimientos transfusionales, ingresó por cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se constató hemorragia alveolar y oligoanuria. En laboratorio: anemia severa, insuficiencia renal, acidosis metabólica, PAFIO2 138. En sedimento urinario: hemáties, cilindros hialinos y granulados. Radiografía de tórax: infiltrados bilaterales difusos. Laboratorio inmunológico: C3 disminuido, ANCAp + 1/80. Se realizó metilprednisolona EV en pulsos por 3 días, hemodiálisis, prednisona 1mg/kg, plasmaféresis y ciclofosfamida EV. Pasó a sala general, complicó con cuadro neurológico interpretado como vasculitis del SNC. Se diagnosticó poliangeítis microscópica (PAM). Con buena evolución, se dio alta institucional.

Discusión: El síndrome pulmón-riñón (SPR) se caracteriza por la combinación de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis (GN). Las vasculitis primarias asociadas a ANCA son la causa más común. Otras vasculitis y el lupus eritematoso sistémico, son menos frecuentes. La PAM es una vasculitis sistémica de vasos pequeños. La GN necrotizante está presente en casi todos los casos. La afectación pulmonar ocurre en el 30% de los pacientes, su forma de presentación más frecuente es la HAD, hasta un 50% requiere ventilación mecánica. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, radiológicos, de laboratorio e histológicos. Este último, es el método

diagnóstico de certeza pero de difícil realización en pacientes críticos. El tratamiento convencional consiste en glucocorticoides a altas dosis y ciclofosfamida, en casos de compromiso vital, dos recursos terapéuticos que pueden contribuir a conseguir un control más rápido y completo de la enfermedad: la plasmaféresis y dosis elevadas de inmunoglobulinas intravenosas.

Conclusión: En estos pacientes es difícil hacer el diagnóstico de la enfermedad autoinmune subyacente o diferenciarlo de complicaciones infecciosas. El reconocimiento precoz permite realizar un tratamiento oportuno mejorando el pronóstico y la calidad de vida.

0205 ULTRASONOGRAFÍA CEREBRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA

F TAMAGNONE(1), LM LOBO(2)

(1) Rivadavia. (2) Militar De Campo De Mayo.

Introducción: El diagnóstico de muerte encefálica requiere un método diagnóstico complementario para confirmarla. El electroencefalograma (EEG) es el estudio de primera elección. El Doppler transcraneal (DTC) y el Duplex transcraneal color codificado (DTCC) son una alternativa al EEG en pacientes con drogas depresoras. Ambos evalúan flujo cerebral y pueden evidenciar paro circulatorio cerebral, confirmando el diagnóstico de muerte encefálica.

Objetivos:

- 1- Evaluar la utilidad del DTC/DTCC en el diagnóstico de muerte encefálica.
- 2- Determinar si la presencia de equipos de DTC/DTCC en las unidades de cuidados críticos (UCC) mejora el proceso diagnóstico.
- 3- Determinar la reducción del tiempo de diagnóstico de muerte encefálica.

Metodología y métodos: Se realizó estudio prospectivo, observacional, para evaluar la utilidad del DTC y el DTCC en el diagnóstico de muerte encefálica. Se realizó DTC/DTCC siguiendo protocolo de diagnóstico de muerte encefálica del INCUCAI. Se realizó análisis descriptivo y se compararon las UCC que contaban con equipos de DTC/DTCC con los que no, en relación a poder lograr el diagnóstico de muerte encefálica. Las variables continuas se expresaron como Mediana (Min - Max) y las variables categóricas como porcentajes. La asociación entre las variables categóricas se evaluó con el estadístico CHI cuadrado, o la prueba exacta de Fisher en caso de que hubiera un recuento de esperados menor a 5 en al menos una casilla. Se estableció una significancia estadística de $p < 0.005$.

Resultados: Se realizó DTC/DTCC a 44 pacientes con sospecha clínica de muerte encefálica, de 34.5 (1-82) años, siendo el 45.5% mujeres. Se pudo hacer diagnóstico de muerte encefálica en la mitad de los pacientes, y si bien solo el 41% de las UCC contaba con DTC/DTCC, en estas UCC se hizo casi 8 veces más diagnóstico, (OR 7.9 IC95% 1.9-31.6, $p=0.004$) que en la UCC que no lo tenían disponible. De los pacientes que no pudieron ser diagnosticados, el 69.2% pertenecían a UCC que no contaban con DTC/DTCC ($p=0.002$). Se redujo el tiempo de diagnóstico más de 12 horas en las UCC que contaban con DTC/DTCC (72.2% vs 26.9%, $p=0.003$).

Conclusión: Contar con equipos para realizar DTC/DTCC en UCC aumenta la posibilidad de diagnóstico de muerte encefálica y disminuye los tiempos al mismo.



0206 FACTORES QUE AFECTAN LA MORTALIDAD DE PACIENTES TRAUMATIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

P LORANT(1), H CANALES(1), E ESTENSSORO(1), M RECALDE(1), A PASSARELLI(1), L CHOQUE(1), J CONDE(1), R FERNANDEZ(1), F CAMINOS EGUILLOR(1), S BARRIOS(1), F COLAZO(1), S DE OTAZUE(1), R REINA(1), C MARCHENA(1), G SAENZ(1), C LOUDET(1), L CABILLON(2)

(1) San Martín. (2) Hospital San Martín La Plata.

Objetivo: Evaluar los factores que afectan la mortalidad de los pacientes traumatizados que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Todos los pacientes admitidos a una UCI médico-quirúrgica en un hospital universitario, durante 2014 y 2015. Se registraron edad, género, Glasgow, APACHE II, SOFA y shock al ingreso a la UCI, requerimiento de ventilación mecánica (VM), traumatismo craneo encefálico (TEC) u otras injurias fueron evaluadas. Los datos se presentan como media (DS), mediana [.25-0.75] y porcentajes. Se utilizaron test T, y Wilcoxon y Chi2 para comparar sobrevivientes. Resultados: En el periodo ingresaron a la UCI 754 pacientes; 120 traumatizados (16%), edad 25 años [21-41], 96 masculinos (80%), VM 102 (86%), APACHE II 16 (8), SOFA 7(3), Glasgow 10(4), TEC 75 (63%), shock 59(49%). Craniectomía descompresiva 24 (20%), Fallecieron 36 (30%), estadia UCI 15[6-30] días, estadia hospital 26[9-53] días. Ver imagen adjunta.

Conclusión: El trauma constituye un ingreso frecuente en la UCI. Se trata predominantemente pacientes jóvenes y de sexo masculino. La mortalidad es elevada 30% y que en los fallecidos existe una diferencia significativa en los escores de gravedad al ingreso como así también la presencia de shock en las primeras 24 hs.

| | Sobrevivientes | No sobrevivientes | P |
|-----------------------|----------------|-------------------|-------|
| Edad | 25[20-34] | 33[22-52] | <0.05 |
| Sexo | 67 (79%) | 29 (83%) | NS |
| APACHE II | 14[6] | 20(8) | <0.05 |
| TEC | 49(58%) | 26(74%) | NS |
| ALI/ARDS | 23(27%) | 15(42%) | NS |
| Shock | 34(40%) | 25(71%) | <0.05 |
| Glasgow | 11(4) | 8(5) | <0.05 |
| Estadía UCI días | 18[6-40] | 10[5.5-27] | NS |
| Estadía Hospital días | 31[16-57] | 10[5.5-27] | <0.05 |

0207 DISECCION DE LA ARTERIA CEREBELOS POSTERIOR, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.

N MARTINEZ(1), IN NIHANY(1), RE GOMEZ PAZ(1), H FERRARO(1), M TOLEDO(1), M MARTINEZ(2), R SENESTRARI(1), A CECILIANO(1), F VILLASANTE(1)

(1) Sanatorio Finochietto. (2) Sanatorio.

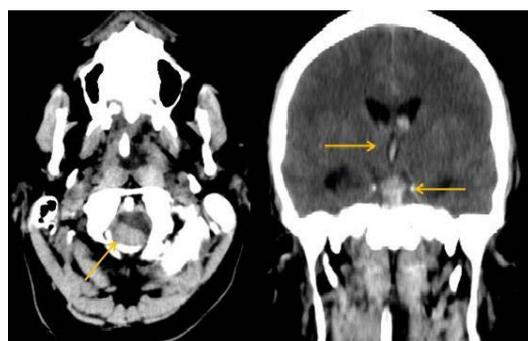
La disección de arterias intracerebrales espontánea es una causa poco común de HSA y está causada por la formación de un hematoma en la pared del vaso. Los factores predisponentes o desencadenantes no están claros. Esta patología es de baja incidencia, diagnóstico dificultoso y su tratamiento, generalmente endovascular, continúa siendo empírico debido a la falta de estudios randomizados y controlados.

Varón de 42 años, con antecedentes de hipertensión arterial no tratada, consumidor de cocaína, marihuana y alcohol, consulta por cuadro de cefalea, cervicalgia súbita, vómitos y excitación psicomotriz. Evolución con deterioro del estado de conciencia y relajación de esfínteres, requiere intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. Se realiza TAC de encéfalo al ingreso que evidencia HSA peritroncal, con volcado a ventrículos laterales, 3° y 4° ventrículo, hemocisterna supraselar y peritroncales, imagen extra-axial, espontáneamente hiperdensa en situación cisternal derecha a nivel de la unión bulbo-medular y leve dilatación del sistema ventricular supratentorial.

Se realizó angiografía digital que evidenció disección del segmento proximal de la PICA de 15 mm de extensión, además de evidenciarse fino calibre de la pared de la misma. Evoluciono con mejoría del estado de conciencia pero con disfunción de pares bajo y regular protección de vía aérea, requiriendo re IOT. A los 10 días mejoría del cuadro persistiendo solo con paresia del músculo motor ocular externo del ojo izquierdo y estrabismo convergente del mismo. Se realizó angiografía con colocación de un Stent en el segmento enfermo de la PICA, sin complicaciones.

La incidencia de la disección intracraneal es desconocida pero menor que la extracraneal, que es de 2 a 3 personas cada 100000, suelen comprometer en mayor proporción la circulación posterior. La disección puede presentarse como isquemia en el territorio subyacente y en menor frecuencia como HSA. El abordaje debe ser multidisciplinario, siendo fundamental el estudio mediante angiografía brindando además posibilidades terapéuticas.

El manejo en la UCI debe ser de sostén, y tratamiento de las complicaciones siendo las más comunes el vasoespasmo y la isquemia. El tratamiento endovascular parece ser la alternativa con menos complicaciones y mejores resultados, aunque el timing de realización de la misma no está claro.



0209 SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN UCIP: DATOS DEL PROGRAMA SATIQ PEDIÁTRICO 2010-2014

A FERNANDEZ(1), G SATIQ PEDIÁTRICO(1)

(1) Sati.

Introducción: El monitoreo de indicadores de calidad es un componente primordial de cualquier iniciativa de mejora de atención en UCIP. Disponer de datos locales actualizados es una información valiosa para la evaluación comparativa local e internacional.

Objetivo: Describir los indicadores de calidad monitorizados por el programa SATIQ y las características de los pacientes que presentaron alguno de los eventos monitorizados (EM) durante los últimos 5 años.

Material y métodos: Multicéntrico, nacional. Análisis retrospectivo de base de datos SATIQ. Se incluyeron los registros de pacientes

egresados de las UCIP participantes del programa SATIQ entre el 1-1-2010 y el 31-12-2014. Se excluyeron pacientes menores de 1 mes y mayores de 191 meses. Se utilizó estadística descriptiva: media y desvío estándar (DS), frecuencias y porcentajes según características de las variables. Se compararon las variables continuas con test t de Student y las variables categóricas mediante test χ^2 . Se considero estadísticamente significativo valor p.

Resultados: En el periodo de analizado egresaron de las UCIP participantes 11637 pacientes. Los indicadores monitorizados se describen en la siguiente tabla:

| Tasa | |
|---|-------------------|
| Escaras(%) | 162 /11637 (1,39) |
| Neumonía asociada a Asistencia Respiratoria Mecánica (% días dispositivo) | 8,2 |
| Bacteriemia asociada a Catéter Venoso Central (% días dispositivo) | 3,9 |
| Infección urinaria asociada a Sonda Vesical (% días dispositivo) | 8 |
| Infección de herida quirúrgica (%) | 17/3232*(0,53) |
| Autoextubación (%) | 300/5767** (5,2) |
| Caidas (%) | 16/11637 (0,14) |
| Desplazamiento de Sonda Nasogástrica (SNG)(%) | 55/6618# (0,83) |

*pacientes quirúrgicos / **pacientes ventilados / #pacientes con SNG

El 9,45% (1100/11637) de los egresos presento alguno de los EM durante la internación en UCIP. De ellos, el 68% (748/1100) correspondió a infección asociada a dispositivo.

La edad media de pacientes con EM fue 39 meses (± 50) vs 53,93 ($\pm 57,27$) para aquellos sin EM ($p < 0.0001$). La mortalidad observada y predicha por PIM2 del grupo con EM fue 13.5% y 11,46% mientras en aquellos sin EM fue 7,95% y 6,8% respectivamente ($p: 0.001$ en ambos casos). El ingreso posquirúrgico se asoció a menor riesgo de EM, mientras que el ingreso respiratorio, la mayor estadía y probabilidad de muerte al ingreso se asociaron en forma independiente con presencia de EM.

Conclusiones: La presencia de EM se asoció al ingreso por causa respiratoria y a mayor gravedad al ingreso. La infección asociada a dispositivos fue el EM más frecuentemente observado. Conocer las poblaciones en mayor riesgo permitirá implementar medidas preventivas.

0210 SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN OCULTA EN PACIENTES CRÍTICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

PA LEAL(1), ML CISNEROS SANCHEZ(1), FGI RODRÍGUEZ(1), NM HASSAN(1), FM LÓPEZ MÁRQUEZ(1), MV ZABALA FOURMANTIN(1), MA CERVERA(1), RJ GARNICA(1), MA GONZÁLEZ(1), L GUARDIA(1)
(1) Hospital Centro De Salud.

Introducción: Los pacientes críticamente enfermos pueden sufrir de hipoperfusión tisular y desarrollan evidencia de hipoperfusión oculta (HPO). Esta se puede identificar usando los parámetros bioquímicos, Exceso de Base (EB) entre -3 a -4 mmol/l y lactato de 1,5 a 2 mmol/l.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hipoperfusión oculta en los pacientes internados en la UCC II del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán.

Materiales Y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes hospitalizados en la UCC II

durante el 13 de julio al 18 de diciembre de 2015. Se incluyeron todos los pacientes con gasometrías arteriales realizadas de lunes a viernes en el horario de 7 a 13 hs. estas fueron analizadas en el equipo COBAS B221 dentro de los 30 min de extraídas. Los datos se registraron en una ficha electrónica.

Resultados: Se realizaron 622 gasometrías, en 162 pacientes internados, de los cuales 102 (64%) fueron hombres y 60 (36%) mujeres, el rango etario fue de 17 a 83 años. Se encontraron 27 (17%) pacientes con signos de hipo perfusión oculta HPO (EB ≤ -3 hasta -4 mmol/L y lactato $\geq 1,5$ hasta 2 mmol/L). De estos 14(51,90%) fallecieron y 13 fueron dados de alta luego de una internación prolongada. Los diagnósticos de ingreso de los pacientes que presentaron HPO fueron: Sepsis con germen documentado, POP complicado, EPOC descompensado, Poli traumatizado, DBT descompensado.

Conclusión: La identificación de los signos ocultos de hipoperfusión es importante para implementación de acciones terapéuticas preventivas. Asimismo encontramos, coincidiendo con la literatura, que la hipoperfusión oculta prolonga la estadía intra hospitalaria.

0211 PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL MEDIO INTERNO SIMPLES, MIXTOS Y TRIPLES EN PACIENTES CRÍTICOS

M CERVERA(1), ML CISNEROS SÁNCHEZ(1), FGI RODRÍGUEZ(1), NM HASSAN(1), FM LÓPEZ MÁRQUEZ(1), MV ZABALA FOURMANTIN(1), RJ GARNICA(1), MA GONZÁLEZ(1), L GUARDIA(1), PA LEAL(1)
(1) Hospital Centro De Salud.

Introducción: Los pacientes críticamente enfermos pueden desarrollar rápidamente trastornos del medio interno. En la mayoría de estos su corrección se establece conforme revierte la causa desencadenante, pueden aumentar la morbilidad hasta comprometer la vida del paciente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los trastornos Acido Base Simples Mixtos y Triples en los pacientes internados en Unidad de Cuidados Críticos II.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes hospitalizados en la UCC II durante el 13 de julio al 18 de diciembre de 2015. Se incluyeron todos los pacientes con gasometrías arteriales realizadas de lunes a viernes en el horario de 7 a 13 hs. estas se analizaron en el equipo COBAS B221 dentro de los 30 min de extraídas. Los datos se registraron en una ficha electrónica.

Resultados: Se realizaron 622 gasometrías, en 162 pacientes internados, de los cuales 102 (64%) eran hombres y 60 (36%) mujeres, el rango etario fue de 17 a 83 años.

Se encontraron en 267 gasometrías (43%) trastornos simples, 257 (41%) con trastornos mixtos, 33 (5%) con trastornos triples y 63 (10%) sin trastornos. De los pacientes que presentaron trastornos triples (5%) la mayoría (57%) fallecieron y de éstos el 92% presentaban Alcalosis Metabólica como tercer trastorno.

Conclusión: En el presente trabajo se evidenció una amplia prevalencia de trastornos mixtos, correlacionándose con lo descrito en estudios internacionales.

Es importante resaltar que la totalidad de los pacientes fallecidos presentaron trastornos mixtos y una proporción de los mismos tuvieron trastornos triples.

0212 SHOCK TOXICO A PROPOSITO DE 2 CASOS

JL DESA(1), N AZCONA(1), L GENOVART(1), J MATKOVICH(1), MR LEIS(1), M TORTOLO(1), E ORTIZ(1)
(1) Sanatorio San Martin.

Introducción: Es una entidad clínica reportada frecuentemente secundaria a infección invasiva, principalmente necrosis de piel y fascia, miositis gangrenosa o neumonía. El germen principalmente aislado es el Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A. Hay 3,5

casos/100.000 habitantes con una tasa de mortalidad de 30 a 60 %. Ocurre a toda edad, en pacientes inmunocompetentes.

Casos clínicos: Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión pulmonar, aneurisma de arteria pulmonar y taquiarritmia consulta por fiebre, náuseas, vómitos, diarrea de 24 hs de evolución que agrega episodio sincopal con pérdida de control de esfínteres. Impresiona gravemente enferma; T° 38,6, FC 130 lpm, FR 20 rpm, TA 80/50, saturación de O₂ 90 % O₂ 2 l; somnolencia; petequias en miembros superiores y axilas. Laboratorio: Hcto 33 % Hb 9,90 gr. GB 17.600 mm³ (N 88%) Plaquetas 51.000 mm³ Uremia 52 mg/dl creatinina 2,28 mg/dl sodio 127 mEq/L potasio 2,93 mEq/l PCR 93,3 mg/l TGO 285 UL TGP 261 UL GGT 248 UL LDH 814 UL CPK 879 UL. Tratamiento: Vancomicina, tazanam-pipertazo y oseltamivir (periodo invernal); Dexametasona; ARM; inotrópicos. Fallece 12 hs posteriores al ingreso. Hemocultivos 2/2 positivos a Neisseria Meningitidis. Varón de 29 años sin antecedentes de jerarquía ingresa por dolor en hemitorax izquierdo de 3 días de evolución agregando porteriormente fiebre, diarrea y vómitos. Impresiona enfermo; afebril; hipertensión leve; taquicardia; taquipnea; oximetría de pulso 97 %. Edema, petequias, equimosis y livedoreticularis en región torácica anterior. Laboratorio: Hcto 34 % Hb 10 gr dl. GB 2.400 mm³ Creatinina 1,23 mg dl Uremia 58 mg dl. PCR 303 CPK 1153 mg dl. HIV negativo. Tratamiento: drenaje quirúrgico; ciprofloxacina, clindamicina y penicilina; ARM; inotrópico. Fallece 24 hs después. Hemocultivos 2/2 positivos a Estreptococo Pyogenes.

Conclusión: Debido a la gravedad de estos cuadros nos resulta interesante su presentación para considerarlo dentro de la sospecha clínica inicial y su accionar inmediato en pacientes con sintomatología rápidamente progresivas que lleva al fallo multiorgánico.



0213 UNA CAUSA RARA DE SAGRADO EN PUERPERIO MEDIATO

A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), K SAIBAL(1), M CORNU(1), M OROZCO(1), M SEULVEDA(1), AL DELLARRIVA(1), S LAMOT(1), L RETAMAL(1), P LEIVA(1), L JUAREZ(1)
(1) Cmic.

Introducción: La hemorragia puerperal es la principal causa de muerte materna en todo el mundo. Ocurre por lo general dentro de las primeras horas posparto. Se clasifican en precoz cuando es menor a 24 hs y tardía aquella que sucede después de ese periodo. Son resultado de alguna infección, atonía/hipotonía, retención

ovulares y más raramente el pseudoaneurisma de la arteria uterina.

Caso clínico: Paciente de 34 años, antecedentes de pancreatitis litiasica, colecistectomía y G3-C3-Ab0. Que ingresa a clínica médica en puerperio mediato con metrorragia, Hto 20% y Hb 6gr/dl, sin signos de shock hipovolémico. En busca de la etiología se realiza Ecografía endovaginal que informa en cara posterior izquierda, unión cérvico uterina imagen anecoica, redondeada de 28X38 mm, de bordes definidos, doppler observa intensa señal vascular turbulenta con predominio arterial y signo del "ying/yang", interpretada como aneurisma de arteria uterina izquierda. Se observa disminución de la metrorragia y mejoría clínica. Agioresonancia pélvica: informa diagnóstico pseudoaneurisma. Después de la misma la paciente presenta ginecorragia aguda, con inestabilidad hemodinámica, interpretado como shock hipovolémico ingresa a quirófano, donde se realiza histerosalpingectomía de urgencia y se liga la arteria uterina. Paciente que persiste en el post-operatorio inmediato en estado de shock hipovolémico en AVm con acidosis metabólica severa e hiperlactacidemia. Requiere transfusión masiva de hemoderivados, expansión con cristaloides, sin requerir vasoactivos. Lograndoe estabilidad hemodinámica y luego el weaning a las 72 hs.

Discusión: El pseudoaneurisma de la arteria uterina es una rara y grave complicación del puerperio, en especial post-cesárea. Se sospecha por los síntomas relacionados con su ruptura. Los métodos por imágenes son cruciales en el diagnóstico diferencial de las causas de hemorragia puerperal, como "Gold-Standard" la angiografía, pero las imágenes ecográficas por un operador entrenado son suficientes para la toma de conducta. La terapéutica electiva es la embolización de la lesión, y solo se recurre a cirugía convencional en casos de urgencia.

Conclusión: En este caso, consideramos que el paso lógico a realizar en el contexto de una paciente post-cesárea que presenta sangrado clínicamente importante, y una ecografía compatible con dilatación aneurismática de la arteria uterina, es la realización de una angiografía más eventual embolización de la lesión.



0215 INCIDENCIA DE LESIONES DE SUPERFICIE OCULAR EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MS VENUTI(1), I GARCÍA(1), T ORTÍZ-BASSO(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: Los pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) tienen elevado riesgo de sufrir lesiones en la superficie ocular (LSO) por múltiples factores potencialmente prevenibles, y su aparición podría considerarse iatrogena. En nuestro ámbito, la incidencia es desconocida.

Objetivo: Determinar la incidencia de LSO en pacientes que requieran ventilación mecánica (VM) internados en UTI en un centro universitario en CABA. Evaluar factores asociados a su desarrollo.

Materiales y métodos: Cohorte prospectiva de ≥ 18 años que requirieron VM por más de 48 horas en UTI. Se incluyeron 133 pacientes entre 22/6/2015 y 30/3/2016. Se registraron sus características basales, complicaciones, desarrollo de LSO y uso de lubricante ocular. Se determinó la incidencia de LSO y se seleccionaron las variables predictoras con método stepwise de regresión logística. Las estimaciones continuas se informaron como mediana y rango intercuartil (RIQ) o media y desvío estándar (DE) de acuerdo a distribución, y las categóricas como valores absolutos y frecuencia.

Resultados: La edad media fue 64 años (DE 17), el 51.1% de sexo femenino, con una media de APACHE II 19 (DE 8). Los ingresos fueron: 75.9% médicos, 18% quirúrgicos y 6% politraumatismos. Recibieron VM invasiva 121 pacientes (91%) y VNI 12 (9%). La mediana de días bajo VM fue 8 (RIQ 4-17) y de estadía en UTI 12 días (RIQ 6-24). La incidencia de LSO fue 42,1% (n=56). Las lesiones registradas fueron: epitelio patía corneal 10,6% (n=14), de los cuales 57,1% (n=8) era grado 1; 14,2% (n=2) grado 2; 21,4% (n=3) grado 3; y 7,1% grado 4 (n=1) y quemosis 31,6% (n=42) de los cuales sólo 1 tuvo dellen.

Por análisis multivariado fueron predictores de desarrollo de LSO la presencia de lagofthalmos (OR 5,82; IC 95%: 2,33-14,56) y la ausencia de aplicación de humidificación ocular (OR 2,311; IC 95%: 0,868-6,15).

Conclusiones: La incidencia de LSO fue menor a lo publicado en la literatura, probablemente por el entrenamiento continuo en cuidados oculares de enfermería y el trabajo conjunto con Oftalmología. Sin embargo, consideramos una complicación potencialmente disminuíble ya que la aplicación de lubricantes oculares es un factor modificable.

0216 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

S VIRGILIO(1), M ALÍ(1), R AMOZA(1), L AREAS(1), G BATAGLIA(1), A BRUSCO(1), C CAGNOLA(1), I CHIAVARO(1), A CURA(1), F ESPERÓN(1), A FERRARIO(1), C GARCÍA REID(1), L GAREGNANI(1), G MUHAFARA(1), MN NOVO(1), P PROS(1), P TICALINI(1), W TOZZI(1), L TUYA(1), G VERDE(1), A VICENTE(1), M VILLARRUEL(1)

(1) Piñero.

Introducción: Se desconoce la prevalencia y características epidemiológicas de los pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que requieren Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro país.

Objetivo: Conocer la prevalencia y las características epidemiológicas de los pacientes infectados con el VIH que requirieron VMI por más de 12 horas como tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) en una UCI de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Secundariamente se realizó un análisis comparativo entre los sujetos con VIH y aquellos no infectados que

requirieron VMI por más de 12 horas como tratamiento de la IRA.

Materiales y método: Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal realizado entre el 1° de agosto de 2012 y el 31 de julio de 2014. Se incluyeron pacientes adultos con VMI por más de 12 horas secundario a IRA. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para identificar asociación entre mortalidad en UCI y VIH. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el período de estudio 161 pacientes recibieron VMI secundario a IRA, siendo VIH positivo el 12,42% (20/161). Los pacientes con VIH presentaron una media de edad de 39,42 \pm 11,58 vs 49,37 \pm 20,54 ($p=0,062$). La media de APACHE II al ingreso fue de 15,35 \pm 5,47 vs 17,8 \pm 7,22 ($p=0,147$). La PaO₂/FIO₂ de ingreso fue similar entre ambos grupos: 188 (117,5-259) vs 211,5 (126,5-297,5), $p=0,21$. La tasa de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVM) no difirió entre los grupos (25% vs 22,14%, $p=0,718$). En un análisis multivariado ajustado por edad y APACHE II, se observó que los pacientes con VIH presentaron OR: 5,125 de riesgo de morir en UCI en comparación a aquellos no infectados (IC95%: 1,725-15,226; $p=0,003$). Al momento de ingreso a la UCI, de aquellos pacientes con diagnóstico de VIH previo, sólo dos recibían tratamiento farmacológico.

Conclusión: Los pacientes con VIH que requieren VMI por IRA presentaron más riesgo de morir en la UCI en comparación a aquellos sujetos que no se encuentran infectados.

0218 SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES). NUESTRA EXPERIENCIA

PD LUCERO(1), XE PICÓN CORONEL(1), AB VAQUERA(1), NR ROJAS BALCÁZAR(1), FM BALLESTERO(1), SP CHAPELA(1), L LEÓN CEJAS(1), JF CHERTCOFF(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: PRES es una entidad clínica-imagenológica reversible. Afecta el sistema nervioso central. Se caracteriza por la presencia de edema vasogénico subcortical bilateral a predominio parieto-occipital. La disfunción endotelial asociada a cambios abruptos en valores de presión arterial o al efecto directo de citoquinas, aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Se presenta en distintos contextos clínicos: HTA, insuficiencia renal crónica, uso de drogas citotóxicas, enfermedades autoinmunes o puerperio. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: convulsiones, deterioro del sensorio, cefalea, alteraciones visuales, entre otras. No existe un método diagnóstico gold standard, el juicio médico es mandatorio. Un 10-20% persisten con secuelas. La mortalidad es cercana al 6%.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en pacientes con PRES y vincular antecedentes patológicos, síntomas al inicio y evolución de presión arterial con la morbimortalidad.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, 27 pacientes con diagnóstico de PRES evaluados desde Junio de 2011 a Febrero de 2016 en nuestro centro.

Resultados: Se enrolaron 18 mujeres y 9 varones, edad media 47 años (SD \pm 17). Los síntomas presentados fueron: convulsiones (52%), coma (40%), cefalea (30%), alteraciones visuales (18%) y déficit neurológico (4%). Factores predisponentes fueron crisis hipertensivas en 11 pacientes, insuficiencia renal en 9 (7 se encuentran en diálisis), uso de drogas citotóxicas en 10 pacientes, puerperio en 6 pacientes y presencia de enfermedad autoinmune en 2. La TAM media al inicio de los síntomas fue 116 mmHg (SD \pm 22) y a las 48 hs de tratamiento, 97 mmHg (SD \pm 12). 15 pacientes mostraron compromiso simultáneo del territorio anterior y posterior. Los pacientes que presentaron TAM mayor a 110 mmHg a las 48 hs, presentaron una mortalidad del 50% ($p: 0,04$). La morbilidad se objetivó con la escala de Rankin modificado de 2 a 5, y fue del 18,5%. La mortalidad global fue del 11%.

Conclusiones: Debe sospecharse PRES en pacientes con factores de riesgo y diferentes manifestaciones clínicas (convulsiones, coma,

cefalea) aun cuando la presentación en la resonancia magnética no solo sea del territorio posterior o de características hemorrágicas. La HTA sostenida favorece la irreversibilidad de los síntomas y se asocia a mayor mortalidad.

| | Secuela (rankin mod 2-5) | Muerte |
|--|--------------------------|---------------------|
| TAM > 110 mmHg (19 pacientes) | 2 (10.5%) p: 0.13 | 1 (5.0%) p: 0.33 |
| TAM > 110 mmHg (48 hs) (6 pacientes) | 0 P: 0.56 | 2 (50%) P: 0.04 |
| Incontinencia renal (9 pacientes) | 2 (22%) P: 0.55 | 1 (11%) P: 0.72 |
| Dialisis (7 pacientes) | 2 (29%) P: 0.57 | 1 (14%) P: 0.61 |
| HTA (11 pacientes) | 2 (18%) P: 0.68 | 2 (18%) P: 0.35 |
| Drogas citotóxicas (10 pacientes) | 3 (30%) P: 0.30 | 2 (20%) P: 0.15 |
| Enfermedad autoinmune (2 pacientes) | 0 P: 0.61 | 0 P: 0.76 |
| Puerperio (6 pacientes) | 1 (17%) P: 0.69 | 0 P: 0.45 |
| Convulsiones tónico-clónicas (14 pacientes) | 4 (28.5%) P: 0.18 | 1 (7%) P: 0.47 |
| Deterioro del sensorio (11 pacientes) | 3 (27%) P: 0.37 | 2 (18%) P: 0.35 |
| Cefalea (8 pacientes) | 0 P: 0.14 | 0 P: 0.33 |
| Alteraciones visuales (5 pacientes) | 0 P: 0.32 | 0 P: 0.52 |
| Compromiso de territorio anterior y posterior (15 pacientes) | 3 (20%) P: 0.61 | 2 (13%) P: 0.58 |

0219 RELACION ENTRE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO (SAHOS) Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) ISQUEMICO AGUDO

NR ROJAS BALCÁZAR(1), PD LUCERO(1), P HOBÉCKER(1), SA SAC(1), FM BALLESTERO(1), E BORSINI(1), F LASCAR(1), J QUIROGA(1), MA BLASCO(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: En América Latina la tasa de incidencia de ACV isquémico es de alrededor de 150 casos por cada 100.000 habitantes por año. Existen diferentes factores de riesgo para el desarrollo de ACV isquémico. SAHOS es factor de riesgo independiente de morbimortalidad luego de un infarto cerebral, estando directamente relacionado con la severidad del trastorno respiratorio durante el sueño. La prevalencia reportada podría alcanzar un 80%.

Objetivo: Describir la relación entre factores de riesgo y presencia de SAHOS en pacientes con ACV isquémico agudo ingresados en la terapia intensiva de nuestro centro.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, 31 pacientes internados durante 01/08/2014 a 29/02/2016 con diagnóstico de ACV isquémico. Se efectuó polisomnografía (PSG) dentro de los 10 días del evento. Se consideró SAHOS moderado a severo (SAHOSMS) a aquellos con índice de apneas-hipopneas mayor a 15. Los criterios de exclusión fueron: NIHSS mayor a 20, uso previo de CPAP, traqueostomía y asistencia respiratoria mecánica. Se excluyeron 5 pacientes.

Resultados: Se enrolaron 16 hombres y 10 mujeres, edad media 70 años (SD± 10,5). Los antecedentes fueron HTA (65%), dislipemia (46%), tabaquismo (31%), diabetes (31%), cardiopatía isquémica (31%), ACV isquémico previo (27%), enolismo (15%) y fibrilación auricular (4%). De los 26 pacientes 15 eran mayores de 70 años, 19 tenían índice de masa corporal mayor a 25. Síntomas motores estuvieron presentes en 19 pacientes, disartria en 13, síntomas sensitivos en 5 y afasia en 5. 11 pacientes mostraron un NIHSS mayor a 6. 10 pacientes no presentaron SAHOS o eran de grado leve. 16 pacientes fueron diagnosticados de SAHOSMS. Se relacionaron con el desarrollo de SAHOSMS los siguientes factores de riesgo: índice de masa corporal mayor a 25 (p:0.05), sexo masculino (p:0.04), síntomas sensitivos (p:0.05) y la presencia de ACV isquémico previo (p:0.02). (Ver Tabla 1)

Conclusiones: Existe relación entre pacientes hombres, con ACV isquémico previo e índice de masa corporal mayor a 25 con la presencia de SAHOSMS. Es importante el diagnóstico y tratamiento con utilización de CPAP para prevenir un nuevo evento isquémico cerebral. El SAHOS es un factor de riesgo independiente de morbimortalidad luego de un infarto cerebral.

| | Sin SAHOS-SAHOS leve | SAHOS moderado-severo | p |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|------|
| Edad mayor a 70 años (15 pacientes) | 4 (27%) | 11 (73%) | 0.23 |
| IMC mayor a 25 (19 pacientes) | 5 (26%) | 14 (74%) | 0.05 |
| Sexo (17 hombres – 10 mujeres) | 4 (24%) | 13 (76%) | 0.04 |
| Síntomas motores (19 pacientes) | 9 (47%) | 10 (53%) | 0.19 |
| Síntomas sensitivos (5 pacientes) | 4 (80%) | 1 (20%) | 0.05 |
| Afasia (5 pacientes) | 3 (60%) | 2 (40%) | 0.34 |
| Disartria (13 pacientes) | 6 (47%) | 7 (53%) | 0.68 |
| NIHSS mayor a 6 (11 pacientes) | 5 (46%) | 6 (54%) | 0.68 |
| FA (1 paciente) | 1 (100%) | 0 | 0.38 |
| HTA (17 pacientes) | 5 (30%) | 12 (70%) | 0.23 |
| DLP (12 pacientes) | 4 (33%) | 8 (67%) | 0.70 |
| TBQ (8 pacientes) | 5 (62.5%) | 3 (37.5%) | 0.18 |
| Diabetes (8 pacientes) | 3 (38%) | 5 (62%) | 1 |
| Enolismo (4 pacientes) | 1 (25%) | 3 (75%) | 1 |
| ACV previo (7 pacientes) | 0 (0%) | 7 (100%) | 0.02 |
| Cardiopatía isquémica (8 pacientes) | 3 (38%) | 5 (62%) | 1 |

0220 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN TERAPIA INTENSIVA

P HOBÉCKER(1), G MOLINA MANCERO(1), D BELLINI(1), L VACAFLO(1), MS RAÑA(1), FM BALLESTERO(1), SP CHAPELA(1), MA BLASCO(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Existe elevada mortalidad en pacientes con enfermedad oncohematológica admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Su relación con factores de riesgo predisponentes al ingreso, aun no es clara. Algunos de ellos son neutropenia, fallas orgánicas, requerimiento de ventilación mecánica invasiva y trasplante de médula ósea.

Objetivo: Relacionar los parámetros clínicos, bioquímicos y requerimientos de soporte vital al ingreso en la UCI de pacientes con enfermedad oncohematológica y su mortalidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron 43 pacientes con enfermedad oncohematológica, 15 de sexo femenino y 28 masculinos, admitidos en la UCI entre el año 2014 y 2016. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas y de soporte vital a su ingreso, evaluando factores asociados a mortalidad.

Resultados: De los pacientes incluidos el 34,88% (n=15) presentó Linfoma no Hodgkin 25,58% (n=11) Leucemia Mieloide Aguda 11,63% (n=5) Leucemia Linfocítica Aguda y el restante 30,24% Aplasia Medular (n=1), Leucemia Mieloide Crónica (n=2), Leucemia Linfocítica Crónica (n=4), Linfoma Hodgkin (n=3) y Mieloma Múltiple (n=3).

Los mayores requerimientos en la UCI fueron noradrenalina y ventilación mecánica invasiva (VMI) en el 39,53% respectivamente (n=17), Ventilación no Invasiva (VNI) 27,91% (n=12) y Hemodiálisis aguda 16,28% (n=7).

La mortalidad fue del 41,86% (n 18), de los cuales 9 pacientes presentaban trasplante de médula ósea, observándose 90% de mortalidad en este grupo (P=0,0006). Los que requirieron ventilación mecánica invasiva fueron 17 registrándose una mortalidad del 58,82% (n=10; P=0,06).

Del total de pacientes estudiados 9 se encontraban neutropénicos, observándose en este grupo una mortalidad del 33,33% (n=3; P=0,4). Los resultados se expresan en la tabla 1.

Conclusión: En nuestra experiencia evidenciamos una fuerte relación entre mortalidad y pacientes sometidos a Trasplante de Médula Ósea.

En contraste, no logramos establecer una relación significativa entre las variables neutropenia y soporte vital (VNI, VMI, hemodiálisis y noradrenalina) con el incremento de la mortalidad en pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

TABLA 1

| | Vivo | Muerto | P |
|------------------------------|-------------|-------------|------------|
| Total | 58,14 (25) | 41,86 (18) | |
| Edad | 53,84 | 48,72 | 0,39 |
| Sexo | | | 0,26 |
| | Varón | 46,67 (7) | 53,33 (8) |
| | Mujer | 64,29 (18) | 35,71 (10) |
| Apache II | 15,68 (5,8) | 16,55 (6,2) | 0,63 |
| Tipo Ingreso | | | 0,043 |
| | Medico | 52,63 (20) | 47,37 (18) |
| | Quirúrgico | 100 (5) | 0 |
| Ventilación Mecánica | | | |
| | Invasiva | 41,18 (7) | 58,82 (10) |
| | No invasiva | 58,33 (7) | 41,67 (5) |
| Descompensación Hemodinámica | 47,06 (8) | 52,94 (9) | 0,23 |
| Trasplante Medula Ósea | 10 (1) | 90 (9) | 0,0004 |
| Hemodiálisis | 42,86 (3) | 57,14 (4) | 0,37 |
| Neutropenia | 66,67 (6) | 33,33 (3) | 0,55 |

Resultados análisis poblacional. Los resultados se expresan en porcentaje (n). En el caso de APACHE II se expresa en media (SD)

0221 TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN TERAPIA INTENSIVA

G MOLINA MANCERO(1), MJ REBERENDO(1), P HOBÉCKER(1), B RODRÍGUEZ(1), FM BALLESTERO(1), ED SOLOGA(1), MA BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) frecuentemente requiere internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Conocer las características de presentación clínica, los métodos diagnósticos, la evolución y el tratamiento de estos enfermos en nuestro medio es importante.

Material y Métodos: Trabajo prospectivo, pacientes con TEP, consecutivos, ingresados en UTI desde julio de 2011 hasta febrero de 2015. Se registraron: características demográficas, síntomas y signos, los métodos diagnósticos, el tratamiento y la evolución a 6 meses del alta.

Resultados: 77 pacientes, media de edad: 61.2 años (DS ± 13,97); 39 hombres (50,65%).

Se encontraron factores de riesgo en 66 pacientes (85,71%): inmovilidad 47 (61,04 %), neoplasia 23 (29,8%), trombosis venosa previa o presente (41,2%), y enfermedad cardiovascular previa 40 (51,95%).

Se observó al ingreso: compromiso hemodinámico en 16 pacientes (20,78%), disnea 30 pacientes (61,7%), dolor 18 pacientes (23,38%) y hemoptisis 1 paciente (3,9%).

Analizando los criterios de probabilidad de TEP, se halló: TVP en 41,6%, taquicardia (50,65%) y el 75,32% de los pacientes no tenían diagnóstico alternativo de TEP.

El método diagnóstico utilizado fue la angiografía helicoidal en el 97,4% de los casos (75 pacientes de 77). En el 2,60% (2 de 77) se realizó arteriografía pulmonar diagnóstica.

Se utilizó enoxaparina en 57 pacientes (74,03%); heparina no fraccionada en 9 (11,69%), 18 pacientes requirieron filtro de vena cava (23,38%), de éstos, solamente 11 (14,29%) lo hicieron como tratamiento único sin anticoagulación concomitante; en 7 casos se utilizó fibrinolíticos (9%).

La mortalidad en UTI fue del 6,49% y a los 6 meses del 23,33%.

Se asociaron con mayor mortalidad (Tabla 1) la descompensación hemodinámica (p > 0,001) y aquellos que presentaron dilatación de cavidades derechas (p 0,005).

Conclusión: La detección temprana de los factores de riesgo de TEP produce impacto sobre el diagnóstico y la mortalidad de esta patología. En este estudio, se asociaron de manera significativa a resultados adversos la presencia de descompensación hemodinámica al ingreso y la dilatación de cavidades derechas.

La angiografía helicoidal es el método de diagnóstico más frecuente, la enoxaparina es el tratamiento más usado, un cuarto de pa-

cientes requirieron filtro de vena cava asociado o no a anticoagulación. La mortalidad es del 6% y 23 % temprana y tardía respectivamente.

TABLA 1. Factores de riesgo asociados con mortalidad

| Factor de riesgo | Mortalidad n (%) | P |
|------------------------------|------------------|--------|
| Descompensación hemodinámica | 4 (25%) | 0.0058 |
| TT US > 14 ng/l | 4 (10.81) | 0.11 |
| Pro BNP > 500 | 2 (6.06) | 0.49 |
| FC > 100 lat/min | 4 (10.26) | 0.35 |
| Cavidades derechas dilatadas | 3 (42.80) | 0.005 |
| Insuficiencia tricúspide | 1 (33) | 0.2 |
| Hipertensión pulmonar | 4 (13) | 0.29 |

0222 COMPLICACIONES EN EL POSOPERATORIO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. NUESTRA EXPERIENCIA

D BELLINI(1), MJ REBERENDO(1), SA SAC(1), G MOLINA MANCERO(1), SP CHAPELA(1), C ROMÁN(1), M RODRÍGUEZ GAZARI(1), MA BLASCO(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: El trasplante de hígado es el tratamiento de elección para la hepatopatía crónica terminal, el cual puede presentar complicaciones de tipo precoz (dentro de los 30 días) y tardías.

Objetivo: Analizar las complicaciones precoces desarrolladas en el posoperatorio de trasplante hepático de los pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados consecutivamente en nuestra unidad de cuidados intensivos en el posoperatorio de trasplante hepático, en el período de Agosto de 2010 a Mayo de 2015.

Resultados: Se analizaron 126 casos, de los cuales 39 eran mujeres y 87 hombres, la media de edad fue de 56 años (SD ± 11,36). La indicación más común de trasplante hepático fue cirrosis por hepatitis C, 39 pacientes (Tabla1). El número total de complicaciones fue del 26% (33/126), las más frecuentemente halladas correspondieron a: Infecciones 11% (neumonías e infecciones urinarias) e insuficiencia renal aguda 5,56% (Tabla2). La mortalidad en UTI fue de 5,56%. De los pacientes ingresados, 3 recibieron trasplante de donante vivo relacionado, y en 6 se realizó trasplante de tipo particionado. Hubo relación estadísticamente significativa entre los pacientes que requirieron un trasplante de órgano particionado con el desarrollo de complicaciones de tipo biliares (P=0,0135) siendo las más frecuentes leak biliar y dehiscencia de sutura.

Conclusiones: La población analizada presenta un predominio del sexo masculino. Las principales causas que llevaron al trasplante hepático fueron el virus de la Hepatitis C, el alcoholismo y la cirrosis criptogénica. Como consta en la bibliografía, dentro de las principales complicaciones tempranas observadas, las más frecuentes son las infecciosas, seguidas posteriormente por renales, biliares y neurológicas. No se observó diferencias entre lo analizado en nuestro centro y lo descrito por la bibliografía.

TABLA 1

| CAUSAS DE CIRROSIS | Frecuencia | Porcentaje (IC 95%) |
|--------------------------|------------|------------------------|
| Virus Hepatitis C | 39 | 30,95% (IC=23-39%) |
| Alcohólica | 28 | 22,22% (IC=15-30%) |
| Criptogénica | 18 | 14,29% (IC=8-21%) |
| Cirrosis Biliar Primaria | 9 | 7,14% (IC=3-13%) |
| Hepatitis Autoinmune | 9 | 7,14% (IC=3,32-13,13%) |
| Virus Hepatitis B | 4 | 3,17% (IC=0,87-7,93%) |
| Hepatitis Toxica | 1 | 0,79% (IC=0,02-4,34%) |

TABLA 2

| COMPLICACIONES | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Infecciosas | 15 | 11,90% |
| Insuficiencia Renal Aguda | 7 | 5,56% |
| Biliares | 6 | 4,76% |
| Neurológicas | 5 | 3,97% |

0223 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA GUIADA CON FIBROBRONCOSCOPIA VS ULTRASONOGRAFIA EN TIEMPO REAL. NUESTRA EXPERIENCIA

XE PICÓN CORONEL(1), B RODRÍGUEZ(1), MJ REBERENDO(1), ED SOLOAGA(1), E DESCOTTE(1), SP CHAPELA(1), FM BALLESTERO(1), JF CHERTCOFF(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: La traqueostomía percutánea (TP) es un procedimiento comúnmente realizado en la unidad de terapia intensiva, utilizando como instrumento de ayuda la fibrobroncoscopia. Recientemente la ultrasonografía en tiempo real ha surgido como una nueva herramienta que podría facilitar su utilización.

Objetivo: Comparar la técnica de traqueostomía percutánea guiada por ecografía (TPGECO), y la traqueostomía percutánea guiada por endoscopia (TPGENDO) en el paciente crítico, a fin de hallar la presencia de complicaciones en las técnicas mencionadas.

Material y método: Estudio retrospectivo, entre 2014 y 2016, se incluyeron 54 pacientes, sometidos a traqueostomía percutánea, divididos en dos grupos: el primero guiado por fibrobroncoscopia (N=37) y el segundo guiado por ecografía (N=17), procedimiento realizado por operadores con un mismo grado de entrenamiento no necesariamente expertos. Tomando como variable las complicaciones en cada tipo de procedimiento.

Resultado: De los 54 pacientes, 30 fueron hombres y 24 mujeres, con una media de edad de 66,4 años (SD \pm 13,8). Las complicaciones que presentaron fue de 5,56% vs 5,88% en el grupo TPGENDO y TPGECO respectivamente (P= 0,69). En el grupo TPGENDO dos pacientes presentaron sangrado y el grupo TPGECO presentó aumento de la presión en la vía aérea.

Se necesitó asistencia broncoscópica en solo un caso del TPGECO. Ningún paciente requirió conversión quirúrgica

Conclusión: No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a complicaciones. La Ultrasonografía demostró no ser inferior a la Fibrobroncoscopia, resultando ser más ventajosa ya que requirió menor recurso de personal especializado, además de proveer información en cuanto a la anatomía cervicovascular, la cual modifica y orienta la elección del lugar de la punción para realizar la TP. Por lo tanto este estudio muestra que la TPGECO es una alternativa favorable con respecto a la TPGENDO.

| | FBC | ECO |
|-------------------|------------|------------|
| HOMBRE | 21 | 9 |
| MUJER | 16 | 8 |
| EDAD MEDIA/SD | 65,8/14,66 | 67,8/12,54 |
| COMPLICACIONES/%* | 2/5,56 | 1/5,88 |

*P= 0,69

0225 SÍNDROME DE PLATIPNEA Y ORTODEOXIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MJ REBERENDO(1), D BELLINI(1), AB VAQUERA(1), NR ROJAS BALCÁZAR(1), MS RAÑA(1), E BORSINI(1), MA BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: El síndrome platipnea-ortodeoxia (SPO) es una complicación poco frecuente en el pop de neumonectomía derecha, se caracteriza por disnea y desaturación de oxígeno dependiente de la posición. Se asocia con la presencia de foramen oval permeable (FOP).

Caso Clínico: Hombre, 66 años. Antecedentes de ex tabaquista, EPOC e hipotiroidismo. Diagnóstico reciente de Cáncer de pulmón de tipo escamoso moderadamente diferenciado con requerimiento de neumonectomía derecha sin complicaciones en el post operatorio. A los 30 días de la cirugía presenta insuficiencia respiratoria tipo

1 con requerimiento de intubación orotraqueal y conexión a ARM. Al examen físico, semiología respiratoria izquierda normal, en la radiografía de tórax se observa campo pulmonar izquierdo limpio. Se realiza Tomografía de Tórax negativa para TEP y parénquima pulmonar sin consolidación u otro patrón. Es extubado a las 12 horas. Al examen físico se constata desaturación y aumento de la disnea con los cambios de decúbito. Se decide solicitar ecocardiograma transesofágico, que evidencia pasaje masivo precoz de burbujas en decúbito lateral izquierdo. Se realiza cateterismo cardiovascular que informa FOP sin hipertensión pulmonar. Se diagnostica SPO por FOP. Paciente persiste con desaturación con oxígeno suplementario, decidiéndose colocación de dispositivo Amplatzer. Es dado de alta con mejoría de los síntomas. A los 10 días presenta nuevamente ortodesoxia, se realiza nuevo ecocardiograma transesofágico que confirma persistencia del pasaje de burbujas. Evaluado en conjunto con servicio de neumonología y cardiología, se decide conducta expectante por elevado riesgo quirúrgico. Egres a domicilio con O2 suplementario.

Conclusión: El SPO en pacientes con FOP y shunt de derecha a izquierda con presiones intracardiacas normales puede ser explicado por distorsión del mediastino con horizontalización del septum interauricular que queda enfrentado al flujo de la VCI tal como ocurre en la neumonectomía. El tratamiento indicado es la colocación de un dispositivo Amplatzer, con una alta tasa de éxito.

0226 VASCULITIS CEREBRAL SECUNDARIA A MENINGITIS POR HAEMOPHYLUS INFLUENZAE

NR ROJAS BALCÁZAR(1), XE PICÓN CORONEL(1), PI MARTÍNEZ(1), P HOBÉCKER(1), FM BALLESTERO(1), SP CHAPELA(1), PD LUCERO(1), MA BLASCO(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: La vasculitis del sistema nervioso central en el curso de una meningitis aguda es una complicación conocida, con mayor prevalencia en los niños que en los adultos. Los gérmenes más comunes relacionados son: Streptococo Pneumoniae, Neisseria Meningitidis y Micobacteria Tuberculosa. Los casos asociados a Haemophylus solo están descriptos en la infancia. No encontramos reporte de casos en adultos debido a la existencia de la vacuna contra el Haemophylus Influenzae tipo B.

Caso clínico: Mujer de 61 años, sin antecedentes reelevantes. Consulta por fiebre de 24 horas de evolución asociado a dolor abdominal, vómitos y diarrea. Presenta deterioro del sensorio, requiriendo intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. Evoluciona con shock séptico con disfunción multiorgánica (metabólica, respiratoria, hemodinámica, hepática y neurológica). Ante la sospecha de meningitis se realiza punción lumbar. Hemocultivos y LCR positivo para Haemophylus Influenzae tipo B. Realiza antibioticoterapia con ceftriaxona y claritromicina. A las 72 horas por lento despertar se realiza tomografía de cerebro, que evidencia imagen espontáneamente densa en asta occipital izquierda. Resonancia de cerebro: pequeños focos isquémicos agudos subcorticales y parietal derecho, sangrado interventricular a nivel de ambos atrios. Angioresonancia: Irregularidad parietal del sector proximal de ambas arterias cerebrales medias a predominio derecho compatible con vasculitis. Se inicia tratamiento con dexametasona. Evoluciona favorablemente con mejoría neurológica completa. Después de 16 días de internación en UTI, egresa a sala general.

Conclusión: La infección y la inflamación de los vasos intracraniales pueden causar remodelado vascular patológico, oclusión vascular e isquemia, lo cual se asocia a peor pronóstico. Por esto, en los pacientes con meningitis aguda y lento despertar, foco neurológico o coma a pesar del tratamiento antibiótico efectivo, la vasculitis del sistema nervioso central es una entidad a tener en cuenta, dado que al no ser diagnosticado y tratado a tiempo se relacionan con elevada mortalidad y secuelas neurológicas.

0227 EMBOLIA PARADOJAL INMINENTE. REPORTE DE UN CASO

XE PICÓN CORONEL(1), PD LUCERO(1), L VACAFLOR(1), B RODRÍGUEZ(1), E DESCOTTE(1), ED SOLOAGA(1), F LÁSCAR(1), MA BLASCO(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: La Embolia Paradojal Inminente (EPI) es una patología poco frecuente, que consiste en la presencia de un trombo originado en el sistema venoso, atrapado y cabalgando en un defecto interauricular siendo el más común el Foramen Oval Permeable (FOP) en el 35%, con su extremo distal alojado en cavidades izquierdas y con capacidad potencial de provocar embolias arteriales. El accidente cerebrovascular secundario a esta causa se estima que se encuentra aproximadamente en un 2%, configurando un cuadro grave. El tratamiento inmediato es mandatorio.

Caso clínico: Mujer, 89 años con antecedentes de hipertensión arterial, Cardiopatía Isquemica, hipotiroidismo, crisis comiciales e infecciones urinarias a repetición.

Presenta siete días de dificultad en la marcha, disminución de la fuerza y limitación para actividades de la vida diaria. Evoluciona con episodio de pérdida de conciencia asociado a sudoración y palidez, con mejoría parcial de los síntomas, repitiendo el mismo episodio al ingreso al hospital. Se constata hemiparesia derecha. Requiere intubación orotraqueal. TAC de Cerebro, sin lesiones agudas. Se constata orina de aspecto purulento por lo que se inicia antibiотicoterapia.

Se realiza a las 24 horas del ingreso ecocardiograma transtorácico que mostró trombo en tránsito en cavidades derechas con dilatación de las mismas, se completó el estudio con ecocardiograma transesofágico que informó trombo cabalgando sobre el septum interauricular a través del FOP hacia la aurícula izquierda, asociado a dilatación de Arteria Pulmonar y sus ramas con imagen compatible con trombo fresco sobre la bifurcación de la misma. Se solicita nueva TAC de Cerebro a las 48 horas que documentó accidente cerebrovascular isquémico extenso izquierdo con desviación de la línea media de 9 mm. En conjunto con familiares se decide tratamiento paliativo. Óbito a las 96 hs.

Discusión: La EPI es una patología poco frecuente, que requiere la presencia de TVP o TEP ocasionando shunt de derecha a izquierda y con potencial riesgo de provocar embolias sistémicas, determinando su gravedad. La prueba diagnóstica gold standard es el ETE. Presenta alta mortalidad en las primeras 24 horas, demandando tratamiento rápido y efectivo ya sea médico o quirúrgico.

0228 ESPECIES REACTIVAS DE OXIGENO: SISTÉMICAS Y MORTALIDAD EN UTI

SP CHAPELA(1), I BURGOS(2), FM BALLESTERO(3), MA BLASCO(3), M ALONSO(2), C STELLA(2)
(1) Británico De Buenos Aires - Inbiomed Uba. (2) Inbiomed Uba-conicet. (3) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Las especies reactivas de oxígeno son moléculas altamente reactivas y conocidas por su capacidad para generar daño tisular. Muchos trabajos han tratado de disminuir los niveles de Estrés Oxidativo, con resultados dispares cuando se evalúa la mortalidad.

Objetivos: El objetivo primario es evaluar la relación de las Especies Reactivas de Oxígeno Sistémicas (EROS) y la mortalidad en UTI. El objetivo secundario es evaluar las diferencias entre los niveles de (EROS) en individuos sanos y pacientes sépticos.

Materiales y Métodos: Se enrolaron 51 pacientes con sepsis severa y shock séptico y 15 individuos sanos. Se tomo muestra de sangre venosa, la cual se centrifugó a 3000 rpm, e inmediatamente se congeló el suero a -75°C hasta su medición. La medición de EROS fue mediante el uso del flouorforo Diclorofluorosceína-Diacetato (DCFC).

Resultados: La mortalidad de los pacientes sépticos fue del 33% (IC 95% 21,21-48,77). No hubo diferencias en los niveles de EROS de

los pacientes que fallecieron durante la internación en UTI (emisión media DCFC: 0,0975 SD: 0,0357) y aquellos que sobrevivieron (emisión media DCFC: 0,1026 SD: 0,0439) P=0,68. Los resultados de las medias de los 3 grupos se expresan en la tabla 1., donde no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Discusión: Distinta literatura resalta la producción de especies reactivas de oxígeno en sepsis. Poca literatura describe las EROS. En este trabajo observamos que no hay diferencias entre pacientes sanos y controles, así como que no hay diferencias en los pacientes que mueren durante la internación en UTI y los que sobreviven. Se necesitan más trabajos para entender el rol de estas moléculas y el tratamiento del estrés oxidativo en la sepsis.

Tabla 1

| Grupo (n) | Control (15) | Sepsis Severa (11) | Shock Séptico (40) | P (test ANOVA) |
|-------------------------|----------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Emisión Media DCFC (SD) | 0,1086 (0,016) | 0,0959 (0,002) | 0,1009 (0,0017) | 0,72 |

0229 ESTUDIO DE CALIDAD EN LA UCI-SEGUNDA ETAPA. EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS: ESTUDIO ANTES DESPUES DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE FIJACION DE TUBOS ENDOTRAQUEALES

A PASARELLI(1), M AQUINO(1), R ROJAS MEDRANO(1), J CONDE(1), N ZULJEVIC(1), F FERNÁNDEZ GARCÍA(1), L MILANESIO(1), S BARRIOS(1), A CARRERA(1), P LORÁN(1), L CHOQUE(1), F CAMINOS(1), R REINA(1), MC MARCHENA(1), C LOUDET(1)

(1) San Martín De La Plata.

Introducción: La extubación no programada (ENP) en pacientes críticos es un indicador de seguridad relevante. Debido a la detección de ENP por encima de estándares recomendados en nuestra UCI, se generó una intervención de calidad.

Objetivo: Determinar si la implementación de un nuevo sistema de fijación del tubo endotraqueal (TET) es eficaz para la reducción de ENP.

Métodos: Estudio antes-después de una intervención(cambio de fijación del TET), realizado en UCI médico-quirúrgica de 17 camas, entre 1/5/13-1/12/14 (Pre-Int) y 1/1/15-1/3/16 (Post-Int).Se incluyeron pacientes en VM por TET.La Tasa de ENP= N° ENP/ total días VM x1000, incluye autoextubación, desplazamiento, salida por terceros u obstrucción del TET y rotura del balón de neumotaponamiento. Para la fijación del TET se utilizó en Pre-Int venda/cinta, y en el Post-Int sujetador de TET (AnchorFast™, Hollister®). Se registraron datos epidemiológicos, relación enfermero/paciente, carga de trabajo de enfermería (TISS28 y NAs score). Los datos se reportan como promedio±DS, mediana[25-75], o n(%). Se compararon las tasas de ENP global y discriminadas por subtipos, y se expresan como densidad de incidencia. Las comparaciones se efectuaron con TTest, Wilcoxon test (variables continuas) o Chi2 o Fisher (variables categóricas). Se consideró significativa una P.

Resultados: Ingresaron 359 pacientes en Pre-Int y 216 en Post-Int en VM por TOT, sumando 3815 y 2643 días de VM, respectivamente. Características en ambos periodos: Edad 43.5±18 vs 46.5±18, APACHEII 17[12-22] vs 18[13-23], SOFA24 7[4-10] vs 7[5-10], días-VM 9[3-22] vs. 9[3-25], días-UCI 11[5-24] vs 12[4-28], mortalidad 44 vs 47%. Relación enfermero/paciente: 1:2.5 vs. 1:2.6, TISS28:29[23-34] vs 34[24-37], NAs: 35[30-43] vs 50[42-54]. Se registraron 146 y 54 ENP en 93 y 60 pacientes en Pre-Int y Post-Int respectivamente; tasa global 38 vs 20 ENP/1000 días-VM (p<0,0001). En laTabla 1 se observan los subtipos de ENP.

Conclusiones:

- 1) Se disminuyó la tasa de ENP luego de implementar otro sistema de fijación del TET, a expensas del menor número de episodios de autoextubaciones, salidas accidentales y desplazamientos.
- 2) Sin embargo, las tasas de obstrucción y rotura del balón del TET fueron semejantes en ambos periodos.

Tabla 1. Extubaciones no programadas y subtipos durante ambos periodos

| VARIABLES | Pre-Int n = 359 | Post-Int n = 216 | IRR (IC 95%) | Valor de P |
|----------------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------|
| ENP Global | 38/1000 días VM | 20/1000 días VM | 1,87 [1.36 - 2.61] | < 0,0001 |
| Autoextubación | 12/1000 días VM | 1.13/1000 días VM | 11 [3.4 - 53.4] | < 0,0001 |
| Desplazado | 4.2/1000 días VM | 0.76/1000 días VM | 5.5 [1.3 - 49.7] | 0.008 |
| Salida accidental | 3/1000 días VM | 0/1000 días VM | 8 [1.23 - 355] | 0.01 |
| ENP (Auto+Despl+Acc) | 19/1000 días VM | 2/1000 días VM | 10 [4 - 32] | < 0,0001 |
| Rotura del balón | 6/1000 días VM | 7/1000 días VM | 0.8 [0.4 - 1.6] | 0.48 |
| Obstrucción | 13.4/1000 días VM | 11.3/1000 días VM | 1.18 [0.74 - 1.92] | 0.48 |

ENP: Extubación no programada; Pre-Int:Pre-intervención; Post-Int: Post-intervención; IRR: incidence rate ratio; IC: Intervalo confianza

0231 MUERTE SÚBITA EN EL PUPERPERIO INMEDIATO

A MARTINUZZI(1), C LOPEZ(1), P ROEL(1), K SAIBAL(1), M CORNU(1), M OROZCO(1), AL DELLARRIVA(1)
(1) Cmic.

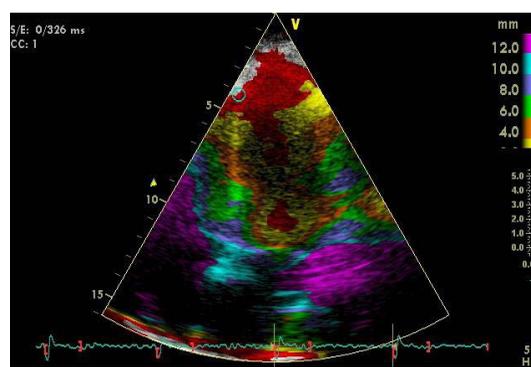
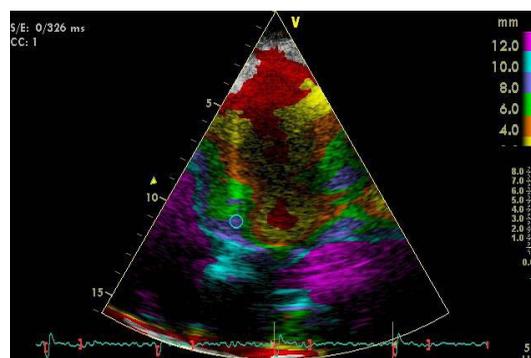
Introducción: Un pequeño porcentaje de mujeres embarazadas va a requerir cuidados críticos y menos del 5% de dichos ingresos son por fallo cardíaco. Las etiologías más frecuentes que causan este fallo son: tromboembolismo pulmonar (TEP), síndrome anafilatoide del embarazo (SAE) y miocardiopatía periparto (MP). Se describe un caso clínico que llevo al diagnóstico diferencial entre estas entidades.

Caso clínico: Paciente de 42 años con G6-P6-Ab0, 12 hs después de parto eutócico ingresa para ligadura tubarica, durante este procedimiento presenta paro cardiorrespiratorio(PCR) y requiere RCPa. Se revierte y es derivada a nuestro nosocomio. Ingresa inestable hemodinámicamente con signos electrocardiográficos de sobrecarga derecha y ecocardiograma transtorácico (ETT) con aumento de velocidades de la arteria pulmonar y Fey30%. Presento una taquicardia ventricular por lo que requirió cardioversión eléctrica. Persistió en shock y se iniciaron vasoactivos. Por sospecha de TEP se derivó a hemodinamia para angiografía y se descartó TEP masivo, pero se constató hipertensión pulmonar y disfunción del ventrículo derecho. Se evidencio por doppler venoso trombosos de vena iliaca izquierda, se indicó anticoagulación. Inicio mejoría clínica y se extubo a los 7 días, nuevo ETT STRAIN informa mala función VD y VI-Fey 45%. A los 10 días se realizó cardiorresonancia con informe compatible con miocarditis. Posterior resonancia de encéfalo evidencio secuela post-ischémica cortico-subcortical frontal. Es dada de alta a los 31 días del ingreso con hemiparesia, bradipsíquica y dependiente de cuidados.

Discusión: La MP es una rara enfermedad, no se conoce bien la etiopatogenia, aunque se postula la posibilidad de miocarditis. Se presenta como insuficiencia cardiaca congestiva con una elevada mortalidad referida, otras veces semeja la clínica de TEP o SAE, y menos frecuentemente se manifiesta como fallo ventricular severo y PCR relacionados con la inducción anestésica. En algunas ocasiones requiere soporte inotrópico, asistencia ventricular e incluso trasplante. El cuadro clínico está definido por 4 criterios: fallo cardíaco en el último mes del embarazo o en los cinco siguientes al parto, ausencia de causa identificable, ausencia de enfermedad cardíaca conocida antes del último mes de embarazo y disfunción sistólica ventricular izquierda con Fey <45%. La fisiopatología del TEP es ampliamente conocida, así mismo su causas y consecuencias, es importante tener en cuenta que el riesgo de TEP durante el puerperio se eleva a 11 veces, y más luego de un procedimiento quirúrgico.

Conclusión: El diagnóstico de certeza en esta paciente es problemático, el cuadro es compatible tanto con TEP como MP, los métodos complementarios fallaron para demostrar la presencia de trombo a nivel pulmonar, pero si hay signos indirectos de del mismo, además se encontro una trombosos en la iliaca izquierda. Por otra parte el

resultado de la cardiorresonancia informa miocarditis que apunta a MP. Es un cuadro critico de difícil interpretación, motivo por lo cual lo presentamos.



0233 MEDIASTITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE, QUE INTERCURRE CON SÍNDROME DE LEMIERRE, A PROPOSITO DE UN CASO

MR MARINO(1), R VISINTIN(1), J LASSAGA(1), G EZCURRA(1), D VILLANI(1)
(1) Higa San Jose De Pergamino.

Introducción: La mediastinitis necrotizante descendente ocurre principalmente como complicación primaria de una infección cervical u odontológica, que luego desciende hacia el mediastino. La tomografía computada de tórax es la mejor herramienta para el diagnóstico y el tratamiento consiste en el drenaje quirúrgico y la administración de antibióticos.

El síndrome de Lemierre se caracteriza por la presencia de tromboflebitis de la vena yugular interna y el desarrollo de émbolos sépticos, consecuencia de una infección orofaríngea, cuyo diagnóstico se comprueba principalmente a través de métodos de imágenes y hemocultivos.

Caso clínico: Paciente de 28 años con antecedente de internación por flemón odontógeno drenado y en tratamiento antibiótico, ingresa a UTI por falla multiorgánica secundaria a absceso en piso de boca, que evoluciona con mediastinitis y derrame pleural bilateral. En quirófano se realiza cervicotomía y se coloca tubo de avenamiento pleural bilateral. Se cubre con piperacilina-tazobactam y vancomicina, con rescate de Streptococcus en líquido pleural y posteriormente colistin por rescate de Acinetobacter baumannii en aspirado traqueal por neumonía asociada a ventilación mecánica, evolucionando con distress respiratorio. Se realiza traqueostomía por ventilación prolongada. Durante su estadía intercorre con trombosos de la vena yugular interna derecha, que se interpreta como Síndrome de Lemierre. Pasa a sala general, donde presenta episodio de tromboembolismo pulmonar, sin evidencia de trombosos venosa profunda por eco doppler, por lo que se inicia anticoagulación. El paciente completa esquema antibiótico y es dado de alta.

Discusión: Las infecciones odontógenas resultan de especial interés debido a la intensidad local de los síntomas y el riesgo asociado de compromiso sistémico. El cumplimiento terapéutico antibiótico es clave para evitar estas complicaciones.

Conclusión: La mediastinitis necrotizante es una complicación primaria de una infección cervical u odontológica que se disemina hacia el mediastino a través de los espacios anatómicos. Es de gran importancia conocer la anatomía de la región, factores causales, patogenia y sus complicaciones, así como una actitud quirúrgica oportuna y agresiva junto al adecuado tratamiento antibiótico. El síndrome de Lemierre es una complicación rara, cuyo diagnóstico es la sospecha clínica y confirmación con métodos de imágenes.



0234 MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS: PERCEPCIÓN Y PRÁCTICAS ACTUALES EN DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE ARGENTINA

N CIARROCCHI(1), C PEREZ ACOSTA(1), R BAEZ(1), F ROSCIANI(1), MD TERAN SALAZAR(1), V MARQUEVICH(2), G WINDELS(2), JH ALVAREZ(2), P PRATESI(2), JM DIANTI(1), A DIAZ(1), A MIDLEY(1), O PATIÑO(1), JE SAN ROMAN(1), JP BETTGER(3)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Universitario Austral. (3) Duke University.

Introducción: La movilización temprana (MT) es segura, factible y beneficiosa en pacientes neurocríticos sin embargo no se realiza aun de forma sistemática en nuestro país.

Objetivos: Determinar la percepción del personal de salud sobre la importancia y seguridad de la MT en pacientes neurocríticos así como determinar el riesgo, la carga de trabajo generada y la tasa de movilización pasiva y activa real en dicha población.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un protocolo de MT y pro-

gresiva de 5 niveles de intensidad. Se realizó una encuesta sobre la percepción de la MT a todo el personal de salud involucrado en el cuidado de estos pacientes. Posteriormente se realizó una observación prospectiva de los niveles de movilidad alcanzados en cada paciente según el protocolo diseñado pero antes de su implementación.

Resultados: Se obtuvieron 202 respuestas de la encuesta. El 95% de los encuestados considero importante la movilización temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pero solo el 77% la considero una práctica segura y el 76 % percibió la alta complejidad de los pacientes como una limitación para realizar la movilización. El 21,8 % percibió que aumenta el riesgo de desplazamiento de catéteres y el 11% que incrementa el riesgo de extubación. Por otra parte, el 55% considero apropiada la tasa de movilidad realizada en su unidad. Durante el periodo de observación se incluyeron 35 pacientes de los que se obtuvieron 514 mediciones. Se observó que en el 50.19% de las mediciones no existía documentación alguna de movilidad. En 7 pacientes no se encontró documentación de movilidad durante toda su estadía en la UCI. El 92 % de las movilizaciones requirieron menos de 20 minutos para realizarla y en el 30% se requirio menos de 10 minutos. No se observaron complicaciones asociadas a la movilización durante el periodo de observación.

Conclusiones: A pesar de ser considerada una práctica importante y que la carga de trabajo para implementarla sea baja, la MT se realiza en nuestra población de forma deficiente por lo que es necesario realizar intervenciones para mejorar su implementación.

0235 DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS

N MARINI(1), J MINDIOLA(1), M SUBELZA(1), M OLMOS(1), A MIRANDA TIRADO(1), B TABOADA(1), D VARELA(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1), M GLEMON(2)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro. (2) Ospital Universitario Fundación Favaloro.

Objetivo: Evaluar la incidencia e impacto pronóstico en los pacientes internados en terapia intensiva que presentan delirium durante su internación.

Materiales y Métodos: Trabajo observacional, retrospectivo, que incluyó todos los pacientes ingresados a Terapia Intensiva desde 01/07/2015 hasta 31/03/2016 y excluyo a menores de 18 años y aquellos con imposibilidad de realizar el Confusion Assesment Method for the Intensive care unit (CAM-ICU). El CAM-ICU se realizo una vez al día. Para su análisis se los dividió en 2 grupos: primer grupo, pacientes con CAM-ICU positivo ("con delirium") y segundo con CAM-ICU negativo ("sin delirium"). Las variables analizadas fueron edad, sexo, Apache II, SAPS II, BMI, estadía en UTI, requerimientos y duración de ARM, número de pruebas de respiración espontaneas, reintubación, días de weaning, incidencia de neumonía asociada al ventilador (NAV), tasa de infecciones, requerimiento de vasopresores, trasfusión de hemoderivados, y mortalidad. También se tuvo en cuenta el tipo de admisión (Medico / Quirúrgico). Los datos se presen-tan como media y desvío estándar para las variables ordinales y en porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test para las variables cuantitativas y Chi Cuadrado para las cualitativas, tomándose como significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 586 pacientes, 179 (30.5 %) presentaron CAM-ICU positivo, con una duración de 7.9 (9.1) días. En este grupo "con delirium", el tipo de admisión fue Quirúrgico 70.7 % y Clínico 29.3 % con una incidencia de delirium de 38.5 % y 26.3 % respectivamente ($p: 0.001$). El 57.5 % de los pacientes con delirium recibía sedación al momento del diagnóstico.

Conclusiones: El delirium es frecuente y más aún en pacientes quirúrgicos. En el grupo delirium se observó edad y scores de gravedad más altos. Mostro una mayor estadía en terapia intensiva, requerimientos de ARM, días de weaning, sedación, analgesia, tasa de infección, requerimientos de vasopresores, hemoderivados y mortalidad, similares a las publicaciones sobre tema. La mayor mortalidad del grupo delirium no pareciera estar solo explicada

por su Apache II más alto. La relación de esta manifestación y su lugar como subrogante de gravedad o variable asociada esta por ser dilucidada.

| Apache II | Mortalidad con Delirium | Mortalidad sin Delirium |
|-----------|-------------------------|-------------------------|
| 0-10 | 3.3 % | 0.44 % |
| 11-20 | 16.5 % | 3.3 % |
| >20 | 19.2 % | 16.7 % |

| | TOTALES | CON DELIRIUM | SIN DELIRIUM | p |
|-------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------|
| n | 586 | 179 | 407 | |
| Edad | 57.7 (16.1) | 63.4 (14.8) | 55.1 (16) | 0.000 |
| Sexo Masculino | 55.5 % | 59.2 % | 53.8 % | 0.261 |
| Estadía en UTI | 8 (12.7) | 16.9 (18.3) | 4.1 (5.8) | 0.000 |
| Mortalidad | 6.8 % | 15.1 % | 3.2 % | 0.000 |
| Apache II | 12.5 (6.8) | 17.2 (6.5) | 10.5 (5.9) | 0.000 |
| SAPS II | 26.3 (14.3) | 35.3 (13.7) | 22.5 (12.7) | 0.000 |
| BMI | 26.9 (5.9) | 27.3 (5.3) | 26.7 (6.1) | 0.25 |
| ARM | | | | |
| Necesidad | 34.3 % | 71.5 % | 17.9 % | 0.000 |
| Episodios de ARM por paciente | 1.18 | 1.28 | 1.01 | |
| Nº de PRE | 1.9 (2) | 2.1 (2.2) | 1.4 (1.6) | 0.000 |
| Días de Weaning | 2.9 (5.6) | 3.6 (6.4) | 1.3 (2) | 0.000 |
| Reintubación | 8.7 % | 11.2 % | 3.2 % | 0.130 |
| Días de ARM | 8.7 (13.7) | 11.1 (15.6) | 3.4 (4.7) | 0.000 |
| Traqueostomía | 20.4 % | 27.3 % | 8.2 % | 0.004 |
| Incidencia de NAV | 6.7 % | 9.8 % | 0.0 % | |
| Dens. De Incidencia de NAV | 7.9 | 9 | | |
| Sedación | | | | |
| Tasa | 21.8 % | 57.5 % | 6.1 % | 0.000 |
| Días de Uso | 5.1 (6.7) | 5.6 (7) | 2.8 (4.6) | 0.000 |
| Analgesia | | | | |
| Tasa | 35.5 % | 65.9 % | 22.1 % | 0.000 |
| Días de Uso | 4.7 (6.7) | 6.6 (7.9) | 2.2 (3) | 0.000 |
| Tasa de infecciones | 21 % | 51.4 % | 7.6 % | 0.000 |
| Vasopresores | | | | |
| Tasa | 26.6 % | 60.3 % | 11.8 % | 0.000 |
| Días de Uso | 4.9 (7.1) | 6.1 (8.2) | 2.2 (2.2) | 0.000 |
| Transfusiones | | | | |
| GRC | | | | |
| Tasa | 21.2 % | 43.6 % | 11.3 % | 0.000 |
| Nº de Unidades | 3.4 (3.6) | 4.1 (4.2) | 2.3 (1.9) | 0.000 |
| Plaquetas | | | | |
| Tasa | 4.1 % | 10.6 % | 1.2 % | 0.000 |
| Nº de Unidades | 16.2 (18.7) | 16.9 (21.9) | 13.4 (7.2) | 0.005 |
| PFC | | | | |
| Tasa | 4.3 % | 8.4 % | 2.5 % | 0.002 |
| Nº de Unidades | 9.4 (14.5) | 12.6 (18.1) | 4.6 (3.3) | 0.000 |

0236 ESTUDIO DE CALIDAD DE LA ADHERENCIA A LA PRIME-RA ETAPA DE IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UNA UCI MEDICO-QUIRURGICA
 M SARUBBIO(1), MJ MESCHINI(1), F CAMINOS(1), A PORCEL(1), F IGLESIAS(1), N ZULJEVIC(1), MC MARCHENA(1), AL GONZÁLEZ(1), L TUMINO(1), MG SÁENZ(1), V PAZOS(1), R REINA(1), E ESTENSSORO(1), C LOUDET(1)
 (1) San Martín De La Plata.

Introducción: Para protocolizar la sedoanalgesia (SA) en pacientes críticos, es relevante estandarizar soluciones que sean físico-química y microbiológicamente estables y en rangos de dosis seguros. En nuestra UCI se inició la primera etapa de un protocolo de SA.

Objetivo: Evaluar la adherencia del personal de la UCI a la primera etapa de implementación de un protocolo de SA.

Métodos: Cohorte prospectiva en UCI médico-quirúrgica llevada a cabo durante 9 meses. Entre julio-dic 2015 los Servicios de Farmacia y UCI realizaron una revisión bibliográfica y consenso (método Delphi) con el fin de implementar un protocolo de SA en varias etapas. En la primera etapa se establecieron diluciones estandarizadas que fueran estables en la máxima concentración posible y se establecieron nomogramas consistentes en grillas de doble entrada para unificar la prescripción de las 5 drogas más utilizadas en infusión continua para SA; considerando la dosis/kg/hora deseada, se establece la velocidad de infusión adecuada (Fig1). Durante enero-2016 se aplicó una intervención educativa a todo el personal de la UCI (reuniones explicativas, provisión de material en papel y online), explicando la nueva modalidad de prescripción de SA. Entre feb-abril 2016 se analizaron todas las prescripciones de SA a pacientes consecutivos en VM. Indicador de adherencia: Tasa de error de prescripción acorde a cuatro tipos de errores: 1.Global 2.De dilución 3.De velocidad de infusión 4.De rango de dosis. Asimismo se consideró la tasa de error del fin de semana. Datos presentados de acuerdo a su naturaleza. Comparaciones múltiples con Chi2 o Fisher. Programa STATA 11.1.

Resultados: De 81 pacientes ingresados, 26 requirieron VM y SA continua, edad 38 ± 15 años, APACHEII: 18 ± 7, días-VM 7[1 – 17], mortalidad 35%. Se realizaron 501 prescripciones de SA. Tasa de error global: 20%. Tasa de error de fin de semana 26% vs 18% (p0.04). Tabla 1: Tasas de los cuatro tipos de errores.

Conclusiones:

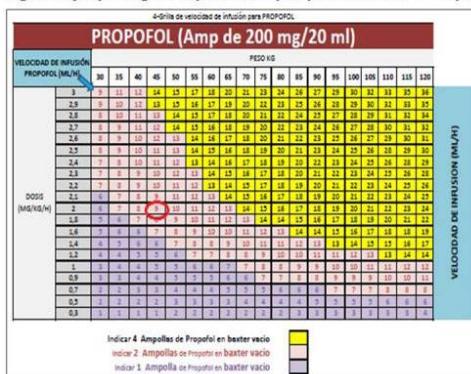
- La mayor cantidad de errores de prescripción de SA estuvieron vinculados a la velocidad de infusión.
- No se observaron diferencias en las tasas de errores entre las diferentes drogas evaluadas.
- La mayor tasa de errores durante el fin de semana focaliza la necesidad de reforzar la intervención educativa.

Tabla 1. Tasas de errores vinculados a la prescripción de sedoanalgesia en infusión continua

| Tasa de error | Todas | Fentanyl | Remifentanyl | Midazolam | Propofol | Dezmedeto | Valor de p |
|----------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|------------|-----------|------------|
| 1.Error Global | 101/501 (20) | 55/241 (23) | 4/25 (16) | 31/171 (18) | 11/57 (19) | 0/7 (0) | 0.75 |
| 2.Error de dilución | 10/501 (2) | 8/241 (3) | 0/25 (0) | 0/171 (0) | 2/57 (4) | 0/7 (0) | 0.60 |
| 3.Error de velocidad | 88/501 (18) | 53/241 (22) | 4/25 (16) | 22/171 (13) | 9/57 (16) | 0/7 (0) | 0.68 |
| 4.Error de Dosis | 12/501 (2) | 4/241 (2) | 0/25 (0) | 8/171 (5) | 0/57 (0) | 0/7 (0) | 0.78 |

Datos expresados como N (%)

Figura 1. Ejemplo de grilla implementada para protocolo de SA- 1ª Etapa



0237 VASOESPASMO CEREBRAL POSOPERATORIO: REPORTE DE CASOS

L TUMINO(1), S CARINO(1), C LOUDET(1), A TORO(1), C MARCHENA(1), N ZULJEVIC(1), AL GONZALEZ(1), R REINA(1), A PASARELLI(1), J CONDE(1), S BARRIOS(1), P LORAN(1), L CHOQUE(1), R FERNANDEZ(1), E ESTENSSORO(1)
 (1) Higa San Martín De La Plata.

Introducción: El vasoespasmo (VS) de las arterias cerebrales es una complicación infrecuente en el posoperatorio de resecciones de tumores cerebrales. El diagnóstico se basa en un alto índice de sospecha ante la presencia de síntomas (deterioro del sensorio, focalidad neurológica, etc.), desconociéndose la incidencia del VS asintomático.

Objetivo: Describir la presencia de VS en el posoperatorio de tumores cerebrales.

Material y métodos: Serie de casos de pacientes en posoperatorio (POP) de tumores supratentoriales que cursan internación en UCI >48hs de abril-noviembre 2015. Se registraron datos demográficos y escores de gravedad. Se definió VS mediante doppler trancran-

neal (DTC) como un velocidad media (VM) de ACM > 120 cm/seg con un IL > 3, en circulación anterior y VM de AB mayor a 85 cm/seg con un IL > 3 para la circulación posterior.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 7 pacientes. Edad promedio de 42 (19) años, masculino 51%, APACHE II 137-18, SOFA 24 40-11, ARM 28,6%, UCI días, mortalidad 28,6%. Se detectaron 3 pacientes con VS, uno de ellos presento valores de VS leve y dos VS moderado. VS sintomático presento un paciente, de manera bilateral y moderado, de circulación anterior y posterior. La mortalidad observada abarco un paciente con VS y uno sin VS. La anatomía patológica, de los pacientes que desarrollaron VS, arrojó como resultado craneofaringioma (paciente fallecido), macroadenoma de hipófisis y metástasis renal celar.

Conclusiones:

- En nuestra pequeña muestra, se detectó la presencia de VS en el 42,8% de los pacientes, siendo sintomático en un solo paciente.
- No hay reportes de incidencia de VS asintomático en posoperatorio de tumores supratentoriales.

0239 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS CONJUNTAS PARA LA DISMINUCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR
AS AVILA VERA(1), A FERNANDEZ(1), D BINSIGUERRA(1), L MOROS(1), C HANDIJAK(1), P LOMBARDI(1), F VILLOIS(1)
(1) Durand.

Introducción: La neumonía asociada al ventilador (NAV) es una entidad que se asocia a prolongación de la ventilación mecánica y mayor morbimortalidad. Entre los factores relacionados a una mayor incidencia de NAV se reportaron la duración de la asistencia ventilatoria mecánica (AVM), el recambio innecesario de los circuitos del respirador, el decúbito supino, la alimentación enteral sin adecuada supervisión, la inadecuada higiene oral, utilización de tubos endotraqueales con inapropiada insuflación del manguito, la reintubación, las transfusiones sanguíneas y la utilización de bloqueantes neuromusculares y corticoides.

Objetivo: Aplicar un paquete de medidas (PM) destinadas a disminuir la incidencia de NAV y valorar su efectividad.

Materiales y métodos: En un estudio prospectivo, observacional, se incluyeron 46 pacientes (P) que requirieron AVM por más de 12 hs, desde el 1 de mayo del 2015 al 31 de marzo del 2016, a quienes se les aplicó un PM. Se definió NAV utilizando el score CPIS (score de infección pulmonar clínica).

El PM incluye:

- Elevación de la cabecera de la cama entre 30° y 45°.
- Higiene bucal con clorhexidina.
- Aspiración de secreciones y de lago faríngeo previo a la Aspiración traqueal.
- Fijación correcta de la sonda nasogástrica.
- Vigilar desplazamiento.
- Control de residuo gástrico por turno de enfermería.
- Control de presión en el manguito del tubo endotraqueal (TET).
- Interrupción diaria de la sedoanalgesia.
- Circuito de aspiración del TET adecuadamente protegido. El análisis estadístico se realizó con el test de χ^2 y un valor de p.

Resultados: Durante el periodo de observación ingresaron a la UCIP 72 P, de los cuales 46 P (58%) requirieron AVM con edad promedio 12.5 meses (1m-18años), sexo femenino 50% (pNS). En los P en AVM se observaron 8 episodios de NAV en 7 pacientes (17%; pNS), con una tasa de 11,5 NAV / 1000 días de AVM. Los gérmenes rescatados del aspirado traqueal fueron: Acinetobacter baumannii, Estenotrofomona, Klebsiella, Pseudomona, Enterobacter, y Chryseobacterium. Se registró apropiadamente el PM en 26P (56%; p<0.05) en los cuales hubo 2 episodios (7,7%) de NAV (pNS). En los 20P sin cumplimiento del PM hubo 6 episodios de NAV (30%; p<0.05). La higiene bucal y la elevación de la cabecera se cumplió 100%, y la suspensión de la sedoanalgesia en 26%.

Conclusiones: La aplicación del PM fue adecuado, y disminuyó la

incidencia de NAV en los P en AVM. La medida más cumplida del PM fue la higiene bucal y la elevación de la cabecera, y la que menos se cumplió fue la suspensión de la sedoanalgesia.

0240 UTILIDAD DEL USO DE ECMO EN EL MANEJO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL DE ALTO DÉBITO

L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), E TABOADA(1), D ABSI(1), A BERTOLOTTI(1), F KLEIN(1)

(1) Fundacion Favaloro.

La fistula broncopleurale es una condicion compleja y potencialmente fatal cuyo manejo depende de formular un tratamiento adecuado a la situación del paciente.

Hay pocos datos disponibles del uso de membrana de oxigenacion extracorporea (ECMO) en el manejo de fistulas broncopleurales de alto debito.

Presentación del caso: Paciente de 49 años de edad con diagnostico de linfangioleiomiomatosis con requerimientos de O2 domiciliario y disnea habitual clase funcional III.

Consulta por disnea de reposo y aumento de los requerimientos de O2 constatándose neumotórax grado III. Se realiza drenaje pleural, intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica. Se traqueostomiza al 5to día de internación. Evolucionara a partir del 7mo día con enfisema subcutáneo masivo y fistula broncopleurale de alto debito con aerorragia persistente presentando fuga mayor al 40 % del volumen corriente.

El día 10 de internación bajo tratamiento convencional presenta hipoxemia refractaria con empeoramiento del enfisema subcutáneo en el contexto de fistula broncopleurale de alto débito se decide colocación de asistencia respiratoria con ECMO veno-venoso como puente a la recuperación de la fistula.

Bajo soporte con ECMO se realiza ventilación ultraprotectiva con volumen minuto respiratorio de 2 l/min, FR de 10 rpm, Vt de 200 ml y ZEEP, presentando inmediata reabsorción del enfisema subcutáneo y disminución del volumen de aerorragia.

A las 24 hs se realiza trasplante bipulmonar continuando con ECMO durante el primer día postoperatorio con evolución posterior favorable.

Discusión: Existen pocas comunicaciones del uso de ECMO en el manejo de fistulas broncopleurales.

Esta técnica permite una estrategia de ventilación ultraprotectiva con hipoventilación y presiones bajas en la vía aérea y puede ser una alternativa a considerar especialmente como puente a la recuperación de la fistula o su reparación quirúrgica o al trasplante pulmonar como en este caso.

0241 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA MEDIANTE LA TÉCNICA DE CIAGLIA: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE EL ENTRENAMIENTO DE LOS RESIDENTES DEL SERVICIO.

J VINCENTI(1), N ROMANO(1), L VISSANI(1), M JUCHANI SANTOS(1), F PALOMINO(1), J PEREZ ARIZA(1), A FERNANDEZ(1), J SAGARDIA(1), D PEZZOLA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

La traqueostomía percutánea (TP) es un procedimiento mínimamente invasivo, de creciente instauración, en el que el abordaje traqueal se efectúa usando el método de Seldinger. Las técnicas más utilizadas son la de Ciaglia y la de Griggs que requiere, como otras técnicas quirúrgicas, el entrenamiento y la adquisición de la destreza.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia durante un periodo de aprendizaje con técnica de Ciaglia y describir las complicaciones operatorias y posoperatorias.

Diseño: Estudio descriptivo, prospectivo.

Resultados: Primera fase: se realizó capacitación con experto mediante exposición teórica y demostración de destrezas con tráqueas disecadas de cerdos.

Segunda fase: Una médica con entrenamiento en la técnica realizó la asistencia de cada procedimiento. Las TP fueron realizadas por los residentes de 3 y 4 año. El manejo de la vía aérea lo efectuó un residente mediante laringoscopia directa retirando el tubo orotraqueal hasta ver el cuff a nivel de las cuerdas vocales. Tras finalizar la técnica se estimuló la práctica reflexiva.

Durante 1 año se realizaron 78 TP en 77 pacientes. 76 pacientes estaban intubados al momento de realizar la TP con una mediana de días de VM de 17 días. Un paciente con enfermedad de Duchenne y requerimiento de VNI permanente fue intubado y traqueostomizado en el mismo acto.

Se registró algún tipo de complicación en 19 procedimientos (24%). En 17 casos fueron leves: dificultad para introducir la cánula (n=4), sangrado leve (n=5), perforación del cuff del tubo orotraqueal (n=6), extubación (n=1) sin compromiso de la oxigenación e infección periostoma (n=1).

Hubo 2 eventos serios: Un PCR durante el procedimiento y un neumotórax simple diagnosticado 24 horas post procedimiento (en distintos pacientes). No hubo atelectasias o falsas vías.

Conclusiones: La TP con técnica de Ciaglia sin guía endoscópica es una técnica segura. Como en otros procedimientos, la curva de aprendizaje contribuye a un incremento en la incidencia de complicaciones. En nuestro trabajo 2 pacientes presentaron complicaciones serias: el evento PCR no se debió a dificultad en la canulación o falsa vía. El paciente presentaba enfermedad cardíaca congénita no resuelta. Es necesario elegir correctamente al paciente considerando las características anatómicas del cuello y las condiciones clínicas y antecedentes.

0242 PURPURA TROMBOCITOPENICA INMUNE SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON PERDIDA DE RESPUESTA

VH OCAMPOS(1), N CONSUELO ARIAS(1), J MORENO(1), M NAHRA(1), JA VOSS(1), MA FLORES(1), J VELAZCO(1), T SIERRA(1), G CABRERA(1), MS DOGLIOLI(1), W DAVALOS(1), JC COGORNO(1), J MARCOS(2), E CORREGER(1)
(1) Español De Buenos Aires. (2) Instituto Policlínico San Martín De La Plata.

Introducción: La Púrpura Trombótica Inmune (PTI) es una enfermedad autoinmune adquirida. Se caracteriza por destrucción acelerada de plaquetas normales y producción inadecuada de las mismas mediada por auto anticuerpos.

El diagnóstico, es de exclusión. Cuando es secundaria a LES presenta incidencia 8-32% siendo menor al 10% los casos graves, se asocia a una elevada morbi-mortalidad; más aún los casos refractarios.

Caso Clínico: Femenina 46 años, antecedentes HTA, hipotiroidismo, LES, glomerulonefritis lúpica, diálisis peritoneal, SAF, ACO.

Ingresó derivada con diagnóstico de PTI secundaria, fue tratada con metilprednisolona. Intercurrió con Sepsis Severa foco respiratorio, ingresa con hemoptisis, pancitopenia, hemorragia alveolar, inicia soporte transfusional y nuevo ciclo de metilprednisolona, PAMO médula reactiva regenerativa y Coombs +. Sin respuesta inicia gammaglobulinas hiperinmune 2g/kg 3 dosis. Evoluciona con hematoma en fosa renal, cirugía sin conducta. Presenta nuevo evento de sepsis severa. Inicia plasmáferesis. Complica con shock hipovolémico requiriendo cirugía de emergencia, se drena hematoma fosa renal y toracocentesis evacuadora de hemotórax. Se reestadifica a pérdida de respuesta, se cultiva e inicia rituximab; el frotis de sangre periférica, muestra granulaciones tóxicas, luego de 72hs de la primera dosis de rituximab desencadena PCR y posterior óbito.

Discusión: Los trastornos hematológicos son hallazgos comunes en pacientes con LES. La importancia en distinguir las diferentes anomalías hematológicas radica en las diferentes causas: manifestaciones de la enfermedad, consecuencia del tratamiento para el LES o manifestación del SAF. La trombocitopenia como manifestación del LES puede ser mantenida sin tratamiento específico. Se reportaron distintas recomendaciones terapéuticas en casos refractarios

que no ofrecen solución a pacientes críticos ya que la respuesta terapéutica no es inmediata, como el caso que reportamos

Conclusión: No se reportaron trabajos controlados randomizados, la evidencia actual se basa en serie de casos. La terapéutica aplicada a la paciente no revirtió los efectos de la patología en estudio; siendo difícil determinar si el resultado negativo de éste caso es debido a la elevada mortalidad del mismo, a complicaciones del tratamiento instaurado o una combinación de ambos.

El caso mencionado queda a la espera de nuevas recomendaciones sobre esta patología infrecuente, pero con alta mortalidad.

0244 SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

T SIERRA(1), J VELAZCO(1), G CABRERA(1), MS DOGLIOLI(1), R BAEZ(1), L BIANCHI(1), M NAHRA(1), J VOSS(1), MA FLORES(1), J MORENO(1), L EBBEKE(1), JC COGORNO(1), VH OCAMPOS(1), E CORREGER(2)
(1) Español De Buenos Aires. (2) Español De Buenos Aires.

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una infección poco frecuente y de alta mortalidad pese a un adecuado tratamiento médico quirúrgico. Se caracteriza por la presencia de gas en el parénquima renal, vía urinaria y/o tejidos peri renal. Prevalce en mujeres. Afecta más al riñón izquierdo (60%). El 5% la afectación es bilateral. La presentación puede ser desde una pielonefritis aguda hasta cuadros de shock.

Caso clínico: Paciente femenina de 56 años con antecedentes de diabetes tipo 2, obesidad mórbida e infecciones del tracto urinario desde la infancia. Ingresó a UTI con Insuficiencia respiratoria ARM, acidosis metabólica. Luego de cultivos inicia tratamiento empírico con Ampicilina Sulbactam y Ciprofloxacina. Evoluciona con shock y anuria. Estudios: TC muestra riñón izquierdo aumentado de tamaño de aspecto heterogéneo, burbujas de gas a nivel del parénquima renal. Con alta sospecha de pielonefritis enfisematosa se realiza nefrectomía radical izquierda. Requiere diálisis precoz, evolucionando con mejoría de la función renal. Se objetiva bacteriemia a klebsiella pneumoniae, por lo que se rota por sensibilidad a Imipenem; Se trata posteriormente con infusión continua de Meropem por persistir bacteriémica. Evoluciona con weaning exitoso. TC control sin alteraciones en celdas renales. Luego de 11 días de internación se externa.

Conclusiones: La pielonefritis enfisematosa es una infección grave que suele comenzar como una infección urinaria alta. Debe sospecharse en mujeres con diabetes mal controlada y con escasa respuesta antibiótica o por reuierir múltiples esquemas antibióticos de infecciones urinarias a repetición. La TC de abdomen es precisa en el diagnóstico y tratamiento. El caso clínico reportado reúne las características típicas de una pielonefritis enfisematosa con factores de mal pronóstico. Fundamentamos este reporte por: 1. La alta sospecha diagnóstica ante factores predisponentes como anuria y shock séptico 2. El soporte de órgano vital asociado al tratamiento quirúrgico precoz, disminuye considerable la mortalidad en esta patología.

0245 ANÁLISIS DE UTILIZACIÓN DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR EN PACIENTES CRÍTICOS: EXPERIENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

B RODRÍGUEZ(1), D BELLINI(1), PI MARTÍNEZ(1), G MOLINA MANCERO(1), E DESCOTTE(1), F LÁSCAR(1), MA BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: El tromboembolismo de pulmón (TEP) constituye una grave causa de morbi-mortalidad en pacientes hospitalizados en el área de cuidados críticos. La anticoagulación constituye el tratamiento estándar. En los casos con contraindicación o complicacio-

nes hemorrágicas, la colocación de un filtro de vena cava inferior (FVCI), removibles o permanentes, es una herramienta útil para prevención del TEP.

Objetivos: Describir el uso de filtros de VCI, su frecuencia, indicaciones y evaluar la mortalidad en pacientes críticos con diagnóstico tomográfico de TEP con y sin FVCI.

Diseño: Estudio retrospectivo, entre julio de 2011 a marzo de 2016, ingresaron 77 pacientes con diagnóstico de TEP, internados en el área de cuidados intensivos, de nuestro centro.

Resultados: Se utilizó FVCI en 18 pacientes, quienes tuvieron contraindicación de anticoagulación. La edad promedio fue de $58,1 \pm 2,8$ años. La incidencia de TVP en el grupo con FVCI fue de 44,4 %, mientras que en el grupo sin FVCI fue de 36% (P: 0,79). Las indicaciones de colocación fueron: hematomas en el SNC, post-operatorios de cirugía de abdomen, pre-quirúrgico de cirugía de tórax, y por complicaciones de cirugía traumatológica.

No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad hospitalaria entre los grupos con y sin filtro, siendo respectivamente de 5,56% vs 6,78 % (P: 0,66).

Conclusión: En esta serie de un único centro, no se observaron cambios en la mortalidad entre los grupos con y sin FVCI, independiente de la prevalencia de TVP de cada muestra, aconsejándose su uso exclusivamente en los casos en que se encuentre estrictamente indicado.

0246 PANCREATITIS NECROTIZANTE ALTIASICA EN PACIENTE CON FORMA GRAVE DE LEPTOSPIROSIS

NM FUNES NELSON(1), EM ABEGAO(1), JM MIRANDA(1)
(1) Hgza Dr Alberto Balestrini.

Introducción: La presentación de pancreatitis durante el curso de la leptospirosis se presenta en alrededor del 25% de los casos, siendo más frecuentes las formas graves, asociada a fallas de otros sistemas, con a una mortalidad del 60 %.

Presentación del caso: Paciente, de sexo femenino, 18 años de edad, con antecedentes de tbq severo, habitante del AMBA.

Inicia cuadro febril de una semana de evolución, agregando tos, expectoración y disnea CF II-III. Fue medicada con AINES y ATB en forma ambulatoria. Por persistencia sintomática consultó a nuestro hospital.

Laboratorio normal, Rx tórax: infiltrados, en 4 cuadrantes. Posteriormente, tos hemoptoica, progresión de disnea y deterioro del sensorio. Requiriendo IOT/ARM, decúbito prono y maniobras de reclutamiento alveolar, administrándose vasopresores, se pancultivó e inició tratamiento antibiótico con tazonam y vancomicina. Evolucionó con shock y descenso del HTO (13 p) y plaquetopenia, leucocitosis, agregándose al tratamiento claritromicina.

Interpretado como shock séptico con foco respiratorio, SDRA. Serología para HIV, Denge, Hantavirus, VDRL y BAAR: (-); Leptospirosis: (+), cultivos para gérmenes comunes (-). TAC de abdomen: hepatomegalia homogénea, páncreas aumentado de tamaño difusamente heterogéneo con algunas áreas líquidas intraparenquimatosas junto a líquido peripancreático y perihepático. Evolucionó con FMO. Inicia TRS, presentando sangrado cerebral y signos de ME. Por necropsia necrosis pancreática y de la grasa peripancreática.

Discusión: Paciente que se presentó con cuadro pulmonar sospechoso de NAC grave, que evoluciona tórpida con hemorragia alveolar y FOM, con requerimiento de TRS y hemorragia cerebral que desencadena la muerte encefálica y posterior parada cardíaca. Durante la internación, se confirmó serológicamente infección por Leptospira, presentándose como síndrome pulmonar hemorrágico grave, asociado a pancreatitis necrótica confirmada por anatomía patológica.

Conclusión: El hallazgo de pancreatitis en las formas graves de la enfermedad por leptospirosis, no supera el 25%, siendo excepcional la presentación sin signos sintomatología abdominal, como sucedió en el caso que se presenta. Las formas graves de leptospirosis con FOM representan los casos de mayor mortalidad, incrementándose

se cuando la pancreatitis se encuentra asociada. Se propone en las formas graves la búsqueda de indicadores de pancreatitis con marcadores como amilaseemia y tomografía multislice, aunque no se presenten síntomas ni signos abdominales.

0247 SINDROME DE INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFERICA POR ERGOTISMO EN PACIENTES HIV TRATADO CON RITONAVIR

NE MOLINAS(1), LA FLORES(1), M IADANZA(1), D BALDI(1), L ROJAS(1), C LOMBARDO(2)

(1) Isidoro G. Iriarte De Quilmes. (2) Isidoro G. Iriarte.

Introducción: El ergotismo es una complicación de la intoxicación aguda o crónica de Ergotamina. Esta se comporta como agonista α -adrenérgicos originando espasmo arterial a nivel de las extremidades que lleva a un síndrome de insuficiencia vascular periférica que puede llevar a la gangrena. Se metaboliza a nivel del citocromo P450 y los fármacos que inhiben el mismo, entre ellos el Ritonavir, pueden elevar la concentración a niveles tóxicos, aún a bajas dosis.

Presentación del caso: Sexo femenino, 44 años, con antecedente HIV/SIDA, con terapia antirretroviral (3TC, Raltegravir, Atazanavir, Ritonavir). Consulta por cianosis, dolor intenso y frialdad en manos y pies, refiriendo haber ingerido dos comprimidos de Migral MR (ergotamina) 48 hs previas. Se interpreta como Ergotismo. Ingresa a UTI con taquicardia, taquipleica, hipotensa, observándose en las extremidades flictenas, cianosis con zonas necróticas y ausencia de pulsos tibiales a la palpación y por doppler arterial. Se indica Enoxaparina 0.6 cc/12 hs, AAS 100 mg/día, Nitroglicerina endovenosa, nifedipina 30 mg c/8 horas, Vancomicina y Tazobactam. Evolución tórpida, persistiendo isquemia distal, necrosis y gangrena en miembros inferiores. Evaluada por cirugía vascular y traumatología, decidiendo la amputación supracondilea de ambos miembros inferiores. Evoluciona con mejoría clínica, con alta domiciliaria a los 20 días.

Discusión: La ergotamina es muy utilizada como automedicación en las cefaleas migrañosa. Es un agonista α -adrenérgico que produce vasoconstricción periférica que puede afectar cualquier vaso, en orden de frecuencia las arterias de las extremidades, las arterias coronarias y el lecho esplácnico. La interacción ergotamina- ritonavir se da por una unión competitiva reversible a la isoenzima CYP3A, que genera una elevación de las concentraciones plasmáticas de la ergotamina hasta niveles tóxicos originado vasoespasmo severo. Se describen dos cuadros clínicos, el 'ergotismo gangrenoso' y el 'ergotismo convulsivo'. La isquemia periférica por vasoespasmo caracteriza al ergotismo gangrenoso y sus manifestaciones varían desde palidez, frialdad, dolor, ausencia de pulsos periféricos, gangrena seca, trombosis distal y amputación, siendo este cuadro lo sucedido en nuestra paciente.

Conclusión: Los médicos debemos conocer esta interacción, y advertir a los pacientes sobre la posible complicación entre los ergotámicos y otras drogas de uso frecuente y, en particular, el Ritonavir en pacientes portadores de HIV.





0248 ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN TRASPLANTE HEPÁTICO: REPORTE DE UN CASO

MB COCA MOGRO(1), J SANTILLAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) constituye un desorden inmunológico con compromiso sistémico que afecta principalmente tracto gastrointestinal, hígado, piel y pulmones, donde las células del órgano del donante atacan las células del receptor.

Esta entidad es reconocida como la mayor complicación post trasplante de células hematopoyéticas, pero se desconoce su frecuencia en el post trasplante de órgano sólido, estando descrito en pequeñas series de casos una incidencia estimada de 0.1-2% en trasplante hepático, con una mortalidad superior al 75%.

Objetivo: Describir la presentación y evolución de la EICH en un paciente con trasplante hepático.

Caso clínico: Masculino de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II, cirrosis por VHC y con trasplante hepático (donante de 20 años de edad), tres semanas antes del inicio del cuadro.

Reingresa cinco días posteriores a su egreso hospitalario por dolor generalizado, temblor distal, confusión, anemia, leucopenia (290 GB), plaquetopenia, hepatograma sin alteraciones y dosaje de tacrolimus de 8.5. Se toman cultivos e inicia antibioticoterapia empírica. Los diagnósticos presuntivos fueron toxicidad por tacrolimus vs. infección. Evoluciona con úlceras en cavidad oral, lesiones eritematosas en tronco y manos, dolor abdominal y diarrea sin rescate de germen. Se realiza punción de médula ósea mostrando aplasia de línea roja y blanca. Con sospecha de EICH se toma biopsia yugal y de piel que presenta signos de EICH Grado IV. Recibe pulsos de metilprednisolona y timoglobulina. Evolución tórpida con sangrado digestivo y falla multiorgánica a los nueve días de internación; fallece 10 días después pese al tratamiento instaurado.

Conclusión: Se describe un caso inusual, en un paciente con trasplante hepático, de la presentación de una entidad conocida por su clínica florida y su evolución con elevada mortalidad en pacientes con trasplante de médula ósea. El objetivo de presentar este caso es la necesidad de aguzar la sospecha y la pesquisa de esta entidad

dada la creciente población de pacientes trasplantados de órgano sólido y centros que realizan trasplante hepático para poder realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.



0250 BICARBONATO ARTERIAL Y EXCESO DE BASE EN PACIENTES CRÍTICOS: UN APORTE CON VALOR PRONOSTICO, NUESTRA EXPERIENCIA

L GUARDIA(3), F LOPEZ MARQUEZ(1), M SANCHEZ(2), F RODRIGUEZ(3), N HASAM(3), M ZABALA FOURMANTIN(3), R GARNICA(4), M GONZALES(3), P LEAL(3)

(1) Centro De Zenon Santillansalud. (2) Hospital Centro De Salud Zenon Santillan. (3) Centro De Salud Zenon Santillan. (4) Centro De Salud.

Introducción: El bicarbonato es un reflejo de la acción compensadora del riñón ante una alteración ácido-base. El Exceso de Base permite realizar una determinación cuantitativa del uso y consumo de los buffers en el plasma. Es conocida la importancia del Exceso de base como predictor de mortalidad.

Objetivo: Determinar el comportamiento de bicarbonato arterial y exceso de base en pacientes críticos y su relación con la mortalidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes hospitalizados en la UCC II durante el 13 de julio al 18 de diciembre de 2015. Se incluyeron todos los pacientes con gasometrías arteriales realizadas de lunes a viernes en el horario de 7 a 13 hs. estas se analizaron en el COBAS B221 dentro de los 30 min de extraídas. Los datos se registraron en una ficha electrónica.

Resultados: Se realizaron 622 gasometrías, en 162 pacientes internados en UCCII, de los cuales 102 (64%) eran hombres y 60 (36%) mujeres, el rango etario fue de 17 a 83 años, 55 (33,9%) presentaron bicarbonato arterial ≤ 17 mmol/l y EB ≤ -5 mmol/l, de estos pacientes 33 (60%) fallecieron, los diagnósticos de ingreso de estos pacientes fueron Infección Respiratoria Baja, Shock Séptico, Hemorragia Digestiva Descompensada, Sepsis, Pos Operatorio Complicado, EPOC, Gran Quemado entre otros.

Conclusión: El exceso de base considerado como marcador único de mortalidad demostró tener una alta sensibilidad sería importante combinarlo con el bicarbonato para potenciarla.

0251 UTILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA CRÍTICA EN LA REANIMACIÓN CEREBROCARDIOVASCULAR

F TAMAGNONE(2), LM LOBO(1), C BENAY(2), G ALMIRÓN FABING(3)

(1) Militar De Campo De Mayo. (2) Rivadavia. (3) Hospital Rivadavia.

Introducción: En los últimos años ha aumentado en forma progresiva la necesidad de imágenes de ultrasonografía (US) en áreas de cuidados críticos (ACC), la cual es utilizada como parte de la evaluación general del paciente crítico.

Objetivos:

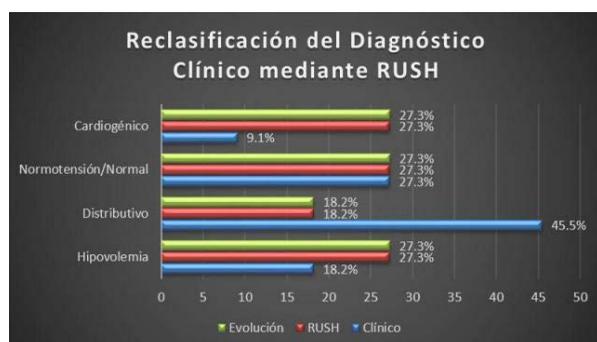
1- Evaluar la utilidad de la US crítica en la reanimación cerebrocardiovascular.

2- Determinar los cambios de conductas terapéuticas.

Materiales y métodos: Se realizó estudio prospectivo, observacional, donde se evaluaron 11 pacientes que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) en ACC, comparándose el diagnóstico clínico y su reclasificación mediante el protocolo de US RUSH y la asociación entre la evaluación por Dúplex transcraneal del flujo cerebral la evolución clínica. Las variables continuas se expresaron como Mediana (Min - Max) y las variables categóricas como porcentajes. La asociación entre las variables categóricas se evaluó con el estadístico CHI cuadrado, o la prueba exacta de Fisher en caso de que hubiera un recuento de esperados menor a 5 en al menos una casilla. Se estableció una significancia estadística de $p < 0.005$.

Resultados: Se estudiaron 11 pacientes, 54.5 % hombres, de 52 (21-70) años. La evaluación cardiovascular inicial determinó hipovolemia 18.2%, distributivo 45.5%, normotensión 27.3% y cardiogénico 9.1%. Luego de aplicar el protocolo RUSH hubo una reclasificación significativa a 27.3%, 18.2%, 27.3% y 27.3% respectivamente $p=0.009$, dicha clasificación fue concordante con la evolución clínica de los pacientes Graf 1. Todos los casos donde se reclasificó la evaluación cardiovascular generaron cambios en la terapéutica. La evaluación del flujo cerebral mostró que todos los pacientes con patrón de vasoespasmio o paro circulatorio, evolucionaron con vasoespasmio clínico y muerte encefálica respectivamente, los pacientes con flujo normal evolucionaron 85.7% sin secuela y fallecieron 14.3%, mientras que los que presentaron patrón de hipoflujo cerebral la mitad falleció y la otra mitad presentó encefalopatía hipóxica ($p=0.003$).

Conclusión: La US crítica es útil para la valoración inicial de los pacientes que requieren ARM, generando cambios inmediatos en las conductas terapéuticas durante la reanimación cerebrocardiovascular.



0253 ULTIMAS TENDENCIAS EN MEDICACION SEGURA

M VEGA ORIHUELA(1), V CORDOBA(1), C KECSKES(1), S GIANNASSI(1)

(1) Italiano.

Introducción: Los errores relacionados con la medicación constituyen una de las principales causas de eventos adversos generados al paciente. Una de las actividades críticas de enfermería es la preparación de medicación. Los errores pueden surgir como consecuencia de distracciones, interrupciones, ruidos, espacios reducidos, comunicación inefectiva, alteración en la relación enfermero/paciente, escasez de competencias y de protocolos institucionales.

Si bien es un desafío y una oportunidad de mejora, contar con nuevos procesos relacionados al ciclo de la medicación, en este caso, vemos que se contraponen al precepto del enfermero: "Administro lo que preparo".

El haber creado un área exclusiva de preparación de medicación a cargo de enfermeros dedicados únicamente para preparar medicación nos ayudó al crecimiento, a la mejora continua, al mismo tiempo, confrontó con los paradigmas de enfermería.

Objetivos: Conocer la percepción de los enfermeros asistenciales del servicio de Terapia Intensiva Adultos del Hospital X sobre la incorporación de enfermeros con dedicación exclusiva para preparar medicación en un área destinada para tal fin.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

La investigación se llevó a cabo en el servicio de terapia intensiva adultos del hospital X. Se desarrolló durante los meses de Marzo-Abril de 2016. El área de preparación de medicación, la incorporación de enfermeros con dedicación exclusiva fue creada hace 3 años. Luego de un tiempo de implementada, se realizó una encuesta para conocer la percepción de los enfermeros acerca de este cambio.

Resultados: Los principales resultados de la encuesta se ven en la siguiente tabla.

Conclusiones: Esta nueva tendencia en medicación segura, va en contraposición al paradigma enfermero, dado el tiempo de implementación nos pareció relevante obtener que respuesta generó en los enfermeros en cuanto a los beneficios que brinda en la atención y seguridad del paciente.

La mayoría considero que la incorporación del enfermero con dedicación exclusiva y área para la preparación, le ahorra tiempo que puede ser brindado a la atención del paciente, disminuye los errores en la medicación, las interrupciones y la incidencia de ruidos excesivos.

Si bien al principio, este sistema creó resistencia en cuanto a su implementación, finalmente pudo ser aceptado.



| Preguntas | SI | NO | AVECES | NS/NC |
|--|-----|-----|--------|-------|
| Considera que la incorporación del enfermero que realice esa función, le ahorra tiempo que puede ser brindado a la atención del paciente? | 92% | 4% | 3% | 1% |
| Considera que la incorporación del enfermero preparador de medicación disminuye errores de la medicación? | 79% | 11% | 7% | 3% |
| Considera que contar con un área exclusiva para la preparación de medicación; hace que disminuyan las interrupciones, los ruidos excesivos y los errores en la medicación? | 85% | 10% | 3% | 2% |

0254 SINDROME ASCITICO-EDEMATOSO COMO DEBUT DE FIBROSIS QUISTICA. REPORTE DE CASOS

J PEREZ(1), F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI(1)

(1) Hospital De Niños Dr. Orlando Alassia.

Introducción: La Fibrosis Quística (FQ) es considerada la enfermedad hereditaria letal más frecuente.

Presentación de casos:

Caso 1: niño, 1mes, antecedentes: sospecha de FQ.

24 hs de edemas y palidez. Ingres a UCIP: normotérmico, pálido-ictérico, malperfundido, taquicárdico, taquipneico, sat. 99%, SCG 14/15, edematizado.

Ingres a ARM, setting protectivo, requiere inotrópicos, FA 26%. Antibióticos amplio espectro (cultivos negativos). Fallo renal no oligúrico. Alteraciones del medio interno. Trastorno de la coagulación: transfusiones (GR y PFC).

Durante el primer día de internación inicia secuencia nutricional y respiratoria para FQ. Al 3er día se extuba. Al 5to día egresa de UCIP.

Caso 2: niño, 3 meses, antecedentes: anemia; hermano fallecido sin diagnóstico.

48 hs de vómitos y edemas distales. Ingres a UCIP: malperfundido, pálido-cianótico, hipotérmico, asistido por bolseo, sat. 77%, hipotenso, SCG 6/15, edemas generalizados, hepatomegalia.

Ingres a ARM, altos requerimientos de presión por abdomen restrictivo y patología pulmonar asociada. Se titulan altas dosis de inotrópicos. Ecocardiograma: mala función, VI dilatado. Falla renal no oligúrica. Alteraciones del medio interno y la coagulación. Respuesta inicialmente favorable, al 5to día se retiran inotrópicos, persiste con anemia, hipoalbuminemia y trastornos hidroelectrolíticos. Requiere transfusiones.

Al 7mo día, febril, se rota esquema antibiótico (SET: *Pseudomona*). Día 14 se extuba, fallo bajo (SET: *Stenotrophomona*). Día 21 nueva extubación, VNI electiva, fallo mixto (HMC: *Bucordelia*). Día 27 de internación presenta neumotórax hipertensivo con posterior inestabilidad hemodinámica y consecuente obito. Laboratorio genético postmorden compatible para FQ.

Discusión: La FQ es de sospecha clínica y confirmación por laboratorio. El diagnóstico temprano modificaría la sobrevida.

El 5% de los niños menores de 6 meses que padecen esta patología debutan, atípicamente, con edema, anemia e hipoproteinemia. Diferenciar el síndrome ascítico-edematoso de otras causas (cardiovascular, renal, hepático, nutricional, séptico) para no retrasar el manejo específico.

Conclusión: En niños menores de 6 meses el síndrome ascítico edematoso debe ser considerado como forma de presentación de la Fibrosis Quística. Sospecharlo, diagnosticarlo e iniciar tratamiento temprano modificaría la morbi-mortalidad de estos.

0256 OBSTRUCCIÓN CAROTIDEA, TEC GRAVE CON SÍNDROME DE REPERFUSIÓN CEREBRAL

L BIANCHI(1), A LAVAYEN(1), J VELASCO(1), T SIERRA(1), M NARHA(1), J MORENO(1), M FLORES(1), J VOSS(1), P WISEL(1), P SMUKLER(1), MS DOGLIOLI(1), G CABRERA(1), VH OCAMPO(1), JC COGORNO(1), E CORREGGER(1)

(1) Español De Buenos Aires.

Introducción: El Síndrome de hiperperfusión (SHC) cerebral, complicación poco frecuente de la revascularización carotídea. Entidad subdiagnosticada.

Se presenta con déficit neurológico focal, HTA, convulsiones, cefalea y hemorragia intraparenquimatosa. Inicia generalmente durante la semana posterior al procedimiento. La alteración de los mecanismos de autorregulación depende de la duración de la hipoperfusión cerebral, y ésta, a su vez, del grado de estenosis carotídea ipsilateral, la presencia de oclusión carotídea contra lateral y el pobre flujo colateral.

Presentación del caso: Paciente masculino de 67 años, antecedentes de HTA y ACV isquémico con secuela de amaurosis izquierda.

Ingres a por cuadro de TEC grave por caída de 3 metros de altura. TC encéfalo: HSA, hematoma intraparenquimatosa temporal derecho MARSHALL II. Neuromonitoreo con catéter de PIC. Se define etiología de HSA con angiografía que objetiva lesión suboclusiva proximal de la arteria carótida interna derecha, a las 48hs se realiza angioplastia y colocación de stent. Evoluciona con hipertensión endocraneana (HTE), en TC control: sangrado intraparenquimatosa en ambos hemisferios cerebrales, a nivel de los lóbulos frontales y parietales e imagen compatible con sangrado epidural en fosa temporal derecha. DTC objetiva vasoespasma severo (l. Lindegard 5 ACM derecha de 190cm/seg.). Requiere craniectomía descompresiva. Evoluciona sin HTE, DTC con IP normal, l. Lindegard 2.8 y marcada disminución en las velocidades de flujo. Escala de GOS 2

Discusión: La revascularización carótida cursa habitualmente sin complicaciones, en el caso reportado la sintomatología es compatible con SHC tras la angioplastia entidad que se ha relacionado con hemorragias cerebrales

Conclusión: Este síndrome se produce fundamentalmente por un defecto en la autorregulación cerebral, al tratarse la estenosis carotídea, como consecuencia genera hiperperfusión cerebral y edema vasogénico. Si no es identificado y tratado este cuadro, puede evolucionar a hemorragia intracerebral (HIC).

Las técnicas para confirmar los estados de hiperflujo cerebral son DTC, RM de perfusión o la tomografía por emisión de fotones (SPECT).

Para el diagnóstico definitivo del SHC es necesaria la presencia de sintomatología y la confirmación de un estado de hiperflujo cerebral, que en el caso reportado se objetivo por DTC.

0258 NEFRITIS LUPICA VS PREECLAMPSIA: DESAFIO DIAGNOSTICO

PA JUAREZ(1), MN LLANOS(1), JA FLORES(1), GH CAMPREGHER(1)

(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

Introducción: Las pacientes con nefritis lupica previa a la concepción tienen mayor riesgo de preeclampsia, muerte fetal, feto pequeño para la edad gestacional y parto pretérmino.

Los avances en el diagnóstico y el tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) han mejorado sustancialmente el pronóstico; sin embargo sigue existiendo morbilidad significativa.

Caso clínico: Paciente, 37 años, multigesta; embarazo de 29.4 semanas, ingresa a terapia obstétrica por infección urinaria, proteinuria. Antecedentes: LES medicada con prednisona 10 mg/día. Síntomas: disnea, lumbalgia, taquipnea. TA: 90/60mmHg, FC: 120 lpm, FR: 26 rpm, SATO2: 98%

Signos: palidez, alopecia, eritema malar, edema miembros inferiores. LAB: Hto: 24%, LDH: 535, PLAQ: 139.000, GOT: 239, GPT: 216, CREAT: 0.70, proteinuria de 24 hs: 1051 mg. Serología: hipocomplementemia y anti DNA+.

Presenta episodio de Taquicardia Supraventricular, se indica atenolol 50 mg/día.

Ecocardiograma materno: derrame pericárdico moderado, derrame pleural, doppler de MMII negativo. Ecocardiograma fetal: normal. REACTIVACION DEL LES: S. nefrótico + poliserositis, se inicia pulso de corticoides, Metilprednisolona 1gr /día 3 dosis, AAS, atenolol, HBPM, Fe ++ + ácido fólico, observando mejoría de su valor de creatinina a las 72 hs., a las 32 semanas evoluciona con HTA y oliguria severa, sin respuesta a estrategias para reestablecer la diuresis se sulfata y finaliza embarazo. Se agrega Alfa metil Dopa 2gr/día, prednisona 60 mg/día, Hidroxicloroquina 200 c/12 hs y azatioprina 50 mg/día.

Discusión: Diferenciar preeclampsia de compromiso renal, en las pacientes lúpicas embarazadas resulta dificultoso ya que ambas cursan con hipertensión, proteinuria, edemas y empeoramiento de la función renal, a la vez que pueden coexistir, el diagnóstico diferencial es importante ya que implica tratamientos diferentes. Sin embargo, la respuesta al tratamiento empírico y la finalización del embarazo conducen la respuesta.

Conclusión: El tratamiento del brote renal debe ser tratado activamente, las terapias de primera línea en el embarazo, son: esteroides, pulsos de metilprednisolona y azatriopina; que pueden controlar formas de nefritis leves o permiten una ganancia de tiempo para la sobrevivencia fetal.

0259 DEL MEDIO INTERNO AL TRABAJO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO: UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE

RJ GARNICA(1), MA GONZALEZ(1)

(1) Hospital Centro De Salud.

Introducción: La Atención Bioquímica del paciente crítico, plantea una actualización permanente y un ejercicio profesional basado en la atención centrada en el paciente. La formación de los nuevos profesionales en un servicio cerrado planteo el desafío de la combinación de una analítica de excelencia más el trabajo en equipo multidisciplinario.

Objetivo: Analizar la primera rotación de residentes de bioquímica por la sección medio interno para pacientes críticos

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el análisis de encuestas anónimas a las 6 residentes que rotaron por UCC en los últimos 6 meses y a los 8 médicos de staff de UCC.

Resultados: Todos los encuestados respondieron las encuestas. De las encuestas realizadas a las residentes .El 83% opino que el contenido de los temas tratados en la rotación les parecieron interesantes. El 100% penso que el nivel de dificultad, de ejercitación, la practica así como la cantidad de residentes rotando al mismo tiempo era el apropiado. El 67% opino que su nivel de conocimientos al comenzar la rotación era menor al requerido. El 100% estuvo de acuerdo en recomendar la rotación a residentes de cursos superiores y se expresaron estar completamente satisfechos al finalizar la rotación. Respecto a las encuestas realizadas a los 8 medicos de staff se destacaron entre las respuestas: el 100% opino que el trabajo multidisciplinario con el aporte de las residentes se realizo razonablemente bien, logrando los residentes integrarse activamente al equipo de trabajo y la actualización de conocimientos mejoro la calidad de atención de los pacientes.

Conclusión: El proceso de enseñanza aprendizaje generado fue altamente satisfactorio, no solo en el aspecto técnico específico que requiere el manejo bioquímico del medio interno de los pacientes críticamente enfermos, sino también del aporte en actualización, asesoramiento y ejercitación en el trabajo en equipo multidisciplinario en el que participaron los profesionales en formación.

0260 PREVALENCIA Y FACTORES DE RIEGO PARA PACIENTES CRITICOS CRÓNICOS EN ARGENTINA Y BRASIL (ESTUDIO ATLANTICOS)

F RIOS(1), N RAIMONDI(2), C LEITE MENDES(3), F SUPARREGUI DIAS(4), G ATLANTICO(5)

(1) Hospital Nacional Profesor A Posadas. (2) Hospital Fernandez. (3) Hospital Samaritano. (4) Hospital Pompéia. (5) Brasil.

Introducción: Los pacientes criticos crónicos en UCI (PCC) son un problema reciente, Existe poca información acerca de la prevalencia y características de los PCC en Argentina y Brasil.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo. Se registraron los datos y características de todos los pacientes que se encontraban en UCI: día 1 se registraba todo paciente presente en la UCI y se realizaba un segundo corte a 28 días. se definio como PCC a quienes presentan una estadia en UCI >21 dias. se realizo analisis univariado y las variables significativas se sometieron a analisis multivariado (tabla 2).

Resultados: Se incluyeron 1144 pacientes (Argentina 389/Brasil 765), centros participantes fueron 110 (41 y 69 respectivamente). características en tabla 1, la prevalencia de PCC fue de 42% IC 95% (39-48%), como factor de riesgo en el analisis univariado

fueron significativas las variables, ocupacion en la UCI<70%, edad >65 años, no recibir nutricion al momento del corte, recibir ventilacion mecanica invasiva, pero ninguna de las variables anteriores fueron significativas en el analisis multivariado, en tabla 2 las variables que fueron significativas en el analisis multivariado.

Conclusiones: En nuestra region la prevalencia de PCC es elevada, Los PCC como factor de riesgo se asocian a las siguientes variables: ser admitido en UCI por una infeccion, requerir nutricion parenteral, ingresar desde emergencias, y la necesidad de traqueostomia. la prevalencia de PCC en nuestra region se debe a particularidades propias, no existieron diferencias segun el tipo de hopsital (publico/privado), es necesario contar con la posibilidad de derivacion a centros especificos para pacientes cronicos.

| Variable | Total (n: 1144) | Argentina (n 389) | Brasil (n 765) | P |
|----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------|
| Edad | 60±19 | 56±19 | 62±19 | <0,001 |
| Sexo (masculino) | 638 (55%) | 235 | 403 | 0,010 |
| APACHE II | 19,9±9,2 | 18,3±8,8 | 19,8±8,8 | 0,678 |
| SAPS III | 57±19 | 57±19 | 56±19 | 0,345 |
| Mortalidad | 339 (29%) | 97 (25%) | 242 (32%) | 0,013 |
| Ventilacion Mecanica | 634 (55%) | 256 (49%) | 378 (66%) | <0,001 |
| Origen | | | | |
| Emergencias | 386 (33,5%) | 78 (20,2%) | 308 (40,3%) | <0,001 |
| Quirofano | 249 (21,6%) | 66 (17,1%) | 183 (24,0%) | 0,001 |
| Sala general | 387 (33,6%) | 201 (51,9%) | 186 (24,3%) | <0,001 |
| Infeccion al ingreso | | | | |

| Variable | Odds Ratio | IC 95% | P |
|-------------------------|------------|--------------|--------|
| Infeccion al Ingreso | 1,43 | 1,002 - 2,05 | 0,049 |
| Nutricion Parenteral | 2,82 | 1,17 - 6,81 | 0,021 |
| Ingresar de Emergencias | 1,76 | 1,11 - 2,77 | 0,015 |
| Traqueostomia | 6,25 | 4,14 - 9,44 | <0,001 |

0261 EVALUACIÓN DE ESCORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA FULMINANTE

H IZQUIERDO(1), K BOTANA(1), F OSVALDO(1), R LILIANA(1), C MARIELA(1), R LORENA(1), C VANESA(1), Q MIGUEL(1), N MARIA EUGENIA(1), P JORGE(1)

(1) Hospital El Cruce.

Introducción: El fallo hepático fulminante (FHF) es infrecuente en la terapia intensiva (UTI), pero cuya severidad sin trasplante lleva a una mortalidad de >90%. Los scores pronósticos utilizados en UTI no reflejan con claridad la mortalidad considerando el trasplante.

Objetivo: Evaluar la precisión pronóstica de diferentes scores de mortalidad utilizados en UTI para pacientes con FHF.

Diseño: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron a todos los pacientes internados con diagnóstico de FHF, internados en el HEC, desde Enero, 2013 – Marzo, 2016. Se extrajo información para la construcción de los scores de la historia clínica electrónica. Se presenta cada score como mediana y rango intercuartil (RIC). Se utilizó un modelo proporcional de Cox con el evento competitivo de trasplante para cada score como variable explicativa. Se construyó el área bajo la

curva (AUROC) con un IC95% a partir de los valores predichos de cada modelo.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, 70.59% (24) mujeres, de 37.65 ± 14.64 años. La etiología principal 32,35% (11) fue viral, 10 fueron por Virus B y uno por virus C; 23,53% (8) por hepatotoxicidad a fármacos, 5 por tratamiento antifímico, 1 anti-retrovirales, 1 Carbamacepina y 1 Paracetamol; 11.76% (4) autoinmune y 32.35% (11) indeterminada. El tiempo desde el inicio de síntomas hasta la internación fue de 10 (RIC:5-20) días. El tiempo de internación fue de 12 (RIC:4-19) días. 29 se incluyeron en lista de trasplante, 61.76% (21) pacientes fueron trasplantados, 4 revirtieron espontáneamente, 4 fallecieron en lista. De los 5 no incluidos en lista, 1 revirtió el cuadro y en 4 se contraindicó por gravedad del cuadro y/o infección. La mortalidad global fue 35.29% (12); 33.33% (4) fallecieron en postoperatorio. La mediana del puntaje del APACHE II, SOFA, MELD, SAPS II, MELDNa y CLiF-SOFA fue: 15.5 (7-21), 10 (6-14), 36 (32-41), 47 (32-68), 36 (33-41) y 13 (12-15) respectivamente. El AUROC fue: APACHE II 0.77 (0.59-0.94), SOFA: 0.86 (0.72-1), MELD: 0.65 (0.47-0.84), SAPS II: 0.75 (0.55-0.95), MELD-Na: 0.63 (0.44-0.81), CLiF-SOFA: 0.84 (0.71 - 0.97).

Conclusión: El SOFA a las 48 horas y el CLiF-SOFA, fueron los scores pronósticos de mortalidad que mejor reflejaron la mortalidad real en nuestra población estudiada.

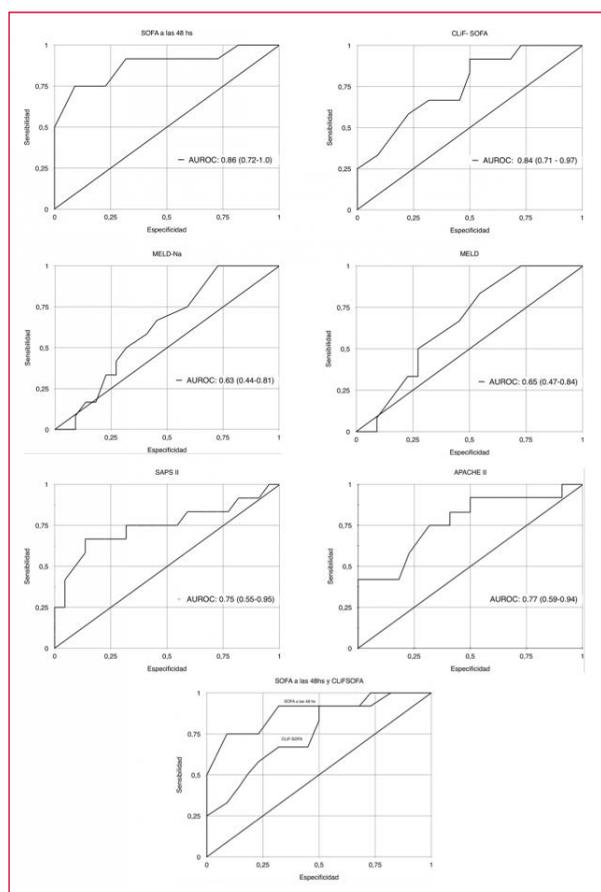


Tabla 1. Parámetros de referencia de pacientes con FHF

| Variable | En general (n= 34) |
|---|--------------------|
| Edad (años)* | 37,64 ± 14,4 |
| Sexo femenino [n (%)] | 24 (70,59) |
| RIN* | 4,70 ± 2,19 |
| Factor V* | 21 ± 14,65 |
| Bilirrubina total* | 21,88 ± 11,77 |
| Total de días de internación [†] | 12 (4-19) |
| Encefalopatía grado > 3 [n (%)] | 22 (65) |
| Uso de vasopresores [n (%)] | 16 (47) |
| Necesidad de AVM [n (%)] | 17 (50) |
| Terapia de Reemplazo Renal [n (%)] | 9 (26) |
| Mortalidad Real [n (%)] | 12 (35) |
| APACHE II [†] | 15,5 (7-21) |
| Mortalidad esperada por APACHE II (%)* | 27,86 ± 23,15 |
| SAPS II [†] | 47 (32-68) |
| Mortalidad esperada por SAPS II (%)* | 46,08 ± 33,69 |
| MELD [†] | 36 (32-41) |
| Mortalidad esperada por MELD (%)* | 77,62 ± 15,08 |
| MELD - Na [†] | 36 (32-40) |
| Mortalidad esperada por MELD - Na (%)* | 60,47 ± 12,98 |
| SOFA a las 48 horas [†] | 10 (6-14) |
| Mortalidad esperada por SOFA a 48 hs (%)* | 43,38 ± 30,84 |
| CLiF-SOFA [†] | 13 (12-15) |
| Mortalidad esperada por CLiF-SOFA (%)* | 39,06 ± 25,48 |

* Datos presentados como medias y desviación standard
[†] Datos presentados como medianas y Rango inter-cuartilico

0262 MENINGOENCEFALITIS POR LISTERIA EN INMUNOCOMPETENTE

V CHEDIACK(1), R GREGORI SABELLI(1), E CUNTO(1), MDLM NANO(1), C DOMINGUEZ(1), P SAUL(1), E CORTEZ(1), N CHACON(1), JC CHOMYN(1), JM FERNANDEZ(1), C BISPO(1), O VILLAR(1), J SAN JUAN(1)
 (1) Muñiz.

Introducción: Listeria monocytogenes (Lm) suele afectar a ancianos y a niños, 13% afecta a adultos inmunocompetentes. Puede manifestarse como meningitis aguda o crónica asociada a abscesos cerebrales o medulares. La romboencefalitis, infrecuente, ocurre solamente en adultos y tiene pronóstico grave e incluso fatal.

Caso clínico: Mujer, 17 años, sin antecedentes. Siete días previos al ingreso padece fiebre, fotofobia, vómitos y cefalea. Por meningoencefalitis es hospitalizada el 12/03/16. Se realiza tomografía computada de cerebro (TAC-C): "sin patología" y punción lumbar (PL): líquido cefalorraquídeo (LCR) claro; presión de apertura 32 cm agua; proteinorraquia 0,72 mg/dl; glucorraquia 57 mg/dl (glucemia 106 mg/dl) y 400 células, 90% mononuclear, cultivo LCR y hemocultivos negativos. Tratamiento: ceftriaxona y aciclovir. VIH no reactivo, test de embarazo negativo. Colagenograma: negativo. Persiste con fiebre, bradipsiquia y síndrome meníngeo, el 16/03/16 nueva TAC-C: "sin patología" y PL: LCR xantocrómico; presión de apertura 30 cm agua; proteinorraquia 0,97 mg/dl; glucorraquia 36 mg/dl (glucemia 110 mg/dl) y 2500 células, 75% polimorfonucleares; por mala evo-

lución clínica y licuoral se agrega vancomicina. Se aísla en cultivo de LCR y hemocultivos *Listeria monocytogenes* sensible a ampicilina y gentamicina. Inicia tratamiento con ampicilina, gentamicina y sulfametoxazol. Suspende vancomicina, ceftriaxona y aciclovir. Evoluciona con somnolencia, compromiso de pares craneanos (III y VI derecho, VII izquierdo) y paresia braquiocrural izquierda. Se realiza resonancia magnética nuclear de encéfalo: "lesión unilateral en tronco encefálico, cápsula interna derecha y unión bulbo medular de origen edematoso" y PL (23/03/16): LCR claro; presión de apertura 18 cm agua; proteinorraquia 0,60 mg/dl; glucorraquia, 114 mg/dl y 3 células, 100% mononucleares, cultivo y hemocultivos negativos. En LCR herpes virus y micológico negativos y micobacterias negativo hasta la fecha.

Mejoría paulatina, alta día 19º internación, con trastornos deglutorios y paresia braquial izquierda

Discusión y diagnósticos diferenciales: El cuadro se define como una infección aguda del tronco cerebral, encéfalo y medula a aislamiento de Lm en sangre, LCR o tejido cerebral. El diagnóstico diferencial debe hacerse con tuberculosis, micosis y herpes simple u otros virus oportunistas.

Conclusiones: Consideramos importante ante un paciente adulto con meningitis y evidencia clínica/imaginológica de encefalitis, sospechar Lm, especialmente con compromiso de tronco encefálico.

0263 PARÁLISIS FLÁCIDA DESCENDENTE DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA. REPORTE DE CASO.

K MENA(1), M GARBARINI(1), I FERNANDEZ(1), J DIANTI(1), LH MARCOS(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La parálisis flácida descendente es un síndrome caracterizado por la rápida aparición de debilidad muscular que afecta los músculos respiratorios y de la deglución, progresando a insuficiencia respiratoria en varios días a semanas. El diagnóstico etiológico tiene profundas implicaciones en su tratamiento y el pronóstico. Se presenta este caso dado que su incidencia en adultos es baja.

Presentación del caso: Paciente de 54 años con antecedente de exposición a zona rural y lesión cortante en mano inicia con cuadro de diplopía, ptosis palpebral bilateral y disartria, progresando 24 hs más tarde con deterioro del sensorio e insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de ventilación mecánica. Se realiza TC de cerebro y punción lumbar sin alteraciones patológicas. Por presentar electromiograma alterado, se realiza inmunoglobulina bajo sospecha de crisis miasténica. Ingresamos nuestra unidad a los 10 días de iniciado el cuadro presentando parálisis flácida en cuatro extremidades, mioclonías aisladas, arreflexia, ptosis palpebral bilateral, pupilas isocóricas midriáticas reactivas. Angiotomografía de cerebro sin lesiones, doppler transcraneal con flujos conservados, toxina botulínica (suero, materia fecal, herida y LCR), ACRA y antigangliósidos negativos. Electromiograma: polineuropatía motora axonal de grado severo.

Completó tratamiento con gammaglobulina con leve mejoría y se fue de alta luego de 66 días, comprendiendo órdenes simples con respuesta motora distal en cuatro miembros.

Discusión: Consideramos múltiples diagnósticos diferenciales entre ellos: crisis miasténica (no presentó fluctuaciones del sensorio), botulismo (Sin midriasis arreactiva) y variante GQ1b. No se administró suero antibotulínico por toxina negativa y por presentar 10 días del inicio del cuadro.

Si bien la identificación de la toxina, ACRA y antigangliósidos nos podrían confirmar el diagnóstico. Estos pueden dar falsos negativos, pudiendo ser el caso de nuestro paciente.

Conclusión: Debido a los diversos diagnósticos diferenciales y las complicaciones potencialmente mortales, la evaluación requiere una historia clínica detallada y un examen neurológico minucioso que permite dirigir los estudios complementarios en busca de la etiología. Constituye una urgencia neuromuscular en especial si la musculatura respiratoria u orofaríngea se ven afectadas.

0265 ESOFAGITIS NECROTIZANTE

H QUEZADA(1), G GALVAN(1), M DEGUARDIA(1), M GUARACHI(1), A FIORANELI(1)
(1) Durand.

Introducción: La esofagitis necrotizante (EN) es una entidad de etiología desconocida, aparentemente multifactorial, los principales son compromiso isquémico, malnutrición y obstrucción del tracto digestivo alto. El diagnóstico es endoscópico y la confirmación histológica.

Caso clínico: Paciente masculino de 69 años, antecedentes de tabaquismo, insuficiencia cardíaca, síndrome mieloproliferativo con trombocitopenia esencial. Ingreso por isquemia arterial aguda de miembro inferior derecho, inicio anticoagulación. Intercurre con hemorragia digestiva (HDA) con descompensación hemodinámica por VEDA se evidencia esofagitis necrotizante. Requerimiento de soporte transfusional, asistencia ventilatoria mecánica. Evoluciona con shock refractario y óbito.

Discusión: Se han informado pocos casos en la literatura médica, la mayoría en varones con una edad media de 67 años. Existen varias causas predisponentes, la edad avanzada, enfermedad cardiovascular, hipoproteinemia, insuficiencia renal, enfermedad hepática, hipercoagulabilidad, causas infecciosas, compromiso hemodinámico, obstrucción al tracto de salida gástrico, vómitos severos luego de ingesta alcohólica. Se ha propuesto a la isquemia como patogénesis, por el frecuente compromiso del tercio distal del esófago. La manifestación clínica más común de este cuadro es la HDA. La mortalidad es alta cercana al 50%, los pacientes mueren por sus comorbilidades y no por la extensión de la lesión esofágica. Los hallazgos endoscópicos muestran una coloración negruzca de la mucosa, con transición brusca a nivel de la unión esofagogástrica

Conclusión: La sospecha de EN es importante en pacientes añosos con enfermedades asociadas y hemorragia digestiva alta, se presenta con hematemesis y melena en más del 70% de los casos, el pronóstico depende de las patologías asociadas.

0266 MIOCARDITIS POR CITOMEGALOVIRUS, A PROPÓSITO DE UN CASO

A BRAIDA(1), D LERMAN(1), A ANZIANO(1), P TRUCCOLO(1), M RE(1), F CORBACHO RE(1), D BAGILET(1), J SOLA(1), C SETTECASE(1), JM BICIUFFA(1), V OGGERI(1)
(1) Hospital Escuela Eva Peron.

Introducción: Las personas con infección avanzada por el virus del VIH son vulnerables a infecciones o neoplasias que se denominan oportunistas porque aprovechan la debilidad del sistema inmune debido a un notable descenso en las cuentas de células T CD4.

Resumen Clínico: Mujer de 20 años, con diagnóstico de infección por virus de VIH, con mala adherencia al tratamiento antirretroviral, ingresa por cuadro de fiebre y disnea de 24 horas de evolución. Presentaba hipoventilación generalizada, roncus, sibilancias, ingurgitación yugular grado 3 y uso de músculos accesorios. Laboratorio el ingreso GB 6100, GR 2.500.000, plaquetas 96.000, uremia 84, creatininemia 2.9, EAB ph 7,25/pO2 58.2/pCO224.6/HCO3 10. Por insuficiencia respiratoria requiere AMR y sostén con drogas vasoactivas. Inicia vancomicina y meropenem empíricos. En ecocardiograma se observa hipoquinesia difusa severa, sin lesiones sobre válvulas cardíacas y una fracción de eyección del 30%. Agrega proctorragia, observándose lesión ulcerada localizada en margen de esfínter anal. Los hemocultivos, urocultivo, cultivo de LCR fueron negativos. Ante la sospecha de infección por citomegalovirus se decide iniciar terapia con ganciclovir ajustado según función renal. Se solicita PCR-RT para detección de CMV el cual es positivo. Evoluciona con progresivo deterioro de la función cardíaca y renal, la cual lleva a su deceso 14 días luego del ingreso.

Exámenes Complementarios: Lactato 2 mmol/L, Albumina 2.1g/dl, GR 2.500.000 Hb 9.6 gr/dl, Hcto 31.1, Gb 11.000, Plaquetas 96.000/mm3, Ur 84mg/dl, pro-BNP 595 pg/ml.

Diagnósticos diferenciales: De las etiologías infecciosas se destacan las de origen viral como la desarrollada por el virus coxsackie, adenovirus y parvovirus B12. La miocardiopatía dilatada por VIH debe ser contemplada dentro de los diagnósticos, su presencia en estados avanzados de la infección era frecuente sobretodo en la era anterior de la terapia antiretroviral.

Conclusiones: Los cuadros clínicos más graves se dan en infección congénita y en pacientes inmunodeprimidos. Las técnicas serológicas son de elección en la infección primaria y para determinar el estado inmune frente a CMV en el donante y receptor de órganos. Las técnicas moleculares, que han ido sustituyendo al cultivo y/o detección de antígeno, son actualmente los procedimientos más utilizados en el diagnóstico de rutina y control de la infección por CMV.

0267 RABDOMIOLISIS Y SEPSIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE. REPORTE DE UN CASO

F FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI(1), J PEREZ(1)

(1) Hospital De Niños Dr. O. Alassia.

Introducción: La rabdomiolisis en pediatría es de etiología principalmente infecciosa, heredo-metabólica y traumática; siendo desconocida su incidencia. La asociación con sepsis por *Pseudomona aeruginosa* multiresistente es descripta con poca frecuencia.

Presentación del caso: Niño de 9 años, derivado del interior de la Provincia de Santa Fe, con antecedentes de Síndrome de Alström (enfermedad autosómica recesiva caracterizada por enfermedad retiniana degenerativa, síndrome metabólico y miocardiopatía restrictiva). Presenta 24 horas de evolución de gastroenteritis aguda. Ingres a UCIP con diagnóstico de shock hipovolémico, falla renal aguda oligoanúrica, acidosis metabólica e hiperkalemia severas. Score PIM2 = 0,76. Se comienza infusión EV de cristaloides y medidas no dialíticas para tratar la hiperkalemia con escasa respuesta. Se coloca en ventilación mecánica y hemodiafiltración veno-venosa con descenso de kalemia, persistiendo con inestabilidad hemodinámica requiere inotrópicos en altas dosis. Ecocardiograma: VI y VD dilatados, SIV disquinético, FA < 30%. Al 3er día de internación comienza con registros febriles continuamente elevados de difícil tratamiento. Recibe esquema empírico de Vancomicina y Meropenem ajustados a hemodiálisis. Pancultivos, serologías y búsqueda de focos profundos inicialmente negativos. Se constatan valores de CPK progresivamente elevados (pico 339.354 UI/L). Evolucion a severamente inestable con bajo gasto cardíaco, sin lograr objetivos de terapia de reemplazo renal, en fallo múltiple de órganos fallece al 7mo día presentando FV refractaria. Se informan postmortem hemocultivos positivos a *Pseudomona aeruginosa* multiresistente.

Discusión: Se presenta el caso de un niño que fallece al desarrollar fracaso múltiple de órganos en el contexto evolutivo de rabdomiolisis con notables incrementos de CPK y rescatando *Pseudomona aeruginosa* multiresistente en hemocultivos postmortem. Mientras que la etiología de la rabdomiolisis en pediatría se refiere fundamentalmente como infecciosa en niños menores de 9 años, la asociación hallada en nuestro caso es muy rara vez descripta. El antecedente de miocardiopatía restrictiva del paciente fue desfavorable para la evolución y manejo del mismo, aunque no encontramos reportes que relacionen su síndrome con lo expuesto.

Conclusión: Se resalta los valores significativamente elevados de CPK, la evolución desfavorable del caso y la necesidad de vigilancia epidemiológica intranosocomial que exigen los gérmenes multiresistentes.

0268 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CA BUENO ARDARIZ(1), N DARGAINS(1), M PERCAZ(1), A BRATOS(1), J GARCIA URRUTIA(1), S CAGIDE(1)

(1) Prof. A. Posadas.

Introducción: La debilidad adquirida en la unidad de cuidados in-

tensivos (DAUCI) se presenta frecuentemente en pacientes en estado crítico. Su incidencia es de 25-50%.

Objetivos: Conocer la incidencia de debilidad adquirida, identificar sus factores de riesgo y encontrar asociación entre la DAUCI y la debilidad de los músculos inspiratorios.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo donde se incluyeron pacientes internados en la UCI del Hospital Profesor A. Posadas, mayores de 18 años, que requirieron más de 24 horas de ventilación mecánica invasiva y el consentimiento informado firmado por el paciente o familiar, desde Julio de 2014 hasta diciembre de 2015.

Se recolectaron los datos de cada paciente, antecedentes y factores de riesgos relacionados con la debilidad adquirida en la UCI. La evaluación de la fuerza de los músculos se obtuvo mediante la escala Medical Research Council (MRC) y la presión estática inspiratoria máxima.

Resultados: Se estudió una muestra de 111 pacientes, se encontró una incidencia de DAUCI del 40,5%. De las variables analizadas mostraron significación estadística los días de corrección con insulina (OR, 1,18 por unidad; IC95%, 1,053 a 1,324) y los días con CAM-ICU positivo (OR, 1,614 por unidad; IC95%, 1,090 a 2,390).

Conclusión: La incidencia de DAUCI del Hospital Nacional Profesor A. Posadas fue similar a la encontrada en la bibliografía. Su desarrollo puede ser explicado según la asociación con algunos factores de riesgo tales como la presencia de CAM-ICU positivo, la hiperglucemia y el uso de ARM por más de 5 días.

0269 TRAQUEOSTOMÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO: DE LA CURVA DE APRENDIZAJE A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

F TRAVERSO(1), L VISSANI(1), N ROMANO(1), H BONGIOANNI(1), A SANCAN(1), A FERNANDEZ(1), J SAGARDIA(1), F VILLAREJO(1), D PEZZOLA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

La traqueostomía (TQ) es una técnica frecuente en las unidades de cuidados intensivos (UCI) que implica saber cuándo realizarla y cómo y dónde continuar el tratamiento de estos pacientes.

Objetivos: Describir las características de los pacientes a los que se les realizó TQ.

Determinar si existen diferencias en el tiempo de realización de la TQ en pacientes con patología neurológica versus no neurológicas. Describir la evolución y el manejo de la vía aérea tras su egreso de la UCI.

Resultados: Durante 1 año se realizaron 76 TQ percutáneas –nuevo recurso en nuestro servicio, en período de aprendizaje- y 3 quirúrgicas. La Tabla 1 describe las características de los pacientes.

En 53 pacientes (67%) NO se realizó PVE por la condición clínica (estado crítico, GSC menor a 8 o enfermedad neuromuscular), mientras que 26 (33%) tuvieron al menos 1 extubación fallida. La Tabla 2 describe la población con enfermedad neurológica y el tiempo hasta la realización de la TQ.

Del total de pacientes, en UCI 35 fallecieron y 8 permanecen internados. El Grafico describe la evolución de los pacientes egresados de la UCI.

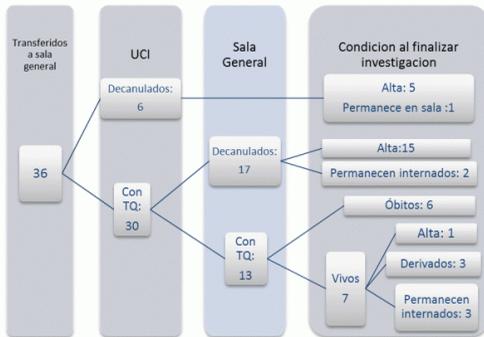
Conclusiones: El 51% de los pacientes a los que se les realizó TQ tenían enfermedades neurológicas, en este grupo la causa más frecuente de NO inicio de destete fue el GCS <8 ; en los pacientes no neurológicos el estado crítico.

Hubo diferencias significativas en los días de VM hasta el momento de realizar la TQ en pacientes neurológicos versus aquellos sin enfermedad neurológica. De todos modos, independientemente de la patología, las TQ se realizaron luego de los 14 días de VM.

La discusión de cuándo se debe realizar una traqueostomía en un paciente crítico sigue siendo controvertido. Hasta el momento no existe evidencia clara que limite a un período de tiempo específico la intubación orotraqueal.

El 83% de los pacientes transferidos a sala general lo hizo con cá-

nula de TQ. Más de la mitad de ellos fueron decanulados antes del alta hospitalaria. Solo uno paciente egreso a su domicilio con TQ. Los 3 pacientes que se derivaron contaban con obra social o prepaga. Para aquellos con cobertura del sistema público no fue posible la derivación. Si bien el hospital Posadas es un hospital de agudos, existe recurso humano capacitado para el manejo de estos pacientes en sala general aunque idealmente deberían ser tratados en un centro de ventilados crónicos.



| | |
|---------------------------------------|--|
| Edad (AÑOS, mediana) | 54 (39-64) |
| SEXO H/M | 53/25 |
| APACHE II (mediana) | 19 (13.5-23) |
| MOTIVO DE INGRESO | Patología Médica: 30 Patología Quirúrgica: 48 |
| Ventilación mecánica (VM) | Invasiva: 77 No invasiva: 1 |
| Tiempo de VM invasiva (DÍAS, mediana) | 17 (11-21) |

| Patología neurológica (n 40) | n | Extubación fallida | Tiempo intubación-realización de TQ | |
|------------------------------|----|--------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| | | | Enfermedad neurológica | Enfermedad no neurológica |
| ACV | 12 | 4 | 15.1 ± 6.3 | 20.3 ± 8.4 |
| TEC grave | 6 | 2 | | |
| infección del SNC | 5 | 0 | | |
| Patología axonal | 3 | 0 | | |
| Encefalopatía post PCR | 3 | 0 | | |
| HSA | 3 | 0 | | |
| Enf. de Duchenne | 2 | 0 | | |
| Trauma medular | 2 | 0 | | |
| Otros | 4 | 3 | | |

P < 0.05

0270 SINDROME DE TAKO-TSUBO SECUNDARIO A EXERESIS DE PARANGLIOMA INTRATORÁCICO

J NIEVES MARQUEZ, I RÍOS VILLCA(1), J LUCIANO(1), D MIQUELARENA(1), M LINARES(1)
(1) Enrique Tornú.

Introducción: El síndrome de Tako-Tsubo es una miocardiopatía aguda, reversible, que se manifiesta como una disfunción del ventrículo izquierdo desencadenada por un evento agudo de estrés. Se destaca una alteración importante en la contractilidad apical, con hipercontractilidad de los segmentos basales compensatoria.

Caso Clínico: Paciente femenina de 49 años, con cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por tos y disnea progresiva. Se estudia en forma ambulatoria con Rx y Tc de tórax con hallazgo de imagen nodular sólida en LSD, en proyección del mediastino posterior. Se programa para cirugía en 2 ocasiones que se suspenden por intercurrir con HTA en el prequirúrgico. Ingresa por tercera ocasión para exéresis de lesión tumoral a través de VATS, intercorre en el intraoperatorio con HTA de 250/150 manejándose con clonidina EV, posteriormente presenta hipotensión requiriendo bolos de fenilefrina, durante toda la cirugía evoluciono taquicárdica (120-130 lpm). Ingres a UTI bajo ARM, hemodinámicamente inestable, TA de 38/20, mala perfusión periférica, se expande con cristaloides y se inicia soporte vasopresor con NA (1.5 ug/kg/min). ECG con T negativas de V1 a V6, CPK: 241, trop T (+). Ecocardiograma bedside: deterioro severo de la FSVI, con aquinesia medioapical e hiperquinesia basal. Se agrega soporte inotrópico con dobuta-

mina a 7 ug/kg/min. Evolucion a con vasopresores en descenso, logrando destetarse a las 48 hs con mejoría de los parámetros hemodinámicos. Ecocardiograma control con FSVI conservada, sin alteración de la motilidad. Después de múltiples intervenciones infectológicas se desvincula de ARM egresando a los 30 días a Terapia Intermedia. Resultado de biopsia de tumor extraído compatible con paraganglioma.

Conclusiones: La incidencia de paraganglioma es de menos del 1% de los tumores intratorácicos, y su relación con la génesis de cardiomiopatía de Tako-tsubo está más que demostrada.

Si bien para el diagnóstico definitivo se necesita confirmar con una CCG la ausencia de lesiones angiográficas, la presentación clínica y los hallazgos en el ecocardiograma son altamente sugestivos de esta patología.

La falta de dosaje de metanefrinas y catecolaminas que oriente al diagnóstico de esta enfermedad, llevó al manejo inadecuado de este tipo de cirugía en el pre e intraoperatorio.

0271 DIFERENTES MODALIDADES PARA VALORAR DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA EN PACIENTES CRÍTICOS: SOFA-GLASGOW VERSUS SOFA-RASS

N ZULJEVIC(1), F CAMINOS(1), P AGUSTINA(1), F IGLESIAS(1), MC MARCHENA(1), M PÉREZ(1), D DE MARCO(1), D BUSTAMANTE(1), W DÁVALOS(1), A PASARELLI(1), L TUMINO(1), M ANCIART(1), R REINA(1), E ESTENSSORO(1), C LOUDET(1)
(1) San Martín De La Plata.

Introducción: Recientemente se ha propuesto incorporar la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) al componente neurológico del SOFA para valorar la disfunción neurológica, ya que en presencia de depresores del SNC o analgésicos la escala de Glasgow resulta inconsistente.

Objetivos: Evaluar la correlación entre los componentes neurológicos del SOFA considerando Glasgow (inferido y medido) o RASS modificado; y su valor predictor de mortalidad.

Métodos: Cohorte prospectiva llevada a cabo en UCI médico-quirúrgica de 17 camas desde 15-feb al 30-abril 2016. Se tomaron los valores diarios de RASS y GCS y calcularon los SOFA totales utilizando 3 modalidades para el componente neurológico: GCS inferido (NeuroSOFAGCSinf): último GCS confiable registrado; GCS medido (NeuroSOFAGCSmed) (GCS sin considerar sedación u otras circunstancias) y RASS modificado (NeuroSOFARASS): convirtiendo los 10 puntos del RASS en los 5 puntos neurológicos del SOFA, según Girard (1). Asimismo se consideraron subgrupos de acuerdo a la presencia de sedación. Se analizaron las correlaciones con coeficiente de correlación de Spearman y se construyeron curvas ROC para valorar la predicción de mortalidad con las 3 modalidades. Se registraron también delirio y presencia de dolor con Behaviour Pain Scale (BPS). Se utilizó el programa STATA 11.1.

Resultados: Se realizaron mediciones en 58 pacientes (total 654 días-paciente); su edad fue 40±18, APACHEII 15±8, 74% en VM, días-VM 7[2-23], patología neurológica 22%, mortalidad 25%. Requirieron sedación 47%; delirio estuvo presente en 45%, BPS 3[3-4].

Las correlaciones (rho Coef) entre las 3 formas de considerar el SOFA neurológico de mediciones diarias fueron:

- NeuroSOFARASS con NeuroSOFAGCSmed: 0.79
- NeuroSOFARASS con NeuroSOFAGCSinfer: 0.30
- NeuroSOFAGCSmed con NeuroSOFAGCSinfer: 0.53

En la Tabla 1 se observan las correlaciones entre los tres tipos de componentes neurológicos incorporados al promedio de SOFA total en toda la población, en sedados y en no sedados. En la Figura 1 se observa la comparación de los tres métodos (curvas ROC) incorporados al SOFA total para predecir mortalidad.

Conclusiones: El RASS modificado para valorar el componente neurológico del SOFA presentó una fuerte correlación con el GCS medido. Incorporado al SOFA total se alcanza máxima correlación particularmente en pacientes con sedación.

Tanto el promedio de SOFA total con NeuroSOFARASS como con

NeuroSOFAGCSmed presentaron una discriminación adecuada para predecir mortalidad en la UCI.
1. Crit Care Med 2016; 44:138-146.

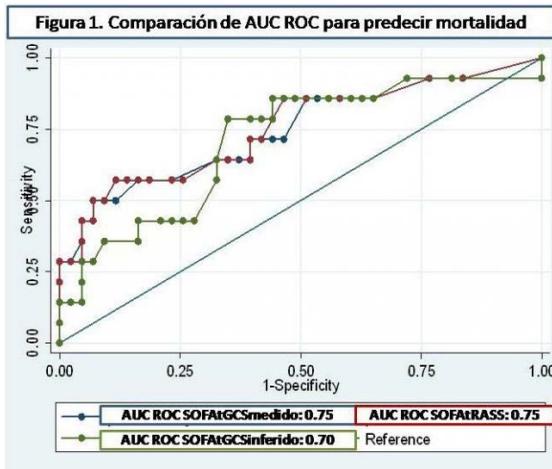


Tabla 1. Correlación entre NeuroSOFARASS, NeuroSOFAGCSmed y NeuroSOFAGCSinfer incorporados al SOFA promedio total

| Correlación comparada | Coefficiente de correlación de Spearman en todos los pacientes | Coefficiente de correlación de Spearman en pacientes CON sedación | Coefficiente de correlación de Spearman en pacientes SIN sedación |
|---------------------------------------|--|---|---|
| NeuroSOFARASS con NeuroSOFAGCSmed | 0.98 | 0.99 | 0.89 |
| NeuroSOFARASS con NeuroSOFAGCSinfer | 0.95 | 0.77 | 0.88 |
| NeuroSOFAGCSinfer con NeuroSOFAGCSmed | 0.96 | 0.72 | 0.97 |

0272 UTILIZACION DE LA HERRAMIENTA ANALISIS DE CAUSA-RAIZ PARA LA RESOLUCION DE TRES CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EN LA UCI

C LOUDET(1), S GONZÁLEZ(1), V PAZOS(1), A DAS NEVES(1), MC BUSTAMANTE(1), L MILANESIO(1), MC MARCHENA(1), I HERRERA(1), S FERNÁNDEZ(1), S ROJAS(1), AL GONZÁLEZ(1), L TUMINO(1), MG SÁENZ(1), R REINA(1), E ESTENSOR(1) (1) San Martín De La Plata.

Introducción: El análisis causa-raíz (ACR) es una metodología sistemática y comprensiva utilizada en seguridad del paciente para identificar fallas en procesos de atención y sistemas hospitalarios. Requiere del conocimiento y utilización previos por un equipo experimentado.

Objetivo: Analizar mediante la aplicación de ACR, tres casos de morbilidad materna en acretismo placentario.

Métodos: En enero/febrero de 2016 ocurrieron 3 casos de morbilidad materna grave en el perioperatorio de perretismo placentario, en un centro de derivación provincial de esta patología, que recibe 20-30 casos/año y que sólo presentó como antecedente una muerte materna en 2011. Las pacientes fueron recibidas en el postoperatorio en una UCI médico-quirúrgica de 17 camas.

- La paciente 1 presentó shock hemorrágico extremo (Hto 7%) requiriendo re-intervención inmediata en la UCI con hemostasia de rama de arteria hipogástrica

- La paciente 2 presentó isquemia aguda de ambos miembros inferiores, que derivó en amputación bilateral (una supra, la otra infrapatelar).

- La paciente 3 presentó durante un paro cardiorrespiratorio durante la re-intervención de retiro de packing abdominal. Las tres sobrevivieron sin secuelas, excepto la paciente 2.

Un grupo de ACR conformado en 2011 compuesto por 2 intensivistas, 1 neonatólogo y 1 licenciado en farmacia, todos expertos en la metodología, analizó cada caso; iniciando el proceso dentro de las 72 hs del hecho con:

- Revisión exhaustiva de la historia clínica de las pacientes
- Entrevistas individuales con el personal implicado
- Análisis de líneas de tiempo/causa-raíz
- Planteamiento del plan de acción
- Exposición y comunicación de resultados dentro de los 45 días de los hechos

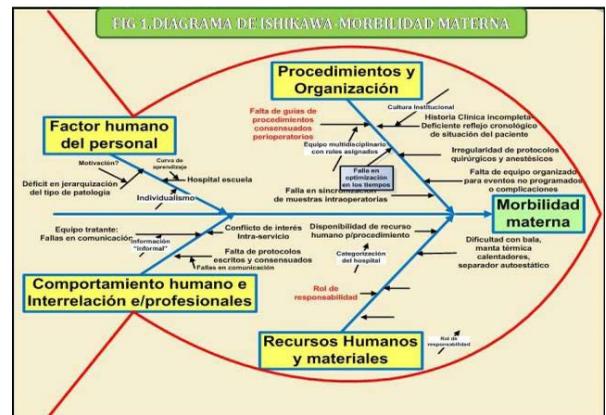
Se utilizaron tablas cronológicas/diagramas de flujo para cronología y plan de acción y diagrama de Ishikawa para visualización. Programa VISIO3.0.

Resultados: Se realizaron un total de 10 entrevistas a los siguientes profesionales implicados: cirujanos generales, vasculares, de obstetricia, y de urología; anestesiólogos, intensivistas, hemoterapeutas (tromboelastograma). Se detectaron problemas en múltiples procesos y procedimientos resumidos en diagrama de Ishikawa (Fig 1).

Se establecieron posibles soluciones y un plan de acción consistentes en factores de gestión y de cultura de la organización (Fig 2).

Conclusiones: Con la metodología ACR fue posible determinar las fallas en los procesos de atención que llevaron a los tres casos de morbilidad materna; y establecer un plan de mejoras.

| TIPO DE FACTOR | SITUACIÓN QUE REQUIERE ACCIÓN | ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA |
|----------------------------------|--|---|---|--|--------------|
| FACTOR GESTIÓN DE INFORMACIÓN | FALTA DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS PERIOPERATORIOS IRREGULARIDADES EN LOS PROTOCOLOS | TRABAJAR DE ACERDO A PROTOCOLOS PREESTABLECIDOS ENTRE LOS SERVICIOS ACTUANTES REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS INTRAOPERATORIOS | ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS TRANSDISCIPLINARIOS CAMBIO DE TIPO DE ANESTESIA | DIRECCIÓN HEMOTERAPIA ANESTESIA CIRUGIA VASCULAR CIRUGIA GERAL UTI | FEBRERO 2016 |
| FACTOR DE CULTURA ORGANIZACIONAL | FALTA DE EQUIPO PARA EVENTOS NO PROGRAMADOS O COMPLICACIONES FALTA DE OPTIMIZACIÓN DE TIEMPOS QUIRURGICOS. FALTA DE OPTIMIZACIÓN DE TIEMPOS QUIRURGICOS. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CON ROLLES ASIGNADOS CONFLICTOS DE INTERES INTRASERVICIOS | REUNION PARA CONVOCAR EQUIPO QUIRURGICO PARA EVENTUALIDADES REDUCCIÓN DE TIEMPOS QUIRURGICOS. PROTOCOLIZAR LA INTRACIRUGIA Y T.T.O. CON REPASO PARA PROGRAMACIÓN DE TOMA DE MUESTRAS. RECONOCIMIENTO DE LA PERFORMANCE DEL EQUIPO DESDE EL 2011 A LA FECHA | CONVOCAR A LOS CIRUJANOS MAS PARA INTEGRAR EL EQUIPO CAMBIO DE TECNICA DE CV CAMBIO EN LA COLOCACION DE CATETERES DOBLEJ FIJAR SECUCENCIA DE TOMA DE MUESTRAS Y COMUNICACIÓN CON HEMOTERAPIA NOMINALIZAR RESPONSABLES DE CADA ACTIVIDAD INTRAOPERATORIA | DIRECCIÓN HEMOTERAPIA ANESTESIA CIRUGIA VASCULAR CIRUGIA GERAL UTI CIRUGIA DE GUARDIA DE EMERGENCIAS | FEBRERO 2016 |



0273 EVENTOS ADVERSOS CON DAÑO Y MORTALIDAD ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: GLOBAL TRIGGER TOOL Y HOSPITAL STANDARDIZED MORTALITY RATIO DEL INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT

S TORRES(1), T SILVIO(1), A FAJRELDINES(1), M PELLIZZARI(1), T IOLSTER(1), E SCHNITZLER(1)
(1) Austral.

Los eventos adversos atribuidos al cuidado de la salud y la mortalidad prevenible, son objeto de cuantiosos estudios desde el año 1999 a esta parte. La herramienta "Global Triger tool" y "Move your dot" son metodos proactivos para hallar daño y analizar la mortalidad intrahospitalaria.

Este estudio tiene como objetivo analizar el daño asociado al cuidado de la salud, la contribución a la muerte de esos daños, la mortalidad por cuadrantes y la preventabilidad de los eventos en población pediátrica.

Material y métodos: Estudio de incidencia de corte longitudinal.

Resultados: Se estudiaron 114 pacientes, media de edad 2,99, porcentaje de mujeres: 52,63%. El total de eventos adversos hallados: fue 21, es decir 18,42 eventos por cada 100 admisiones. Los dominios más frecuentes fueron: asociados a medicación: 42,85%, a infecciones hospitalarias: 33,34% y a cuidados generales: 23,81%. La mortalidad general cruda fue 2,63% y estuvo en el cuadrante B en 3 de los 3 casos hallados, los mismos fueron pacientes en cuidados de fin de vida que continuaron su hospitalización en cuidados críticos (1 neonato prematuro extremo y patología grave nacido en el hospital y 2 pacientes con neoplasias en cuidados de fin de vida). No hubo muerte asociada al cuidado de la salud (0%) pero si dos eventos graves con necesidad de soporte vital para revertir el cuadro agudo. Los demás eventos fueron: 9 (42,85%) de tipo leve y 11 moderadamente graves que prolongaron la hospitalización. Las variables asociadas a la aparición de los eventos adversos fueron: presencia de medicamentos de alto riesgo, estancia mayor a 10 días y numero de transferencias dentro del hospital (todas $p < 0,05$). Los hallado concuerda con la literatura internacional. Habría que aumentar el número de casos para conocer la dimensión del daño mas precisamente.

0274 FACTORES DE RIESGO Y SUPERVIVENCIA POSTERIOR A LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA INICIAL DE LA HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

R FRAIRE(1), S TORRES(2), A SIABA SERRATE(2), T IOLSTER(2), F SANCHEZ(2), A MAYANS(2), H FERNANDEZ(2), C KREUTZER(2)
(1) Hua. (2) Austral.

Introducción: La hipoplasia de ventrículo izquierdo (HVI) es una enfermedad del corazón caracterizada por grados de hipoplasia del ventrículo izquierdo y la aorta, que conlleva a la obstrucción del flujo del ventrículo izquierdo y la inhabilidad del corazón de soportar circulación sistémica. Son factores de riesgo el bajo al nacimiento, la prematuridad, enfermedades genéticas asociadas, obstrucción del retorno venoso y el diámetro de la aorta ascendente. Para lograr la sobrevivida se requiere un reconversión quirúrgica logrando circulación univentricular.

Objetivo: Evaluar factores de riesgo asociados a la morbimortalidad. Secundariamente evaluar la estancia hospitalaria.

Material y Método: Mediante una historia clínica informatizada se evaluaron en forma retrospectiva todos los pacientes con HVI que recibieron cirugía de Norwood entre noviembre del 2011 y diciembre del 2015. Se evaluaron datos demográficos, resultados y factores de riesgo de mortalidad.

Diseño: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes.

Resultados: Se evaluaron 21 niños que fueron sometidos a la cirugía de Norwood. La edad promedio fue de 11 días (rango 4.3-12,5).

Peso promedio 3005 gr (rango 2300- 4130 gr), 14 niños (66,6%) fueron de sexo masculino. Se utilizo una prótesis de politetrafluoroetileno (PTFE) para la anastomosis sistémico pulmonar de 3 mm en 2 pacientes, 3.5 mm en 13 pacientes y de 4 mm en 6 pacientes. El cierre esternal diferido a las subsiguientes 48-72 horas se realizo en 17 pacientes. El tiempo promedio de circulación extracorpórea fue de 93 minutos y de parada cardiaca de 41 minutos. El promedio de estancia hospitalaria fue de 48,3 días de internación. La sobrevivida en el estadio 1 fue del 62%. Nueve pacientes fallecieron (38%). De estos, cinco pacientes (23.8%) presentaron sangrado en PO inmediato. El promedio de acido láctico de los fallecidos fue de 11.7 mmol/ml y 6 de los fallecidos padecían como factor de riesgo antecedente de prematuridad, bajo peso al nacer y síndrome genético asociado. Solo dos niños padecían anomalía del retorno venoso y ambos fallecieron también.

Conclusiones: Se asocio con mayor mortalidad la prematuridad, el bajo peso, la anomalía del retorno venoso y los síndrome genéticos asociados. Se deberá realizar esfuerzos para mejorar los resultados en los grupos de mas riesgo.

0277 INFECCIONES SEVERAS EN NIÑOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS ADMITIDOS EN CUIDADOS CRÍTICOS DENTRO DE LOS 180 DÍAS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO DE INFUSIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS

S TORRES(1), P REYES(2), A SIABA(2), R FRAIRE(2), MF VAZQUEZ(2), P LONGO(2), G KUSMINSKY(2), E CASANUEVA(2), T IOLSTER(2)
(1) Hua. (2) Austral.

Introducción: El trasplante de células hematopoyéticas resulta en una alternativa terapéutica en enfermedades hematológicas así como en otras enfermedades que afectan a población pediátrica. Las causas primarias de morbi-mortalidad temprana son la recaída de la enfermedad de base, las complicaciones infecciosas, la toxicidad asociada al régimen acondicionante, y la falla del injerto. Las infecciones siguen siendo causa primaria de muerte en el 8% trasplantes autólogos y en el 17-20% de los pacientes que reciben un trasplante alogénico.

Objetivo: Analizar la incidencia de infecciones en los pacientes pediátricos con trasplante de células hematopoyéticas en el seguimiento hasta 180 días post trasplante.

Diseño: Estudio de Cohorte prospectivo.

Materiales y métodos: Estudio de una cohorte prospectiva de pacientes admitidos para trasplante de células hematopoyéticas en el HUA 01/01/2003 y el 31/12/2015.

Resultados: La muestra fue de 109 pacientes de 111 trasplantes totales. Del total, el 73.1% correspondió a trasplantes relacionados, mientras que los restantes fueron trasplantes alogénicos no relacionados. Se constataron 178 episodios con sospecha de infección, con rescate de germen en el 51.7% de los episodios. Predominaron las infecciones bacterianas 76.1% por sobre el resto de gérmenes. Se comprobó que el 52.8% de los episodios ocurrieron en el contexto de neutropenia febril. Bacteremia, sepsis y la infección asociada a catéter fueron las principales complicaciones y los gérmenes predominantes fueron E. coli, P. aeruginosa, Klebsiella y S. aureus. A través del análisis de Kaplan Meier sobre porcentaje de eventos en el tiempo, con un impacto al 40% de los trasplantes a los 15 días (vale decir que a los 15 días del trasplante un 40% se infectaron) y de estos mayor riesgo para los no relacionados (χ^2 con $p=0.0023$). Es interesante destacara que el 28% de los pacientes cursaron infección por CMV. A través del análisis del modelo predictivo multivariado, encontramos que los pacientes con trasplante no relacionados se mueren más (OR 8.734 ic95% 4.021-12.876) y se infectan más OR 4.32(1.021-6.240).

Conclusiones: Encontramos una mayor incidencia de infecciones en pacientes con trasplante no relacionado. La neutropenia febril es el principal factor predisponente para la ocurrencia de infecciones.

0278 EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POLIVALENTE

H FERNANDEZ(1), S TORRES(2), A SIABA(2), R FRAIRE(2), F SANCHEZ(2), A MAYANS(2), T IOLSTER(2)
(1) Hua. (2) Austral.

Introducción: Las infecciones graves constituyen uno de los motivos más frecuentes de internación en las unidades de cuidados intensivos (UTIP) y son la causa de muerte más común en ellas. Un elevado índice de sospecha, un diagnóstico temprano y el rápido inicio del tratamiento apropiado son capaces de alterar la evolución de la enfermedad y reducir su morbi-mortalidad.

El objetivo de este trabajo es describir la epidemiología de la sepsis severa y shock séptico en la Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del Hospital Universitario Austral, los factores de riesgo y su morbi-mortalidad.

Material y métodos:

Objetivos primarios: Determinar la presencia de criterios compatibles con sepsis severa, shock séptico según consenso 2005*1, su relación temporal con la internación y su morbi-mortalidad.

Población: pacientes entre 1 mes y 16 años de vida ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Austral desde el 1 de octubre de 2014 hasta el 31 de enero de 2015.

Diseño: retrospectivo, descriptivo, observacional.

Resultados: Ingresaron 126 pacientes con un PIM2 medio de 4.24 y una mortalidad de 7.14%. La Tasa de Mortalidad Estandarizada (TME) en ese lapso de tiempo fue de 1.68. Se registraron 33 eventos que cumplían criterios de sepsis severa o shock séptico. La distribución por sexo fue de 75,75% masculinos (n=25) y 24,24% femeninos (n=8). El 54,5% (n=18) de los eventos se desarrolló durante la internación en UTIP mientras que en el 45,5% la causa de ingreso a UTIP fue la sepsis severa o shock séptico. La mediana de internación en UTIP fue 17 días. Requirieron ARM, 39,39% (n=13) inotrópicos, 30,30% (n=10) hemoderivados. De los 33 eventos solo se rescató germen en un 39,4% de los casos. Se constataron 2 muertes relacionadas a la sepsis (6%) por Fallo Multiorgánico. Por lo tanto nuestro modelo final, tras el análisis de regresión logística multivariada, nos mostró que las variables comorbilidad oncológica, neurológica y ARM se asociaron a una mayor estancia en UTIP.

Conclusión: En nuestra población existe una asociación estadísticamente significativa entre la comorbilidad oncológica, neurológica y ARM y el aumento de los días de internación en UCIP.

0279 TRATAMIENTO DE PRESION DE PERFUSION CEREBRAL DIRIGIDO A TRAVES DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN DAÑO NEURONAL AGUDO/ ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUEMICA, SECUNDARIA A CASI AHOGAMIENTO EN UN NIÑO. REPORTE DE UN CASO

LV FIGUEROA(1), ME TASSIN(1)
(1) Castro Rendon.

Introducción: El casi ahogamiento es una patología con alta morbi-mortalidad.

La presencia de estas variables está asociada a mal pronóstico: Glasgow < 5, ausencia de respiración espontánea al ingreso, hiperglucemia, pupilas no reactivas, PH < 7.10

Presentación del caso: Niño de 16 meses. PCR de 40 minutos. Recibe RCP avanzado en hospital, recupera circulación y se deriva a UCIP. Post RCE: Glasgow 4/15 (M2/V1/O1), T° central 31.5°C, FC 100 lpm, normotenso. Pupilas mióticas arreactivas.

EAB: 7.00/34.6/9.9/-19.3/75. Ac. Láctico: 16.6 mmol/L

A las 3 hs del ingreso se realiza Doppler Transcraneal (DTC): patrón de hipoperfusión severa.

Se mantiene hipotermia moderada y normoventilación.

Guiado por monitoreo de DTC recibe expansiones y vasopresores para mejorar PPC.

Presenta mejoría del patrón de hipoperfusión post-intervención y pupilas mióticas reactivas.

A las 18 hs de ingreso: apertura ocular espontánea, Glasgow motor 5. A las 24 hs Doppler normal para la edad.

Escala de desempeño cerebral al alta de UCIP 5, al año mejora a 3.

Discusión: La evidencia sugiere que parte de la lesión neurológica ocurre luego de la recuperación de la circulación espontánea (RCE). La hemodinamia cerebral tras el RCE se caracteriza por fallo de perfusión a nivel microcirculatorio, microtrombosis y deterioro de la autorregulación cerebral.

En adultos si el patrón inicial de hipoperfusión se mantiene a las 2 horas es indicador de muy mal pronóstico.

El DTC seriado permite detectar complicaciones e identificar a los pacientes con evolución a discapacidad grave o fallecimiento.

La intervención doppler-guiada en las primeras 24hs podría mejorar los resultados neurológicos.

En nuestro caso utilizamos la teoría de la cascada vasoconstrictora de Rosner para mejorar evolución neurológica.

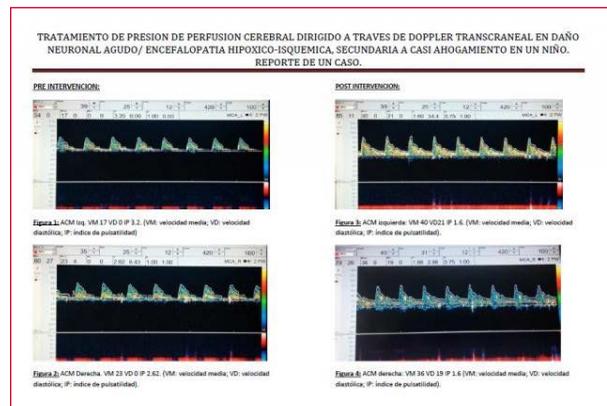
La reperfusión hipertensiva tiene como objetivo la preservación del FSC durante la fase de hipoperfusión tardía tras el RCE, por consiguiente cesar la isquemia, y mejorar su pronóstico neurológico.

Conclusión: El doppler transcraneal es una herramienta útil en neurointensivismo pediátrico.

Permite detectar y tratar precozmente alteraciones en la hemodinamia cerebral.

El paciente presentaba todos los factores de riesgo para mal resultado neurológico.

Nuestra intervención terapéutica se orientó a disminuir el daño neurológico secundario mejorando el FSC durante el periodo de hipoperfusión cerebral.



0280 SINDROME DE HIPERPERFUSION CEREBRAL POST ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA

M SUBELZA(1), D VARELA(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1)
(1) Favaloro.

Introducción: El Síndrome de hiperperfusión cerebral (SHC) es una complicación rara pero grave de la cirugía de revascularización carotídea (CRC)

Caso Clínico: Varón de 76 años, se realizó angioplastia con implantación de stent en arteria carótida interna izquierda por presentar lesión severa en su segmento proximal.

A los 60 minutos post procedimiento comienza con cefalea, disartria y hemianopsia homónima derecha, con un NIHSS16. La angiogramografía de cerebro, evidenció borramiento de surcos del hemisferio izquierdo, con stent permeable sin estenosis significativas en los vasos intracraneales. En las siguientes 6 horas progreso el cuadro con hemiparesia facio-braquio-crujal derecha severa y convulsiones tónico clónico generalizadas. Se solicitó resonancia magnética de encéfalo que descartó hematoma y mostró una imagen hiperin-

tensa en flair y restricción en la difusión compatible con edema vasogénico y citotóxico.

Se interpreto como SHC periprocedural, evidenciándose por ecodoppler transcraneano el aumento de velocidades de flujo a nivel de la arteria cerebral media izquierda.

Se controló estrictamente la tensión arterial media para mantener presión de perfusión cerebral estable, el paciente evolucionó con restitución ad integrum y se otorgó el alta a los 7 días del ingreso.

Discusión: El SHC se define como el aumento transitorio del flujo sanguíneo cerebral a > 100% del valor preoperatorio, interviniendo en su fisiopatología la alteración en el mecanismo de autorregulación cerebral y el aumento de la presión arterial sistólica post quirúrgica. El paciente presentó la triada clínica de cefalea, convulsiones y déficit neurológico en ausencia de isquemia cerebral.

Conclusión: El SHC como complicación potencial de la CRC, es una entidad subdiagnosticada, debido al amplio espectro de síntomas clínicos, siendo fundamental la identificación de los factores de riesgo como una mala reserva hemodinámica cerebral previa. Tanto la hipo perfusión cerebral preoperatorio como la hiper perfusión cerebral post quirúrgica pueden ser diagnosticados con la realización del eco doppler transcraneano. El control inmediato y metuculo de la tensión arterial es el pilar fundamental del tratamiento.

| ACM DER | VP | VM | IP | ACM IZQ | VP | VM | IP |
|---------|----|----|------|---------|-----|----|------|
| POP | 72 | 42 | 1.06 | | 109 | 68 | 0.91 |
| 2do DIA | 72 | 45 | 0.88 | | 73 | 44 | 0.94 |
| 5to DIA | 72 | 44 | 0.96 | | 73 | 46 | 0.91 |
| 30 DIAS | 61 | 36 | 1.04 | | 50 | 32 | 0.91 |



0282 TROMBOLÍISIS EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO

M OLMOS(1), A MIRANDA TIRADO(1), D VARELA(1), LAGUIRRE(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1)
(1) Favaloro.

Introducción: La tromboembolia pulmonar (TEP) constituye una enfermedad con un amplio espectro de manifestaciones clínicas con diferente pronóstico y tratamiento.

Objetivo: Describir las características clínicas y evolución en los pacientes (p) con TEP de riesgo intermedio que recibieron tratamiento trombolítico (TL).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los p. con diagnóstico de TEP por angiotomografía de tórax o centellograma ventilación perfusión desde enero del 2008 a febrero 2016. Se seleccionaron los p. con riesgo intermedio según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología y que recibieran tratamiento con r-tpa. Se analizó: ecocardiograma doppler color pre y post trombolisis, la morbimortalidad del tratamiento TL durante la internación y a los 6 meses así como las variables clínicas (Saturación de oxígeno, estadía en UTI y en internación general) y bioquímicas (troponina y BNP).

Resultados: Se evaluaron 21 p. con TEP de riesgo intermedio entre 25 y 79 años. Los factores de riesgo fueron: cirugía mayor, inmobilización, cáncer, TEP previo y trombofilia. Más de la mitad de los p. tenían trombosis venosa profunda. La media de estadía en UTI y hospitalaria fue 7 y 12 días respectivamente. Al ingreso 9 p. presentaban saturación arterial menor a 90 % y 13 tenían deterioro severo del ventrículo derecho.

Dentro de las 48 hs post trombolisis 19 p. evolucionaron con mejoría clínica y de la función ventricular derecha (VD). Solo hubo una p. que presentó hematuria y un hematoma de pared abdominal con drenaje quirúrgico.

En dos p. que no presentaban deterioro VD al momento del diagnóstico se indicó la trombolisis por la distribución anatómica y la carga trombotica del lecho arterial pulmonar.

La mortalidad previa al alta fue de 3 p. dos por shock séptico y un p. por recurrencia tromboembólica aumentando a 4 p. a los 6 meses (19%).

Conclusión: En nuestra serie el tratamiento TL en pacientes con TEP de riesgo intermedio mostró resultados favorables comparados con controles históricos sin una tasa de complicaciones superior a los mismos. Reduce la generalización de nuestros hallazgos el número limitado de pacientes y la posible presencia de comorbilidades no identificadas.

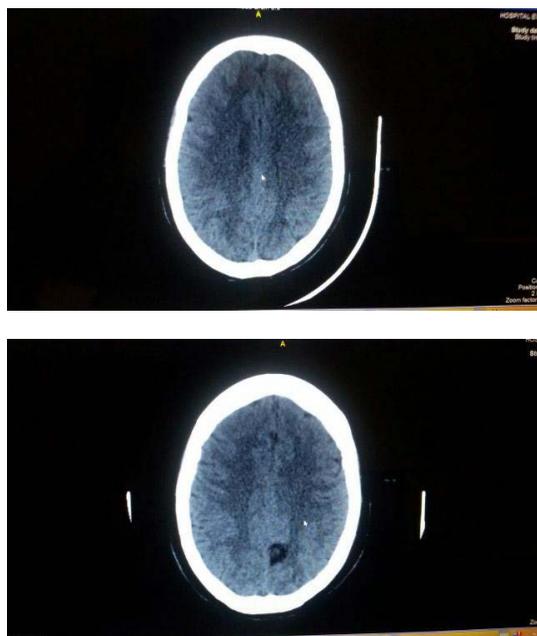
0283 SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE VS SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE COMO COMPLICACIÓN DE ECLAMPSIA T HUANCA(1) (1) Eva Perón.

Introducción: La preeclampsia–eclampsia son una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal mundial; responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo. (DUC-KITT 2001). Se describen como complicaciones cerebrovasculares: el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (LEPR).

Paciente femenina de 21 años G2 P1 cursando embarazo de 38,6 semanas, sin antecedentes relevantes ingresa a guardia consiente con cefalea, fotopsia, edema en MII, TA 150/100 mmHg. Proteinuria al azar +++ se decide realización de cesárea segmentaria con RN masculino, APGAR 9/10 3000 gr. En puerperio inmediato intercorre con convulsiones tónico clónicas generalizadas en 2 ocasiones , se inicia sulfatación y Labetalol, derivada a UTI Hosp. Eva Perón Merlo Paciente ingresa a UTI con Glasgow 15/15, TA:138/89mmHg. Lab. de ingreso :plaquetas 128.000 resto sp. Presenta buena evolución TA: 128/80 mmHg en tratamiento con Carvedilol. Laboratorio al alta médica al segundo día: plaquetas: 158.000.

Estudios realizados: TAC de encéfalo ingreso: Imagen compatible con proceso isquémico en región temporal izquierda. RMN de encéfalo: Imágenes acordes a signos de leucoencefalopatía del territorio posterior e hiperintensidad de señal en secuencia T2 FLAIR. Se realizó control TAC de encéfalo 5 meses posterior al evento: sin alteraciones. Evolución favorable de la paciente, no refirió síntomas ni cambios posteriores a la internación.

Conclusión: En base a la bibliografía disponible y la correlación de los hallazgos de nuestra paciente se infiere que la reversibilidad imagenológica-clínica son compatibles con PRES.



0285 FIBROSIS PULMONAR POR PARAQUAT. REPORTE DE UN CASO

F ZABALEGUI(1), A FORCHINO(2), M CASTILLA(1)
(1) Hospital De Niños Dr. Orlando Alassia. (2) Hospital De Niños D. Orlando Alassia.

Introducción: El paraquat es un potente herbicida de contacto del grupo bipyridilico de utilización en la agricultura en Argentina. Si bien existen casos de intoxicación cutánea, conjuntival e incluso parenteral la mayoría están relacionados a la ingesta del compuesto con fines autolíticos.

Una vez absorbido se distribuye por tejidos como riñón, hígado, corazón, musculo esquelético y pulmón, siendo el compromiso de este el que determina la evolución.

Al no ser metabolizado por el organismo es eliminado como tal por filtración glomerular.

La DL50 es de 3 a 5 mg/kg, lo que se traduce a solo 10 a 15 ml de una solución al 20%.

Presentación del caso: Niño de 14 años, consulta por vómitos asociados a la ingesta de paraquat, aproximadamente 200 ml.

Al ingreso: SCG 15/15, mal aspecto general, compromiso de mucosa oral con ulceras en labio inferior, dolor abdominal.

Evoluciona desfavorablemente, fiebre, ictericia, odinofagia, hipoxemia y fallo renal. Pasa a UCIP.

Ingres a FMO, durante la intubación se constata sangrado profuso de cavidad oral y vía aérea, evolución a SDRA con hipoxemia refractaria por fibrosis pulmonar. Neumomediastino.

Presento PCR, responde a RCP avanzada, se mantiene hemodinámicamente lábil con requerimiento de inotrópicos.

Evoluciona al fallo renal oligoanurico con requerimiento de hemodiálisis durante 4 días.

A las medidas de soporte se agrega tratamiento inmunomodulador y antioxidante.

Sin respuesta el 8 día de internación fallece.

Discusión: Se puede observar que la lesión pulmonar secundaria a envenenamiento por paraquat, es pronóstica y dosis dependiente. En nuestro caso clínico, el paciente ingirió una dosis letal del compuesto, evolucionando estas lesiones, de modo similar a los casos descriptos en la bibliografía.

Conclusión: En Argentina hay un amplio uso de sustancias herbicidas. El paraquat tiene una absorción y distribución muy sencilla para el personal que lo manipula, tanto accidentalmente como vo-

luntariamente con alto riesgo de intoxicación. Por ello, consideramos de gran importancia que los médicos conozcan de su existencia y efectos, para poder actuar de una manera rápida y eficaz con el objetivo de prevenir un desenlace fatal.

0286 PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA (PEH) EN UTI ADULTOS (UTIA)

F LASCAR(1), SA SAC(1), SP CHAPELA(1), FM BALLESTERO(1), V PINONI(1), P GIORGIO(1), S VERBANAZ(1), C GIUFRÉ(1), E EFRÓN(1), MA BLASCO(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Las infecciones adquiridas en el hospital, las bacterias multiresistentes, y el uso inadecuado de antimicrobianos son problemas íntimamente relacionados, responsables de elevada morbimortalidad y costos asociados, y evitables en su mayoría. La solución de estos problemas requieren un equipo multidisciplinario comprometido con la implementación de un PEH eficiente.

Objetivos: Describir los componentes principales de nuestro PEH en UTIA y sus resultados en un período de 5 años.

Material y Métodos: Período 2011-2015; el PEH en UTIA se subdividió en 3 subprogramas: Control de Infecciones, Vigilancia y Control de bacterias multiresistentes (BMR) y diarrea asociada a Clostridium difficile (DACD), y Vigilancia y Control del Consumo de antimicrobianos (AMB). Se midieron las tasas de: infecciones asociadas a dispositivos (IAD), incidencia de colonización e infección por BMR y de infección por DACD, consumo de AMB, adherencia a la higiene de manos (HM), adherencia a la higiene ambiental (HA), y adherencia al cumplimiento de los paquetes de medidas (PM). Aplicamos metodologías propuestas por NHSN, SHEA, OMS, CDC e IHI. El equipo multidisciplinario integró médicos, enfermeros, kinesiólogos, infectólogos, ECI y Mayordomía.

Resultados: Tasas de *IAD 2011-2015: ITU/CUR: 1.77; 1.24; 0.46; 0.96; 0.86. BACT/CC: 2.04; 1; 1.79; 1.26; 1.11 y NEUIARM: 3.84; 1.27; 2.16; 0.87; 1.89 % o días de uso/dispositivo. *Adherencia promedio a PM: NEU: 96%; BACT 81.1% e ITU: 65.6%. *Adherencia HM: 65.2% (rango 48.9-95); * Adherencia HA 75.5% (iniciado en 2015, rango 53-95%). *BMR y DACD: Incidencia IIH por BMR/1000 días paciente: 3.73 (N 10); 5.14 (14); 4.04 (9); 5.26 (15); 5.24 (15); Incidencia de colonización por BMR/ 1000 días paciente: 12.67 (34); 10.64 (29); 13.91 (31); 12.27 (35); 12.58 (36); *Incidencia de DACD de comienzo en UTI 1/10000 días paciente: 14.9 (4); 3.67 (1); 0; 0; 0; *Consumo ATM en DDD/1000 días paciente: 1451.87; 2089.10; 1491.54; 1256.09; 1844.41.

Conclusiones: El PEH aplicado generó tasas de infecciones persistentemente bajas, control del consumo de AMB, tasas estables y reducidas de incidencias de colonización e infección por BMR, y descenso muy significativo de las DACD. El trabajo en equipo, y la implementación de un PEH eficaz, son en nuestra opinión las claves del éxito del programa.

0287 TITULACION DE PEEP DECREMENTAL: CORRELACION DEL DRIVING PRESSURE CON VARIABLES DE MECANICA RESPIRATORIA E INTERCAMBIO GASEOSO

F GALIOTTI(1), A CHENA(1), G PAGELLA(1), A SARRIGUREN(1), C PELLEGRINI(1), A MARTIN(1), M MARENGO(1), JL MARENGO(1)
(1) Lagomaggiore.

Objetivos: Encontrar correlación entre diferentes métodos de titulación de PEEP posterior a maniobra de reclutamiento alveolar y su relación con driving pressure.

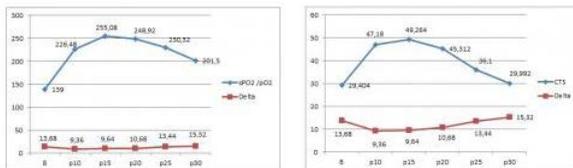
Material y método: Se realizó estudio prospectivo observacional descriptivo bi-variado en el cual se incluyeron 25 pacientes con síndrome de distress respiratorio según consenso de BERLIN entre Marzo 2015-2016 en la Terapia Intensiva del Hospital Lagomaggiore. Se utilizaron respiradores Puritan Bennett 840 guía arterial y

Resúmenes

venosa central se realizó sedoanalgesia y bloqueantes neuromusculares. Se inicia ventilación basal controlada por volumen 6 ml/Kg acorde a peso teórico FiO₂ 100% PEEP 10 cmH₂O frecuencia respiratoria de 18. A los 30 minutos se realiza gasometría arterial y medición de mecánica respiratoria. Se inició maniobra de reclutamiento en ventilación controlada por presión con Pi 15 FiO₂ 100% frecuencia respiratoria de 18 y ascenso de PEEP de 5 cmH₂O cada 4 minutos hasta PEEP de 30 cmH₂O; posteriormente se modificó modo ventilatorio a volumen control se inició descenso de PEEP de 5 cmH₂O cada 4 minutos en dichos intervalos se realizó medición de complacencia driving pressure y toma de gasometría arterial hasta PEEP de 10 cmH₂O.

Resultados: Se analizaron un total de 25 pacientes que presentaron síndrome de distress respiratorio con edad promedio de 40 +/- 5 años, media de APACHE II 23 +/- 4. Dentro de la población analizada se encontró que el promedio basal de complacencia presión plateau driving pressure PaO₂/FiO₂ fueron de 29.4, 23.6 cmH₂O, 13.6 cmH₂O y 139 respectivamente el mejor promedio de dichas variables se obtuvo con 15 de PEEP posterior a la maniobra de reclutamiento. Al analizar plateau-complacencia se observó que el mejor nivel de complacencia promedio fue de 49.2 con promedio de plateau de 24.2 cmH₂O con el mismo valor de PEEP. Al analizar Pao₂/FiO₂-complacencia se observó que los mejores niveles se obtuvieron con el mismo valor de PEEP. Con respecto al driving pressure-PaO₂/FiO₂-complacencia se observó que a mayor nivel de complacencia disminuyó el valor de driving pressure y se obtuvo la mejor PaO₂/FiO₂ al mismo nivel de PEEP.

Conclusión: En pacientes que presentan síndrome de distress respiratorio donde se realiza maniobra de reclutamiento alveolar con PEEP decremental se observa una excelente correlación entre mecánica pulmonar-PaO₂/FiO₂.



0288 DISMINUCIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIÓN TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE CONTROLES DE PROCESO (CP) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS (UTI A) DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE AGUDOS DE ALTA COMPLEJIDAD

F LASCAR(1), ED SOLOAGA(1), SP CHAPELA(1), FM BALLESTERO(1), V PINONI(1), P GIORGIO(1), S VERBANAZ(1), C GIUFRÉ(1), E EFRÓN(1), JF CHERTCOFF(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Las IAD constituyen una grave problema de salud pública. Los CP son excelentes herramientas para evitarlas, formando parte de un programa de epidemiología hospitalaria.

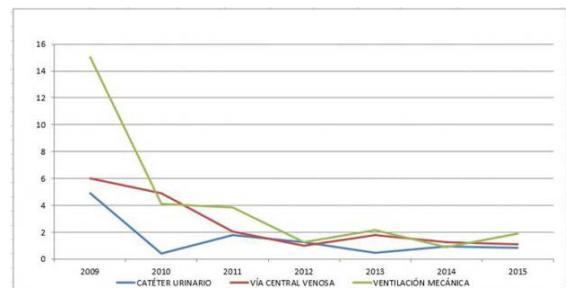
Objetivo: Describir evolución de IAD luego de aplicar CP. Calcular casos, muertes, días de internación y costos relacionados potencialmente evitados.

Material y métodos: Estudio cuasi experimental. Calculamos tasa media (TM) de IAD según NHSN (CDC) en períodos pre (Pa) y post intervención (Pb). **Neumonía asociada a ARM (NEU)** Pa: marzo 2004-enero 2010; Pb: febrero 2010- diciembre 2015. **Bacteriemia asociada a CVC (BACT)** Pa: junio 2005-junio 2010; Pb: julio 2010-diciembre 2015. **Infección urinaria asociada a SV (ITU)** Pa: septiembre 2007-octubre 2011; Pb: noviembre 2011-diciembre 2015. Se implementaron CP con paquetes de medidas según Institute for Healthcare Improvement. Se midió adherencia a CP. Análisis estadístico: se comparó el promedio de tasas en ambos períodos con prueba de Mann-Whitney. Se calculó el Incidence Rate Ratio (IRR): incidencia promedio del Pb/ incidencia promedio del Pa; IC 95%;

Riesgo Atribuible (RA); casos evitados (CE); estimación de muertes potencialmente evitadas (MPE); estadía hospitalaria potencialmente evitada (EHE) y costos atribuibles potencialmente evitados (CAE) según SHEA. Para el cálculo de CAE, dada la escasez de datos nacionales consensuados, utilizamos valores de USA como referencia.

Resultados: UTIA 8 camas. NEU disminución TM 9.99 Pa a 2.34 Pb; p <0.0000001. IRR 0.23 IC 95%: 0.13-0.38; disminución 76.6%. Riesgo atribuible (RA) 7.65/1000 días ARM. CE en Pb B 62.1 (8121 días ARM en 71 meses). MPE: 24.8; EHE: 596.1 días, 1.420.537,50 USD de CAE. BACT disminución TM de 4.90 Pa a 1.91 Pb; p 0.0000001. IRR 0.39 IC 95% 0.21-0.67; disminución 61.1%. RA 2.99/1000 días CC. CE en Pb: 30 (9929 días CC en 66 meses). MPE 7,5; EHE: 360 días y 552.960 USD de CAE. ITU disminución TM 2.52 Pa a 0.64 Pb; p 0.0012. IRR 0.39; disminución 61%. RA 1.87/1000 días CUR. CE Pb: 17.4 (9305 días CUR en 50 meses). Adherencia promedio CP 85%.

Conclusiones: La implementación de CP se asoció con descensos estadísticamente significativos de tasas de IAD, e importantes reducciones potenciales de casos, muertes, días de internación y costos relacionados.



| UTI Adultos Médico Quirúrgica | | | | | | | |
|-------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| CATÉTER URINARIO | 4,90 | 0,43 | 1,77 | 1,24 | 0,46 | 0,96 | 0,86 |
| VÍA CENTRAL VENOSA | 6,01 | 4,89 | 2,04 | 1,00 | 1,79 | 1,26 | 1,11 |
| VENTILACIÓN MECÁNICA | 15,04 | 4,12 | 3,84 | 1,27 | 2,16 | 0,87 | 1,89 |

0289 PARÁLISIS FLÁCIDA DESCENDENTE DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA. REPORTE DE CASO

K MENA(1), G MELINA(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), JM DIANTI(1), M LAS HERAS(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)
(1) Hospital Italiano.

Introducción: La parálisis flácida descendente es un síndrome caracterizado por la rápida aparición de debilidad que afecta músculos respiratorios y de la deglución, progresando a insuficiencia respiratoria en días a semanas. El diagnóstico etiológico tiene profundas implicancias en el tratamiento y pronóstico. Se presenta este caso dada su baja prevalencia en adultos.

Presentación del caso: Paciente de 54 años con antecedente de viaje a zona rural y lesión cortante en mano, que inicia un cuadro de diplopía, ptosis palpebral bilateral y disartria, progresando 24 hs más tarde con deterioro del sensorio e insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de ventilación mecánica. Inicialmente se realiza TC de cerebro y punción lumbar sin alteraciones patológicas, y por presentar electromiograma alterado se realiza inmunoglobulina ante sospecha de crisis miasténica. Ingres a nuestra unidad a los 10 días de iniciado el cuadro con parálisis flácida generalizada, mioclonías aisladas, arreflexia, ptosis palpebral bilateral y pupilas isocóricas midriáticas reactivas. Angiotomografía de cerebro sin lesiones, doppler transcranial con flujos conservados, toxina botulínica (suero, materia fecal, herida y LCR), ACRA y antígenos de IgG negativos. Electromiograma con polineuropatía motora axonal severa. Completó tratamiento con gammaglobulina y fué dado de alta luego de 66 días, comprendiendo órdenes simples con respuesta motora distal en los cuatro miembros.

Discusión: Como diagnósticos diferenciales consideramos: crisis miasténica (sin fluctuaciones del sensorio), botulismo (sin midriasis

arreactiva) y variante GQ1b. No se administró suero antitoxinico por toxina negativa y presentar 10 días de evolución. Si bien la identificación de toxina botulínica, ACRA y antigangliósidos confirman el diagnóstico, existen falsos negativos, pudiendo ser este el caso. **Conclusión:** Debido a los diversos diagnósticos diferenciales y las complicaciones potencialmente mortales, la evaluación requiere una historia clínica detallada y un examen neurológico minucioso para dirigir los estudios complementarios en busca de la etiología. Constituye una urgencia neuromuscular en especial si la musculatura respiratoria u orofaríngea se ven afectadas.

0290 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN CUIDADOS INTENSIVOS.

AV SANCAN MORAN(1), L CEDEÑO(1), L AGUILAR(1), F RIOS(1), J SAGARDIA(1), A ZAPATA(1), D BIENZOBAS(1), R BENITEZ(1), D PEZZOLA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

La tuberculosis (TB) se ha incrementado en las últimas décadas, es una causa de ingreso a la UCI, representando un desafío su diagnóstico y manejo. algunas formas de presentación representan un riesgo para el personal de la UCI. por lo cual un adecuado manejo es capital para el paciente, su familia y el personal de la UCI.

Diseño: Cohorte retrospectiva (5 años), serie de casos.

Pacientes y Métodos: Se incluyen todos los pacientes con documentación microbiológica mediante tinción de Ziehl- Neelsen o cultivo que ingresaron a UCI en un período 2010-2015. Se obtuvieron los datos demográficos, comorbilidad, serología para HIV, características de la tuberculosis, tiempo inicio de los síntomas-internación e ingreso-inicio del tratamiento, APACHE II, necesidad y tiempo de ARM, en UCI, en hospital y mortalidad. Los datos se expresaron como media \pm DS, porcentaje, mediana y percentilo 25-75%. para comparaciones se realizo un analisis bivariado, aplicando test segun su distribucion.

Resultados: 25 pacientes ingresaron a UCI con diagnostico de TB (características en tabla 1), representan 6,2 cada 1000 ingresos, en la Unidad ingresaron 771 \pm 54 pacientes/año(2010-2015). de los 25 pacientes, 22 presentaron TBC pulmonar, 20 de ellos eran bacilíferos (5 multiresistentes), en 7 pacientes se documento multiresistencia, La mortalidad en UCI fue de 8 (32%), 5 pacientes eran HIV (2 SIDA), 10 pacientes ingresan con hemoptisis.

Conclusiones: Los pacientes admitidos en UCI con tuberculosis poseen una alta mortalidad, la presentación pulmonar es predominante, requiriendo internaciones prolongadas en UCI y Post UCI, se caracterizan por presentar varias semanas de síntomas previos a su internación. la mayoría eran pacientes sin HIV. La gran cantidad de pacientes bacilíferos nos obliga a la necesidad de un área de aislamiento respiratorio.en las Unidades de la region deberia ser una norma.

| Variable | Total de pacientes (n:25) | Sobreviven (n:17) | Obito (n:8) | P |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------|-------|
| Edad (años) | 35 \pm 13 | 32 \pm 10 | 41 \pm 15 | 0,104 |
| Sexo Masculino | 12 (48%) | 7 | 5 | 0,341 |
| SOFA | 6 (3,5-9) | 4 (3-8) | 8 (6,3-9) | 0,097 |
| APACHE II | 19 (14-21) | 19 (12-21) | 19 (16-21) | 0,475 |
| Tiempo de síntomas previos (días) | 30 (18-60) | 30 (18-60) | 23 (16-75) | 0,842 |
| Estadia en UCI (días) | 7 (4-12) | 7 (5-12) | 4 (1-10) | 0,027 |
| Estadia en Hospital post-UCI (días) | 17 (6-41) | | | |

| | | | | |
|------------------------------|---------------|-----------|----------|-------|
| TBC Pulmonar (n/%) | 22 (88%) | 15 (68%) | 7 (32%) | 0,985 |
| Ventilacion Mecanica (n) | 20 | 12 (60%) | 8 (40%) | 0,035 |
| Dias de Ventilacion Mecanica | 4,5(2,25-7,5) | 5 (3-7,5) | 3 (1-11) | 0,384 |

0291 USO DE IVERMECTINA SUBCUTANEA EN LA INFESTACIÓN SISTÉMICA POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE TRASPLANTADO CARDIACO

J MINDIOLA(1), N MARINI(1), M SUBELZA(1), G TUHAY(1), L AGUIRRE(1), D VARELA(1), F KLEIN(1)

(1) Favaloro.

Introducción: La Strongyloidiasis diseminada es una entidad con mayor incidencia en inmunosuprimidos que presenta una elevada tasa de mortalidad sin tratamiento oportuno.

Reporte de caso: Paciente masculino de 63 años de edad con antecedente de trasplante cardiaco ortotópico y dos episodios de rechazo celular por lo que había recibido recientemente pulsos de metilprednisolona. Ingresó de forma programada para una nueva biopsia endomiocárdica de control. Refería tos con expectoración desde hacía 1 semana asociado a disnea clase funcional III sin otra sintomatología. Nuevamente el informe patológico de la BEM reportó rechazo celular por lo que recibió tratamiento con metilprednisolona e Inmunoglobulina. Intercurrió con deposiciones diarreas mucosas, observandose larvas de S.Stercoralis en el estudio, por lo que inició ivermectina vía oral (VO). Al tercer día evolucionó con disnea súbita, broncoespasmo e hipoxemia severa que corregía con mascara con flujo de oxígeno a 10 litros, rescatándose Strongyloides Stercoralis en el lavado broncoalveolar, por lo que se añadió al tratamiento antiparasitario albendazol VO e ivermectina al 1% solución inyectable vía subcutánea, previo consentimiento informado. Evolucionó satisfactoriamente, con adecuada respuesta al tratamiento. Se otorgó el egreso tras 25 días de internación con indicaciones de completar 6 semanas de tratamiento VO.

Discusión: Se presenta un paciente con diagnóstico de Strongyloidiasis diseminada, entidad con una mortalidad de alrededor del 87% cuyos factores de riesgo principales son la inmunosupresión y/o la utilización de corticoides, ambos presentes en nuestro paciente. En este caso se utilizó como tratamiento ivermectina vía oral y subcutánea. Esta última vía de administración se encuentra avalada solo para utilización en animales. Se han descrito casos en los que la utilización en humanos ha sido exitosa debido a su biodisponibilidad.

Conclusión: La Strongyloidiasis diseminada es una complicación potencialmente fatal en pacientes inmunosuprimidos. La ivermectina vía subcutánea parece ser una opción de tratamiento para estos pacientes.



0293 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE PRESIÓN PARCIAL DE DIOXIDO DE CARBONO Y LA DIFERENCIA ARTERIO-VENOSA DE OXIGENO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIACA

JC PENDINO(1), L HESS(2), B SERGIO(3), J TRUJILLO(3), G ALDAMIZ ECHEVERRIA(3)

(1) Centenario. (2) Profisio-facultad C. Médicas Rosario. (3) Hospital Albacete Idcsalud.

Introducción: Las variables derivadas del metabolismo del CO₂ han sido propuestas para evaluación del flujo sanguíneo. En situaciones de hipoxia tisular, el cociente respiratorio (VCO₂/VO₂) aumenta. La relación entre la diferencia del contenido veno-arterial de CO₂ y la diferencia arterio-venosa de O₂ (Dv-aCCO₂/Da-vO₂), es análoga al VCO₂/VO₂. En el rango fisiológico, el contenido de CO₂, es similar a la presión parcial de CO₂ (PCO₂). La relación Dv-aPCO₂/Da-vO₂, puede sustituir a la Dv-aCCO₂/Da-vO₂. Un aumento del VCO₂/VO₂ se reflejaría en una elevación de la relación Dv-aPCO₂/Da-vO₂. Un valor ≥ 1.4 puede reflejar una situación de hipoxia tisular. Realizamos un estudio retrospectivo y observacional, tomando una base de datos de pacientes que cursaban el postoperatorio (POP) inmediato de cirugía cardíaca (CC), que había sido confeccionada para la realización de un estudio previo.

Objetivos: Comparar variables macrohemodinámicas y derivadas del metabolismo del oxígeno, con la relación Dv-aPCO₂/Da-vO₂ en pacientes que cursaban el POP inmediato de CC.

Pacientes y métodos: Se incluyeron los 36 pacientes de la base de datos. Ninguno fue excluido. Se calculó la Dv-aPCO₂, la Da-vO₂, además de los parámetros hemodinámicos y gasométricos. El valor de corte de la Dv-aPCO₂/Da-vO₂ fue de 1.4, a partir del cual se generaron dos grupos de pacientes.

Resultados: Se incluyeron los 36 pacientes registrados en la base de datos. El grupo con valor ≥ 1.4 estaba constituido por 12 pacientes. No encontramos una correlación significativa de la Dv-aPCO₂/Da-vO₂ con las siguientes variables en ninguno de los dos grupos: edad, tiempo de circulación extracorpórea, APACHE, lactato arterial, T°, concentración de hemoglobina (Hb), saturación de sangre venosa mixta (SVO₂), transporte de oxígeno (DO₂), consumo de oxígeno (VO₂), frecuencia cardíaca (FC), presión arterial media (PAM), presión media de la arteria pulmonar (PMAP), índice de extracción de oxígeno (IEO₂), exceso de bases (EB), horas de ventilación mecánica, estadia en UCI y hospitalaria total. Si, en cambio, encontramos una correlación positiva significativa entre la Dv-aPCO₂/Da-vO₂ y el gasto cardíaco (GC), con una r de 0.71 (p=0.0093) en el grupo ≥ 1.4 , pero no en los que tenían un valor < 1.4 .

Conclusiones:

- En estos pacientes, una Dv-aPCO₂/Da-vO₂ ≥ 1.4 , probablemente no refleje una situación de hipoxia tisular.
- La utilidad de dicha relación se da en condiciones de estabilidad hemodinámica, pero en nuestros pacientes, pudo existir hipoperfusión tisular previa. Al mejorar el flujo sanguíneo, pudo generarse un fenómeno de lavado de CO₂, siendo sobrevalorada la producción calculada del mismo.
- Los pacientes con GC más elevado, pueden generar más flujo y "lavar" más CO₂, sobreestimando de este modo la relación Dv-aPCO₂/Da-vO₂, sin que exista necesariamente hipoxia tisular.

0294 PSEUDOANEURISMA ARTERIA AXILAR EN PEDIATRIA

V MOGRO(1), G PALACIOS(1), G GONZALES(1), N BOADA(2), R GUACHICHULCA(1), A SIMONS(1), M ZUAZAGA(2)

(1) Ricardo Gutierrez. (2) Garrahan.

Introducción: Los aneurismas arteriales son poco frecuentes en pediatría, la mayoría de los casos, adquiridos. Está definido dos grandes grupos según etiopatogenia: verdaderos y falsos. Los pseudoaneurismas o falsos aneurismas se originan por procesos infecciosos, inflamatorios o traumáticos.

Presentamos el caso de un niño con pseudoaneurisma axilar izquierdo posterior a colocación de catéter para monitorización tensión arterial invasiva que requirió resolución quirúrgica.

Presentación del caso: Niño de 6 meses de edad con síndrome genético en estudio y retraso neuromadurativo, internado en pediatría por Síndrome broncoobstructivo con rescate de VSR, que en su evolución presenta deterioro respiratorio ingresando a Unidad de Terapia Intensiva, con requerimiento de ARM prolongado, traqueostomizado, presentando tumoración axilar pulsátil a la palpación a los 35 días de internación, posterior a 19 días de colocación de catéter para monitorización tensión arterial invasiva.

Se realizó ecografía doppler color confirmando el diagnóstico de pseudoaneurisma axilar izquierdo con Angiotomografía. No se logra la compresión por ecografía, por lo cual se realiza angioplastia con cierre de tres bocas de alimentación, con buena evolución en cuanto a perfusión de dicho miembro, sin recidiva del pseudoaneurisma.

Discusión: En pediatría, los pseudoaneurismas son más frecuentes que los aneurismas verdaderos.

La causa más descrita en niños es el daño arterial iatrogénico como consecuencia de punción arterial o de cateterización con la aplicación de una hemostasia incorrecta. El Doppler pulsado se utiliza para hacer diagnóstico diferencial con hematoma o absceso adyacente a la arteria. Además se debe descartar una enfermedad sistémica causante o infección.

Los pseudoaneurismas originados tras punción arterial tienen tendencia a trombosis espontánea, si la compresión selectiva guiada por ecografía no es exitosa, se recomienda el tratamiento quirúrgico debido al riesgo de embolización distal o ruptura. El falso aneurisma debe ser resecado y el vaso reparado. Si no es posible la anastomosis término-terminal se suele usar un injerto venoso autólogo.

Conclusión: La aparición de masa pulsátil sobre un territorio arterial debe hacer pensar en la existencia de un aneurisma. Ante la sospecha de posible pseudoaneurisma se debe realizar un diagnóstico precoz para evitar poner en peligro la irrigación del territorio distal a la arteria por las complicaciones.

0296 HIDROCEFALIA COMUNICANTE EN ADULTOS

N PISTAN(1)

(1) San Bernardo.

La hidrocefalia es una dilatación de los ventrículos cerebrales por un incremento del líquido cefalorraquídeo (LCR). Se clasifican en hipersecretoras, obstructivas, arrearabsorptivas. En el adulto la hidrocefalia comunicante, se debe a una obstrucción de los lugares de reabsorción de LCR en los espacios subaracnoideos a causa de una infección meníngea, hemorragia subaracnoidea hemotoma subdural, o causa desconocidas.

La presentación clínica es insidiosa, de lenta evolución y fluctuante con trastrono en la marcha, deterioro intelectual, demencia e incontinencia urinaria. Su diagnóstico se realiza por imágenes (TC-IRM) y estudios dinámicos de LCR para conocer las variaciones de presión que ocurren.

El tratamiento consiste en implantar una derivación de LCR que permita su reabsorción, el de elección va dirigido a la cavidad peritoneal.

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad procedente de Gral Güemes con antecedentes de cefalea crónica intermitente holocraneana de 1 años de evolución.

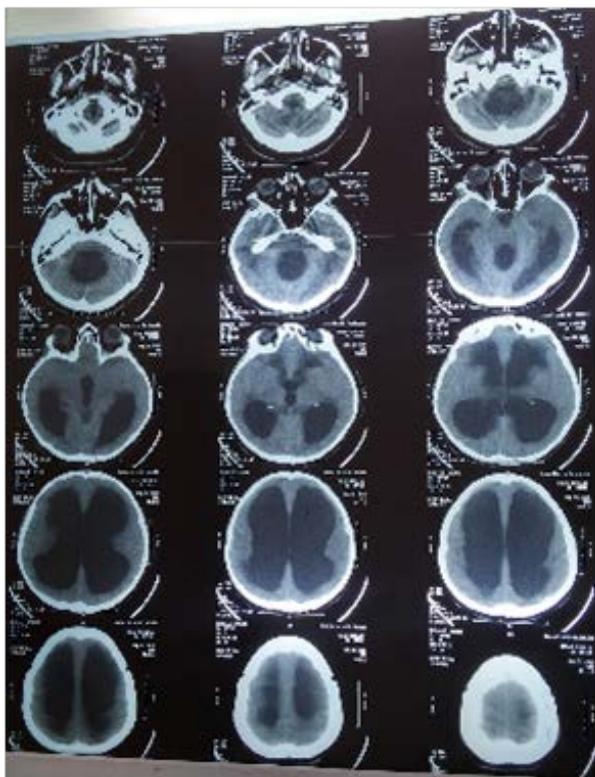
Motivo de consulta: Alteración en la marcha e incontinencia urinaria, deterioro del sensorio.

Examen físico: Vigil, no emite sonidos, retira cuatro miembros al dolor, pupilas isocóricas reactivas, sin rigidez de nuca ni vómitos, reflejos vivos generalizados, flexión plantar bilateral presentaba también parálisis de la mirada conjugada hacia arriba.

Diagnóstico: TC de cerebro donde se observa dilatación tetra ventricular (comunicante) con efecto de masa, borramiento de surcos de la corteza cerebral. Se decide tratamiento quirúrgico con ven-

triculostomía drenaje ventricular al exterior (DVE) y en segundo tiempo derivación ventricular peritoneal. Con buena evolución se decide alta hospitalaria.

Conclusión: El tratamiento de emergencia ante alteración de conciencia por hipertensión intracraneal, es cateterización del ventrículo con drenaje externo hasta colocar derivación definitiva. En ausencia de lesión estructural en los estudios de neuroimagen, se deberá descartar la posibilidad de algún proceso de tipo de infiltrativo o inflamatorio a ese nivel.



0297 ENCEFALITIS POR DENGUE

H BONGIOANNI(1), M JUCHANI SANTOS(2), J SAGARDIA(2), G CABRAL(2), D PEZZOLA(2), L AGUILAR(2), P ROLDAN(2), M SOTTO(2)

(1) A. Posadas. (2) A. Posadas.

Introducción: El dengue se ha convertido en un problema importante en la salud pública, con áreas endémicas en aumento. La información publicada en la última década, en relación con las manifestaciones neurológicas, evidencian mayor frecuencia en el diagnóstico de la afección del SNC. Sin embargo, se desconoce la verdadera incidencia de las complicaciones neurológicas causadas.

Objetivo: Difundir las características clínicas observadas en 3 casos de dengue grave con afección del SNC, autóctonos.

Materiales y métodos: Serie de casos y revisión de la literatura.

Resultados: Los pacientes presentaron dengue grave autóctonos en primoinfección en el periodo de marzo-abril del 2016.

Las manifestaciones extraencefálicas más frecuentes fueron: mialgias, dolor abdominal persistente, plaquetopenia, hipertransaminasemia, aumento de CPK y LDH, leucopenia y falla renal. No se observó hemoconcentración en ninguno de los 3 casos.

Hubo un retardo de 4 días entre la aparición de síntomas hasta la sospecha del diagnóstico. Los pacientes presentaron signos de

alarma y contacto con el sistema de salud lo que demuestra, aun en medio de una epidemia, el bajo índice de sospecha.

Conclusión: La encefalopatía es la complicación neurológica más frecuente de infección por dengue del SNC, seguida por la encefalitis con un amplio abanico de síntomas y síndromes. Se desconoce la verdadera incidencia y la morbilidad que genera. Diferentes estudios sugieren que en zonas endémicas, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de encefalopatía.

La fisiopatología que comprende la afección del virus al SNC sigue siendo controvertida, debido al amplio espectro de manifestaciones neurológicas, falta de diagnóstico y/o sospecha, estudios por imágenes sin patrón distintivo y ausencia de modelo animal que permita reproducir los síntomas y síntomas característicos del compromiso neurológico. Un alto grado de sospecha podría ayudar a identificar más casos y permitir un mejor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad.

La intervención médica temprana, asociada a un proceso de rehidratación parenteral, reduce la tasa de fatalidad. Sin embargo uno de los inconvenientes más críticos en el tratamiento es identificar, en las etapas tempranas, aquellos casos que evolucionarán hacia formas graves.

Tabla 1: Características principales de los pacientes

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 |
|---|--|--|---|
| Edad | 25 años | 56 años | 75 años |
| APACHE II INGRESO AL HOSPITAL | 22 | 26 | 24 |
| APACHE II INGRESO A UCI | 22 | 17 | 16 |
| Requerimiento de VM | + | + | - |
| Requerimiento de vasopresores | + | + | - |
| Manifestaciones neurológicas | STATUS CONVULSIVO | DETERIORO DEL SENSORIO | CAIDA DEL GCS |
| TC de cerebro | Normal | Normal | Focos isquémicos seculares |
| Fisicoquímico del LCR (proteínorraquia) | 124 | 306 | 130 |
| Serotipo (aislado en LCR) | DENV-1 | DENV-1 | NEGATIVO |
| Serología en sangre | IgM+ | IgM+ | IgM+ |
| Difusión de 1 o más órganos | Renal rabdomiolisis plaquetopenia leucopenia hipertransaminasemia diarrea | Renal hepática rabdomiolisis plaquetopenia leucopenia diarrea | Renal hipertransaminasemia Plaquetopenia leucopenia diarrea |
| Electroencefalograma | Sin actividad comicial | Sin actividad comicial | No se realiza |
| Resultado | Alta hospitalaria | Ventilado crónico | Óbito |

0301 IMPACTO EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS QUE CURSAN EL MÓDULO NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA EN EL CSTIP POSTERIOR A INTERVENCIONES EN EL DICTADO DE CLASES

D VINCIGUERRA(3), D ORQUEDA(1), A SIABA-SERRATE(2), A FERNÁNDEZ(3), R FRAYRE(2), I KO(4), G BORENSTEIN(5), G CHIAPPERO(5)

(1) Italiano. (2) Austral. (3) Durand. (4) Gutiérrez. (5) Sati.

Objetivos: Evaluar el impacto en el rendimiento académico de los alumnos luego de la cursada de un Módulo de Nefrología y Medio Interno.

Material y Métodos: Se evaluó la Cohorte del Curso Superior de Terapia Intensiva Pediátrica 2014-2016 tanto modalidad presencial como a distancia. Un total de 55 alumnos (40 a distancia, 15 presenciales). Se tomó un examen de 29 preguntas antes de comenzar el módulo a fin de evaluar conocimientos previos y detectar

dificultades puntuales (Pretest). Las preguntas se Clasificaron en 2 categorías: Conceptos teóricos (19 preguntas), Casos Clínicos (10 preguntas). El examen Pretest fue rendido por 42 alumnos tanto de la modalidad a distancia como presencial. De esos 42 alumnos se excluyeron 3 que NO contestaron ninguna pregunta correctamente en el examen pretest. Posteriormente al Examen Pretest comenzó la Cursada del Módulo. Se dictaron las clases con un enfoque SISTEMÁTICO y REPETITIVO sobre los Temas básicos de Medio Interno que habían generado más dificultades (Estado Ácido base, Agua y Sal y Potasio). 39 alumnos participaron del estudio y fueron evaluados en el examen Parcial, luego de haber cursado el Módulo (Postest).

Resultados: El Examen Pretest tuvo una tasa de aprobación del 20%. El Examen Postest fue aprobado por el 85% de los alumnos. Se analizaron individualmente las preguntas del examen Pretest para discriminar entre un alumno aprobado de uno reprobado. Preguntas de Cálculo de la Osmolaridad plasmática fueron contestadas correctamente en el 66% de los Aprobados y en el 14% de los reprobados. En el Examen Postest las preguntas similares de Osmolaridad fueron respondidas correctamente por el 76% de los Aprobados y sólo por el 28% de los Reprobados.

Conclusiones: La implementación de un Módulo Con un Enfoque REPETITIVO Y SISTEMATIZADO enfocado en el análisis clínico del Medio Interno fue efectivo para mejorar el rendimiento de los alumnos del Curso Superior.

0302 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN PAQUETE DE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

P CARRIZO(1), MI MOLINA(1), G SASTRE(1), T OSCAR(1), C VILMA(1)
(1) Hospital Oñativia.

Introducción: La aplicación, evaluación y optimización de paquetes de medidas para disminuir las NAV en la unidades de cuidados intensivos van a contribuir directamente en la disminución de las tasas de infecciones y en el bienestar del paciente, generando conductas que se vierten en cuidados de calidad. La tasa de Infección por NAV elevada nos impulsó a determinar las mejores acciones para optimizar los procesos.

Objetivos: Evaluar el impacto en la implementación de un paquete de medidas para prevenir NAV. DISEÑO: Estudio Cuasi-experimental de series temporales interrumpidas. UNIDAD: Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Oñativia. Salta-Argentina. PERIODO: Preintervención: 01/01/2015 a 01/07/2015. Periodo de intervención: 01/08/2015 a 01/12/2015. INTERVENCIÓN: A través de la implementación de una estrategia basada en las 5 "Es" (Enganche, educación, ejecución, evaluación, estímulo) se aplicará el paquete de medidas basadas en los siguientes componentes: 1. Evitar la ventilación invasiva siempre que sea posible; 2. Evaluar diariamente suspender la sedación del paciente; 3. Evaluar diariamente la posibilidad de retirar la ventilación mecánica; 4. Mantener la cama elevada a 45°; 5. Realizar higiene bucal cuatro veces al día con el kid de cuidado bucal; 6. Mantener la presión del manguito a 25 cm de agua; 7. Implementación de circuitos cerrados de aspiración. Medidas asociadas a la limpieza del entorno, higiene de manos y cumplimiento de aislamientos.

Mediciones: Periodo preintervención: Tasa de NAV. Enero 11.3 %, Febrero 9.7 %, Marzo 9.8 %, Abril 5.8%, Mayo 13.6 %, Junio 11.8 %, Julio 18.3 %. Periodo de intervención: registro prospectivo de la tasa de NAV. Agosto 13.9 %, Setiembre 11.6 %, Octubre 9.3 %, Noviembre 6.8 %, Diciembre 4,6 %. Nivel de adherencia al paquete de medidas. Agosto 68%, Setiembre 80 %, Octubre 85.6%, Noviem-

bre 88 %, Diciembre 93.8 %.

Logros: 1. Se Redujo la Tasa actual de NAV al 70 %. 2. Se logró un cumplimiento de medidas de un 90%. 3. Se identificaron las dificultades para el cumplimiento de las medidas y se diseñaron estrategias para superarlos.

0303 UN NUEVO DESAFIO PARA LA ENFERMERIA PEDIATRICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. TRATAMIENTO CUTANEO Y DE MUCOSAS EN EL NIÑO CON STEVENS-JOHNSON Y NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA

AER TOLAY(1), MR CORIA(1), MDV ROJAS(1), NIC TEJERINA(1)
(1) Materno Infantil Hector Quintana.

Introducción: El síndrome de Stevens Johnson (SSJ) y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) son un solo proceso inflamatorio mucocutáneo. Las manifestaciones por efectos adversos de medicamentos, representan alrededor de un 20% en los informes de accidentes medicamentosos y un 14% de las reacciones adversas por fármacos en pacientes hospitalizados.

La incidencia estimada para el SSJ y la NET en la población varían de 1.2 a 7 casos y 0.4 a 1.2 casos por millón de personas por año. En los niños su frecuencia es similar en ambos sexos, en todas las etnias y edades.

Presentación del caso: Varón de 4 años de edad cursa su primera internación por convulsión febril compleja, medicado con fenobarbital. Con diagnóstico de SSJ y NET, ingresa a UTIP. Evoluciona con falla multiorganica, SDRA, enteritis necrotizante, requiriendo inotrópicos, ARM, múltiples esquemas de antibióticos, nutrición parenteral. Fue intervenido quirúrgicamente en 3 oportunidades con diagnóstico de intestino ultracorto, fue derivado a los 69 días a un centro de mayor complejidad.

Discusión: El Síndrome de Steven Johnson y la Necrosis epidérmica Tóxica, son variantes de la misma enfermedad con diferente severidad, a la primera le corresponde un 10% de compromiso de piel afectada y a la segunda mayor a un 30 % del total de la superficie corporal. Este tipo de pacientes suelen ser derivados a una unidad de quemados donde existen recursos humanos y materiales calificados. Nuestra Provincia no cuenta con una unidad de quemados pediátricos, por lo cual, la atención se desarrolló en UTIP polivalente. Se dispuso de una unidad de aislamiento con atención de enfermería personalizada.

En nuestra Institución, se utilizaron diferentes estrategias terapéuticas; baños con pervinox, agua estéril, clorhexidina y solución fisiológica, topicaciones con platsul, humiderm y vaselina estéril, protección de la piel con papel film, en zonas peri anales se usó mupiracina y en algunas zonas del cuerpo ácido acético y rifocina, en ojos lubricante ocular y antibióticos.

Conclusión: La patología del niño, resulto un desafío. El Equipo de Enfermería brindo sus conocimientos, habilidades y prácticas para el cuidado de piel y mucosas que resultaron, oportunos, óptimos y eficientes logrando satisfacción en su quehacer.

0304 INTOXICACIÓN CON PEROXIDO DE HIDRÓGENO. REPORTE DE UN CASO CON EVOLUCIÓN FATAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

G MÉNDEZ, R ESPINOSA ROCHA(1), S CHUCHUY, Y GUZMÁN
(1) Hospital Publico Materno Infantil.

Introducción: El agua oxigenada o peróxido de hidrógeno (H₂O₂) es un producto incoloro, inodoro y de leve sabor ácido, soluble en agua y alcohol. En contacto con las catalasas tisulares se descompone en agua y oxígeno (O₂). A bajas concentraciones tiene un efecto antimicrobiano y antiséptico y en concentracio-

nes más elevadas (> 20%) tiene efecto blanqueador, eliminador de olores, antioxidante y conservante por lo cual se lo emplea en diversas industrias. Su concentración puede expresarse en porcentajes o "en volúmenes"; *agua oxigenada 10 volúmenes* significa que 1 litro de solución producen 10 litros de O₂ en condiciones normales de presión y temperatura. Las complicaciones están relacionadas con la cantidad ingerida y la concentración de la misma.

Presentación del caso: Bebé de 10 meses, de Salta capital, sin antecedentes previos que a hs 21:30 consume en forma accidental "agua oxigenada 50 volúmenes", refieren uno o dos sorbos pequeños, inmediatamente comienza con sialorrea y dificultad respiratoria. Se induce el vómito. Posteriormente comienza con convulsiones tónicas generalizadas. Concorre a un centro de salud, se administra O₂. Ingres a al hospital a hs 22:40 en status convulsivo, pálida, taquicárdica e hipotensa. Se coloca en asistencia respiratoria. Laboratorio: acidosis metabólica, con anión gap elevado, hiperglucemia, ácido láctico elevado, coagulograma alterado. Función renal, hepática, amonio y amilasa normal. Evolucion a un shock refractario a catecolaminas. Ecografía de abdomen: ascitis, edema de pared intestinal y sin signos de neumoperitoneo o aire en sistema porta. Tomografía de cerebro: extensas áreas de infarto supra e infratentorial y edema cerebral. Fallece 4 días posteriores a su ingreso.

Discusión: La intoxicación por H₂O₂ puede ocasionar desde una lesión en la mucosa digestiva con erosión o perforación, complicaciones respiratorias por aspiración y neurológicas secundarias a embolización gaseosa e infarto cerebral. Ésta intoxicación en los niños suele determinar cuadros severos con numerosas secuelas e incluso con evolución fatal.

Conclusión: Debido al mal pronóstico de ésta intoxicación en pediatría es imprescindible la actitud preventiva.

0305 CLERANCE DE LACTATO POSITIVO VS CLERANCE DE LACTATO NEGATIVO.COMPORTAMIENTO TEMPORAL DE LAS VARIABLES DE REANIMACIÓN.

A SARRIGUREN(1), A CHENA(1), G PAGELLA(1), F GALIOTTI(1), A MARTIN(1), JL MARENCO(1)
(1) Lagomaggiore.

Introducción: El shock séptico presenta alta incidencia y muestra elevada mortalidad. La metas utilizadas incluyen saturación venosa central, lactato inicial cléarenc de lactato, delta de temperatura, delta de dióxido de carbono. La evolución temporal se modifica en respuesta a la reanimación, otorgándoles valor pronóstico y de seguimiento.

Objetivos: Comparar evolución de las variables utilizadas en la reanimación en dos grupos de pacientes ,aquellos que realizan clerance de lactato frente aquellos que no logran. Materiales y métodos: Se realizo estudio prospectivo comparativo observacional, se incluyeron pacientes con diagnóstico de shock séptico o lo desarrollaron durante su estadía, durante julio de 2011 a marzo de 2016. Para todos ellos se registró edad, sexo, APACHE II a, gasometría, clerance de lactato, delta venoarterial de CO₂, Saturación venosa de O₂ y delta de temperatura y estado al alta. Las muestras para gasometría fueron obtenidas de Catéter venoso central y guía arterial al inicio tres y seis horas de la reanimación inicial.

Resultados: Se analizaron 95 pacientes edad promedio de 56 +/- 4, media de apache II 20.4 +/-8.7. Dentro de la población estudiada encontramos que lactato basal promedio fue de 3.4mmol/L y el aclaramiento del 20% a las tres horas es del 35.79% en la totalidad de los pacientes. Observamos que del total de los casos que fallecieron (51 casos), 64, 7% no realizó clerance en tanto del

total de casos que sobrevivieron (43 casos), un 62,7% no realizó clerance. De aquellos que no realizaron clerance (60 casos), el 55% falleció, en tanto el restante 45% sobrevivió, mientras que aquellos que realizaron clerance (34 casos), falleció el 52,9%. Se observo que las SVC basal en ambos grupos fue de 60-70% en promedio. Con respecto al delta de CO₂ basal, se observo que en el grupo que realizo clerance de lactato el delta fue mayor. Por ultimo se observo que en el grupo que no realiza clerance de lactato, el delta de temperatura basal es mayor al grupo que realizo clerance.

Conclusión: Al anilizar las variables en ambos grupos pudimos observar que en el grupo que realizo clerance de lactato a las tres horas de reanimación se obtuvo mejoría de las misma y correlación con la reanimación exitosa

0306 BACTERIEMIA POR SALMONELLA NO TIPHY

C FERREYRA(1), DR CARRANZA(1), ML BUEMO(1), L MACHUCA(1), A QUINTEROS(1), MA GARCIA(1), JD FERNÁNDEZ(1), JJ ORTEGA(1), RS ROJAS(1), MP RUIZ(1), JC CELIA(1), MS CARRIZO(1), NS BONETTO(1)
(1) Regional Victor Sanguinetti.

Introducción: La bacteriemia y otras formas de infección extraintestinales por Salmonella no tiphy (SNT), son complicaciones graves que pueden no ser sospechadas en el contexto de una infección intestinal.

Se estima que el 1% de las infecciones entéricas desarrollan bacteriemia, aumentando aproximadamente un 30% la mortalidad.

Objetivo: Reconocer los factores que influyen en la morbimortalidad de la bacteriemia por Salmonella no tiphy.

Caso clínico: Paciente de 78 años, antecedentes de cáncer de cérvix estadio IIb, con tratamiento QMT y RT 3 meses previos a la internación, diarrea crónica (hace 10 años).

Consulta a guardia disnea y fiebre e inicia tratamiento ambulatorio con amoxicilina/clavulánico. A los 7 días ingresa a Clínica Médica por progresión de síntomas, instaurándose tratamiento con ampicilina-sulbactam (AMS). A las 24 hs se recibe resultado de los hemocultivos (HMC), positivos para BGN.

Ingresa a UTI, 72 hs después de su internación, por insuficiencia respiratoria. Con diagnóstico de neumonía grave en inmunocomprometido, se inicia VNI y se rota antibióticos a ceftazidima, amikacina y TMS-SMX. Evolucion a tórpidamente presentando SDRA y shock séptico, por lo que requiere VM invasiva y vasoactivos.

Bacteriología informa HMC (+) SNT tipo A, resistente a AMS.

Se realiza HMC control e hisopado rectal negativo para SNT.

Fallece al 7 día de internación.

Conclusión: Entre los factores que predisponen a la bacteriemia se encuentran: serotipo de Salmonella, la ubicación geográfica, la época del año, y los factores del huésped.

La elevada mortalidad hospitalaria se asocia a patología oncológica previa y el shock es un factor independiente.

Debido a la resistencia antimicrobiana, el tratamiento empírico de una bacteriemia potencialmente grave debe ser cefalosporina de tercera generación y quinolona hasta recibir resultados del antibiograma.

Analizando retrospectivamente el caso, debemos indagar en la epidemiología y profundizar los estudios complementarios, buscando sitios de impacto extraintestinal.

0307 HIDROCEFALIA OSBTRUCTIVA SECUNDARIA A UNA NEURICISTICERCOSIS ADR QUINTERO(1) (1) San Bernardo.

Introducción: La neurocisticercosis es la enfermedad parasitaria del sistema nervioso central provocada por la larva de *Taenia solium*, denominada *Cysticercus cellulosae*. Es una enfermedad universal, endémica en países de Latinoamérica y Asia. Según el lugar en el que el cisticercos se aloje, la NCC puede ser parenquimatosa, subaracnoidea, ventricular o medular. Analizaremos en esta oportunidad caso clínico donde se plantea la dificultad del diagnóstico diferencial con tuberculosis por ser salta zona endémica de esta.

Caso clínico: Varón de 47 años de salta, consulta por cefalea intensa de reciente aparición acompañado de vómitos que no ceden con la medicación. Se realiza laboratorio que informa leucocitos, LCR acelular, rx tórax con derrame pleural (líquido pleural con linfocitosis) tac cerebral donde se observa dilatación ventricular por lo que se realiza colocación de drenaje ventricular externo y tratamiento para TBC con posterior alta hospitalaria.

Un mes después consulta nuevamente por disfunción valvular por lo que se realiza recambio del mismo y toma de biopsia intraventricular que informa Pared de quiste de cisticercos en tejido intraventricular. Se suspende tratamiento para TBC y comienza tratamiento con albendazol. Con posterior alta hospitalaria.

Discusión: El diagnóstico diferencial de esta entidad en regiones endémicas es difícil, debido a la coexistencia de tuberculosis y otras patologías. Las lesiones anulares (únicas o múltiples) en SNC no son específicas de la NCC y representan un problema diagnóstico.

Se Destaca la importancia de la anatomía patológica para la confirmación diagnóstica y para el correcto tratamiento en estos casos.

0309 VALOR PREDICTIVO DE PCVACO2/CAVO2 EN EL INICIO DEL SHOCK SÉPTICO

PM MOREL, FM RIVERO(1), JFA RÍOS(1), G REPETTO(1), JE ALFONSO(1), ML BRACCINI(1)
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

El shock séptico (SS) continúa siendo la principal causa de morbimortalidad en las unidades de cuidados críticos. La hipoperfusión tisular asociada se ha propuesto como principal mecanismo fisiopatológico. Algunos autores han propuesto $PcvaCO_2$ para identificar la persistencia de hipoperfusión, siendo una diferencia ≥ 6 mmHg representativa de una resucitación inadecuada. Nos planteamos este protocolo con el fin de determinar si la relación $PcvaCO_2/CavO_2$ tras la resucitación inicial puede predecir un aclaramiento de lactato adecuado ($\geq 10\%$ en 24 hs) y una evolución favorable en pacientes con SS.

Estudio prospectivo, longitudinal, unicéntrico. Desde el 1/07/15 hasta el 28/02/16; objetivo primario determinar la relación entre $gap\ PcvaO_2/CavO_2$ y mortalidad intrahospitalaria en el paciente con SS post-resucitación; y objetivo secundario Determinar el valor predictivo del $gap\ PcvaO_2/CavO_2$ en el aclaramiento de lactato en las primeras 24 hs del paciente con SS post-resucitación, el valor predictivo del $gap\ PcvaO_2$, y la relación entre $gap\ PcvaO_2/CavO_2$ y tiempo de estadía en UTI.

Durante el período de estudio ingresaron UTI 240 ptes, 52 ptes presentaron SS, de estos, 35 fueron SS de inicio permitiendo aplicar el protocolo de reanimación temprana. Solamente 11 ingresaron al estudio, perdiéndose 24 pacientes por diversas causas. El 64% (7 ptes) de sexo masculino. La mortalidad observada fue del 54.5%. La

edad media de 61,45 años (DS 14,27), APACHEII de ingreso promedio de 21 ptos (DS 7,34) y SOFA de 5,09 ptos (DS 1,7), tiempo medio de estadía en UTI 8,18 días (DS 3,06).

No se pudo determinar un punto de corte para evaluar mortalidad debido al escaso tamaño de la muestra. El valor medio de $PcvaCO_2$ fue de 9,51 (DS 6,91), una media de $CavO_2$ de 3,22 (DS 1,20) y de $PcvaCO_2/CavO_2$ de 9,51 (DS 6,91). No se logró establecer una correlación entre valores de lactato y mortalidad, obteniéndose una $p=0,122$. No se pudo establecer una correlación entre valores de $PcvaCO_2/CavO_2$ y clearance de lactato a las 24%, así como tampoco se pudieron establecer asociaciones entre $PcvaCO_2/CavO_2$ y tiempo de estadía en UTI.

0310 EMBARAZO Y ROTURA DE ANEURISMA ESPLENICO

S VELEZ(1), J BARTOLOME(1), E CARABAJAL(1), J CELIZ(1), O DE MARCO(1), M MENDOZA(1), M MESSAD TARCHINI(1), E ALLUB(1)
(1) Regional Dr Ramon Carrillo.

Introducción: La rotura de aneurismas de la arteria esplénica (AAE) son infrecuentes durante el embarazo pero potencialmente letales, cursan entre un 80-95% asintomáticos, manifestándose en un 70% por rotura brusca en el 3° trimestre y en el parto. Los AAE son responsables del 60% de todos los aneurismas del territorio esplácnico y ocupa el 3° lugar de los aneurismas abdominales, después de los de aorta y arterias ilíacas. Es una dilatación anormal de la arteria esplénica de más de 1 cm de diámetro. La incidencia varía de 0,1 al 10,4% en la población general, cuatro veces más común en mujeres que hombres. La patogenia no está completamente entendida, los factores de riesgo incluyen trauma, eventos hormonales y hemodinámicas locales en el embarazo, hipertensión portal, degeneración arterial y aterosclerosis.

Caso clínico: Paciente sexo femenino, de 32 años cursando embarazo de 29 semanas, antecedentes de G2 C1 y Hepatitis autoinmune, ingresa de urgencia por Abdomen agudo, con dolor abdominal intenso, hipotensión arterial y anemia, se realiza semiología obstétrica constatándose signos de sufrimiento fetal, se decide y realiza Cesárea de Urgencia bajo anestesia general, laparotomía media infraumbilical y tras la apertura peritoneal, se encuentra hemoperitoneo de 2000 ml, con origen desde lecho esplénico, se procede a histerotomía y extracción fetal, obteniéndose recién nacido en estado de muerte aparente. Ingres a UTI en shock hipovolemico con abdomen abierto y contenido, Packing en hipocondrio izquierdo, se reanima con volumen y hemoderivados, desencadenándose coagulopatía. Requiere reintervención quirúrgica a las 6 hs encontrándose en cavidad abdominal, hemoperitoneo de aproximadamente una volemia, necesidad de ligadura de la arteria esplénica observándose aneurisma fizado de la misma y posterior esplenectomía, quedando con abdomen abierto-contenido y packing. Cierre de cavidad por planos en una 3° intervención quirúrgica, evoluciona con SDRA y falla renal, resuelve el cuadro y se externándose a sala de clínica.

Conclusiones: La rotura de AAE es poco frecuente, catastrófica, con alta mortalidad materna y perinatal, de diagnóstico difícil sino es sospechado, por lo que debe considerarse embarazadas que presenten dolor en cuadrante superior izquierdo del abdomen, con o sin shock hipovolémico. El diagnóstico diferencial debe hacerse con desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, úlcera gástrica perforada o rotura de otro aneurisma arterial.

0312 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO

D ESPEJO(1), J PORRAS(1), D MARTINEZ(1), G LEGUIZA(1), S GIMENEZ(1), P LUDUEÑA(1)
(1) Dr Guillermo Rawson.

Introducción: El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica definida por la tríada anemia hemolítica de causa mecánica y no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, mediadas por un proceso de microangiopatía trombótica (MAT) sistémico. El Síndrome urémico hemolítico atípico (SUHa) es el subtipo de SUH provocado por disregulación del sistema del complemento, con daño endotelial microvascular renal y de otros órganos.

Presentación de caso: Paciente de 25 años sin antecedentes patológicos, primigesta de 39 semanas, Ingresa post cesárea de 72 hs de evolución; lucida, hipertensa, con fallo renal e ictericia. Analítica con anemia hemolítica y plaquetopenia. Requirió asistencia respiratoria mecánica desde las primeras 24 hs y hemodiálisis. Intercurre con neumonía por cándida con sepsis y disfunción orgánica múltiple. Ante diagnóstico de MAT se realizan 8 sesiones de plasmaferesis. Sin mejoría clínica y con determinación de actividad de ADAMTS13 pendiente, se implementa tratamiento con Eculizumab.

Discusión: Debido a la evolución rápida y a la severidad de la MAT fue necesario establecer un diagnóstico diferencial inmediato. Se descartaron causas infecciosas y se comenzó terapia plasmática. Ante la pobre respuesta clínica se inició tratamiento con Eculizumab con evolución favorable con normalización de función renal.

Conclusión: Motiva la presentación de este caso la baja incidencia de SUHa y la escasa experiencia en nuestro medio de su tratamiento con el anticuerpo monoclonal Eculizumab y concluimos que reconocer las características de la entidad clínica fue primordial para realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz para la evolución favorable de la paciente.

0313 DISTRES RESPIRATORIO PRIMARIO POR KPC. REPORTE DE UN CASO

O GUANCA(1), P RAMOS(1), C VARGAS(1), F ARAMAYO(1), J GOMEZ(1), G BARROJO(1)
(1) Instituto Medico Alta Complejidad.

Introducción: Uno de los principales problemas en las unidades de cuidados críticos es la infección por gérmenes multiresistentes, entre ellos, Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa (KPC) con impacto sobre la morbilidad-mortalidad, la diseminación de las mismas y aumentos en los costos.

Material y Métodos: Caso clínico: Femenino 62 años, antecedentes: Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, obesidad, fumadora pasiva. Presenta neumonía de la comunidad, infiltrado alveolar base pulmonar izquierda, tratada inicialmente en internación, sala general de otro nosocomio, previos cultivos con ampicilina sulbactam ev + claritromicina ev durante 4 días con buena evolución clínica, es dado de alta para continuar antibióticos vía oral. A las 72 hs del alta, presenta insuficiencia respiratoria requiere internación en uti, previos pancultivos inicia piperilina tazobactam + vancomicina + claritromicina, evoluciona con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, empeoramiento de infiltrados alveolares bilaterales, se realiza lavadobroncoalveolar, Klebsiella Pneumoniae 105 sensible a Colistin, con múltiples mecanismos de resistencia, fenotípicamente Carbapenemasa tipo oxa – 163. Se rota a Colistin, Amicacina y tigeciclina, ventilación decubito prono por Pafi menores de 100. Evolución favorablemente.

Discusión: Frente a un paciente con sospecha de infección grave procedente de otra institución, debería de estar aislado, tomar los cultivos de vigilancia epidemiológica y conocer los gérmenes de

la institución procedente para direccionar la terapéutica antimicrobiana.

Recomendación: Aplicar las medidas de bioseguridad y hacer uso racional de todos los antibióticos en especial carbapenemes, porque estamos frente a cepas bacterianas cada vez más resistentes.

Referencias Bibliográficas: Muñoz-Price LS, et al. Clinical epidemiology of the global expansion of Klebsiella pneumoniae carbapenemases, Lancet Dis. 2013;13:785-96.

0314 PREVALENCIA DE INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE METALOBETALACTAMASAS (NUEVA DELHI) EN UTI

A OLMOS(1), D VERA GONZALEZ(1), A FERNANDEZ(1), A DI BELLA(1), F LOIACONO(1), L AGUILAR(1), F RIOS(1), J SAGAR DIA(1)
(1) Posadas.

Trabajo realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UTI) del Hospital Dr. Prof Alejandro Posadas.

Se trata de un trabajo descriptivo, retrospectivo, de una serie de casos, de muestras bacteriológicas de pacientes que estuvieron internados en la UTI en el período comprendido entre febrero y diciembre de 2015 y que tuvieron como aislamiento la presencia de Enterobacterias productoras de metalobetalactamasas tipo 1 (NDM1) denominadas Nueva Delhi.

Se analizaron retrospectivamente 22 pacientes, que presentaron infección por Enterobacterias productoras de metalobetalactamasas tipo 1 (NDM1).

La distribución por sexo de los 22 pacientes analizados fue: 15 hombres y 7 mujeres. La media de edad de dichos pacientes fue de 50+/-13 años, quienes presentaron una media de Apache de 21+/-7. La mediana de días de internación en UTI fue de 65,5 (26,5-89,7) días. El 95,45% de los pacientes requirió asistencia ventilatoria mecánica (ARM).

De los 22 pacientes analizados, 15 (68%) fallecieron, 11 pacientes (50%) lo hicieron en la UTI y 3 pacientes (20%) en sala de Clínica Médica. De los 15 pacientes fallecidos, 5 (33%) podrían estar relacionados a la infección por Enterobacterias de tipo Nueva Delhi.

Se analizaron 27 muestras bacteriológicas en donde cultivaron Enterobacterias productoras de metalobetalactamasas tipo 1, Providencia stuartii y Proteus Mirabilis, de ellas el 78% (21 muestras) correspondieron a Providencia stuartii y el 22% (6 muestras) fueron Proteus Mirabilis.

Las 27 muestras bacteriológicas se obtuvieron de: muestras tomadas de cultivos de sangre periférica (8), urocultivo (9), partes blandas (3), colecciones abdominales (2), retrocultivo de catéteres centrales (3), aspirado traqueal (1), legrado ginecológico (1).

Del total de aislamientos obtenidos no recibieron tratamiento antibiótico 5 pacientes (4 muestras de urocultivo y 1 de aspirado traqueal) por no considerarse enfermedad.

0315 HIDROCEFALIA EN PACIENTE CON GUILLAN BARRE

WM ALBAREZ(1), C AVILA(1), E VAZQUEZ(1)
(1) Hospital Publico Materno Infantil.

Introducción: El Síndrome de Guillan Barre (SGB) es una neuritis autoinmune contra la mielina periférica con incidencia de 0,6 a 1,9 por 100.000 habitantes; causa más común de parálisis fláccida en niños. La debilidad de los músculos respiratorios y disfunción autonómica es su forma más grave.

La hidrocefalia (H) es un desorden del SNC caracterizado por excesiva acumulación de líquido cerebro-espinal (CSF) en los ventrículos del cerebro siendo rara complicación de SGB cercana al 4%.

Presentación del caso: Paciente femenino de 5 años que ingresa a UTIP con pérdida de fuerza progresiva, ascendente con sensibilidad conservada, por falla respiratoria ingresa a ARM; LCR Proteínas 1,3g/l, cel. 10/mm3, glucorraquia 59, con clínica y disociación Albumina citológica se asume como SGB; inicia gammaglobulina 2gr/Kg. Con ventilación prolongada fue traqueotomizada; persistía con dificultad en weaning y con signos de secuela neuromuscular y trastornos cognitivos; presencia de HTA; debuta con signos de hipertensión endocraneana, se realiza fondo de ojo con edema de papila y TAC de cerebro donde se observa hidrocefalia; se realiza drenaje ventricular al exterior y posteriormente colocación de VDVP. La paciente se estabiliza y se consigue el destete de presión positiva, pasa a sala desde donde se da alta hospitalaria. La paciente queda con secuelas neurológicas importantes.

Discusión: Se trata de un caso de SGB con complicación rara de hidrocefalia con necesidad de VDVP; se observa en nuestro paciente la presentación clínica similar de la bibliografía, con deterioro y weaning dificultoso; la presencia de HTA desde un principio oculto los signos de HTE; con la tratamiento de la hidrocefalia mejoró al paciente.

En nuestro caso aparece el diagnóstico de SGB y posterior complicación de Hidrocefalia mientras que el bibliografía también se describe la hidrocefalia y posterior diagnóstico.

Conclusión: Este caso indica que el estudio de imágenes de cerebro y fondo de ojo son necesarios en pacientes con SGB con funciones cognitivas deterioradas, evidentes signos de HTA e HTE y dificultad en el weaning. Tener presente la Hidrocefalia como complicación aunque rara pero posible.

Tener presente la fisiopatología de aumento de la presión intracraneal por un incremento del contenido de proteínas en el fluido cerebroespinal que se da en SGB.

0316 APLICACIÓN RETROSPECTIVA DE LA DEFINICIÓN SEPSIS-3 A UN GRUPO DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO

F CAMINOS(1), F IGLESIAS(1), S GUERRERO(1), S BOTTAIA(1), A PASARELLI(1), J CONDE(1), R ROJAS MEDRANO(1), S CARINO(1), MG SÁENZ(1), L TUMINO(1), AL GONZÁLEZ(1), MC MARCHENA(1), C LOUDET(1), R REINA(1), H CANALES(1), E ESTENSORO(1)
(1) San Martín De La Plata.

Introducción: Recientemente se ha publicado la nueva definición de sepsis luego de una revisión exhaustiva, consenso de expertos y análisis estadísticos aplicados a grandes bases de datos, para probar el desempeño de las nuevas definiciones para predecir mortalidad. La nueva definición pondera el aumento del lactato y el requerimiento de vasopresores en el grupo de mayor mortalidad denominado shock séptico. Sin embargo, el nuevo consenso podría no considerar a grupos de pacientes que no se ajustan estrictamente a la nueva definición.

Objetivo: Comparar la distribución, características y mortalidad de pacientes con sepsis severa y shock séptico clasificados en distintas categorías de acuerdo a valores de lactato y requerimiento de vasopresores, considerando la nueva definición de sepsis.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con sepsis severa o shock séptico realizado en una UCI médico-quirúrgica de 17 camas, entre enero-diciembre de 2014. En el contexto de un estudio de calidad para determinar la instauración del antimicrobiano (ATB) dentro de la primera hora de la hipotensión en pacientes con sepsis severa y shock séptico, se registraron valores de lactato relacionados al evento. Se establecieron 4 categorías para aplicar a estos pacientes la definición Sepsis-3 según: 1. Shock séptico (vasopresores + lactato ≥ 2 mmol/l) 2. Sepsis con Disfunción cardiovascular (vasopresores + lactato < 2 mmol/l) 3. Sepsis con hiperlactacidemia (lactato ≥ 2 mmol/l, sin vasopresores) 4. Sepsis (lactato < 2 mmol/l, sin vasopresores). Para cada categoría se compararon variables demográficas, de severidad al ingreso, y mortalidad.

Los datos se presentan según su naturaleza. Las comparaciones múltiples se analizaron con Test de Kruskal-Wallis o Fisher, considerando significativas si $P < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes. Características: edad 43 ± 17 , APACHEII 18 ± 6 , SOFA24 $7 [5-10]$, shock al ingreso 62%, días VM $26 [14-35]$, mortalidad 50%. Presentaron shock séptico 46 pacientes y sepsis severa 9. Mortalidad 54% y 33%, respectivamente.

En la Tabla 1 se presentan las características de los pacientes. En la Fig 1 se muestran las 4 categorías y su correspondiente mortalidad.

Conclusiones:

- Del total de los pacientes con shock séptico según la definición del consenso previo, sólo 46% son clasificados por la definición Sepsis-3, con mortalidad similar.
- Las categorías sepsis con hiperlactacidemia y sepsis con disfunción cardiovascular presentaron mortalidad similar a la de shock séptico.

FIGURA 1: Categorías de sepsis y mortalidad

| | | Definición actual | | Definición previa |
|--------------|----|---|--|---|
| Vasopresores | SI | 2 Sepsis con disfunción cardiovascular N=25 mortalidad 48% | 1 Shock séptico N=21 mortalidad 60% | Shock séptico N=46 Mortalidad 54% |
| | NO | 4 Sepsis N=3 mortalidad 0% | 3 Sepsis con hiperlactacidemia N=6 mortalidad 50% | Sepsis severa N=9 Mortalidad 33% |
| | | NO | SI | |
| | | Lactato mayor de 2 | | |

Tabla 1: Categorías de sepsis de acuerdo a valor de lactato y vasopresores

| Variables | Grupo 1 N=21 | Grupo 2 N=25 | Grupo 3 N=6 | Grupo 4 N=3 | P |
|------------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|--------|
| Edad | 49 [27-60] | 45 [28-60] | 30 [21-58] | 35 [21-52] | 0.64 |
| APACHE II | 20 [14-25] | 17 [15-21] | 16 [15-19] | 10 [9-15] | 0.21 |
| Shock al ingreso | 57% | 68% | 67% | 33% | 0.69 |
| Mc Cabe 2+3 | 52% | 36% | 33% | 0% | 0.36 |
| Días VM | 21 [11-29] | 30 [21-57] | 34 [25-58] | 15 [10-35] | 0.1 |
| Días UCI | 23 [13-38] | 35 [23-66] | 36 [28-140] | 19 [19-43] | 0.11 |
| Mortalidad UCI | 60% | 48% | 50% | 0% | 0.28 |
| SOFA24hs | 8 [6-9] | 7 [5-10] | 7.5 [4-9] | 5 [1-5] | 0.27 |
| SOFA día evento | 9 [6-11] | 7 [6-9] | 4 [4-6] | 6 [6-7] | 0.08 |
| Lactato (mmol/l) | 3 [2.7-3.6] | 1.5 [1.1-1.8] | 2.6 [2.2-3.2] | 1.2 [0.8-1.2] | 0.0001 |

Datos presentados como mediana [p25-p75] y %.

Categorías:
Grupo1: Shock séptico; **Grupo2:** Sepsis con disfunción cardiovascular
Grupo3: Sepsis con hiperlactacidemia; **Grupo 4:** Sepsis

0317 ESTADÍA PROLONGADA EN UCIP DE PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) DEBIDO A POLIMORFISMO DE TETRAHIDROFOLATO REDUCTASA (THFR) Y SECUNDARIO A PRIMERA EXPOSICIÓN A METROTREXATE

G MELENDI(1), A HERNANDEZ(1), Y HERNANDEZ(1), P MORENO(1), A PICON(1), G CARDIGNI(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad.

Introducción: En Argentina se registran 370 casos/año de LLA en pediatría. Se estima que un 30% ingresa a UCIP en algún momento de la enfermedad.

La caracterización de la toxicidad por metrotrexate se ha beneficiado de la epigenética. En la Argentina existen tests para su diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente de 13 años con diagnóstico reciente de LLA ingresa a UCIP con signos de shock luego de recibir primer

pasaje endovenoso de metrotexate (protocolo 2 GTLA mM). Inicialmente requirió drogas vasoactivas, antibioticoterapia y oxígeno suplementario. Por sospecha de toxicidad se solicita dosaje de metrotexate, mostrando niveles 4 veces lo esperado.

Debido al compromiso gastrointestinal por mucositis severa inicia nutrición parenteral total (NPT).

Luego de 15 días de internación presentó pancitopenia prolongada (26 días) asociada a fiebre que obligo a realizar cultivos y protocolo de búsqueda de focos profundos seriados. Luego de 4 semanas de estudios se aísla *Candida albicans* en sangre y *Fusarium sp* en piel y mucosas.

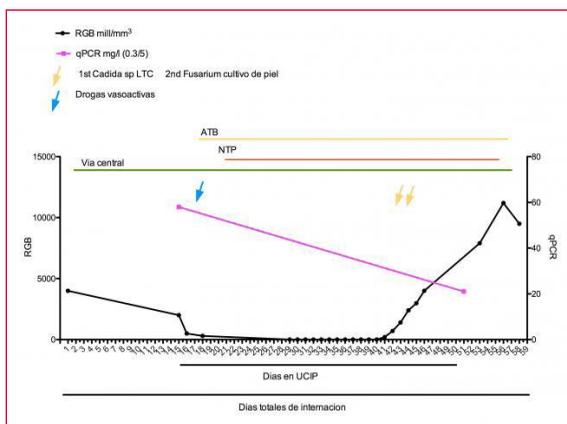
La estadía en UCI fue de 61 días, NPT 35 días y 45 días de antibióticos y antifúngicos (Fig. 1).

Se analizaron los polimorfismos de la enzima THFR, encontrándose la variante A1298C (cambio de glutamato por alanina), que inhibe la metabolización correcta del metrotexate. El costo de este test fue de 40 USD.

El paciente continuó con protocolo alternativo de quimioterapia logrando la remisión completa, sin nuevos ingresos a UCIP.

Discusión: Dos polimorfismos de la THFR se asocian a toxicidad severa, el C677T y el A1298C, ampliamente descriptos en la literatura. En la Argentina, Felice et al, como parte del estudio multicéntrico Berlin-Frankfurt-Münster (BFM) describen el riesgo aumentado de leucopenia severa. El paciente descripto, heterocigota para el segundo polimorfismo, mostró las complicaciones adjudicadas a dicha variante, exponiéndolo a compromiso de vida y estadía prolongada en UCIP.

Conclusión: Los pacientes con LLA en la Argentina se pueden beneficiar de los conocimientos actuales sobre la toxicidad de los quimioterápicos. Están disponibles test validados, accesibles, pudiendo disminuir la morbi mortalidad y los altos costos de estadía en UCIP.



0318 SINDROME DE LEMIERRE EN TERAPIA INTENSIVA

WM ALBAREZ(1), C AVILA(1), Y SANCHEZ(1), E VAZQUEZ(1)
(1) Hospital Publico Materno Infantil.

Introducción: El síndrome de Lemierre es una infección orofaríngea con tromboflebitis secundaria de la vena yugular interna. El germen más frecuentemente es *Fusobacterium*, siendo menos frecuentes *Streptococcus*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Eikenella corrodens* o *proteus*.

El inicio de infección suele encontrarse en las amígdalas. Desde esta localización se produce la infección del espacio parafaríngeo y la vaina carotídea, produciéndose tromboflebitis de la vena yugular interna con posterior siembra hematogena

Caso clínico: Paciente 11 años de edad, con antecedente de consultas por faringoamigdalitis; sufre caída de su propia altura y comienza con fiebre, evolucionando a Shock Séptico refractario a fluidoterapia por lo q ingresa en ARM y a UTIP; al examen físico presentaba exantema generalizado con mayor afectación en cara,

tronco y pelvis. En codo y glúteo derecho se palpaba induración. Se constata edema y eritema en lado derecho de cuello en ECO signos de tromboflebitis de la vena yugular interna derecha, sin evidencia de flujo con doppler. Se indica tratamiento antibiótico con Vancomicina+ Amikacina + Ceftriaxona. A las 48hs se recibe Hemocultivos mas Cultivo secreción (+)a *S. Pyogenes*, Se agrega Penicilina al tratamiento y se suspende amikacina. Paciente con mejoría progresiva. Permanece en ARM 4 días. Al 7° día de internación pasa a sala general. Cumpliendo 45 días de internación con alta hospitalaria.

Discusión: El paciente a diferencia de la bibliografía se presento como un shock postestreptococcico sin fenómenos de émbolos sistémicos. El ecodoppler de vasos de cuellos fue importante para el diagnóstico.

Se realizó el tratamiento antibiótico con cobertura a anaerobio y gram positivos; no se realizó anticoagulantes ni técnicas quirúrgicas.

No fue el germen mas frecuente.

Conclusión: El síndrome de Lemierre es un cuadro clínico poco frecuente pero potencialmente letal, de no existir un diagnóstico oportuno. Se debe dar especial énfasis en reconocer los hallazgos imagenológicos que permitirán plantear este síndrome, especialmente en el contexto de un paciente joven, inmunocompetente, con evolución tórpida de faringoamigdalitis que cursa con trombosis de VYI y manifestaciones de embolias sépticas a distancia.

0319 ABSCESO INTRAMEDULAR CERVICAL DE ORIGEN DESCONOCIDO

J CALDERON FIERRO(1), C LOZANO RAMIREZ(1), JP ALCONADA MAGLIANO(1), A GROSMAN(1)
(1) Español.

Introducción: El absceso intramedular es una entidad rara con clínica inespecífica, lo que hace difícil diferenciarlo con otras lesiones intramedulares. Idiopático en la mayoría de los casos, tiene diversas causas. El diagnóstico tardío es frecuente y se debe tener en cuenta ya que se asocia a altas tasas de mortalidad e incapacidad.

Caso clínico: Paciente de 10 años con cuadro de 48 horas de evolución dado por torticolis y parestesias de miembros superiores, consulta a la guardia donde se realiza TAC Cerebral (normal) y se indica manejo sintomático. A las 24 horas consulta por fiebre y hemiparesia derecha. Se realiza RMN de columna c/s gadolinio que informa lesión heterogénea central de C2 a C6, de bordes definidos y edema medular, con sospecha de masa tumoral vs. Absceso intramedular. Se inicia corticoterapia y se medica con vancomicina más cefotaxime, previa toma de cultivos. Dado el empeoramiento clínico ingresa en ARM y es llevada a quirófano con hallazgo de un absceso intramedular, el cual se drena y se envía cultivo donde se rescata *Streptococcus Viridans* y *Fusobacterium spp*, se suspende cefotaxime y se inicia meropenem según sensibilidad. Por buena evolución a las 48 horas se procede a la extubación de la paciente. Por persistir febril se solicita nueva RMN Cerebral y de Columna completa, sin nueva formación de absceso, con lo cual se decide manejo expectante y control clínico. Siendo descartada una causa primaria subyacente, con cultivos de control negativos y evolución hacia la mejoría, se decide su pase a pediatría para completar esquema antibiótico (4 a 6 semanas) y la realización de artrodesis de columna por inestabilidad de la misma.

Discusión: El manejo del absceso intramedular es controvertido, siendo el tratamiento antibiótico, como única opción, una alternativa avalada por algunos y desestimada por otros. La mayoría de autores refieren que el tratamiento quirúrgico sería en todos los pacientes con algunas excepciones en los cuales la descompresión quirúrgica no aportaría beneficios en la evolución. Pero se destaca que un retraso en la misma podría conducir a un deterioro neurológico rápido e irreversible.

Conclusión: El diagnóstico precoz, el drenaje oportuno y la antibioticoterapia permitieron la recuperación clínica de la paciente.



0320 A PROPOSITO DE UN CASO :CALCINOSIS CEREBRAL SME DE FAHR

E SIMES(1), S MERCADO(1), L GUILLEN(1), F OLIVERA(1), M CARRIZO(1), M RIVAS(1)
(1) Incor.

Introducción: El Sme de Fahr es una rara enfermedad que produce calcificaciones de los ganglios de la base del cerebro, provocando convulsiones, alteraciones del tono muscular de los movimientos voluntarios y autonómicos.

Las causas pueden ser:

- Primarias autosómica dominante ligada al brazo corto del cromosoma 14, familiar y esporádica.
- Secundarias: endocrino metabólicas, tóxicas y enfermedades del tejido conectivo (LES).

Caso clínico: Paciente de 70 años, con antecedentes de deterioro cognitivo progresivo en los últimos 6 meses, acompañado de movimientos musculares anormales. Ingresó a UTI por presentar convulsiones tónico-clónicas generalizadas que no responden a anticonvulsivantes, requiriendo AVM por estado de mal epiléptico, se realiza TAC de cerebro donde se observan calcificaciones bilaterales simétricas de los ganglios basales y sustancia gris de

cerebro. Se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales: Parkinson, corea, demencia talámica, parálisis nuclear progresiva, se estudiaron causas secundarias de calcificaciones cerebrales: hipo e hiperparatiroidismo, colagenopatías y toxicidad por metales, cabe destacar que la paciente no presentaba trastornos del metabolismo del calcio.

Se colocan las siguientes drogas: fenitohina, levetiracetam y midazolam, con lo cual luego de varios episodios de ictus convulsivos se logra estabilizar neurologicamente, presentando NAV. Luego realizar tratamiento antibiótico, traqueotomía, evoluciona con destete dificultoso y varias complicaciones entre ellas: trombosis venosa profunda, para lo cual recibe anticoagulación e infección relacionada a catéteres con verruga en ETE, pasando más de tres meses de internación en UTI, se logra su estabilidad y control infeccioso, pasa a sala común con miopatía del paciente crítico, sin traqueotomía, vigil, orientada el persona con sonda nasogástrica por desnutrición calórico-proteica.

Conclusiones: Se presenta este caso de Sme de Fahr dado a su baja incidencia, cumpliendo con sus criterios diagnósticos, su presentación clínica asociada a signos y síntomas extrapiramidales y en los casos graves como a nuestra paciente: la convulsiones, que son de difícil tratamiento y en ocasiones suelen no responder a una sola droga anticonvulsivante.



0321 DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE ECMO MOBILE PARA RESCATE DE HIPOXEMIA REFRACTARIA Y SU DERIVACIÓN A UN CENTRO ESPECIALIZADO. REPORTE DEL PRIMER CASO

S VILLARROEL(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: ECMO es un sistema de soporte vital extracorpóreo en Falla Pulmonar Aguda e Insuficiencia Cardíaca aguda. Si el paciente a ser sometido a este soporte se encuentra demasiado inestable como para ser transportado a un hospital que cuente con ECMO, la canulación antes del traslado permite su estabilización y posterior traslado.

Objetivo: Describir nuestra experiencia con el primer paciente con ECMO mobile trasladado a nuestro centro.

Caso Clínico: • Se recibe el llamado de otro centro hospitalario por un caso de hipoxemia refractaria. • Recibe el llamado el coordinador del programa. Este pide el envío del resumen de la historia

clínica del paciente. • Una vez aceptado el paciente a las 24 hrs. del llamado se procede al operativo de ECMO mobile. Se planifica todo el operativo. • Se mantiene la comunicación con el médico de UTI. • Paciente 63 años . Internación en UTI por Neumonía grave de la comunidad. • Insuficiencia Respiratoria Aguda con requerimiento de VNI . ARM, shock, SDRA. • Maniobras de reclutamiento, decúbito prono, óxido nítrico con respuesta parcial. Parámetros ventilatorios: vt 5ml/kg compliance de 25, plateu de 30, fr 25 x min peep de 9 titulada por balón esofágico /curva peep compliance Fio2 100%. Pafi de 71. • El traslado de ida dura 20 min aprox., se arriba al centro y se procede a organizar la canulación. • Se realiza la evaluación para

canulación. • Los perfusionistas empiezan el priming del circuito. • Se procede a la canulación bajo visión directa, de vena cava inferior y vena cava superior. • Se canula sin complicaciones, se setea el Cardiohelp 4,2 lpm, 2800 rpm, 4 litros de O2 del flumiter. • Se modifican los parámetros de el respirador se baja la fio2 a 21 %, vt 4ml/kg, peep de 10 , plateu 21 compliance de 22.

Conclusiones: Los pacientes que tiene indicación de ECMO y se encuentran inestables para el traslado son candidatos en forma segura para un ECMO mobile. El ECMO mobile es una alternativa distinta para enfrentar un problema en pacientes en los que antes era inviable su traslado.

| Autor | Resumen | Autor | Resumen | Autor | Resumen |
|-----------------------|----------------|---------------------------|----------------|-----------------------|----------------|
| A | | | | | |
| AGUIRRE, L | 240 | CHOCOBAR, JL | 176 | GAMBOA, SG | 88 |
| ALBAREZ, WM | 315 | CIARROCCHI, N | 234 | GARCIA GIRALDO, D | 177 |
| ALBAREZ, WM | 318 | COCA MOGRO, MB | 248 | GARNICA, RJ | 259 |
| ALTAMIRANO, R | 123 | CORBACHO RE, MF | 106 | GAZZANO, C | 96 |
| ALTUNA, V | 157 | CORREA, O | 143 | GAZZANO, C | 86 |
| ALVAREZ, B | 151 | CORREGER, E | 136 | GÓMEZ PAZ, R | 173 |
| ALVAREZ, E | 164 | CRUZ, SN | 45 | GONZALEZ, MC | 168 |
| ANGARITA RUEDA, D | 17 | CUADRADO, F | 122 | GONZÁLEZ, Y | 95 |
| ANGIOLINI, ML | 41 | CUERVO, T | 163 | GREGORI SABELLI, R | 193 |
| ANZE, V | 149 | CUNTO, E | 27 | GUANCA, O | 313 |
| APARICIO, G | 131 | D | | | |
| APARICIO, G | 132 | D'ANGELO, M | 62 | GUARDIA, L | 250 |
| ARANDA SCARPELLINI, Z | 79 | DARCANO, RE | 129 | H | |
| ARANDA, J | 32 | DAS NEVES, A | 195 | HEREÑU SAAVEDRA, MDLA | 90 |
| ARCE, C | 171 | DE SALVO, AB | 20 | HIDALGO, V | 64 |
| ASCUE, B | 48 | DEHEZA, M | 11 | HOBÉCKER, P | 220 |
| AVILA VERA, AS | 239 | DEHEZA, M | 18 | HUANCA, T | 283 |
| AVILEZ, M | 40 | DEL BONO, M | 74 | I | |
| B | | | | | |
| BELLINI, D | 222 | DESA, JL | 212 | IZQUIERDO, H | 261 |
| BELLOCCHIO, A | 113 | DESCOTTE, E | 190 | J | |
| BENAVENTE MERCADO, X | 198 | DOMINGUEZ, C | 194 | JUAREZ, PA | 258 |
| BERTOLUZZI, E | 125 | DONATI, P | 57 | L | |
| BIANCHI, L | 256 | DUBIN, A | 36 | LACOMBE, L | 126 |
| BOCASSI, A | 120 | DUBIN, A | 52 | LAMOT, LE | 43 |
| BONETTO, G | 97 | E | | | |
| BONETTO, G | 98 | ESPEJO, D | 312 | LASCAR, F | 286 |
| BONETTO, G | 101 | ESPEJO, M | 118 | LASCAR, F | 288 |
| BONGIOANNI, H | 297 | F | | | |
| BONIFAZI, J | 19 | FELDMAN, A | 68 | LEAL, PA | 210 |
| BORDOGNA, A | 34 | FELDMAN, A | 69 | LESCANO, JM | 169 |
| BOUHID, G | 160 | FELDMAN, A | 70 | LOMPIZANO, M | 158 |
| BRAIDA, A | 266 | FELDMAN, A | 71 | LOPEZ CALLEJA, D | 94 |
| BRAÑA, ME | 138 | FELDMAN, A | 114 | LÓPEZ CAMPOS, D | 116 |
| BUENO ARDARIZ, CA | 268 | FERNÁNDEZ DE ULLIVARRI, F | 267 | LÓPEZ, FJ | 197 |
| C | | | | | |
| CALAMARI, PS | 39 | FERNANDEZ, A | 209 | LOPEZ, L | 55 |
| CALDERON FIERRO, J | 319 | FERNANDEZ, H | 278 | LORANT, P | 206 |
| CAMINOS, F | 316 | FERREYRA, C | 306 | LOTORTO, M | 162 |
| CAMPUTARO, L | 33 | FIGUEROA, LV | 279 | LOUDET, C | 272 |
| CANSECO, C | 53 | FIGUEROA, L | 9 | LUCERO, PD | 218 |
| CAPORAL, P | 154 | FLORES MONTES, MA | 200 | LUIZAGA, E | 54 |
| CARCEDO, MC | 65 | FLORES MONTES, MA | 201 | LUJAN, MP | 28 |
| CARINI, F | 189 | FLORES MONTES, MA | 202 | LUNA, E | 146 |
| CARRANZA, DR | 78 | FLORES, C | 10 | LUNA, E | 147 |
| CARRIZO, P | 302 | FRAIRE, R | 274 | M | |
| CASABELLA GARCIA, CA | 13 | FRANCAVILLA, A | 31 | MACHUCA, L | 130 |
| CASABELLA GARCIA, CA | 14 | FRANCAVILLA, A | 166 | MADORNO, M | 85 |
| CASTRO, SI | 51 | FRANCAVILLA, A | 167 | MARCIELLO, R | 196 |
| CASTRO, SI | 56 | FUENTES GUZMÁN, VC | 15 | MARFIL, N | 112 |
| CEREZO, C | 117 | FUKS, VE | 22 | MARINI, N | 235 |
| CERVERA, M | 211 | FUNES NELSON, NM | 246 | MARINO, MR | 233 |
| CHAPELA, SP | 228 | FURCHE, M | 76 | MARQUEVICH, V | 135 |
| CHAVEZ, C | 107 | G | | | |
| CHAVEZ, M | 192 | GALIOTTI, F | 287 | MARTIN, NO | 150 |
| CHEDIACK, V | 262 | GALLINI, OR | 153 | MARTINEZ, LR | 23 |
| | | GALVAN, G | 44 | MARTINEZ, N | 207 |
| | | | | MARTINUZZI, A | 213 |
| | | | | MARTINUZZI, A | 231 |
| | | | | MASKIN, B | 137 |

| Autor | Resumen | Autor | Resumen | Autor | Resumen |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------|-------------------|----------------|
| MATTIOLI, MI | 111 | Q | | T | |
| MAZZOLA, AM | 105 | QUEZADA, H | 38 | TAMAGNONE, F | 205 |
| MEDINA MORENO, IL | 175 | QUEZADA, H | 265 | TAMAGNONE, F | 251 |
| MELENDI, G | 317 | QUINTERO, ADR | 307 | TOLAY, AER | 303 |
| MENA, K | 263 | QUIROGA, M | 109 | TORO, A | 84 |
| MENA, K | 289 | QUIROGA, R | 141 | TORREGROSA, C | 128 |
| MÉNDEZ, G | 304 | | | TORRES LORA, MA | 93 |
| MENENDEZ, RP | 67 | R | | TORRES, S | 273 |
| MINDIOLA, J | 291 | RÉ, M | 99 | TORRES, S | 277 |
| MOGRO, V | 294 | RÉ, M | 100 | TORT ORIBE, B | 26 |
| MOLINA MANCERO, G | 221 | REBERENDO, MJ | 225 | TOVAR FRANCO, M | 156 |
| MOLINAS, NE | 247 | REINA, R | 186 | TRAVERSO, F | 269 |
| MOREL, PM | 309 | RIOS, F | 260 | TUMINO, L | 237 |
| | | RODRIGUEZ FLORES, AD | 180 | | |
| N | | RODRIGUEZ LOUZAN, J | 170 | V | |
| NIEVES MARQUEZ, J | 270 | RODRÍGUEZ, B | 245 | VALDEZ, ME | 152 |
| | | RODRIGUEZ, P | 187 | VALDEZ, P | 92 |
| O | | RODRIGUEZ, P | 188 | VALLEJOS, J | 199 |
| O CAMPOS, VH | 242 | ROJAS BALCÁZAR, NR | 219 | VEGA ORIHUELA, M | 253 |
| OLMOS, A | 314 | ROJAS BALCÁZAR, NR | 226 | VEGA, I | 7 |
| OLMOS, M | 282 | ROSTAGNO, G | 12 | VELEZ, S | 310 |
| OTTAVIANI, C | 50 | RUFINO SARAVIA, G | 185 | VENUTI, MS | 215 |
| | | RUIZ, G | 35 | VERGOTTINI, N | 119 |
| P | | | | VERON, MT | 174 |
| PALACIO, MC | 72 | S | | VIGNETTA, MC | 127 |
| PALACIO, MC | 73 | SALVANESCHI, F | 91 | VIGNETTA, MC | 172 |
| PALOMO, N | 184 | SANCAN MORAN, AV | 290 | VILCHE JUAREZ, AM | 30 |
| PASARELLI, A | 229 | SARNO, L | 191 | VILLACRÉS, H | 121 |
| PENDINO, JC | 293 | SARRIGUREN, A | 305 | VILLARROEL, S | 321 |
| PEREIRA, S | 46 | SARUBBIO, M | 236 | VILLEGAS, M | 16 |
| PEREYRA, L | 124 | SAVIA, A | 178 | VINCENTI, J | 241 |
| PEREZ, A | 159 | SIERRA, T | 244 | VINCIGUERRA, D | 301 |
| PEREZ, J | 254 | SILLITTI, S | 133 | VIRGILIO, S | 216 |
| PERLO, PG | 77 | SILVA, JM | 139 | | |
| PICÓN CORONEL, XE | 223 | SIMES, E | 5 | Z | |
| PICÓN CORONEL, XE | 227 | SIMES, E | 203 | ZABALEGUI, F | 285 |
| PISTAN, N | 296 | SIMES, E | 320 | ZALAZAR, MP | 161 |
| PISTILLO, N | 87 | SOLI, S | 204 | ZULJEVIC, N | 271 |
| PIZZI, M | 81 | SOSA, FA | 155 | | |
| PONCE, J | 8 | SOTO, JL | 80 | | |
| PONCE, J | 61 | SUAREZ, R | 24 | | |
| PUGLIESE, S | 144 | SUBELZA, M | 280 | | |