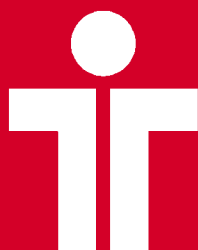


RESÚMENES 2017



REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2362-339X

30 de agosto al 2 de septiembre de 2017

Sheraton Córdoba – Argentina

27° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

- 20° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
- 19° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
- 18° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
- 13^{as} Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva
- 10^{as} Jornadas del Comité de Neonatología Crítica
- 4^{as} Jornadas de Farmacéuticos en Terapia Intensiva
- 4^{as} Jornadas de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva
- 4^{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

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Volumen 34
Número 4
Año 2017



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

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Volumen 34

Número 4

Año 2017



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

Sebastián Chapela

Ecografía en el Paciente Crítico

Francisco Tamagnone

Editorial

Fernando Ríos

Emergencias y Respuesta Rápida

Luis Camputaró

Enfermería en Cuidados Críticos - ECC

Darío Bejarano

FCCS

Pascual Valdez

Gestión, Control de Calidad y Scores

Sebastián Cosenza

Infectología Crítica

Cecilia Pereyra

Investigación Clínica

Elisa Estenssoro

Nefrología y Medio Interno

Pablo Klin

Neonatología Crítica

Jorge Tavosnanska

Neumonología Crítica

Martín Lugaro

Neurointensivismo

Matías Casanova

Obstetricia Crítica

Graciela Zakalik

Oncología Crítica

Sahar Tal Benzecry

PALS

Gustavo Sciolla

Patología Crítica Cardiovascular

Luis Alberto Flores

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

Gabriela Vidal

Vía Aérea e Interfaces

Gerardo Filippa

**27° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva**

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Jorge Leiva

Vicepresidente 1

Paula Juárez

Vicepresidente 2

Sonia Vélez

Vicepresidente 3

Rodolfo Buffa

Secretario

Pilar Birri

Prosecretario

Ezequiel Manrique

Coordinador Nacional

Néstor Raimondi

Tesorero

Ramiro Gilardino

Protesorero

Marcela Zaieg

Vocales

Mariano Zuázaga

José Arroyo

Enrique Carabajal

Juan Saldaña Padilla

Rosa Reina

Estefanía Minoldo

Andrés Peñaloza

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Julio Bartoli

Vicepresidente

Daniela Olmos

Secretario

Ana Laura Nisnik

Prosecretario

Santiago Bondone

Coordinador Nacional

Cayetano Galletti

Vocales

Gabriel Abrile

Natalia Llanos

Jimena Bartolomé

Fernando Ríos

María José Aramburu

Carina Tolosa

Gustavo Bongiorno

COMITÉ DE HONOR

Elisa Estenssoro

Antonio Galesio

José Luis do Pico

José Luis Golubicki

Miguel Pretel

AUTORIDADES DE LA SATI

Presidente

Rolando Gimbernat

Vicepresidente

José Luis Golubicki

Secretario

Rosa Reina

Prosecretario

Laura Isabel De Rosa de Vidal

Tesorero

Claudia Elisabet Kecskes

AUTORIDADES SYLLABUS

Director

Cayetano Galletti

Director Curso de Actualización

Ignacio Previgliano

Coordinadores Revisores

Fernando Ríos

Cecilia Loudet

SATI Match

Cayetano Galletti

Jurado de Premios

Presidente

Julio Bartoli

Miembros del Jurado

Laura I. De Rosa de Vidal

Claudia E. Kecskes

Ignacio Previgliano

Rosa Reina

Marcelo Morales

**20° Congreso Argentino
de Enfermería
en Terapia Intensiva**

COMITÉ EJECUTIVO

Coordinador Nacional
Marcelo Fabio Morales

Presidente
Marisa Fabiana Quinteros

Vicepresidente
Fabián Ligorria

Vocales
Leonardo Rosales
Marina Milagros Medrano
David García (La Rioja)
Alejandra Molina (Catamarca)
Fabiana Ciccioli
Darío Bejarano

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Mario Alberto Gómez

Vicepresidente
Cecilia Gutiérrez Velásquez

Vocales
Liliana del Carmen Martínez
Nancy Lorena Manitto
Sergio Miguel Sánchez
Rita Herrero
Eva Stutz
Mónica Dailoff

**19° Congreso Argentino
de Kinesiología
en Terapia Intensiva**

Coordinador Nacional
Mariano Setten

Presidente
Guillermo Scaglioni

Vicepresidente
Hernán Nunia

Vocales

Horacio Abbona
Manuel Ferreyra
Fabián Picola

**18° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva
Pediátrica**

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente
Patricia Capocasa

Vicepresidente
Karina Fiquepron

Secretario
Mariela Allasia

Vocales
Daniela Peynado
Martín Balacco
Virginia Altuna

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
María José Montes

Secretario
Carlos Dávila

Vocales
Analía Fernández
Gustavo González

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

Presidente
Hernán Cervantes

Vicepresidente
Néstor Portela

Coordinador Nacional
Cristina Artana

Vocales
Horacio Heredia
Ruth Schocron
Marcela Castro

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

Directores
Liliana Roldán
Javier Meritano
Secretario Científico
Jorge Tavošnanska

Comité Organizador
Gustavo Villalba
Alejandro Dinerstein
Luis Ahumada
Mario Espósito

Esta jornada se realizará en forma conjunta por el Comité de Neonatología Crítica y el Comité de Enfermería Neonatal

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

Presidente
María José Dibo
Vicepresidente
María Victoria Stoffel
Coordinador Científico
María Betania Garagiola

Coordinador Nacional
Ana Fajreldines
Vocales
María Georgina Avaro
Agustina Luconi

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

Presidente
Victoria González
Vicepresidente
Victoria Rebagliati

Vocales
Silvia Jereb
Melina Mentucci

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

Presidente
Mario A. Jensen
Vicepresidente
Eliana Guillemi

Coordinador Científico
Pablo Donati
Coordinador Nacional
Franco Magnano

INVITADOS EXTRANJEROS

Diana Marcela Achury
Alejandro Bruhn Cruz
Oscar Cabrera Avendaño
Davide Chiumello
Jorge Coss Bu
Jan De Waele
Eddy Fan
Gabriel Heras La Calle
Luis Juncos
Robinder G. Khemani

Anand Kumar
Daniel Lichtenstein
María Cruz Martín Delgado
William Manzanares
Stefano Nava
Mauro Oddo
Jean Louis Teboul
James A. Thomas
Jean-Louis Vincent

31/08/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 01

Neurointensivismo

CHAMPAQUÍ B

- 0009 SEGURIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON ALTEPLASE INTRAVENOSO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
J MOSCHINI, N PERALTA, V REYNA, A SACCO, D CLUA, M CABANA, S ABUGAUCH, L PEREZ, R BERNARDINI, G GARCÍA CLAVERÍA
- 0020 HSA: DE QUE MUEREN EN ARGENTINA?**
E AMUNDARAIN, P GOMEZ, L ESPINOSA, N GALLUCCI, M CASANOVA, O FARIÑA, B DORFMAN
- 0130 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE 10 AÑOS**
JM DAZA, H QUINTELA, D CASTAÑO, EE LUCCHESI, C POZO, C PEREYRA, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0197 SÍNDROME CONVULSIVO EN PACIENTES CRÍTICOS**
A MIRANDA, R DIAZ, D OVALLE, S ALBACETE, M OLMOS, B TABOADA, N MARINI, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN, D VARELA
- 0254 INFECCIÓN DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO RELACIONADA A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CINCO AÑOS**
R VILLCA JAVIER, A LUQUETTI, E LUCCHESI, H QUINTELA, P SCHOON, L BENITO MORI
- 0280 ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ATAQUE CEREBRAL ISQUÉMICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS POLIVALENTES**
S SVAMPA, P ROEL, K SAIBAL, M OROZCO, JM VARGAS, M CORNU, A MARTINUZZI

31/08/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 02

Gestión / Scores 1

LAS SIERRAS

- 0040 EXPERIENCIA DE REGISTRO CONTINUO Y SIN PAPELES DE TISS-28 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS POLIVALENTE**
E BARRETO, N RIVAS, S MABEL
- 0146 APACHE II Y SAPS II COMO PREDICTORES DE EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS**
NS ROCCHETTI, JJ EGGA-GUERRERO, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0230 EVALUACION DEL FLUJO DE PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO**
J SAGARDIA, D DRAGO, D BIENZOBAS, E ROMERO, F LOIACONO, R RUIZ, S PUTRUELE, O PERALTA, L BUSSOT, S BACIGALUPO, D PEZZOLA
- 0241 REDUCCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA Y DE LA PRESCRIPCIÓN APROPIADA OMITIDA DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA INTERVENCIÓN DEL FARMACEUTICO CLÍNICO**
A FAJRELDINES, E SCHNITZLER, J INSUA, L DAVIDE, M VALERIO, M PELLIZZARI
- 0327 CORRELACION ENTRE THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM28 Y NURSING ACTIVITIES SCORE PARA VALORAR CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON ESCORES DE SEVERIDAD EN LA UCI**
S BOTTAIA, C LOUDET, S FERNÁNDEZ, S ROJAS, I HERRERA, D CORIA, G BUSTAMANTE, R MAESTRE, R RAMÍREZ, Y DELCORRO, S GUERRERO, M AQUINO, F VALDERRAMA, M MARCHENA, A GONZÁLEZ, H CANALES, L TUMINO, R REINA, E ESTENSSORO

31/08/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 03

Respiratorio 1

YACANTO C

- 0233 ESPACIO MUERTO DE BOHR Y PRESIÓN TRANSPULMONAR A DISTINTOS NIVELES DE PEEP EN UN MODELO ANIMAL DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO**
E GOGNIAT, J DIANTI, I FERNANDEZ, M CEBALLOS, M MADORNO, N ROUX, N VERDIER, P OTERO, A MIDLEY, P RODRÍGUEZ, G TUSMAN, E SAN ROMÁN, S GIANNASI
- 0252 ANÁLISIS DE 64 FIBROBRONCOSCOPIAS FLEXIBLES REALIZADAS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA**
A FELDMAN, S TOMEZ, M LOMPINZANO, R OCHOA, N FALCON PEREZ, N GUMIELA, C PINO, D QUARANTA, G SIBILA, D VARELA, L GRIECO, L NAVEIRO, E ARISTA, A PASQUINI, C POZO, C CANESSA, S FREDES, N TIRIBELLI, A MARINO, V GIUBIS, M PASTOR, M GUAYMAS
- 0292 ANÁLISIS DE LA HOMOGENEIDAD DE LA COMPLIANCE DEL SISTEMA RESPIRATORIO A DIFERENTES NIVELES DE PEEP**
M MADORNO, E GOGNIAT, P CELORIA, F NANNI, I TELIAS, J DIANTI, I FERNANDEZ, P OTERO, M CEBALLOS, N VERDIER, P RODRIGUEZ, G TUSMAN, E SAN ROMAN
- 0300 COMPARACION DE NIVELES DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON Y SIN SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO EN TERAPIA INTENSIVA**
AB ROJAS, M ANDRETTI, D MENDIETA, D REYNOSO, R MELÉNDEZ, N LUNA, JC VERGOTTINI
- 0302 EXACTITUD Y PRECISIÓN DE P0.1 MEDIDA POR LOS RESPIRADORES MODERNOS – DE LA SIMULACIÓN A LOS PACIENTES**
I TELIAS, D JUNHASAVASDIKUL, N RITTAYAMAI, L CHEN, D GRIECO, M DRES, M SKLAR, E GOLIGHER, L BROCHARD
- 0321 ÉXITO EN RESCATE DE PACIENTES CON SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTA VIRUS SEVERO MANEJADOS CON OXIGENACION POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO-ARTERIAL, EXPERIENCIA DE 8 CASOS**
L FERREIRA CABRERA, J HERMOSILLA PANES, P FERNANDEZ ANDRADE, J YAÑEZ VILLASEÑOR, B NAHUEL PAN ORELLANA, D PONCE HOLGADO

31/08/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 04

Shock 1

YACANTO A

- 0162 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DEL CLEARANCE DE LACTATO, LACTATO INICIAL, APACHE II Y SOFA CON LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS INTERNADOS POR SEPSIS O SHOCK SEPTICO EN TERAPIA INTENSIVA**
E FRANCO, JP SUAREZ, M KHOURY, R FREUE
- 0165 EL SUCCINATO PARENTERAL DISMINUYE LA PRODUCCIÓN ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO (ROS) EN RATAS SÉPTICAS**
SP CHAPELA, I BURGOS, MS RAÑA, MÁ BLASCO, M ALONSO, C STELLA
- 0235 COMPARACIÓN TEMPORAL DE VARIABLES CLÍNICAS HEMODINÁMICAS Y METABÓLICAS Y SU CORRELACIÓN CON MORTALIDAD EN SHOCK SEPTICO**
A PEREZ SARRIGUREN, A CHENA, F GALIOTTI, F ARMENTANO, C PELLEGRINI, A MARTIN, JL MARENGO, G PAGELLA

0244 REPRODUCIBILIDAD DE LAS DETERMINACIONES DEL ÍNDICE DE DISTENSIBILIDAD DE LA VENA CAVA INFERIOR EN PACIENTES CRÍTICOS: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO.

WO ECHEVERRÍA MORA, M MUGNO, D BANEGAS, LC ALVAREZ ARISTIZABAL, M PIZZI, P RINGELMANN, M FURCHE, F BERDAGUER, F ZECNHER, F MOTTA, PN RUBATTO BIRRI, A RISSO VAZQUEZ, A DUBIN, ED VALENZUELA ESPINOZA

0250 CONCORDANCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN PERIFÉRICA EN VOLUNTARIOS SANOS Y EN PACIENTES SÉPTICOS

P RINGELMANN, M FURCHE, M PIZZI, WO ECHEVERRÍA MORA, M MUGNO, D BANEGAS, LC ALVAREZ ARISTIZABAL, F BERDAGUER, F ZECNHER, F MOTTA, PN RUBATTO BIRRI, A RISSO VAZQUEZ, A DUBIN, ED VALENZUELA ESPINOZA

31/08/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 05

Obstetricia / Nefro / Medio Interno

SAN JAVIER

0026 HIPERNATREMIA EN LA FASE DE RECUPERACIÓN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

NA ANGELONI, FD MASEVICIUS, E MARTINEZ, P CECILIA

0099 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON REQUERIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CRÍTICOS

L TALAMONTI, C CARLINO, E PIOMBETTI, G IZAGUIRRE, S SANCHEZ, G ELIAS

0257 MORTALIDAD MATERNA EN AMBATO, ECUADOR

G MORENO MARTÍN, R MARTÍNEZ MARTÍNEZ, M MORENO MARTÍN, MI FERNÁNDEZ NIETO

0258 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS ADMITIDAS A UCI

H BONGIOANNI, A FERNANDEZ, D VERA GONZALEZ, N ROMANO, FA TRAVERSO, L AGUILAR, ED PEZZOLA, F RIOS, GA GUANCA

01/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 06

Gestión / Escores 2

CHAMPAQUÍ B

0042 PERFIL DE USO DE ALBÚMINA SÉRICA HUMANA 20% UNC (ASH-UNC): TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DE FARMACOVIGILANCIA

D RUARTE, MJ DIBO, MB GARAGIOLA, P FLORES, C BARROS, R RIVERO, D FONTANA

0211 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA Y ADULTOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE AGUDOS. ESTUDIO PROSPECTIVO DESCRIPTIVO ANTES-DESPUÉS

N VIDAL, R DEHEZA, I VILTRE, C BIANCHINI, L BERON, H HERRERA, C QUIROGA, D DRAGO, L AGUILAR

0212 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE LA EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS BECA "RAMÓN CARRILLO-ARTURO OÑATIVIA", MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, COMISIÓN NACIONAL SALUD INVESTIGA. 2011

N VIDAL, R DEHEZA, M SOKIRANSKI, N GUADAGNA, G TURON

0315 EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POSTERIOR AL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

A ZAVATTIERI, J ALVAREZ, S JONATHAN

01/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 07

Sedación

LAS SIERRAS

0070 ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE SEDACIÓN PROFUNDA Y LA PRESENCIA DE DELIRIO CON LA PROLONGACIÓN DEL TIEMPO DE WEANING

ML GIMENEZ, G AVACA, M BERTÉ, M BOSSO, A GARCÍA, G GARCÍA, P GIMÉNEZ, A GOLDBERG, G NAHMÍAS, D NOVAL, K MIRALLES, M OJEDA, A PALAZZO, N POZO, A SANTA MARIA, N SEGURA, E STEIMBERG, N TIRIBELLI, S FREDÉS, S ILUTOVICH

0089 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGOSEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA, 2 AÑOS DESPUÉS...

C BERRONDO, A FRANCAVILLA, M NALLAR, E TERÁN, V POLOP, MA MEZZENZANI, L TORREIRO, S ROUCH, F BOCCADORO, MDP ARIAS LÓPEZ

0123 COMPARACIÓN ENTRE ROCURONIO Y SUCCINILCOLINA PARA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA EN SHOCK ROOM

I PUIG, P PAHNKE, MDLÁ PONCE, D CABRERA, J BRITO, LLACOMBE, M CABRAL, S PAVÁN, C ARANCIBIA

0224 ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE SEDACIÓN PROFUNDA TEMPRANA Y MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS RECIBIENDO VENTILACIÓN MECÁNICA

A GOLDBERG, T POLITI, G AVACA, M BOSSO, A GARCÍA, G GARCÍA, F GHELLINAZA, ML GIMENEZ, P GIMENEZ, K MIRALLES, G NAHMÍAS, M OJEDA, E STEIMBERG, N TIRIBELLI, S FREDÉS, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, A PALAZZO, D NOVAL, N SEGURA, S ILUTOVICH

0306 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA: SATISFACCIÓN DE USUARIOS

MJ MESCHINI, C LOUDET, M GARCÍA SARUBBIO, MC MARCHENA, F CAMINOS, A PORCEL, N ZULJEVIC, AL GONZALEZ, I HERRERA, S FERNÁNDEZ, S ROJAS, S BOTTAIA, S DE MARCO, M PEREZ, V PAZOS, R REINA, E ESTENSSORO

01/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 08

Respiratorio 2

YACANTO C

0134 MODELOS DE INJURIA PULMONAR EXPERIMENTAL

E CORREGER, J MARCOS, G LAGUENS, P STRING

0145 OBSERVACIÓN DE LA VARIACIÓN TEMPORAL DEL GROSOR DIAFRAGMÁTICO MEDIDO POR ECOGRAFÍA, Y SU RELACIÓN CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

FS FERNANDEZ, M BARZAGHI, F RUGGERI, A MATIAS

0157 CRITERIO TEMPORAL DE ÉXITO DE WEANING EN VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA ¿CUANTO TIEMPO SEGUIR?

D VILLALBA, V FELD, V LEIVA, M SCRIGNA, E DISTEFANO, J COLLINS, AP ROCCO, A MATEA, L ÁREAS, N GOLFORINI, G GIL ROSETTI, P PINI, M HANNUN, S BONI, S GRIMALDI, P PEDACE, P DIAZ BALLVÉ, M ANDREU, P BUÑIRIGO, D NOVAL, F PLANELLS

0164 SATURACIÓN VENOSA CENTRAL COMO PREDICTOR DE ÉXITO DE EXTUBACIÓN

XE PICÓN CORONEL, GA MOLINA MANCERO, PD LUCERO, SP CHAPELA, ED SOLOAGA, MÁ BLASCO, JF CHERTCOFF

0198 LA DIFERENCIA DE PRESIÓN TIENE BAJA CORRELACION CON EL VOLUMEN PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA VENTILADOS CON BAJO VOLUMEN CORRIENTE

N TIRIBELLI, S FREDÉS, M LOMPIZANO, D ROSSI, D CANTO, E SALLA, A FELDMAN, S WELSH, N POZO, D QUARANTA, G SIBILA, L NAVEIRO, D VARELA, M GUAYMAS

01/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 09**Shock 2**

YACANTO A

- 0030 CORRELACIÓN ENTRE LA PRESIÓN MEDIA SISTÉMICA ESTIMADA MEDIANTE REGRESIÓN LINEAL Y UN ALGORITMO DE CÁLCULO**
MC GONZALEZ, M GONZALEZ, J RODRIGUEZ LOUZAN, A DOGLIOTTI, A DUBIN, C LOVESIO
- 0058 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN INFECCIONES DE PACIENTES NEUTROPÉNICOS FEBRILES CRÍTICOS**
L UNIGARRO, K MARÍN
- 0074 LA RESUCITACIÓN CON FLUIDOS Y NORADRENALINA NO CORRIGE LA INSUFICIENCIA RENAL EN EL SHOCK ENDOTÓXICO**
G FERRARA, VS KANOORE EDUL, JF GONZALEZ EGUILLOR, MG BUSCETTI, HS CANALES, B LATTANZIO, L GATTI, C INCE, A DUBIN
- 0084 SEPSIS, MANEJO EN SHOCK ROOM**
L LACOMBE, C VIGNETTA, P PAHNKE, C ARANCIBIA, A LOPEZ
- 0120 MONITOREO DE LA PERFUSIÓN TISULAR EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO**
D DUARTE, R NICASTRO, G BENAVENT, Y ESCOBAR, J ROLDAN, A MONSON, M MAIDANA, V TRONCOSO, N RAIMONDI, F PLANO
- 0240 REANIMACION CON FLUIDOS GUIADA POR MONITOREO PICCO EN PACIENTES POST OPERATORIOS CON SHOCK SEPTICO**
A FELDMAN, D VARELA, D QUARANTA, G SIBILA, L NAVEIRO, L GRIECO, M MOLINA, N CAPELLA, P REVEL CHION, S FREDERES, N TIRIBELLI, C POZO, C CANESSA, R SANCHEZ, M VAZQUEZ, V NUNES, S TOMEZ, C PINO, N GUMIELA, R OCHOA, A PERAZZI, J YALOSKE, R ALVARADO, A MARINO, P CORONADO, C VILLARREAL, M DE GUARDIA, H MAMANI, D ROSSI, M LOMPINZANO, M GUAYMAS

01/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 10**Gastro / Nutrición**

SAN JAVIER

- 0062 ¿EL SCORE NUTRIC SUBESTIMA EL RIESGO NUTRICIONAL?**
M RÉ, D MORETTI, N ROCCHETTI, C SETTECASSE, D BAGILET
- 0242 FACTORES BIOQUÍMICOS PREDICTORES DE MAL PRONÓSTICO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE NEOPLASIA GASTROINTESTINAL**
A MARTINUZZI, P ROEL, M OROZCO, K SAIBAL, JM VARGAS, A NUÑEZ
- 0259 EFECTOS DE LA REANIMACION CON LIQUIDOS UTILIZANDO EL MONITOREO PICCO EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE**
A FELDMAN, D VARELA, D QUARANTA, C PINO, N GUMIELA, L NAVEIRO, C CANESSA, C POZO, A PERAZZI, J YALOSKE, R ALVARADO, E ARISTA, R SANCHEZ, M VAZQUEZ, V NUNES, A MARINO, H MAMANI, M DE GUARDIA, P CORONADO, C VILLAREAL, D ROSSI, N TIRIBELLI, S TOMEZ, R OCHOA, G SIBILA, N FALCON PEREZ, V GIUBIS, M PASTOR, M GUAYMAS
- 0274 PANCREATITIS AGUDA, DETERMINANTES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.**
A RAMOS, A DOGLIOTTI, D LATASA, M PEREZLINDO, F ACHARTA, C BOZICOVICH, G ALESSIO, C LOVESIO

02/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 11**Respiratorio 3**

CHAMPAQUÍ B

- 0071 CARACTERISTICAS Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES EN VENTILACION MECANICA DE ACUERDO A LA NUEVA DEFINICION DEL PROCESO DE WEANING**
ML GIMENEZ, G AVACA, M BERTÉ, M BOSSO, A GARCÍA, G GARCÍA, P GIMENEZ, A GOLDBERG, G NAHMIA, D NOVAL, K MIRALLES, M OJEDA, A PALAZZO, N POZO, A SANTA MARÍA, E STEIMBERG, N TIRIBELLI, S FREDERES, S ILUTOVICH
- 0075 EFECTO DEL USO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO SOBRE LA IMPEDANCIA PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN EN VOLUNTARIOS SANOS EN POSICION SEMISENTADA A 45°**
G PLOTNIKOW, R PRATTO, C QUIROGA, E ANDRICH, J DORADO, D VASQUEZ, G RAMIRO, D PABLO, JL SCAPELLATO, D INTILE
- 0078 EL TAMAÑO DEL BABY LUNG CONDICIONA EL RIESGO DE VILI Y EL MECANISMO DE DISTENSIÓN PREDOMINANTE**
N PISTILLO, O FARIÑA
- 0114 MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS OBESOS QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS**
A VICENTE, P SAVIO, L PRIETO, B SIMIONI, A BRUSCO, C CAGNOLA, A FERRARIO, C GARCÍA REID, R AMOZA, P TOCALINI, M ALÍ, A CURA, W TOZZI, M VILLARRUEL, G VERDE, G MUHAFARA, S VIRGILIO, G BATAGLIA, L AREAS, MN NOVO, L GAREGNANI, A TICAK, I CHIAVARO, M FERRERO
- 0115 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO COMO MÉTODO PARA PREVENIR LA FALLA DE LA EXTUBACIÓN. RESULTADOS PREELIMINARES**
P EZCURRA, E GOGNIAT, S VENUTI, V MONZÓN, F ORTEGA, N ROUX, A MIDLEY, S GIANNASSI
- 0238 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, S TOMEZ, M LOMPINZANO, P CRISTIAN, N GUMIELA, L NAVEIRO, C PINO, R OCHOA, D VARELA, C CANESSA, D QUARANTA, S FREDERES, N FALCON PEREZ, G SIBILA, E ARISTA, V NUNES, A PERAZZI, R ALVARADO, A MARINO, M GUAYMAS

02/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 12**Infecto**

LAS SIERRAS

- 0088 VALOR DEL ÁCIDO LÁCTICO EN LCR PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS POST QUIRÚRGICA**
G RAMOS, L TRUNZO, F BARBERIS, G GENOVESE, F MARTINEZ SRNEC
- 0116 EVALUACION DE UN PAQUETE DE MEDIDAS EN PREVENCIÓN DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA (NAV)**
R FERNÁNDEZ, L LOPEZ, L VIOLA, V ORDOÑEZ, N MOYANO, E ROJO, E CABRERA, I SANTOLAYA, C OTTAVIANI, S PEREIRA
- 0167 IMPACTO PRONÓSTICO DE LAS BACTERIEMIAS EN TERAPIA INTENSIVA**
R DÍAZ, D OVALLE, S ALBACETE, A MIRANDA, M OLMOS, B TABOADA, N MARINI, G TUHAY, L AGUIRRE, F KLEIN, D VARELA
- 0172 LA ECOGRAFIA COMO HERRAMIENTA PARA LA DISMINUCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES**
D CARRANZA, M GARCÍA, L MACHUCA, M BUEMO, C FERREYRA, A QUINTEROS, J ORTEGA, J FERNANDEZ, S CARRIZO, S PEZZI, N BONETTO, S ROJAS, M RUIZ, J CELIA

- 0290 EOSINOPENIA COMO MARCADOR DE INFECCIÓN EN PACIENTES QUE INGRESAN A TERAPIA INTENSIVA: UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y VALOR PRONÓSTICO**
A IUNGMAN, GL ECHAVARRÍA, NB PEZZI, B GARCÍA GINER, JP SUÁREZ, G ESTRADA, G BENCHETRIT, R LÓPEZ LUPPO
- 0328 IMPACTO DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA EN LA UTI COMO "SEGUNDO HIT" INFECCIOSO. EVALUACIÓN DE DESENLACES ADVERSOS**
M ESPERATTI, N FUENTES, ME GONZALEZ, M FERRER, G LI BASSI, O RANZANI, A TORRES

02/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 13**Trabajos SATI**

YACANTO C

- 0249 ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVA DE VALIDACIÓN DE LA DEFINICIÓN SEPSIS-3 EN LA ARGENTINA: SATISEPSIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E INFECCIOLOGICOS.**
E ESTENSSORO, C LOUDET, V KANOORE EDUL, J OSATNIK, F RIOS, A DUBIN, C GROER, L CORZO, C MARCHENA, G SAENZ, E MINOLDO, M SANCHEZ, OI GRUPO SATI-SEPSIS
- 0256 ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVA DE VALIDACIÓN DE LA DEFINICIÓN SEPSIS-3 EN LA ARGENTINA: SATISEPSIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E INFECCIOLOGICOS.**
E ESTENSSORO, C LOUDET, V KANOORE EDUL, J OSATNIK, F RIOS, A DUBIN, JC PENDINO, C GONZALEZ, M GARCIA, A GARCIA, A GOMEZ, E MINOLDO, A FERNANDEZ, A RISSO, OI GRUPO SATI-SEPSIS
- 0276 EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS Y VALIDACIÓN DE LAS DEFINICIONES SEPSIS-3 EN UN PAÍS CON UNA ECONOMÍA CON INGRESOS PER CAPITA MEDIANO-ALTO: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI) IN 809 PACIENTES**
E ESTENSSORO, C LOUDET, F RIOS, J OSATNIK, A DUBIN, V KANOORE EDUL, M POZO, B LATANZIO, F PALIZAS, G ZAKALIK, A SANTAMARIA, N RUBATTO, C ARIAS, D VASQUEZ, F KLEIN, OI GRUPO SATI-SEPSIS
- 0313 EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS Y VALIDACIÓN DE LAS DEFINICIONES SEPSIS-3 EN UN PAÍS CON INGRESOS PER CAPITA MEDIANO-ALTO: ESTUDIO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI). ANÁLISIS ENTRE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS**
E ESTENSSORO, C LOUDET, J OSATNIK, V KANOORE EDUL, F RIOS, A DUBIN, F KLEIN, D PIEZNY, G PLOTNIKOW, V ARROSAGARAY, E VALGOLIO, C MARCHENA, G CUETO, D DUARTE, OI GRUPO SATI-SEPSIS

- 0326 VALOR PRONÓSTICO DEL ESCORE DE INJURIA GASTROINTESTINAL AGUDA MÁXIMA (AGIMAX), NUTRIC ESCORE Y DEUDA CALÓRICA EN LA PRIMERA SEMANA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE PROSPECTIVO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)**
C LOUDET, M MARCHENA, L TUMINO, R GIMBERNAT, M CABANA, G CAPURRO, P ASTEGIANO, M VELAZQUEZ, M CASANOVA, M ROTH, G RODA, P OKURZATI, Y BALMACEDA, J RODRÍGUEZ BUGUEIRO, M PERMAN, R REINA, E ESTENSSORO

02/09/2017 - 08:00 a 08:45

TRABAJOS ORALES 14**Pediatría**

YACANTO A

- 0061 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
G SHEEHAN, MDP ARIAS LOPEZ, G PALACIO, A COSTAS, P NEIRA
- 0067 PREVALENCIA DE NIÑOS CON CONDICIONES CRÓNICAS COMPLEJAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO**
MDP ARIAS LOPEZ, ME RATTO, A SIABA SERRATE, C MEREGALLI, K FIQUEPRON, A FERNANDEZ, G SATI-Q PEDIATRICO
- 0102 EXANGUINOTRANSFUSIÓN (ET) EN COQUELUCHE GRAVE. ¿ET PHONE HOME?**
M PENAZZI, E MARI, P PACHECO
- 0133 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PEDIATRÍA SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA CONFERENCIA DE CONSENSO INTERNACIONAL DE 2007**
E MONTEVERDE, A RETTA, A FERNÁNDEZ, V ALTUNA, S TORRES, G GRUPO ARGENTINO DE DESTETE EN PEDIATRÍA, J FRYDMAN, Y FORTINI, R TOMASSONE
- 0243 ENCUESTA SOBRE SEDACION Y ANALGESIA EN PACIENTES CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA**
P TAFFAREL, G BONETTO, F JORRO BARÓN, C MEREGALLI

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Respiratorio 1

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0002 EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES VENTILADOS SIN SEDA-
CIÓN EN UNA UNIDAD DE TRAUMA. ANÁLISIS CUALITATIVO
DE ENTREVISTAS FILMADAS**
CA CASABELLA GARCIA, CD GARAY, ME GUANTAY
- 0059 INTOXICACIÓN AGUDA POR METILENDIOXIMETANFETAMI-
NAS**
ML LUDUENA, L DE BARI, N LANGUIDEY, I AVERSA, A PASTORIZA,
F PECORARO, C ALMIRON, K NOGUERA, E VALENCIA
- 0113 UTILIDAD DE CRIOBIOPSIA PULMONAR EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A TO-
XICIDAD POR DROGAS. REPORTE DE CASOS**
AM RIVERA, MJ LAS HERAS, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, R CASTRO
AZCURRA, G SVETLIZA, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0118 CRIOBIOPSIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRA-
TORIA AGUDA: REPORTE DE SERIE DE CASOS**
M LAS HERAS, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, A MONTERRAT RIVERA,
CA RODRIGO, G SVETLIZA, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0124 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA GUIADA POR FIBROBRON-
COSCOPÍA**
MC PALACIO, JC MEDINA, R SANTOS, M CHAMADOIRA, A BAL-
DIVIEZO, A FLORES, P OVIEDO SANTAMARÍA, J ALFONSO
- 0140 NEUMONITIS INTERSTICIAL INESPECIFICA ASOCIADA A
EFECTO ADVERSO DE CARBAMAZEPINA. CASO CLINICO**
MS URBANO, ME GIMENEZ, S BARRIONUEVO, MM TARTARA, R
VARGAS MARTINEZ, L BARRIENTOS, J ESPINOZA, G CARRIZO, L
ROSSETTI, D GELABERT, J PONCE, R KSEIRI
- 0161 NEUMOPERITONEO POR FISTULA TORACO-ABDOMINAL.
REPORTE DE UN CASO**
AB VAQUERA, MD SCAPPINI, JA ROQUE RENDÓN, SA SAC, EJ
DESCOTTE, C ROMÁN, JF CHERTCOFF, MÁ BLASCO
- 0180 ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO PARA LA PREVENCIÓN DE
LA LESIÓN PULMONAR POST ESOFAGECTOMÍA**
I FERNÁNDEZ CEBALLOS, M LAS HERAS, C VIDELA, A RIVERA, D
CAVADAS, D IGLESIA, MS VENUTI, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0221 ULTRASONOGRAFIA CRITICA, UNA HERRAMIENTA DE CAM-
BIO: NEUMOTÓRAX DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFÍA PUL-
MONAR, REPORTE DE CASOS**
C FERREYRA, L MACHUCA, ML BUENO, D CARRANZA, P TABOR-
DA, M GARCIA, A QUINTEROS, J FERNANDEZ, J CELIA, J ORTEGA,
S ROJAS, S CARRIZO, N BONETTO, M RUIZ, S PEZZI
- 0236 TITULACION DE PEEP DECREMENTAL Y CORRELACION ENTRE
VARIABLES DE MECANICA PULMONAR E INTERCAMBIO GA-
SEOSO**
F GALIOTTI, JL MARENGO, A CHENA, G PAGELLA, A PEREZ SARI-
GURREN, C PELLEGRINI, A MARTIN
- 0237 HEMOPTISIS, CONVULSIONES Y NEUMOENCEFALO, UNA
TRIADA POCO FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO**
MA BARRIENTOS, D VERA, B ANABEL, M ALEJANDRA, E MARTI-
NA, M HELENA, R GUILLERMO
- 0268 UTILIZACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DE OXÍGE-
NO COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LA FALLA RESPI-
RATORIA AGUDA ASOCIADA A EPOC: REPORTE DE UN CASO**
E STEINBERG, E GOGNIAT, R FAMIGLIETTI, P EZCURRA, N ROUX,
S GIANNASI
- 0270 NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO VERSUS TRAUMÁTICO
A PROPOSITO DE UN CASO**
T HUANCA, A TAMAYO, G RODRIGUEZ, J ALBARRACIN, W VI-
DETTA, B FERNANDEZ, M WILCHES, F CARVAJAL, R GARNICA
- 0294 FÍSTULA BRONCO-PLEURAL TRAUMÁTICA**
J CONDE, A PAGLIA, B FRANCO, G ZUNA, D JUAREZ, L PABLO, S
BARRIOS, L CHOQUE, A PASARELLI, R ROJAS, N ZULJEVIC

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Respiratorio 3

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0025 RECLASIFICACION DE UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO SEGUN LA NUEVA DEFINICION DE
WEANING (WIND).ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA**
P BEBER, E DANTAZ, S FERNANDEZ, M GARELLO, S KRITTERSON,
V JARITOS, P BEBER, M ESCOBAR, M KUSZCZAK, D WALTER, L
DIAZ BELTRAN, L GONZALEZ, S VACAS, A ZURRA, J ARMELINO, P
BUSTAMANTE, F JANSMA, F MURA, W TOZZI
- 0031 TOXICIDAD POR AMIODARONA EN PACIENTE CRÍTICO**
N BARALDI
- 0032 ENDOMETRIOSIS PULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO**
MF MENDIETA, JJ NAVOTKA, AN GUTIERREZ, FJ REBORATTI, CA
ZAMPEDRI, MR TORRES, GG GARAU, MM MARTINEZ, RA KA-
RATANASOPULOZ, GA LEVI, VJ GARCIA, ME PAIZ, LV GOSSSEN, C
JOACHIN
- 0037 MANIOBRA DE PRONO EN PACIENTE EMBARAZADA CON
SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO REFRACTARIO A
TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO**
F GALIOTTI, JL MARENGO, G ZAKALIK, A CHENA, J PINA, M SAN-
CHEZ, A MARTIN, C PELLEGRINI, A PEREZ SARRIGUREN
- 0043 REPORTE DE UN CASO: CORRECCIÓN DEL INTERCAMBIO GA-
SEOSO UTILIZANDO VENTILACIÓN NO INVASIVA GUIADA POR
MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE
OBESIDAD E HIPOVENTILACIÓN**
J DÍAZ, R MONTENEGRO, ML GALLINI, J VERNA
- 0045 EXTUBACIÓN NO PROGRAMADA (ENP), ESTUDIO DE CASOS
Y CONTROLES : INCIDENCIA Y VARIABLES RELACIONADAS
PARA MEJORAR LA CALIDAD EN UNA UNIDAD POLIVALENTE**
R GARNICA, A TAMAYO, W VIDETTA, G RODRIGUEZ, F CARVAJAL,
B FERNANDEZ, M WILCHES, J ALBARRACIN, T HUANCA
- 0048 USO DE MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN EL MONITOREO DE
VENTILACIÓN MECÁNICA Y GUÍA PARA WEANING EN PA-
CIENTE OBESO MÓRBIDO**
R MONTENEGRO, ML GALLINI, J DÍAZ
- 0080 IN-EXSUFFLATOR Y VENTILACION NO INVASIVA EN INTER-
CURRENCIA RESPIRATORIA EN SINDROME DE TAY-SACHS.
A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO**
A SANGER, G BOSSIO, J MANAVELLA, F PAZIENCIA, M MANAGO
- 0143 ARSD SEVERO CAUSADO POR SINDROME PULMONAR HE-
MORRAGICO GRAVE POR LEPTOSPIROSIS. CASO CLINICO**
L BARRIENTOS, ME GIMENEZ, MM TARTARA, R VARGAS MARTI-
NEZ, J ESPINOZA, G CARRIZO, L BROWN, J PONCE, L ROSSETTI, D
GELABERT, R KSEIRI, H ROJAS PAIVA
- 0148 RESUMENLAVADO ALVEOLAR MONITORIZADO POR TO-
MOGRAFIA DE IMPEDANCIA ELECTRICA EN PACIENTE CON
PROTEINOSIS ALVEOLAR A PROPOSITO DE UN CASO**
M PEREZLINDO, J ROBLES, A RAMOS, C LOVESIO, C CAPITAINE
FUNES, F ACHARTA
- 0152 COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA DE LA CIRUGÍA
DE RESECCIÓN PULMONAR**
M HUNTER, M HERNÁNDEZ, G BADARIOTTI, B DE DIEGO
- 0163 RESULTADOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES
NEUROCRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA
DE BUENOS AIRES. ESTUDIO RETROSPECTIVO**
G CARDOSO, JM CARBALLO, C BROVIA, MI ELÍAS, ME DOTTA, MS
ROSSO, A MORENO, AM GALLOLI, P DIB, SL GARCIA SCHUSTERE-
DER, F VILLALBA, D CASTRO, V DI GIORGIO, M BERTOZZI
- 0309 TETRAPLEJÍA AGUDA NO TRAUMÁTICA**
P ROEL, M CORNU, K SAIBAL, M OROZCO, S SVAMPA, M SEPUL-
VEDA

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03**Neuro 1**

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0076 SÍNDROME SEROTONINERGICO EN TERAPIA INTENSIVA**
M ALBORNOZ, N ARBELAIS, M RE, MF CORBACHO RE, N ROCCHETTI, C SETTECASSE, D BAGILET
- 0091 ABSCESO CEREBRAL SECUNDARIO A ABSCESO PULMONAR EN HUESPED INMUNOCOMPETENTE**
R PINTO, D GONZALEZ, M COLAVITA, J RIOS, E OLARTE, A KAMEGAWA, M CURONE
- 0261 INFARTO DE LA ARTERIA DE PERCHERON**
G GALINDEZ, O GALLINI, MJ SAINTOUT, C RUANO, E ANALIA
- 0265 NEUROMONITOREO: DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS PARA INTENSIVISTA DE ARGENTINA**
L TUMINO, S CARINO, A TORO, MG VIDAL, F GONZALEZ, J CONDE, S BARRIOS, A PAGLIA, R REINA, E ESTENSORO, C BALASINI
- 0266 UTILIZACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA POR EL INTENSIVISTA ARGENTINO**
L TUMINO, S CARINO, R ROJAS, P LORAN, B FRANCO, G ZUNA, MC MARCHENA, MG VIDAL, R REINA, E ESTENSORO, C BALASINI
- 0267 OSMOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA**
L TUMINO, S CARINO, A PASARELLI, L CHOQUE, D JUAREZ, N ZULJEVIC, C LOUDET, F GONZALEZ, R REINA, C BALASINI, E ESTENSORO
- 0278 PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR QUE PRESENTA VASCULITIS CEREBRAL**
MA ORTIZ GUTIERREZ, J ZAPATA, G CABRERA, T SIERRA, L BIANCHI, M FLORES, JI MORENO, J VOSS, M NAHRA, J COGORNO, E CORTEZ
- 0283 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO ANEURISMÁTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE, REPORTE DE UN CASO**
A HERNANDEZ
- 0293 EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO: MÉTODO NO INVASIVO PARA MEDIR HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA, REPORTE DE CASO**
C FERREYRA, L MACHUCA, M BUENO, D CARRANZA, P TABORDA, M GARCIA, A QUINTEROS, S ROJAS, J ORTEGA, J CELIA, J FERNANDEZ, M RUIZ, N BONETTO, S PEZZI, S CARRIZO
- 0303 ARRITMIA VENTRICULAR COMPLEJA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CRANEOFARINGIOMA: REPORTE DE CASO**
VS CUBILLA, E AMUNDARAIN, M CASANOVA, P CASTELLUCCIO, B DORFMAN, MDLA GARCÍA, J MARIANI, M MURAL, ME NANNI, MA QUIROGA, J POTITO, E SALAS
- 0304 TROMBOLISIS CEREBRAL EN ACVI INTRAHOSPITALARIO**
G REPETTO, JE ALFONSO, ML BRACCINI, AE PIACENZA, HJ ALVAREZ
- 0305 STROKE ISQUÉMICO POST OZONOTERAPIA**
ML BRACCINI, JE ALFONSO, G REPETTO, HJ ALVAREZ, ÁE PIACENZA
- 0312 COMPLICACIONES CARDIACAS EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA, REPORTE DE CASO**
MA TORRES LORA, A HEREÑU SAAVEDRA, F SALVANESCHI, A PESTANA, D MAGOSEVICH, V CANNATELLI, G OLARTE, N BAREDES
- 0323 ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A ENCEFALITIS AUTOINMUNE, PROPÓSITO DE UN CASO**
YJ NIEVES MARQUEZ, L DIAZ, D MIQUELARENA, I RÍOS, N FERNÁNDEZ LIGUORI, M DI EGIDIO, S LOMBARDO, ML LINARES

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04**Infecto 1**

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0098 BLOQUEO NEUROMUSCULAR ASOCIADO A CLINDAMICINA**
J PACHECO, S MAMANI, A LUZZY, C MORENO
- 0205 MUCORMICOSIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**
M CASI, CA SANCHEZ GONZALEZ, FF MUÑOZ CASTILLO, LN VARGAS
- 0206 NEUMONÍA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD, REPORTE DE CASOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**
P ARIANA, C GARCIA, K NOGUERA, F PECORARO, S STOVER, E VALENCIA, L DE BARI, S DE ESTRADA, Y DE ROSA, A DIEZ DE TEJADA, N LANGUIDEY, ML LUDUENA, I AVERSA, N RAIMONDI
- 0207 MUCORMICOSIS: UNA ENFERMEDAD RARA Y MORTAL REPORTE DE UN CASO**
C SANCHEZ, M CASI, F MUÑOZ, E PEREZ
- 0214 DISTRES RESPIRATORIO DEBIDO A HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS**
M NANO, D GRAZIANO, C DERHN, A FERNANDEZ, JP CAMINOS, R DURE, S CARBALLADA, M GUTIERREZ, J CAÑAVERA, H SABINO
- 0220 AMEBIASIS CEREBRAL: PRESENTACION DE CASO DE UN PACIENTE URIONDO DEL CHACO SALTEÑO**
CJ ARCE PAREDES, E GARCIA, F RASSI, M ENGEL
- 0227 DENGUE GRAVE CON MANIFESTACIONES INUSUALES EN INMUNOCOMPETENTE**
D ZULUAGA, A RUIZ, C LARROSA, F PALIZAS
- 0239 ENTEROBACTERIAS KPC EN EL INGRESO A UTI**
A FELDMAN, A PASQUINI, M LOMPINZANO, S TOMEZ, R OCHOA, L NAVEIRO, D VARELA, N GUMIELA, C PINO, C POZO, P REVEL CHION, M MOLINA, C CANESSA, A PERAZZI, M GUAYMAS
- 0260 CASO REPORTE: ACTINOMICOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CEREBRAL**
JA ZAPATA HERNANDEZ, MA ORTIZ, G CABRERA, T SIERRA, JI MORENO, MA FLORES MONTES, J VOSS, M NAHARA, J COGORNO, E CORTEZ
- 0264 COINFECCIÓN ENTRE HANTAVIRUS Y LEPTOSPIROSIS, REPORTE DE CASO**
E VALGOLIO, G QUINTANA, I ZOILO, C MARCHENA, S TAL BENCECRY, L GATTI, L MILANESIO, A COLOMBINI, L TUMINO, M KENAR
- 0269 REPORTE DE CASO CLINICO BOTULISMO**
C FERNANDEZ, D FERNANDEZ, M RUFFO
- 0284 NEUMONIA GRAVE POR CHLAMYDOPHILA PSITTACI, RESPUESTA FAVORABLE A LA LEVOFLOXACINA**
V CHEDIACK, R GREGORI SABELLI, E CORTEZ, P SAUL, C DOMINGUEZ, C BISPO, N CHACON, JM FERNANDEZ, M NANO, Y LAMBERTO, S CACERES, L GONZALEZ, O VILLAR, E CUNTO
- 0291 ETIOLOGIA POCO FRECUENTE DE MENINGITIS AGUDA DE LA COMUNIDAD EN EL ADULTO**
C DOMINGUEZ, R GREGORI SABELLI, E CORTEZ, P SAUL, N CHACON, P LOPEZ VELASQUEZ, S CACERES, G MEDINA, L GONZALEZ, O VILLAR, E CUNTO, V CHEDIACK
- 0297 DE LA MENINGITIS A LA ENDOCARDITIS: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO**
D BARACAT, J ARROYO, C SALGUERO, I KAEN
- 0316 ENCEFALITIS HERPÉTICA COMPLICADA CON HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO, REPORTE DE UN CASO**
L ROJAS, A HERNANDEZ
- 0319 TOXOPLASMOSIS CEREBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIV/SIDA**
J VILLEGAS SIERRA, A COSTAS, J OLIVIERI, MA FRANCAVILLA, S ESPOSTO, G PALACIO, G SHEEHAN, PO NEIRA

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05

Infecto 3

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0001 REPORTE DE CASO – BARTONELLA HENSELAE: UNA RARA CAUSA DE ENCEFALOPATIA EL ADULTO**
M AVILEZ, A BUSTOS, E PAYER
- 0012 CAUSA INFRECUENTE DE SHOCK SÉPTICO: INFECCIÓN POR VIBRIO VULNIFICUS**
M EMMERICH, A BARRAZA, D ANGARITA RUEDA, P DE LA VEGA, A BUITRAGO, B ASCUÉ, L NAVARRO, V MAXIMILIANO, N ESPINOZA, V FUENTES GUZMÁN, A BRAVO
- 0018 PRIMER CASO DE ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A LOS CARBAPENEMES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL PABLO SORIA.**
A TOCONAS, I FLORES, M LAMAS, A FIGUEROA, M MARTINEZ, O LOPEZ, P BAEZ, A VASQUEZ
- 0021 HIPERINFECCION POR STRONGYLIDES STERCOLARIS**
AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA
- 0035 REPORTE DE CASOS DE INTOXICACIÓN ALIMENTARIA: BOTULISMO**
P CALCAGNO, V NUNIA, M BORDA, R BUFFA
- 0044 REPORTE DE CASO: SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A STAPHYLOCOCCUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC)**
M BORDA, P CALCAGNO, V NUNIA, R BUFFA
- 0054 VALOR DE LA PROCALCITONINA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA**
MF CORBACHO RE, DH BAGILET, CJ SETTECASE
- 0055 TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO INICIAL PARA NEUMONIA GRAVE EN PACIENTE HIV**
L BIELSA, A NISNIK, M GUERESCHI, M HEREDIA, L GONZALEZ BREGA, J BARRERA
- 0060 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE USO APROPIADO DE ANTIMICROBIANOS DEL HOSPITAL DR. JOSÉ M. PENNA, A DOS AÑOS DEL INICIO**
MM CAPALBO, I PAGANO, AM ROMEO, MDC PERRONE, C CARRANZA, F CONSALVO, E MENDEZ, M LAURITO
- 0064 MENINGITIS POR SALMONELLA: REPORTE DE UN CASO**
M PAEZ, M PLACE, E MANRIQUE, A GARCIA, S NIEVA
- 0068 FORMA ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES**
NS ARBELAIS, M ALBORNOZ, R MELISA DEBORA, CR MARÍA FLORENCIA, N ROCCHETTI, CJ SETTECASE, D BAGILET
- 0077 INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES VIH/SIDA EN TERAPIA INTENSIVA**
V CHEDIACK, A BOCASSI, E CUNTO, G MAMMOLITI, C DOMINGUEZ, P SAUL, M NANO, R GREGORI, E CORTEZ, L GONZALEZ, S CACERES, M RODRIGUEZ LLANOS, P VELAZQUEZ, J CHOMYN, F GIL ZBIDEN, J FERNÁNDEZ, G VERA, C BISPÓN, O VILLAR, C NOGUERAS
- 0082 OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA DE LA ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR**
R GIMENEZ, E PIOMBETTI, A BAEZ, A BIANCHI, L AMADO, G IZAGUIRRE, L TALAMONTI, S SANCHEZ, G ELISA, M FERNANDEZ
- 0083 REPORTE DE CASO. PERITONITIS PRIMARIA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES**
L LACOMBE, P PAHNKE, A LOPEZ, C ARANCIBIA
- 0090 MACROADENOMA DE HIPÓFISIS ABSCEADO POR ACTY-NOMICES NAESLUNDII: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**
P MARTÍN, C SANCHEZ, S MOLINA, M MONTENEGRO, A BALBI
- 0100 ENCEFALITIS POR HONGOS**
J FIORANELLI, A MEDINA, JM GUARACHI LAURA
- 0149 PERFIL LIPIDICO: ¿UNA HERRAMIENTA DE SEVERIDAD EN SEPSIS?**
A BOCASSI, E CUNTO, V ANDRADE, M CAMBARERI, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, N GÓMEZ

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06

Obstetricia / Enfermería

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0013 FACTORES DEL ENTORNO LABORAL QUE MOTIVAN A TRABAJAR A LOS ENFERMEROS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO**
E BARRIONUEVO
- 0015 CARACTERÍSTICAS DEL PASE DE GUARDIA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
J REY, L DANY, D DAMIAN, J ORTIZ, R ROJAS, D MORELLI
- 0016 COMPLICACIONES TEMPRANAS Y TARDÍAS EN PACIENTES CON TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL PABLO SORIA DE SAN SALVADOR DE JUJUY DURANTE EL PERIODO DE NOVIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017**
M LAMAS, M MARTINEZ, P BAEZ, A FIGUEROA, I FLORES, O LOPEZ, A TOCONAS, MA VASQUEZ
- 0019 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES CRÍTICAS POSTQUIRÚRGICAS MEDIATAS DERIVADAS DE COLELICTECTOMIA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON LITIASIS VESICULAR AGUDA EN EL HOSPITAL PABLO SORIA**
A FIGUEROA, AP BAEZ, I FLORES, M LAMAS, O LOPEZ, M MARTINEZ, A TOCONAS, A VASQUEZ
- 0027 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN PUÉRPERA DE CESÁREA CON FASCITIS NECROTIZANTE ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO**
A PEREZ SARRIGUREN, G ZAKALIK, M SANCHEZ, JL MARENGO, J PINA, G PAGELLA, F GALIOTTI
- 0039 EXPERIENCIA EN HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR ASOCIADO A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES**
MC CANSECO
- 0056 NEUROHIPOGLUCEMIA (HG 8 MG/DE) EN PUERPERA INMEDIATA COMO UNICA MANIFESTACION DE SINDROME DE SHEEHAM EN HOSPITAL POLIVALENTE , MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO, A PROPOSITO DE UN CASO**
B FERNANDEZ, A TAMAYO
- 0072 MANEJO DE LAS PRESIONES DEL CUFF DEL TUBO ENDOTRAQUEAL EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.**
DB MARTIN, F CICCIOI
- 0126 REPORTE DE CASO: ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE COMO COMPLICACIÓN DE HIPEREMESIS GRAVÍDICA**
L PORACCHIA, B GABIRONDO, M CEJAS, M JUÁREZ, F MOLINA, A MOREYRA, R PERETTO
- 0136 ABORTO SÉPTICO – SÍNDROME DE MONDOR A PROPÓSITO DE UN CASO**
M EMMERICH, M VILLEGAS, V FUENTES GUZMÁN, B ASCUE, D ANGARITA RUEDA, A BUITRAGO, P DE LA VEGA, K ESTRADA, K OBANDO MUÑOZ, A BARRAZA, N ESPINOZA, M CANALE
- 0210 CUIDADOS EN RECUPERACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN ADULTO: ADAPTACIÓN DE UN GPC**
MF QUINTEROS, RA CÓRDOBA
- 0219 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ASOCIADA A TROMBOSIS DE VENAS SUPRAHEPATICAS EN CONTEXTO DE EMBARAZO: EL DESAFIO DE ENCONTRAR UN EQUILIBRIO**
MA BARRIENTOS, D VERA, B ANABEL, E DE LORENZO, L MILEI, R PANTANO
- 0253 LACTANCIA MATERNA EN UCI OBSTETRICA**
L VILLAFANE, D GARCIA, MN LLANOS, R REARTE, PA JUAREZ
- 0289 IMPLEMENTACIÓN DE BUNDLES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADA A DISPOSITIVOS**
MA SALAS, A NOVAU, L FABBRO, M AMAYA, A PARISOTTO
- 0299 TRAUMA Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO DE RUPTURA UTERINA**
VO OLIVERA, MH PUGLIESE, MN LLANOS, PA JUAREZ

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Shock / Nefro / Medio Interno

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0041 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS Y ANALISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO**
VA PETROCHELLI, JE LEIVA, SDV MARTINETTI
- 0086 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: PRESENTACIÓN ATÍPICA**
MC CARRUEGA, GM GALMÉS, MA MONTENEGRO, A BALBI
- 0104 COMA MIXEDEMATOSO. UN CASO EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**
MV CODELUPPI, LG MAGISTOCCHI, NE MAGNI, S CHUANG, SV SANTARELLI, ME VERA
- 0122 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA EN EL ABORTO SEPTICO. REPORTE DE UN CASO EN UNA TERAPIA INTENSIVA**
NK OJEDA, JA PIZZORNO, LE MAIDANA, M BORONAT SOSA, T ESCALANTE SAIRE, AM VIEYRA
- 0142 SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A INFECCION DE PROTESIS DE RODILLA POR NEISSERIA MENINGITIDIS EN PACIENTE PEDIATRICO**
I PIROLI, I CASTAGNOTTI
- 0155 CETOACIDOSIS DIABETICA EUGLICEMICA. REPORTE DE UN CASO**
XE PICÓN CORONEL, MD SCAPPINI, MJ REBERENDO, FM LASCAR, EJ DESCOTTE, MÁ BLASCO, JF CHERTCOFF
- 0158 SHOCK TÓXICO SECUNDARIO A STREPTOCOCCUS PYOGENES TRATADO CON INMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA.**
MB RETAMOZO, FL CARDOZO, FE CASTILLO, YS LOMBI, VA CARBALLO, EA ROMERO, A BUSQUETS
- 0160 ACIDOSIS HIPERLACTACIDEMICA EN RESPUESTA A LA ALCALOSIS RESPIRATORIA EN EL TRASTORNO DE PANICO. CASO CLINICO**
LE VACAFLOR ZENTENO, D FAURA ORZAN, PI MARTÍNEZ, NR ROJAS BALCÁZAR, E BORSINI, MÁ BLASCO, JF CHERTCOFF
- 0170 MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA: UTILIDAD EN SHOCK OBSTRUCTIVO POR MASA MEDIASTINAL, REPORTE DE UN CASO**
JA PROFESSI, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS, M TISMINETSKY, MS VENUTI, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0171 ENDORCARDITIS INFECCIOSA A HEMOCULTIVOS NEGATIVOS**
MJ ZAPATERO, FA SOSA, J OSATNIK, M KLEINERT, D IVULICH, R SUAREZ URANGO, B TORT ORIBE, B HUNTER, JJ FOLCO, LE GROSSO
- 0208 SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS: REPORTE DE UN CASO FATAL EN EL PRIMER CORDÓN DEL CONURBANO BONAERENSE**
R SANCHEZ, M ALVAREZ, S BAJCAR, A RIMA, D SZTOKHAMER
- 0277 PARALISIS PERIODICA TIROTOXICA HIPOPOTASEMICA: REPORTE DE UN CASO**
PD LUCERO, AB VAQUERA, MD SCAPPINI, FM BALLESTERO, ED SOLOAGA, MÁ BLASCO, JF CHERTCOFF
- 0311 TUMOR SINCRÓNICO RENAL CON AUTOIMPLANTE Y NEFRECTOMIA**
D ALFARO, H ILLANES, B LLAPUR, M VELASQUEZ, E BERNAL, G RUFINO

31/08/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08

Trauma / Transplante

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0005 HERIDA PENETRANTE DE CUELLO EN PEDIATRIA A PROPÓSITO DE 2 CASOS**
A SIMONS, A FRANCAVILLA, A GATTARI, G RODRIGUEZ, E MONTEVERDE, V ALTUNA, P NEIRA, D TURINA
- 0038 NEUMATOSIS INTESTINAL EN PACIENTE CON QUEMADURA ELECTRICA: A PROPOSITO DE UN CASO**
M EMMERICH, K OBANDO MUÑOZ, K ESTRADA, L NAVARRO, P DE LA VEGA, A BARRAZA, D ANGARITA RUEDA, A BUITRAGO, B ASCUÉ, M VILLEGAS, V FUENTES GUZMÁN
- 0066 TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS GENITOURINARIA ACTIVA**
LM BRIA, H VILLACRÉS REYNA, N VERGOTTINI, Y GONZALEZ, D LÓPEZ CAMPOS, D NOVAES CORREIA, C BOULAN, P BOTTA ETTER, V CABRAL, G CUETO, M TORRES BODEN, C COZZANI, G QUEIROZ, G RAMOS, D RODRIGUEZ, L AGUIRRE, E BRAÑA
- 0095 PACIENTE QUE EN POST OPERATORIO DE AMIGDALECTOMIA SHOCK HIPOVOLEMICO, CON EVIDENCIA DE ANGIOGRAFIA DE CONTROL DE PSEUDOANEURISMA BILATERAL CON REQUERIMIENTO DE EMBOLIZACION SUPERSELECTIVA**
T CAZAUX, A GIRA, A GOMEZ, A ZAVATTIERI, A HERRERA, C DIAZ, J SEGURA, P PRATESI
- 0112 TAQUIARRITMIAS: EXPERIENCIA EN SHOCK ROOM – HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS (CÓRDOBA – ARGENTINA)**
E NASUTE, C VIGNETTA, PB PAHNKE, C ARANCIBIA
- 0128 HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO NO ENDOSCOPICO REVISION DE 2 CASOS**
F ACHARTA, A RAMOS, C LOVESIO, S GIACOSA, C COSTAMAGNA, P BAIGORRIA, F SYLBESTRE BEGNIS, C BONINI, R VILLAVICENCIO
- 0144 PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DEL PROGRAMA CÓRDOBA PROCURA**
D MOLINA, F ALVAREZ, P COLELLA
- 0174 TERLIPRESINA COMO TRATAMIENTO DEL HIPOFLUJO ARTERIAL DEL INJERTO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO: REPORTE DE CASO**
H HERNANDEZ, I CARBONI, I FERNANDEZ, S VILLARROEL, M DE SATIBAÑEZ, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0177 RECOLOCACIÓN DE ECMO EN ESTADO POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE BIPULMONAR. REPORTE DE CASO**
V MONZON, D GARCIA GIRALDO, S VILLARROEL, S VENUTI, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0178 RECHAZO CRÓNICO DE TRASPLANTE BIPULMONAR DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE CASO**
CG VIDELA, K MENA MORENO, D GARCIA GIRALDO, S VILLARROEL, S VENUTI, S GIANNASSI, E SAN ROMAN
- 0179 ENDOCARDITIS MITRAL MÍCOTICA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO**
MJ ARAMBURU, A CORNAGLIA, M FIGUEROA, J BRONZI, O GIL, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0192 ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA HEPÁTICA EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**
E PRADO, EM PRADO, F ORTEGA, I FERNANDEZ CEBALLOS, S DI STEFANO, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0215 FRACTURA RENAL TRAUMÁTICA POR PATADA DE KICK BOXING**
G WERBER, G BADARIOTTI, M GONZALEZ MORALES, I PARDO, J GOTBETER, S BELTRAMINO, B DE DIEGO
- 0263 SOPORTE CON MEMBRANA DE OXIGENACION EXTRACORPÓREA (ECMO) COMO PUENTE A LA PROCURACION DE ORGANOS EN UN DONANTE CON MUERTE ENCEFALICA (ME)**
L AGUIRRE, G TUHAY, D VARELA, F MOS, S MESQUIDA, A BERTOLLOTTI, F KLEIN, M OLMOS
- 0296 SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL RECURRENTE**
J CONDE, D JUAREZ, G ZUNA, A PAGLIA, L PABLO, S BARRIOS, L CHOQUE, A PASARELLI, R ROJAS, N ZULJEVIC

0308 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADO AL TACROLIMUS: IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPOR-TUNO. REPORTE DE CASO
ME NANNI, K BOTANA, L RODRIGUEZ, S CARAVAGGIO, P GOMEZ, V CUBILLA, M QUIROGA, J POTITO, S TROZZI, R CIANO, E BORNA-CIN, S LAGE

01/09/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

Respiratorio 2

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

0050 PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DE LA SEDACIÓN EN PACIENTES CON TEC GRAVE. ESTUDIO PILOTO
CA CASABELLA GARCIA, CD GARAY, ME GUANTAY

0052 DISCONFORT Y ACONDICIONAMIENTO DEL AIRE EN EL SISTEMA DE ALTO FLUJO NASAL. ESTUDIO EN VOLUNTARIOS SANOS
H ALUL, L PEREZ, G GABRIELA, F MARTINEZ SRNEC, G RAMOS

0053 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN TERAPIA INTENSIVA: UN MÉTODO SIMPLE Y SEGURO
G GENOVESE, L PEREZ, H ALUL, F MARTINEZ SRNEC, G RAMOS

0063 SÍNDROME HEPATOPULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO ATÍPICO
P SMUKLER, D MONARDO, M ESCOBAR, C DE FARÍA, P ESPINO, M GIACCHI, A ARCH, V VILLAR, V VILLARINO, M MANZONE, P LUCIONI, N ALEXANIÁN, P FRANK, P SÁNCHEZ

0065 WEANING PROLONGADO EN UN PACIENTE POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON INSUFICIENCIA MITRAL Y FLASH EDEMA. REPORTE DE UN CASO
M DEL BONO, I BROZZI, X PICON CORONEL, A SOSA, A SANTANA, F PEREZ DIAZ, A RAMIREZ, F MELGAREJO

0069 POSICIÓN PRONA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. REPORTE DE DOS CASOS
NG ESCALIER, MX GAMBETTA, AC PAPAIZIAN, MV SAÍNO, MB SPATH, J LEBUS

0073 DRIVING PRESSURE Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTIVA
JE ALFONSO, LM BRACCINI, PM MOREL, G REPETTO, ÁE PIACENZA, HJM ALVAREZ, JA CIALZETTA

0079 OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR EN PEDIATRÍA SECUNDARIO A HEMANGIOMA SUBGLÓTICO: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON PROPANOLOL. REPORTE DE CASO
P MAZZA, G SEQUIERA, A MENCHACA

0081 VALOR DE HEMOGLOBINA COMO PREDICTOR DE WEANING SIMPLE
M PETASNY, VE FUKS, A DE SALVO, L MARTINEZ, L LAMOT, JP RAMOS

0085 DESCONEXIÓN SIMPLE DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS: ANÁLISIS DE PROTOCOLO
MDLA PONCE, C VIGNETTA, P PAHNKE, C CURA, MC SOSA, S PAVAN, C ARANCIBIA

0092 POLINEUROPATÍA DE PACIENTE CRÍTICO
MR TORRES, GG GARAU, MM MARTÍNEZ, AM LOJO, MA MONTENEGRO, FJ REBORATTI, AN GUTIÉRREZ, JJ NAVOTKA, CA ZAMPEDRI, MF MENDIETA, JV GARCÍA, MC MARTÍN, GA LEVY, RA KARATANASOPULOZ

0093 VENTILACIÓN EN DECÚBITO PRONO EN HIPOXEMIA REFRACTARIA SECUNDARIA A HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA. REPORTE DE UN CASO
T CAZAUX, J NÚÑEZ, A HERREA, A ZAVATTIERI, C DÍAZ, J SEGURA, D MONARDO, F MOLINA, A GIRA, S MONGELLI, P PRATESI

0101 IMPLEMENTACIÓN DE CÁNULA NASAL ALTO FLUJO EN FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO
J ROBLES, A RAMOS, M PEREZLINDO, G MUSSO, M MANAGÓ, A DOGLIOTTI, C LOVESIO

01/09/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10

Gastro

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

0024 USO ALTERNATIVO DEL BETANECOL COMO PROQUINÉTICO EN BOTULISMO ALIMENTARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO
J ASPARCH, C KECSKES

0029 FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON HIPERGLUCEMIA EN CUIDADOS CRÍTICOS
J RODRIGUEZ LOUZAN, G SUAREZ, M GONZALEZ, A DOGLIOTTI, C LOVESIO

0034 COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA: LOPERAMIDA EN EL MANEJO DE LA ILEOSTOMÍA DE ALTO DÉBITO
A MILANO GIL, CA FORTE, NS BARAGLIA, P TARLETTA

0051 ESTUDIO OBSERVACIONAL: MEDICIÓN DEL ÍNDICE DE MASA MUSCULAR COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES EN POST OPERATORIO DE CIRUGÍA DE ABDOMEN EN TERAPIA INTENSIVA
D ARUFE, G BADARIOTI, J GOTERBER, B DE DIEGO, E SOBRINO

0057 DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN EL PACIENTE CRÍTICO
A DE SALVO, ME BALEANI, VE FUKS, L LAMOT, D MARTIN, M PETASNY, L MARTINEZ

0097 PARALISIS PERIODICA TIROTOXICA HIPOPOTASEMICA; UNA MANIFESTACION ATIPICA DE CRISIS TIROTOXICA
C CHAVEZ AGUILAR, F CHAVEZ, D CHIRINO, L DANIELA, B NAVARRRO, A PIRIZ, M PONCE, J SEDEÑO, G TRIAS, W STOERMANN

0110 IMPLEMENTACIÓN DEL NUTRIC SCORE Y EL NRS 2002 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS
L PERALTA, S JEREB, C SZWEC, M LUDOVICO, M FURLONG, B RODRIGUEZ

0117 FALLA HEPÁTICA FULMINANTE EN CONTEXTO DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO
D NOVAES, G CUETO, M TORRES, C COZZANI, P BOTTA, C BOULAN, H VILLACRÉS, Y GONZÁLEZ, D LÓPEZ CAMPOS, N VERGOTTINI, L BRIA

0132 PANCREATITIS AGUDA: NUESTRA EXPERIENCIA
M EMMERICH, M VILLEGAS, V FUENTES GUZMÁN, B ASCUÉ, D ANGARITA RUEDA, A BUITRAGO, P DE LA VEGA, K OBANDO MUÑOZ, K ESTRADA, A BARRAZA, A BRAVO, M CANALE, O GASPAR, J SANCHEZ

0138 UN PACIENTE JOVEN CON COLITIS ISQUEMICA
B TORT ORIBE, FA SOSA, J OSATNIK, M KLEINERT, D IVULICH, R SUAREZ URANGO, B HUNTER, JJ FOLCO, MJ ZAPATERO, L GROSSO

0147 PANCREATITIS AGUDA GRAVE: UNA EMERGENCIA MULTIDISCIPLINARIA "UN CAMBIO EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD"
G OMARINI

0150 SÍNDROME DE WERNICKE KORSAKOFF EN PACIENTE SÉPTICA
G WERBER, D CASADEI, I CABRERA, F CASTRO, P FERNANDEZ, L DIAZ, J LAVALLE, J SERRA TEXO, C BUELVAS, ME SILVA, S BELTRAMINO

0153 PANCREATITIS INDUCIDA POR COCAINA
NR ROJAS BALCÁZAR, PD LUCERO, FM LASCAR, SP CHAPELA, FM BALLESTERO, MÁ BLASCO, JF CHERTCOFF

0156 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO
MJ REBERENDO, JA ROQUE RENDÓN, AB VAQUERA, SA SAC, MS RAÑA, JF CHERTCOFF, MÁ BLASCO

0194 ESÓFAGO NEGRO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. REPORTE DE CASO
A FERRERO, K MENA, S DI STEFANO, S VENUTI, S GIANNASI, E SAN ROMAN

0310 MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
P WISSEL, RN COUCE, G SUTTON, MDM CORRAL, A CAHUANA, C BARBIERI, D DIP, S LUJAN, R TABOADA

01/09/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11**Neuro 2**

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0108 DISTONIA CEREBRAL**
CE GALAN MARQUEZ, CR GUILLAUME ECHENIQUE, P PAHNKE, S PAVAN, C ARANCIBIA
- 0135 MALFORMACION ARTERIOVENOSA CEREBRAL NUESTRA EXPERIENCIA**
M EMMERICH, M VILLEGAS, V FUENTES GUZMÁN, B ASCUE, D ANGARITA RUEDA, A BUITRAGO, L NAVARRO, K ESTRADA, K OBANDO MUÑOZ, S BEVILACQUA, A BARRAZA, M CANALE, G OYHANARTE, J SANCHEZ
- 0137 LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE POST QUI-MIOEMBOLIZACION HEPÁTICA**
JJ FOLCO, J OSATNIK, A SOSA, MM KLEINERT, B HUNTER, G CASTAÑO, D IVULICH, B TORT ORIBE, R SUAREZ URANGO
- 0159 VASCULITIS POR CRIOGLOBULINEMIAS CON COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. REPORTE DE UN CASO**
PI MARTÍNEZ, D FAURA ORZAN, LE VACAFLOR ZENTENO, FM BALLESTERO, ED SOLOAGA, JF CHERTCOFF, MÁ BLASCO
- 0183 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES. REPORTE DE DOS CASOS**
MC PALACIO, JC MEDINA, R SANTOS, M CHAMADOIRA, F KIRYLK, E ROSSI, A PEREZ
- 0199 STROKE ISQUEMICO EN PACIENTE JOVEN: DEMORA DIAGNOSTICA Y RETRASO EN EL MANEJO INICIAL. REPORTE DE UN CASO**
LM GONZALEZ BREGA, JR BARTOLI, AL NISNIK, MB HEREDIA, M GUERESCHY, L BIELSA, CJ BARREDA
- 0200 CAVERNOMATOSIS CEREBRAL MULTIPLE NO FAMILIAR CON HEMORRAGIA SIMULTÁNEA**
E MINOLDO, MJ ARAMBURU, A CORNAGLIA, C GALLETTI
- 0202 ISQUEMIA CEREBRAL POR VASCULITIS EN PACIENTE CON SIDA: REPORTE DE CASO**
HG CARBALLO, C GALLETTI, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, F MINOLDO, A CORNAGLIA
- 0204 INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS: SÍNDROME INTERMEDIO, USO DE ATROPINA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y FERNANDEZ, L CASTRO, J ARROYO, C SALGUERO**
- 0209 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA EN PACIENTES EMBARAZADAS, REPORTE DE 4 CASOS**
YJ NIEVES MARQUEZ, NM CIARROCCI, FM RIVERO, JF CHAUCA CORONEL, RG BAEZ, M ALCIVAR, JE SAN ROMAN, FD GOLDENBERG
- 0222 PSICOSIS REVERSIBLE EPILEPTICA, COMPLICADO CON SINDROME NEUROLEPTICO. A PROPOSITO DE UN CASO**
Y FERNANDEZ, J ARROYO, L CASTRO, K GUEVARA, C SALGUERO
- 0228 TROMBOLISIS DE STROKE AGUDO EN PACIENTE GESTANTE**
D ZULUAGA, A RUIZ, C LARROSA, B DORFMAN
- 0245 ENCEFALITIS POR EPSTEIN BAHN EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**
R BAEZ, N CIARROCCI, F RIVERO, J NIEVES, J CHAUCA, E SAN ROMAN, F GOLDEMBERG
- 0251 USO DE MILRRINONA PARA TRATAMIENTO DE VASOESPASMO INTRAOPERATORIO**
UPP RIOS PARRAGA, F RIOJA, E BENITEZ
- 0287 ENFERMEDAD DE STEINERT**
NM FUNES NELSON, EM ABEGAO, JM MIRANDA
- 0301 PATRONES DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN CASI AHOGAMIENTO: SERIE DE CASOS**
LV FIGUEROA, M TASSIN, G KALTENBACH, P LLARENA

01/09/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12**Neuro 3**

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0003 A PROPOSITO DE UN CASO: TROMBOSIS SENO VENOSO CEREBRAL**
E SIMES, F OLIVERA, J MOLGARA, L GUILLEN
- 0007 EVENTOS ADVERSOS SERIOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON ALTEPLASE INTRAVENOSO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
J MOSCHINI, N PERALTA, V REYNA, A SACCO, D CLUA, M CABANA, G GARCÍA CLAVERÍA, S ABUGAUCH, L PEREZ, R BERNARDINI
- 0010 HEMORRAGIA INTRACRANEAL RELACIONADA AL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON ALTEPLASE INTRAVENOSO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
J MOSCHINI, G GARCÍA CLAVERÍA, A VAIRA, V GONZALEZ, N JUSTUS, G MARTÍNEZ, S SFEIR, C GALLARDO, C VILLARRUEL, N PERALTA, V REYNA, A SACCO, D CLUA, M CABANA, R BERNARDINI
- 0011 INTOXICACIÓN POR FENITOINA, A PROPÓSITO DE UN CASO**
M EMMERICH, K ESTRADA, K OBANDO MUÑOZ, M VILLEGAS, C FIORI, M CANALE, G OYHANARTE, J SANCHEZ
- 0014 ASPECTOS ORGANIZATIVOS, OPERATIVOS Y DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
J MOSCHINI, N PERALTA, V REYNA, A SACCO, D CLUA, M CABANA, G GARCÍA CLAVERÍA, S ABUGAUCH, L PEREZ, R BERNARDINI
- 0036 REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**
V NUNIA, P CALCAGNO, M BORDA, R BUFFA
- 0046 REPORTE DE CASO: UTILIZACION DE ESTRATEGIA DE DECUBITO PRONO POR SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE E HIPERTENSION ENDOCRANEANA**
V FUKS, L LAMOT, A DE SALVO, L MARTINEZ, M PETASNY
- 0047 TROMBECTOMIA MECANICA EN PACIENTE EMBARAZADA Y ANTICOAGULADA**
D PANOZZO, D MASILLA, I KLYMENKO, M MATTIOLI, O CORREA, JM SILVA, M VILLANUEVA, MB ESCUDERO, J PAUCAR, J OCHOA, M BERTÉ, A SANTA MARIA, AM PALAZZO, D NOVAL, SA ILUTOVICH
- 0087 SINDROME GUILLAIN BARRE Y/O SINDROME CORDONAL ANTERIOR ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE. REPORTE DE UN CASO**
MJ LARREA, D STURBA, C NOSTI, A HLAVNICKA, E GODOY, MV IANNANTUONO
- 0094 PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HAKIM ADMAS QUE EVOLUCIONA CON HIDROCEFALIA E INFILTRACION DE LEP-TOMENINGES POR ENFERMEDAD GRANULOMATOSA, CON DIAGNOSTICO POR EXCLUSION DE NEUROSARCOIDOSIS**
AJ HERRERA, A GIRA, A GOMEZ, A ZAVATTIERI, C DIAZ, T CAZAU, J SEGURA, P PRATESI
- 0119 HEMORRAGIA CEREBELOS A DISTANCIA**
JJC POTITO POLERA, M CASANOVA, B DORFMAN, P GOMEZ, L ESPINOSA, E AMUNDARAIN
- 0121 ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA: CADA VEZ MAS FRECUENTE EN POBLACION NO ASIATICA, REPORTE DE UN CASO**
C SANCHEZ, M CASI, F MUÑOZ, E PEREZ
- 0125 TROMBOLISIS DE ABSCESO CEREBRAL: UN SIMULADOR POCO FRECUENTE DE STROKE ISQUÉMICO.**
V STURZENEGGER, JM DAZA, J PLUMET, E MARTINEZ, C PEREYRA, D MASEVICIUS

- 0286 EVALUACIÓN DE FACTORES TEMPORALES EN EL MANEJO DEL ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR ISQUÉMICO, EN LA PROVINCIA DE LA RIOJA**
JA ARROYO, C ARGANARÁS, Y FERNANDEZ, C SALGUERO
- 0307 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE LA CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE DURANTE EL AÑO 2016. HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA**
Z GALLARDO, A VILKELIS

01/09/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13**Onco / Reumato / Inmuno**

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0096 PÚRPURA TROMBOCITOPENICA TROMBÓTICA; PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T PERIFÉRICO VARIEDAD ANGIOINMUNOBLÁSTICO**
M PONCE, C CHAVEZ AGUILA, B NAVARRO, G TRIAS, F CHAVEZ, W STOERMANN, A PIRIZ, E AGUILAR
- 0139 VASCULITIS UN DESAFÍO EN TERAPIA INTENSIVA. PRESENTACIÓN DE CASO.**
M LOTORTO, G GUSMAROLI, F ALMADA
- 0141 METÁSTASIS DURAL COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA REPORTE DE UN CASO**
JE ROMERO GUTIERREZ, MA AYLLON JUANES
- 0154 CANCER DE TRAQUEA "CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS"**
JE GUTIERREZ ROMERO, MA AYLLON, O CARAVELLO, C MORENO
- 0168 TORMENTA TIROIDEA Y DETERIORO DE LA CONCIENCIA**
LE GROSSO, J OSATSIK, FA SOSA, M KLEINERT, B HUNTER, D IVULICH, MJ ZAPATERO, JJ FOLCO, R SUAREZ URANGO, B TORT ORIBE
- 0176 CALCIFICACIÓN INTRAMIOCÁRDICA RELACIONADA CON SEPSIS**
R ALVAREZ VIZZONI, A CORNAGLIA, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0182 SINDROME ANTI GQ1-B: REPORTE DE UN CASO**
D CARRANZA, M GARCIA, L MACHUCA, M BUENO, C FERREYRA, A QUINTEROS, J ORTEGA, S ROJAS, J FERNANDEZ, S PEZZI, S CARRIZO, N BONETTO, J CELIA, M MORENO, J SILVA
- 0196 CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL NO ASOCIADA A HEPATITIS C: REPORTE DE UN CASO**
Y FERNANDEZ, L CASTRO, J ARROYO, C SALGUERO
- 0201 SÍNDROME PULMÓN – RIÑÓN (SPR) COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**
G FALCHETO
- 0232 ABSCESO HEPATICO: PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE**
AI ACOSTA RODRIGUEZ, V CEJAS, A DEL MORAL, A PANETTA, C CAMPOS, A MORALES, G MENDIVIL, S PAEZ, D MAZCISONEK, J AKERMAN, L MELETA, E ROMBOLA, G BASUALDO
- 0262 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA CON LUPUS SISTEMICO REFRACTARIO CON BUENA RESPUESTA AL RITUXIMAB**
A FELDMAN, D VARELA, M LOMPINZANO, S TOMEZ, R OCHOA, C CANESSA, L NAVEIRO, L GRIECO, G SIBILA, P REVEL CHION, N GUMIELA, C PINO, A MARINO, V NUNES, A PASQUINI, M GUAYMAS
- 0282 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: CURSO CLÍNICO Y RESPUESTA TERAPÉUTICA**
RE GILL CASTIGLIONI, S VARGAS, A AGUAYO, H BIANCO, F FERREIRA, M PEDERZANI, L FONTCLARA
- 0295 INTOXICACION POR ORGANOFOSFORADOS PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPOSITO DE UN CASO**
JA ARROYO, Y FERNADEZ, C SALGUERO

- 0320 SINDROME RIÑON PULMON. ENFERMEDAD DE WEGENER**
N FUNES NELSON, LB ALVAREZ, JM MIRANDA, EM ABEGAO, G MORENO, G RODRIGUEZ, A PEREZ, G CASTELO, F CAMPERO, MA LAINO
- 0325 SINDROME DE REYE. REPORTE DE UN CASO**
S ABALOS, R BURGOS PRATX

01/09/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14**Infecto 2**

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0103 FASCITIS NECROTIZANTE Y SHOCK TÓXICO STREPTOCÓCICO: SERIE DE CASOS TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**
LG MAGISTOCCHI, MV CODELUPPI, NE MAGNI, S CHUANG, SV SANTARELLI, ME VERA
- 0105 NEUMONIA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**
I GONZÁLEZ MÁRQUEZ, E GODOY, S RASERO, C NOSTI, A HLA-VNICKA
- 0106 ABSCESO HEPÁTICO**
CR GUILLAUME ECHENIQUE, P PAHNKE, S PAVAN, C ARANCIBIA, C VIGNETTA
- 0111 INFECCIONES POR ENTEROCOCO Y SU RELACIÓN CON LA PORTACIÓN DE ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR) EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN DURANTE 2015-2016**
SI CASTRO, G CERRO, R LOMA FLORES, M ALMUZARA, A TUDURI, S PALOMBARANI, G SLY, E COHEN, MDV CHAMUT, J RISSO PATRÓN
- 0129 HIPERINFECCION POR SRONGYLOIDES STERCORALIS**
CA ZAMPEDRI, JJ NAVOTKA, AN GUTIERREZ, MF MENDIETA, GA CUBILLA GRUNCE, VJ GARCIA, LV GOSEN, GA LEVY, CG JOACHIN, RA KARATANASOPULOZ, ME PAIZ, FJ REBORATI, MR TORRES, MM MARTINEZ, GG GARAU
- 0151 HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS**
R SUAREZ, J OSATNIK, FA SOSA, D IVULICH, MM KLEINERT, E SORIA, MJ ZAPATERO, JJ FOLCO, L GROSSO, BS TORT
- 0166 MENINGITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ADQUIRIDAS DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE CASOS**
A PEREZ
- 0169 MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA**
OR GALLINI, G GALINDEZ, C RUANO, C COLOMBO, C DE RUEDA, J SAINTOUT
- 0173 ECTIMA GANGRENOSO FACIAL. REPORTE DE CASO**
D GARCIA GIRALDO, B SANABRIA, J SINNER, S VENUTI, H AGUILAR, I FERNANDEZ, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0181 SHOCK TÓXICO SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE POR S. PYOGENES**
A CORNAGLIA, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0189 INFECCIONES FÚNGICAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA**
SA SABIDO HERBAS
- 0190 BOTULISMO ALIMENTARIO EN PACIENTE ADULTO: REPORTE DE UN CASO**
I CARBONI BISSO, M GARBARINI, S DI STEFANO, F CARINI, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0191 LEPTOSPIROSIS GRAVE, A PROPÓSITO DE UN CASO.**
MS MARINSALDA, CG GALLETTI, ME IGLESIAS, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, C GIROTTI
- 0195 NEUROINFECCION POR ASPERGILLUS EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**
F MALDONADO, C GALLETTI, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, A CORNAGLIA

01/09/2017 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15**Pediatría / Cardio**

SECTOR ESCALERAS MECÁNICAS SUBSUELO

- 0033 SÍNDROME DE LA CIMITARRA: UN HALLAZGO CASUAL**
CA ZAMPEDRI, AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, MF MENDIETA, VJ GARCIA, ME PAIZ, JF REBORATTI, GG GARAU, MR TORRES, MM MARTINEZ, RA KARATANAZOPULOS, GA LEVY, C JOACHIN, LV GOSSEN
- 0109 DISPLASIA ARRITMOGENICA, CON RESULTADO FATAL**
N RAMIREZ, M PRETEL, M ANDREOTTI, N TRONCOSO, S COMETTO
- 0127 RUPTURA DEL SEPTUM INTERVENTRICULAR (RIV) HALLAZGO CASUAL EN DESTETE PROLONGADO PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**
JM DAZA ARAMAYO, V STURZENEGGER, C PEREYRA, D MASEVICIUS
- 0131 LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA ASOCIADA A FALLO MÚLTIPLE DE ÓRGANOS EN PEDIATRÍA**
B NACCARELLI, C MEIRALDI, M ZUAZAGA, M HERRERA
- 0193 TROMBOLISIS LOCAL Y ULTRASONOGRAFÍA DE ARTERIA PULMONAR EN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO Y COMPROMISO HEMODINÁMICO: REPORTE DE CASO**
F ORTEGA, M LAS HERAS, I FERNANDEZ CEBALLOS, A RIVERA, MS VENUTI, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0213 DETERMINACIÓN DE LA DOSIMETRÍA PERSONAL POR EXPOSICIÓN A RADIACIÓN IONIZANTE POR EL USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS PORTÁTILES EN EL RECURSO HUMANO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
N VIDAL, R DEHEZA, R DILEMME, Y GUERRA, L RODAS, L DIAZ, R CUFRE, N GUADAGNA, SM TORRES
- 0216 UTILIZACION DE RADIOGRAFIAS PORTATILES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
N VIDAL, R DEHEZA, R DILEMME, MC MONJES, L RODAS, N GUADAGNA, SM TORRES
- 0218 MEDIASTINITIS POR FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA SECUNDARIA A INGESTA PILA BOTON A PROPOSITO DE UN CASO SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ**
V MOGRO, M GAREA, C BERRONDO
- 0225 PERFORACION DUODENAL EN UN LACTANTE. REPORTE DE UN CASO**
A COSTAS, VD CELLER MENDOZA, MA FRANCAVILLA, P NEIRA, C BERRONDO, M GAREA, R POTERALA
- 0234 USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN LACTANTES MENORES DE 2 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS**
C SALGADO, M ZUCOTTI
- 0247 COMPLICACIÓN DE COLOCACIÓN DE ACCESO VENOSOS CENTRAL POR PRESENCIA DE VENA CAVA IZQUIERDA PERSISTENTE**
GA GUANCA, D VERA GONZALEZ, F TRAVERSO, N ROMANO, C ARIAS, D PIEZNY, ED PEZZOLA, L AGUILAR, F RIOS
- 0275 USO DE DAPTOMICINA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**
V CÉLLERI, A COSTAS, MA FRANCAVILLA, C BERRONDO, M GAREA, R POTERALA, P NEIRA, A GATARI
- 0279 ATROPINIZACIÓN PROLONGADA EN INTOXICACION AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS. REPORTE DE UN CASO**
L PEREIRA, M MORAES, M ESPAÑA, A PASCALE
- 0288 EVIDENCIA DE CONTRASTE ECOGRÁFICO ESPONTÁNEO INTRACARDÍACO Y SU EVOLUCIÓN DURANTE EL PARO CARDÍACO Y LA RECUPERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA**
J NUNEZ, P KABLAN, L MIGUELES, J AMARILLO, R LUDUEÑO, F ALMADA, R MADRID, B VASSALLO, E OSMAN, M CARBONI BISSO
- 0317 ONFALOCELE GIGANTE COMPLICADO CON VOLVULO ESPLENO-GÁSTRICO**
JG OLIVIERI, P NEIRA, G PALACIO, G SHEEHAN, A FRANCAVILLA, J VILLEGAS
- 0322 HIPERTENSION PULMONAR ARTERIAL IDIOPATICA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASOS**
P MAZZA, A MENCHACA, A FERRÉ

0001 REPORTE DE CASO – BARTONELLA HENSELAE: UNA RARA CAUSA DE ENCEFALOPATIA EL ADULTO

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

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

Introducción: Se reporta este caso de infección por Bartonella henselae por ser una enfermedad poco frecuente en adultos (22000 casos anuales en EEUU), con una presentación aún menor (del 1 al 7%).

Presentación del Caso: Ingres a nuestra UTI un paciente masculino de 31 años con encefalopatía y fiebre de 72 de evolución. Presentaba antecedentes de ex tabaquismo, ex consumidor de cocaína y talasemia menor. Estaba en estudio por síndrome linfoproliferativo desde hacía 30 días (por descenso de peso y adenopatías mediastinales y axilares). Al examen físico se encontraba febril, encefalopático, sin foco motor ni meníngeo. Presentaba adenopatías axilares y una tumoración (3 cm de diámetro) en cara interna de brazo derecho. El laboratorio muestra anemia, leucocitosis y test de HIV negativo. La radiografía de tórax es normal. La punción lumbar muestra hiperproteinorraquia. Se solicita PCR para HSV 1-2, enterovirus, dengue, tinta china y BAAR (todos negativos). Hemocultivos seriados y Urocultivo, también negativos. La TC de cerebro es normal y la RMN descarta encefalitis e informa realce meníngeo. Iniciamos tratamiento con ceftriaxona mas ampicilina. Por mala evolución es reevaluado y se decide realizar biopsia de ganglios. Ésta informa linfadenitis granulomatosa necrotizante abscesificado compatible con enfermedad por arañazo de gato. Se reinterroga al paciente quien indica que posee contacto con felinos. Se solicita IFI para B. henselae la cual es positiva, iniciándose tratamiento con doxiciclina mas rifampicina. El paciente presenta buena evolución y es dado de alta a los 10 días.

Discusión: Estamos ante un caso de encefalopatía aguda y linfadenopatía regional. Ante este cuadro debemos plantearnos una serie de diagnósticos diferenciales que incluyen patologías infecciosas (tuberculosis, toxoplasmosis, HIV, fiebre Q, micoplasma, hongos, B. henselae y enfermedades piógenas), autoinmunes (sarcoidosis y kukuchi) y neoplásicas (linfomas). Se realizaron todos los estudios (cultivos, serologías y anatomía patológica) que descartaron estas patologías y se confirma la enfermedad por arañazo de gato.

Conclusión: La importancia de reportar este caso es llamar a la atención de los médicos de UTI, para que ante un caso de linfadenopatía regional y encefalopatía consideren dentro de sus diagnósticos la enfermedad por arañazo de gato.

0002 EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES VENTILADOS SIN SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE TRAUMA. ANÁLISIS CUALITATIVO DE ENTREVISTAS FILMADAS

CA CASABELLA GARCIA(1), CD GARAY(2), ME GUANTAY(2)

(1) Clínica Bazterrica Santa Isabel. (2) Centro Médico Integral Fitz Roy.

Introducción: El conocimiento de las experiencias inmediatas de los pacientes, así como sus necesidades y limitaciones puede brindar herramientas al equipo de salud para facilitar la implementación de estrategias de no sedación

Objetivos: Evaluar los patrones de comunicación y el contenido cualitativo de las declaraciones de pacientes ventilados sin sedación durante el período agudo de la enfermedad.

Materiales y Métodos: 11 pacientes sin lesión neurológica, bajo ventilación mecánica con intubación orotraqueal, sin sedación durante el período agudo de la enfermedad. Los pacientes tenían al menos 24 hs de ARM, RASS 0 y CAM ICU - en al menos dos turnos consecutivos de enfermería (16 hs). Se realizó una entrevista semiestructurada de 14 preguntas que fue grabada en video para evaluación posterior. Se analizó de forma cuantitativa los patrones

de comunicación y cualitativa (enfoque hermenéutico) las declaraciones y expresiones de los pacientes.

Resultados: Los pacientes tenían 46+/-15 años, ISS de 33+/-8, SOFA 6+/-2, RASS 0, CAM ICU - antes y durante la entrevista. Ningún paciente recibió sedantes durante las 48 hs previas a la entrevistas, y sólo el 25% de los pacientes lo recibió en algún momento. El 45% de los pacientes de los pacientes recibió remifentanilo con una dosis de 0,05 +/- 0,02 mcg/k/min, el 55% restante utilizó dosis intermitentes de fentanilo. El tiempo transcurrido entre la intubación y la entrevista fue de 3,8+/-3 días.

Todas las entrevistas fueron completadas. Se identificaron los siguientes patrones de comunicación. Escribir con lápiz (70%), gesticulación facial (100%), gesticulación con las manos (80%), habla áfona (60%). El 70% de los pacientes mantuvieron contacto visual durante toda la entrevista.

El análisis de las declaraciones de los pacientes, permitió agruparlas bajo experiencias negativas y positivas.

Las negativas fueron resumidas en las siguientes expresiones:

- Mudo e incomunicado
- Aislado y solo
- Inmóvil
- Frustrado y dependiente

Las positivas englobadas bajo las siguientes expresiones:

- Ser Cuidado
- Ser liberado

Conclusiones: El cuidado de los pacientes despiertos durante la VM es desafiante y crea nuevas demandas. Del análisis de las entrevistas se desprende que establecer una relación de cuidado, hacer que los pacientes se sientan seguros, ayudarlos a comunicarse y facilitar la salida de la cama es de vital importancia para aliviar el disconfort y brindarles esperanza.

0003 A PROPOSITO DE UN CASO: TROMBOSIS SENO VENOSO CEREBRAL

E SIMES(1), F OLIVERA(1), J MOLGARA(1), L GUILLEN(1)

(1) Incor.

Introducción: La trombosis de los senos venosos cerebrales (TSVC) es una patología poco común del sistema nervioso central, con una mortalidad cercana al 9%. El manejo de esta enfermedad es usualmente médico. Algunos eventos de TSVC pueden tomar un curso maligno en los casos donde la presión intracraneana aumenta excesivamente. Este aumento de la presión intracraneana puede deberse a edema del tejido cerebral por el impedimento del retorno venoso y en ocasiones se asocia a hemorragia intracerebral.

Caso clínico: Mujer de 30 años, antecedentes de anticoncepción oral, ingresa a UTI por hemiplejia de miembro superior derecho de 2 días de evolución, acompañado de hipertensión arterial. TAC de cerebro, no evidencia lesiones, RMN imagen sospechosa en seno izq, arteriografía Trombosis seno lateral izquierdo, sin hemorragias, se realiza anticoagulación con heparina EV, no mejoró su foco neurológico, sin progreso de síntomas. Alta a sala común.

Anatomía: El sistema venoso superficial y profundo se encarga del drenaje cerebral: seno sagital superior (SSS), seno sagital inferior (SSI), senos laterales (SL), seno cavernoso y seno recto. El drenaje final se realiza a través de la vena yugular interna. El sistema venoso profundo drena sangre desde la sustancia blanca profunda de los hemisferios y los ganglios basales en la vena de Galeno.

Objetivos: Describir un caso de trombosis venosa cerebral.

Conclusiones: La trombosis venosa cerebral (TVC) representa hasta la fecha tanto un reto diagnóstico como terapéutico, debido principalmente a la alta variabilidad de presentación y a la falta de un consenso terapéutico claro. Se ha visto una evolución favorable cuando se realizan diagnóstico y tratamiento tempranos.

0005 HERIDA PENETRANTE DE CUELLO EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE 2 CASOS

A SIMONS(1), A FRANCAVILLA(1), A GATTARI(1), G RODRIGUEZ(1), E MONTEVERDE(1), V ALTUNA(1), P NEIRA(1), D TURINA(1)
(1) Hospital Gutierrez.

Introducción: Las heridas penetrantes de cuello son infrecuentes en la edad pediátrica pero conllevan una alta morbimortalidad. Presentaremos dos casos de trauma penetrante de cuello atendidos en nuestro servicio, una producida por arma de fuego, que fueron sometidos a cirugía, con resultados disímiles.

Presentación de casos:

Caso 1: Niña de 9 años que ingresa al Hospital Zonal con herida cortante de cuello secundario a corte con barra metálica no sujeta en auto. Presenta mal estado general con excitación psicomotriz, imposibilidad de fonar y aerorragia por cuello. Se visualiza exposición traqueal en cara anterior del cuello, en la exploración quirúrgica de la herida se evidencia sección de la vena yugular externa derecha, la cual se liga, y sección traqueal, realizándose plástica de la misma, intubación a través de la plástica y se traslada al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en Asistencia Ventilatoria Mecánica. Al egreso de UCIP la paciente se encontraba con recuperación neurológica completa, ventilación espontánea y videodeglución normal.

Caso 2: Niño de 14 años, ingresa a Hospital periférico en shock hipovolémico por sangrado activo con herida penetrante cuello por arma de fuego. Exploración cervical, arteria carótida interna con lesión casi total de la misma, ligadura proximal y distal; y taponamiento del pedículo vertebral. Ingresó crítico, con coagulopatía, acidosis y midriasis parálitica izquierda. TAC con hipodensidad difusa de ambos hemisferios cerebrales a predominio izquierdo sugestivo de isquemia y edema; fragmentos óseos en el canal neural, probable lesión de la médula espinal. Colocación de catéter de medición de Presión Intracerebral (PIC), con el objetivo de una vez estabilizado, realizar craniectomía descompresiva. Presión de apertura de 71 acoplado a la TA por lo que imposibilita mantener una adecuada PPC. Evoluciona con midriasis parálitica bilateral, sin respuesta a medidas de control de hipertensión endocraneana. Electroencefalograma hipovoltado y Doppler transcraneano con signos de paro circulatorio cerebral. El equipo de Buenos Aires Trasplante, declara la muerte bajo criterios neurológicos 24hs posteriores al trauma.

Conclusión: Las heridas penetrantes de cuello en pediatría son poco frecuentes, según su gravedad y zonas o regiones anatómicas afectadas en la evaluación del daño cervical, varían la evolución y el pronóstico.

0007 EVENTOS ADVERSOS SERIOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON ALTEPLASE INTRAVENOSO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

J MOSCHINI(1), N PERALTA(1), V REYNA(1), A SACCO(1), D CLUA(1), M CABANA(1), G GARCÍA CLAVERÍA(1), S ABUGAUCH(1), L PEREZ(1), R BERNARDINI(1)
(1) Sanatorio Juan XXiii.

Introducción: La trombolisis con alteplase IV (TIV) es el tratamiento de reperfusión estándar del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico agudo, aunque su índice terapéutico estrecho exige una vigilancia cuidadosa de los riesgos y beneficios.

Objetivo: Evaluar los eventos adversos serios (EAS) relacionados a TIV en la práctica clínica en un Centro Primario de ACV.

Material y método: Registro observacional de práctica clínica. Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes con ACV isquémico agudo que recibieron TIV desde el 01/08/2015 hasta el 31/03/2017. Se identificaron y analizaron los EAS relacionados a TIV.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 21 pacientes. Se registraron 4 EAS relacionados a TIV: hemorragia intracraneal (HIC) sintomática

(1); hemorragia en el sitio de punción arterial femoral (2) y angioedema orolingual (1). La HIC ocurrió dentro de las 24 horas de la TIV, una vez finalizada la infusión, resultó en riesgo inminente de muerte, requirió intubación orotraqueal (IOT), asistencia respiratoria mecánica (ARM), drogas vasoactivas, transfusión de hemoderivados y neurocirugía. Los 2 casos de hemorragia en el sitio de punción arterial femoral afectaron a pacientes con ACV isquémico originado en la sala de hemodinamia como complicación de cinecoronangiografía (1) y angiografía de vasos de cuello (1). Uno de los casos ocurrió durante la TIV, resultó en riesgo inminente de muerte debido a shock hipovolémico, requirió suspensión de la TIV, IOT, ARM, drogas vasoactivas y transfusión de hemoderivados. El otro caso ocurrió dentro de las 24 horas de la TIV, una vez finalizada la infusión, prolongó la hospitalización, requirió drogas vasoactivas y transfusión de hemoderivados. El angioedema orolingual ocurrió durante la TIV, prolongó la hospitalización, requirió suspensión de la TIV, corticosteroides y antihistamínicos.

Conclusiones: Se identificaron EAS relacionados a TIV hemorrágicos y anafilácticos. El manejo exige diagnóstico inmediato y tratamiento agresivo, protocolizado y multidisciplinario.

0009 SEGURIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON ALTEPLASE INTRAVENOSO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

J MOSCHINI(1), N PERALTA(1), V REYNA(1), A SACCO(1), D CLUA(1), M CABANA(1), S ABUGAUCH(1), L PEREZ(1), R BERNARDINI(1), G GARCÍA CLAVERÍA(1)
(1) Sanatorio Juan XXiii.

Introducción: La trombolisis con alteplase IV (TIV) es el tratamiento de reperfusión estándar del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico agudo, aunque su índice terapéutico estrecho exige una vigilancia cuidadosa de los riesgos y beneficios.

Objetivo: Evaluar la seguridad y la eficacia de la TIV en la práctica clínica en un Centro Primario de ACV.

Material y método: Registro observacional de práctica clínica. Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes con ACV isquémico agudo que recibieron TIV desde el 01/08/2015 hasta el 31/03/2017. Las principales variables de seguridad y eficacia fueron hemorragia intracraneal (HIC) sintomática a las 24 horas, mortalidad durante la hospitalización, mortalidad a los 90 días, recuperación funcional completa a los 90 días e independencia funcional a los 90 días.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes. Edad, mediana: 70 años (rango intercuartilo [RIC]: 62-78). Sexo masculino: 67 %. Historia previa de hipertensión arterial: 81 %; diabetes mellitus: 38 %; dislipidemia: 29 %; tabaquismo activo: 10 %; ACV isquémico o AIT: 33 %; enfermedad coronaria: 24 %; insuficiencia cardíaca: 19 %; fibrilación auricular: 10 %. Dosis de alteplase, mediana: 72 mg (RIC: 63-80). NIHSS basal, mediana: 12 (RIC: 6-17,5). NIHSS basal \geq 15: 33 %. TC basal con signos isquémicos precoces: 43 %. TC basal con arteria cerebral media hiperdensa: 29 %. Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta TIV, mediana: 175 minutos (RIC:120-240). Tiempo \leq 3 horas: 57 %. Tiempo > 3-4,5 horas: 43 %. Tiempo desde el ingreso al centro hasta TIV, mediana: 88 minutos (RIC: 67-116,25). Tiempo < 60 minutos: 17 %. Tiempo \geq 60 minutos: 83 %. HIC sintomática a las 24 horas: 5 %. Mortalidad durante la hospitalización: 14 %. Mortalidad a los 90 días: 17 %. Recuperación funcional completa a los 90 días: 39 %. Independencia funcional a los 90 días: 56 %.

Conclusiones: Los resultados demuestran la seguridad y la eficacia de la TIV en la práctica clínica en un Centro Primario de ACV.

0010 HEMORRAGIA INTRACRANEAL RELACIONADA AL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON ALTEPLASE INTRAVENOSO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

J MOSCHINI(1), G GARCÍA CLAVERÍA(1), A VAIRA(1), V GONZALEZ(1), N JUSTUS(1), G MARTÍNEZ(1), S SFEIR(1), C GALLARDO(1), C VILLARRUEL(1), N PERALTA(1), V REYNA(1), A SACCO(1), D CLUA(1), M CABANA(1), R BERNARDINI(1)
(1) Sanatorio Juan XXiii.

Introducción: La hemorragia intracranial (HIC) es la complicación principal de la trombolisis con alteplase intravenoso (TIV) del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico agudo y una variable central de la relación riesgo beneficio.

Objetivo: Evaluar la tasas de cualquier HIC, HIC sintomática y HIC asintomática relacionada a TIV en la práctica clínica en un Centro Primario de ACV.

Material y método: Registro observacional de práctica clínica. Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes con ACV isquémico agudo que recibieron TIV desde el 01/08/2015 hasta el 31/03/2017. Se definió cualquier HIC como cualquier HIC visible en tomografía computada (TC) dentro de las 24 horas de la TIV. Se definió HIC sintomática como cualquier HIC visible en TC dentro de las 24 horas de la TIV asociada a deterioro clínico (aumento de NIHSS \geq 4 o muerte) y considerada la causa del deterioro clínico. Se definió HIC asintomática como cualquier HIC visible en TC dentro de las 24 horas de la TIV no asociada a deterioro clínico o no considerada la causa del deterioro clínico.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes. Edad, mediana: 70 años (rango intercuartilo [RIC]: 62-78). Sexo masculino: 67 %. Dosis de alteplase, mediana: 72 mg (RIC: 63-80). NIHSS basal, mediana: 12 (RIC: 6-17,5). TC basal con signos isquémicos precoces: 43 %. TC basal con arteria cerebral media hiperdensa: 29 %. Tiempo desde el inicio de las síntomas hasta TIV, mediana: 175 minutos (RIC:120-240). Cualquier HIC: 29 % (6/21). HIC sintomática: 5 % (1/21). HIC asintomática: 24 % (5/21).

Conclusiones: Las tasas de HIC relacionadas a TIV están dentro de rangos aceptables, en particular la HIC sintomática, hallazgos que enfatizan la seguridad de la TIV en la práctica clínica en un Centro Primario de ACV.

0011 INTOXICACIÓN POR FENITOINA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

M EMMERICH(1), K ESTRADA(1), K OBANDO MUÑOZ(2), M VILLEGAS(1), C FIORI(1), M CANALE(1), G OYHANARTE(1), J SANCHEZ(1)

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

Introducción: La fenitoína constituye la primera línea de tratamiento de las crisis parciales y generalizadas tónico-clónicas, sola o con asociación con otros antiepilépticos. Su absorción es lenta y variable alcanzando el pico de concentración plasmática entre las 4 y 12 horas, su metabolismo principal es en el hígado y se elimina con la orina. Presenta una cinética de eliminación dosis dependiente ya que existen procesos saturables a nivel del metabolismo en la hidroxilación hepática, esto indica que pacientes con dosis estándar de fenitoína puedan estar infra o sobre dosificados. El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia de realizar un diagnóstico precoz e identificar las diferentes causas que pueden llevar a la intoxicación con fenitoína a dosis terapéuticas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 20 años de edad, con antecedentes de consumo de cocaína. Ingresó derivado con diagnóstico de Tec Grave LED II, politraumatismo con traumatismo facial grave, neumotórax derecho residual con TAP, síndrome de abstinencia, extubación exitosa. Al ingreso Interocurre con convulsiones tónico-clónicas generalizadas con deterioro del sensorio y requerimiento

de ARM, se realiza carga y mantenimiento de fenitoína. Logrando extubación a las 72 horas, en plan de pase a piso se registran niveles séricos de fenitoína 5 Ug/ML, decidiéndose realizar nueva carga, evolucionando con náuseas, emesis, nistagmus, depresión respiratoria y del SNC por lo que requirió ARM, se realiza nuevo dosaje de fenitoína con resultados 40 Ug/ML, con buena evolución posterior.

Comentarios: La incidencia con la que se produce este fenómeno conocido como intoxicación paradójica es desconocida. Pocos estudios han podido determinar el mecanismo desencadenante de este efecto, otros sugieren que pueden estar mediados por una función hipomonoaminérgica del cerebro. El uso de los niveles séricos para el ajuste de la pauta posológica compensa las variaciones individuales que existen a nivel de la absorción y metabolización de la fenitoína, pequeños cambios en la dosis pueden provocar grandes cambios en la concentración sérica, debido a su cinética de eliminación saturable y su estrecho margen terapéutico, que pueden llevar niveles tóxicos.

0012 CAUSA INFRECUENTE DE SHOCK SÉPTICO: INFECCIÓN POR VIBRIO VULNIFICUS

M EMMERICH(1), A BARRAZA(1), D ANGARITA RUEDA(1), P DE LA VEGA(1), A BUITRAGO(1), B ASCUÉ(1), L NAVARRO(1), V MAXIMILIANO(1), N ESPINOZA(1), V FUENTES GUZMÁN(1), A BRAVO(1)

(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: En el género *Vibrio* se describen 9 especies distintas patógenas a humanos. Destacando al *Vibrio Vulnificus*, único asociado a cuadros sépticos con alta mortalidad. Aparece en regiones de aguas cálidas, produciendo dos cuadros: sepsis primaria e infección de heridas. Se describe el caso de un paciente con Shock Séptico por *Vibrio Vulnificus*. El objetivo de la presentación es reconocer por nexo epidemiológico la presencia de este microorganismo en pacientes sépticos con infección de heridas procedente de sitios de incidencia.

Caso Clínico: Femenina de 82 años, antecedentes de HTA, fibromialgia en Tto con metilprednisona 8 mg por 7 años, Cirugía descompresiva L5-L6, ulcera crónica en tercio medio de pierna izquierda de 1 mes de evolución, manejo con curaciones diarias. Vacacionando en Punta del Este (Uruguay), realizó baños en la playa y consulta a las 48 hs por dolor en sitio de ulceración previa. Acude a Hospital de Maldonado (Uruguay) con flictenas extensas en MII de contenido hemático de rápida progresión, febril e inestabilidad hemodinámica. Ingresó al sanatorio Güemes con requerimiento de vasoactivos, valorada por traumatología, encontrando una Fascitis Necrotizante rápidamente progresiva y se realiza amputación supracondilea izquierda de carácter urgente. Ingresó a terapia con Disfunción Multiorgánica, se inicia tto empírico. Llegó reporte de cultivo con crecimiento de *VIBRIO VULNIFICUS* se rota ATB con mejoría del cuadro y pasa a sala general.

Conclusiones: Con la presentación de este caso se ilustran elementos clínicos, epidemiológicos, factores de riesgo y evolución de una infección por *V. Vulnificus*. En nuestro caso tenía factores de riesgo para el desarrollo de esta infección. Si bien son poco frecuentes, debemos tenerlos en cuenta en pacientes con una patología previa o inmunosupresión que presenten datos de Shock séptico y lesiones dérmicas necróticas progresivas con un nexo epidemiológico. Aunque las tasas de mortalidad son elevadas, nuestra paciente evolucionó favorablemente por el manejo y diagnóstico oportuno.

0013 FACTORES DEL ENTORNO LABORAL QUE MOTIVAN A TRABAJAR A LOS ENFERMEROS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO

E BARRIONUEVO(1)

(1) Univ. Favaloro.

Introducción: La práctica cotidiana de enfermería en el ámbito de

los cuidados intensivos está caracterizada por actividades de alta interdependencia del personal entre sí y del entorno de trabajo. La motivación surge como un aspecto fundamental que busca la mayor eficiencia y calidad de la asistencia de enfermería, además de los estímulos que los profesionales tienen para realizar la tarea. **OBJETIVO.** Describir los factores del entorno laboral que motivan los enfermeros/as a trabajar en las unidades de cuidado intensivo (UCI).

Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo, de enfoque cualitativo. Se entrevistaron, entre febrero y agosto de 2012, a enfermeros/as de cinco UCI adulto nivel 1 de la ciudad de Buenos Aires. Se realizó análisis temático de los datos respetándose la credibilidad, auditabilidad, confiabilidad y transferibilidad.

Resultados: Se incluyeron a 17 enfermeros, 55% mujeres. Edad promedio 37 años (rango 31-48), tiempo de experiencia promedio en UCI 13,7 años (rango 5-25). Turnos de trabajo: 37% mañana, 22% noche, 10% tarde y 31% franquero. Se observaron cinco temas representativos de los factores del entorno de trabajo motivantes para realizar las tareas de enfermería: la práctica competente, reconocimiento profesional, trabajo colaborativo, compromiso con la persona cuidada y ambiente donde se realiza el cuidado. Lograr entornos positivos de trabajo con personal formado, en número apropiado, colaboraría en la calidad-seguridad y costo-efectividad de la atención, animaría a los profesionales a trabajar, y permanecer en sus puestos. Las relaciones profesionales y la comunicación efectiva se destacaron como importantes. El cuidado de enfermería implicaría un compromiso de los profesionales que ayudaría a dignificar al paciente y su familia en su condición humana. La dedicación en asistir oportunamente, aliviar el dolor y el sufrimiento significó para el profesional tener vocación para realizar ese cuidado con compromiso. Destacaron que el cuidado amoroso debe ser acompañado por conocimientos sólidos ejercidos por una práctica basada en la evidencia.

Conclusiones: El entorno laboral es importante para trabajar en la UCI. Los resultados, no pueden aplicarse a todos los profesionales, ya que las condiciones del entorno laboral varían entre las instituciones así como las percepciones que los enfermeros tienen de cómo influyen éstos para realizar su tarea.

0014 ASPECTOS ORGANIZATIVOS, OPERATIVOS Y DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO PRIMARIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

J MOSCHINI(1), N PERALTA(1), V REYNA(1), A SACCO(1), D CLUA(1), M CABANA(1), G GARCÍA CLAVERÍA(1), S ABUGAUCH(1), L PEREZ(1), R BERNARDINI(1)
(1) Sanatorio Juan XXIII.

Introducción: La atención de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) en Centros de ACV y Unidades de ACV ha demostrado disminución de la mortalidad y la discapacidad, mientras que la trombolisis con alteplase intravenoso (TIV) ha demostrado disminución de la discapacidad.

Objetivo: Evaluar aspectos organizativos, operativos y de calidad de atención en la práctica clínica en un Centro Primario de ACV.

Material y método: Registro observacional de práctica clínica. Se analizaron aspectos organizativos, operativos y de calidad de atención en pacientes con ACV isquémico que recibieron TIV en un Centro Primario de ACV desde el 01/08/2015 hasta el 31/03/2017.

Resultados: Se analizaron 21 pacientes. INSSJP/PAMI: 62 %; IPROSS: 24 %; otros: 14 %. Residencia en General Roca: 52 %; residencia fuera de General Roca: 48 %. Traslado por sistema de emergencias médicas (SEM): 62 %; traslado por sus propios medios: 24 %; ACV de inicio en el centro: 14 %; traslado por SEM público: 92 % (12/13); traslado por SEM con notificación previa: 62 % (8/13). Ingreso al centro en horario de planta: 76 %; ingreso al centro en horario de guardia: 24 %. Internación en Unidad de ACV/Unidad de Terapia Intensiva (UTI): 90 %; internación en Unidad Coronaria (UCO): 10 %.

TC de cerebro sin contraste basal: 100 %; resonancia magnética de cerebro basal: 5 %. Tiempo de internación total, mediana: 10 días (rango intercuartilo [RIC]: 6-23,5); tiempo de internación en Unidad de ACV/UTI/UCO: 6 días (RIC: 4-8,25); tiempo de internación en sala general: 3 días (RIC: 2-6). Alta al domicilio, ambulatorio: 57 %; alta con internación domiciliaria: 29 %; muerte durante la hospitalización: 14 %.

Conclusión: Los datos demuestran la factibilidad de la atención organizada en un Centro Primario de ACV en la práctica clínica.

0015 CARACTERÍSTICAS DEL PASE DE GUARDIA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

J REY(1), L DANY(1), D DAMIAN(1), J ORTIZ(1), R ROJAS(1), D MORELLI(1)
(1) Austral.

Introducción: El pase de guardia de enfermería (PGE) es de vital importancia para dar continuidad al cuidado, transferir responsabilidad, reducir el riesgo y probabilidades de error en la transferencia de información, brindando así mayor seguridad y calidad en la atención del paciente. Es un proceso que se caracteriza por ser rutinario, que se lleva a cabo en todos los turnos realizado en 15 a 45 minutos según el número de pacientes y su condición. Tanto la Organización Mundial de Salud como la Joint Commission Internacional proponen el uso de la técnica SBAR (del inglés Situation, Background, Assessment y Recommendation) para la estandarización del proceso del pase de guardia.

Objetivo: Describir las características del proceso de pase de guardia de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de un hospital universitario de la provincia de Buenos Aires.

Metodología: Diseño observacional, descriptivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta - estructurada, anónima, auto administrada - a los enfermeros de la UCIP en los meses de septiembre y octubre del año 2016. Cada participante firmó un consentimiento informado.

Resultados: Participaron del estudio 22 enfermeros, 54.5% con título profesional, el 95.5% mujeres. Edad promedio de 33.27 años y la antigüedad promedio de 4.6 años en la UCIP. Se observó el office de enfermería (40.91%) como principal lugar para el PGE y el espacio físico fue considerado un facilitador del proceso. Se reportó una actitud receptiva (50%) y concentrada (36.6%) del profesional que le toma la guardia. Las barreras más frecuentes identificadas en el PGE fueron las interrupciones (90.90%) y los ruidos (45.45%). Un 95.45% afirmó utilizar el método de SBAR para el PGE, sin embargo un 59% no supieron contestar su significado.

Conclusiones: Los aspectos ambientales - ruidos, iluminación - y las interrupciones externas a lo que es el servicio de enfermería se caracterizaron como barreras que atentan a la calidad de la información que debe ser transmitida durante el pase de guardia.

0016 COMPLICACIONES TEMPRANAS Y TARDÍAS EN PACIENTES CON TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL PABLO SORIA DE SAN SALVADOR DE JUJUY DURANTE EL PERIODO DE NOVIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017

M LAMAS(1), M MARTINEZ(1), P BAEZ(1), A FIGUEROA(1), I FLORES(1), O LOPEZ(1), A TOCONAS(1), MA VASQUEZ(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: El Trauma Raquimedular (TRM) es un proceso dinámico, evolutivo y multifásico a partir del momento en que se produce; por ello poseen un alto riesgo de sufrir complicaciones.

Objetivo: Identificar las complicaciones tempranas y tardías en pacientes con diagnóstico de TRM y dar a conocer la magnitud de las consecuencias del mismo.

Material y método: Se realizó un estudio estadístico retrospectivo

transversal cuantitativo en el Hospital Pablo Soria, ubicado en San Salvador de Jujuy (Argentina) en una unidad de cuidados intensivos con un total de 12 camas. El universo estuvo constituido por 137 pacientes desde el 1 de noviembre de 2016 hasta 28 de febrero 2017 del cual se aislaron 7 pacientes con TRM. Las variables de estudio fueron edad, sexo, cinemática, distribución anatómica de la lesión, estancia hospitalaria, tratamiento quirúrgico, asistencia mecánica ventilatoria, complicaciones tempranas (antes de 10 días) y tardías (más de 10 días). La información fue recolectada de las historias clínicas, sistema informático y posteriormente tabulada.

Resultados: Los pacientes con TRM representaron el 5% de la población en estudio, siendo estos pacientes los que obtuvieron un promedio mayor en días de internación. Con una relación 6-1 con predominio masculino, la edad promedio fue de 26 años. Las causas de lesión fueron incidente de tránsito (71,4%), intento de suicidio (14,3%) y proyección en superficie con poca agua (14,3%). Presentaron daño a nivel cervical 5 pacientes y 2 a nivel dorsal, intervinieron quirúrgicamente 5, siendo el promedio de espera de 27 días. Las complicaciones tempranas se dieron a nivel de diferentes sistemas: Respiratorio en un 42%; Cardiovascular 16%; Digestivo 13%; Renal 11%; Salud Mental 18%. Las complicaciones tardías se dieron en Sistema Tegumentario 29%; Cardiovascular 17%; Respiratorio 14%; Infectología 12%; Digestivo 11%; Renal 9%; Salud Mental 8%.

Conclusión: El Traumatismo Raquimedular es la patología con mayor porcentaje en tiempo de estancia hospitalaria y los que padecieron mayores complicaciones afectando todos los sistemas. Este tipo de traumatizados, debe tener una valoración integral que permita desde el primer momento la neuro-protección. Es de gran importancia acortar el tiempo de internación para prevenir sus complicaciones.



Tabla 1. Clasificación de pacientes por patología y promedio de días de internación.

PATOLOGIA	N° DE PACIENTES				TOTAL	%	PROMEDIO DE DIAS DE INTERNACION
	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO			
TEC Y OTROS TRAUMATISMOS	14	9	8	11	42	31	8
SHOCK SEPTICO	6	4	9	4	23	17	9
FROST OPERATORIO	5	8	2	8	23	17	5
SEPSIS	2	5	7	1	16	11	4
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	2	3	1	1	7	5	31
OTROS	7	7	6	7	27	20	8
TOTAL POR MES	36	36	33	32	137	100	
TOTAL GENERAL	137						

Fuente: Cuaderno de registro de ingresos y egreso de UCI del Hospital Pablo Soria.

Tabla 5. Complicaciones tempranas.

SISTEMA RESPIRATORIO	FRECUENCIA ABSOLUTA (N° de pacientes que padecieron complicaciones)	FRECUENCIA RELATIVA (%)
Respiración Abdominal	4	57%
Tapiépine	3	42%
Diana	4	57%
Neumonía	3	42%
Insuficiencia Respiratoria	5	71%

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Hipertensión	5	71%
Taquicardia	2	28%

SISTEMA DIGESTIVO

Constipación	5	71%
Diarrea	1	14%

SISTEMA RENAL

Oliguria	4	57%
Infección del tracto urinario	1	14%

PSICOLÓGICO

Depresión	4	57%
Ansiedad	4	57%

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 6. Complicaciones tardías.

SISTEMAS	FRECUENCIA ABSOLUTA (N° de pacientes que padecieron complicaciones)	FRECUENCIA RELATIVA (%)
SISTEMA RESPIRATORIO		
Neumonía atípica	6	49%
Neumonía	6	71%
Atelectasia	2	28%
Neumotórax	3	42%
SISTEMA CARDIOVASCULAR		
Hipertensión	2	28%
Hipotensión	3	42%
Edema	7	100%
Bradicardia	3	42%
SISTEMA DIGESTIVO		
Diarrea	6	86%
Constipación	2	28%
SISTEMA RENAL		
Oliguria	4	57%
Infección del tracto urinario	4	57%
SISTEMA TEGUMENTARIO		
Lesiones por compresión de dispositivos		
Úlcera por presión	5	71%
Úlcera por presión	3	42%
Dolor muscular	6	86%
Callosidad peritrapeal	2	28%
Pérdida de peso	5	71%
Avela muscular	5	71%
SALUD MENTAL		
Depresión	7	100%
INFECTOLOGIA		
Fiebre	5	71%
Bacteriemia	2	28%
Colonización por microorganismos multiresistentes		
	4	57%

Fuente: Historias clínicas.

0018 PRIMER CASO DE ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A LOS CARBAPENEMES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL PABLO SORIA

A TOCONAS(1), I FLORES(1), M LAMAS(1), A FIGUEROA(1), M MARTINEZ(1), O LOPEZ(1), P BAEZ(1), A VASQUEZ(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: Uno de los últimos microorganismos que surgió en estos tiempos a nivel mundial son las denominadas Klebsiella Pneumoniae resistente a los carbapenemes. En la provincia de Jujuy se reportó el primer caso en junio del año 2016 en la Unidad de Cuidados Intensivos, generando en el equipo de salud alarma por el hecho de su resistencia a antimicrobianos de amplio espectro.

Presentación de caso: Paciente masculino, 44 años, derivado del Hospital del Carmen hacia la guardia del Hospital Pablo Soria por presentar dolor abdominal de 7-9 días de evolución, acompañado de náuseas-vómitos-diarrea-ictericia-presenta hipoglucemia-antecedentes de alcoholismo crónico-consumidor de AINES.

Ingres a UCI, el día 10/06/16 con oxígeno por mascarilla con reservorio, mala dinámica respiratoria, se realiza IOT, se conecta a ARM. Se administra vasopresor por hipotensión-arterial. Inicia Hemodiálisis por falla-renal, con serología Ag.HBs (+).

Se Controla Signos Vitales-(Imagen 1) y estudios complementarios-(Imagen 2).

Se realizaron diferentes procedimientos invasivos (Tabla N°1). El 2º día de internación Nefrólogo refiere que no se dializará por problemas con la máquina de diálisis, por la noche inicia goteo de diuréticos del Asa.

Día 14/06/16:retrocultivo, hemocultivo x 2 y urocultivo; con resultados (-).

Tratamientos de antibióticos durante su periodo de internación (Tabla N°2). Se cierra el goteo de vasopresor.

Día 14/06/16:Interconsulta con Gastroenterología. A 14 días se realiza traqueotomía percutánea.

Día 24/06/16:hemocultivo +, para Gram -(Imagen 3), para el mismo resultado (Imagen 4), en urocultivo y miniball (-).

Día 25/06/16:Interconsulta con Nefrología. Infectología cambia el tratamiento de ATB.

Día 27/06/16 se realizó cambio de catéter en subclavia derecha.

Día 29/06/16 pasa a la unidad de aislamiento de contacto restringido-cerrado.

Día 05/07/16 fallece.

Discusión: Analizando casos de brotes por Enterobacteria Resistente a los Carbapenemes en diferentes países se pretende analizar si los factores predisponentes son similares al caso presentado como

0020 HSA: DE QUE MUEREN EN ARGENTINA?

E AMUNDARAIN(1), P GOMEZ(1), L ESPINOSA(1), N GALLUCI(1), M CASANOVA(1), O FARIÑA(1), B DORFMAN(1)
(1) El Cruce.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) tiene una incidencia de 6-10 cada 100.000 habitantes/año y una morbi-mortalidad del 40-45%. En Argentina se desconoce su incidencia, gravedad y morbi-mortalidad.

Objetivos: Determinar la causa y el momento de muerte.

Material y Métodos: Es un estudio, retrospectivo, observacional y unicéntrico.

Se incorporaron pacientes con diagnóstico de HSA, ingresados a la unidad de Cuidados Intensivos.

Criterios de Inclusión:

-Edad > 18 años.

-Diagnóstico de HSA por tomografía computada o punción lumbar.

Criterios de Exclusión:

-Ingresado después 21° día posterior al sangrado

Los datos fueron obtenidos de una base prospectiva. Para determinar la causa de muerte, se revisaron historias clínicas y tomografías. Las variables analizadas; edad, sexo, antecedentes como hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo y alcoholismo, gravedad del paciente evaluado por APACHEII a las 24 horas, escala de Hunt-Hess y clasificación de Fisher modificada, episodios de actividad tónico-clónica y/o deterioro del sensorio como manifestación y puntaje de la escala coma Glasgow.

La causa de muerte se dividió en dos (Figura 1); 1° grupo muerte con criterios de muerte cerebral (ME) y 2° grupo, muerte por parada cardíaca (PC). Las causas de muerte se subdividieron en ambos grupos por mecanismo o patología según corresponda

El momento de muerte, se estableció como el periodo entre día cero (día del sangrado) y día de fallecimiento.

Resultados: Entre octubre 2010 y marzo 2017, fueron externados 253 pacientes con diagnóstico de HSA.

La mortalidad general fue 26% (Tabla1). Los óbitos tenían mayor gravedad según APACHE II, eran Hunt-Hess 5, hipertensos, la HSA se manifestó por deterioro del sensorio, tenían mayor sangrado con hemoventriculos y el aneurisma era de arteria cerebral media. El 37% murieron por ME (Tabla2), siendo el infarto cerebral extenso la causa más importante, con un 25% del total. El 63% falleció por PC, las 3 causas mas importantes: neumonías con disfunción multiorgánica, shock neurogénico y miocardiopatía por HSA.

El fallecimiento fue al día 13(7-21) (Tabla3), sin una diferencia entre ME 13(8-17) o PC 12(7-35).

Conclusiones: La mortalidad fue del 26%. Un tercio se mueren por ME, el infarto cerebral extenso es la causa más frecuente. El shock séptico por neumonía fue el diagnóstico de mayor porcentaje en PC.

La mayoría de los pacientes mueren luego de la primera semana post sangrado.

Causa	n (%)
Muerte Cerebral:	26 (37)
Infarto Cerebral Extenso	18 (25)
Resangrado	2 (2.5)
Edema Cerebral	2 (2.5)
Hidrocefalia	4 (5)
Parada Cardíaca	44 (63)
1-Cardiológica:	
Arritmia Grave	2 (2.5)
Miocardiopatía por HSA	5 (7)
2-Sepsis:	
Neumonía	18 (25)
Infección por Catéter Venoso	4 (6)
Meningitis	3 (4)
ITU	1 (1.4)
Otro Foco	1†
3-Shock Neurogénico	7(10)
4-Shock Hipovolemico	1 (1.4)
5-Otra:	
TEP	1 (1.4)
Indeterminada	1 (1.4)

Variables	Totales	Vivos	Muertos	p	RR (IC95)
N (%)	253	183	70 (26)	-	
APACHE II (IC)	15 (9-21)	12 (8-18)	22 (17-26)	0.01	
Edad (IC)	48 (38-56)	47 (36-55)	51 (44-59)	Ns	
Mujeres (%)	150 (59)	101 (55)	48 (68)	0.05	1.5 (0.9-2.3)
Hipertensión Arterial (%)	155 (61)	105 (57)	50 (71)	0.04	1.5(1.01-2.5)
Tabaquismo (%)	140 (55)	101 (55)	39 (55)	Ns	
Uso de alcohol en 6 (%) meses	27 (9)	22 (12)	5 (7)	Ns	
Diabetes (%)	10 (4)	7 (4)	3 (4)	Ns	
Deterioro del sensorio (%)	160 (63)	101 (55)	58 (82)	0.0001	2.8 (1.6-5)
Convulsiones(%)	40 (15)	30 (16)	10 (14)	Ns	
H-H 1 (%)	25 (10)	22 (12)	3 (4)		
H-H 2 (%)	72 (28)	65 (36)	7 (10)		
H-H 3 (%)	44 (17)	37 (20)	7 (10)		
H-H 4 (%)	32 (12)	23 (12)	9 (12)		
H-H 5 (%)	80 (31)	36 (20)	44 (63)	0.001	1.7 (1.1-2.5)
Fisher 0 (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Fisher 1 (%)	13 (5)	13 (7)	0 (0)		
Fisher 2 (%)	14 (5)	12 (6)	2 (3)		
Fisher 3 (%)	120 (47)	91 (50)	29 (41)		
Fisher 4 (%)	104 (41)	65 (35)	39 (55)	0.006	2.5(1.5-3.9)
ACM (%)	56 (22)	33 (18)	23 (33)	0.01	1.7 (1.1-2.5)
Carotidea (con ACoP) (%)	87 (34)	66 (36)	21 (30)	Ns	
ACA (%)	80 (31)	62 (33)	18 (25)	Ns	
Vertebrobasilar (%)	15 (6)	10 (5)	5 (7)	Ns	
No identificado (%)	13 (5)	12 (6)	1 (1.4)	Ns	
No estudiado (%)	2 (0.8)	0 (0)	2 (3)		

0021 HIPERINFECCION POR STRONGYLIDES STERCOLARIS

AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA(1)

(1) Juan Ramón Vidal.

Introducción: Paciente de sexo masculino 35 años de edad, antecedentes de péñigo vulgar tratado con azatioprina 50 mg/día, prednisona 80 mg/día, con reagudización de la misma en el último año, que ingresa a urgencia por astenia, adinamia, náuseas, vómitos, diarrea. Progresando con mala mecánica respiratoria, saturación al 80% sin oxigenoterapia, con alteración del sensorio por lo que pasa a UTI con requerimiento de ARM.

Ingresada con una presión arterial media (PAM) <55mmHg e hiponatremia (129mEq/l) con clínica sugestiva de insuficiencia

suprarrenal por privación (abandono de la prednisona 72 h antes) y se administran 300mg de hidrocortisona. Se realiza radiografía de tórax, que observa patrón intersticial difuso bilateral. Se asume el cuadro como Sepsis a foco Pulmonar, Neumonía grave en paciente inmudeprimido, péñfigo vulgar, insuficiencia suprarrenal.

En el hemograma no se observa eosinofilia en la fórmula leucocitaria a pesar de recuento de leucocitos llamativo. Se obtiene resultados de coprocultivos aislándose *Strongyloides stercoralis*. Iniciando tratamiento con ivermectina 12 mg/día, albendazol 800 mg/día, anfotericina, colistin 300 mg/día.

Evoluciona con sangrado activo de la vía aérea por lo que se decide efectuar FBC, PL obteniéndose muestras microbiológicas donde se observaron larvas de Ss.

El paciente presentó un deterioro general evolucionando con disfunción multiorgánica, con presencia de shock, necesidad de drogas inotrópicas y vasopresoras para conseguir una PAM >60mmHg, progresando a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) con hipoxemia grave y shock séptico refractario al soporte vasoconstrictor e inotrópico. El paciente falleció a los 7 días de su ingreso en nuestra unidad.

Conclusión: En nuestro caso, ante la presencia del tratamiento crónico por corticoides y tras el deterioro clínico grave sospechamos una sobreinfección pulmonar por microorganismos nosocomiales u hongos oportunistas. Al identificarse el nematodo Ss por el coprocultivo, FBC Y PL y considerar el deterioro clínico del paciente se efectuó tratamiento combinado de ivermectina y albendazol.

0024 USO ALTERNATIVO DEL BETANECOL COMO PROQUINÉTICO EN BOTULISMO ALIMENTARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J ASPARCH(1), C KECSKES(1)
(1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El botulismo inhibe la liberación de acetilcolina en la placa neuromuscular, generando parálisis muscular. Afecta músculos del tracto gastrointestinal, causando íleo, imposibilitando la nutrición enteral. Actualmente hay pocos fármacos proquinéticos efectivos para su tratamiento.

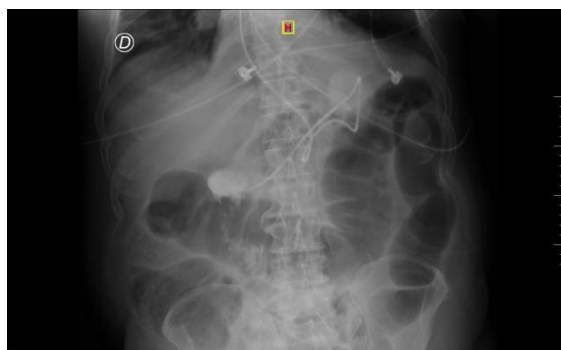
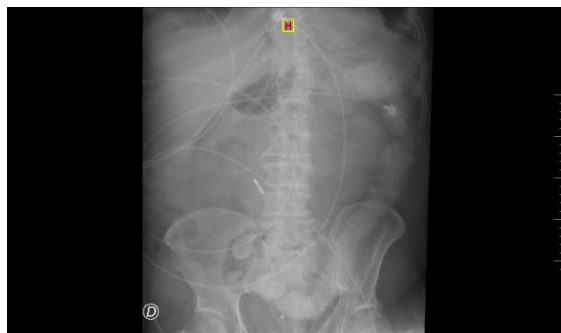
El betanecol, agonista muscarínico M3 específico, actúa sobre músculo liso. Habitualmente se utiliza para retención urinaria. Existen casos reportados de su uso como proquinético en constipación por antidepresivos.

Presentación del caso: Paciente masculino, 73 años, sin antecedentes, ingresa al Hospital Italiano de Buenos Aires por debilidad en miembros inferiores. Progresó rápidamente con insuficiencia ventilatoria, requiriendo intubación orotraqueal, y cuadriparesia flácida. Familiares relatan ingesta de morrones en conserva. Por sospecha botulismo alimentario, recibe toxina antibotulínica. Se confirma el diagnóstico. Normoalimentado. Inicia nutrición enteral con fórmula polimérica estándar por sonda nasogástrica. Presenta intolerancia (vómitos), se coloca sonda pospilórica, recibe metoclopramida endovenosa. Reinicia alimentación, presentando distensión, requiriendo nutrición parenteral.

Persiste con íleo. Controles radiológicos seriados muestran contraste radioopaco en duodeno, sin modificar su localización. Durante la tercer semana inicia betanecol (vía enteral), dosis progresiva hasta 150 miligramos/día, sin efectos adversos. Disminuye la distensión significativamente. Controles radiológicos posteriores muestran progresión del contraste. Presenta catarsis espontánea. Se progresa la nutrición enteral, suspende la parenteral. No presentó mejorías en otros grupos musculares, continuando en ventilación mecánica con cuadriparesia.

Discusión: Existen escasos reportes del uso de betanecol como proquinético en pacientes crónicos, ambulatorios. Los resultados observados nos hacen pensar en futuras investigaciones para explorar su efectividad.

Conclusión: En este caso, donde las prácticas habituales no fueron útiles para resolución del íleo, utilizar betanecol resultó beneficioso, logrando suspender la nutrición parenteral.



0025 RECLASIFICACION DE UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO SEGUN LA NUEVA DEFINICION DE WEANING (WIND). ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA

P BEBER(1), E DANTAZ(1), S FERNANDEZ(1), M GARELLO(1), S KRITTERSON(1), V JARITOS(1), P BEBER(1), M ESCOBAR(1), M KUSZCZAK(1), D WALTER(1), L DIAZ BELTRAN(1), L GONZALEZ(1), S VACAS(1), A ZURRA(1), J ARMELINO(1), P BUSTAMANTE(1), F JANSMA(1), F MURA(1), W TOZZI(1)
(1) Hospital De Clinicas Jose De San Martin.

Introducción: En el año 2007, se realizó el Consenso Internacional de Weaning de la ventilación (ICC), donde se propuso una clasificación en tres grupos (simple, dificultoso y prolongado). Esta clasificación solo consideraba pacientes que habían sido destetados. Por otro lado, no todos los pacientes realizan una prueba de respiración espontánea (PRE), quedando fuera de la clasificación. En el año 2016 Gaetan Beduneau y colaboradores presentaron un trabajo multicéntrico, multinacional y observacional denominado "Weaning according New Definition" (WIND) para obtener un panorama más comprensible acerca del weaning y su pronóstico asociado.

Objetivo: Reclasificar el proceso de weaning de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital de Clínicas José de San Martín (HCJSM) y requirieron ventilación mecánica invasiva según la nueva definición de WIND.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, de cohorte retrospectiva, de pacientes ingresados a la UTI del HCJSM en el período comprendido entre el 1 de agosto de 2013 y el 31 de julio de 2014.

Resultados: Ingresaron 252 pacientes con requerimiento de ventilación mecánica, 20 de estos fueron excluidos por utilizar ventilación no invasiva, quedando un total de 232 pacientes para el análisis de datos. Sesenta y dos (26,72%) de los pacientes formaron parte del

grupo no weaning, 92 (39%) del grupo 1, 47 (20,25%) del grupo 2, 17 (7,32%) en el grupo 3a y 14 (6,03%) en el 3b con una mortalidad del 96,8%, 12%, 25,5%, 5,9% y 64,3% respectivamente ($p < 0,001$). El éxito de weaning en el grupo 1 fue del 88,5% y en el grupo 2 fue del 74,5%, mientras que en el grupo 3 fue del 67,7%. ($p=0,02$). Hallamos un acuerdo del 90,5% entre el grupo 1 de WIND y simple de ICC.

Conclusión: La nueva definición para la clasificación de weaning resulta más abarcativa, incluyendo aquellos pacientes traqueostomizados, a los que no realizaron PRE, a los que presentaron extubación no deseada o fueron derivados con VMI. Nos permitió encontrar diferencias significativas en cuanto a la mortalidad en los diferentes grupos de weaning, demostrando ser una herramienta más útil en cuanto a la predicción de resultados del proceso de weaning que la clasificación de ICC.

0026 HIPERNATREMIA EN LA FASE DE RECUPERACIÓN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

NA ANGELONI(1), FD MASEVICIUS(1), E MARTINEZ(1), P CECILIA(1)

(1) Sanatorio La Trinidad De Ramos Mejía.

Introducción: Elevaciones del sodio plasmático (Nap) han sido descritas durante la fase de recuperación de la insuficiencia renal aguda (FRIRA), atribuidas a la incapacidad renal para concentrar la orina. Nuestro objetivo fue describir las variaciones del Nap durante esta fase y estudiar sus determinantes.

Material y método: Estudio observacional de una cohorte prospectiva de pacientes críticos durante la FRIRA.

Se incluyeron aquellos pacientes que presentaron IRA en la unidad de terapia intensiva durante un período de 7 meses. Tomando como inicio el día en el que se registró el valor máximo de creatinina plasmática (Crp), se definió FRIRA al período durante el cual se detectó una tendencia descendente de la misma.

Se estudió la variación del Nap, evaluada como: a) variación máxima de sodio (ΔNa) y b) velocidad de variación del sodio ($\Delta Na/Días$ PicNap).

El APACHE II de ingreso fue calculado. Análisis de sangre (urea, creatinina y ionograma) y orina (ionograma) fueron realizados diariamente, y se confeccionaron los balances diarios de agua y electrolitos.

Los determinantes de la variación de Nap fueron evaluados con regresión lineal o logística.

Resultados: 38 pacientes fueron incluidos. Las características de la población estudiada fueron: edad 70 ± 14 años; APACHE II 20 ± 7 ; mortalidad 13%.

La mayoría de los pacientes (82%; n:31) presentaron elevación del Nap (ΔNa 11 ± 7 mEq/L; $\Delta Na/DPNa$: 1.8 ± 1 mEq/L/d) con un pico de Nap a los 5.9 ± 2 días. Las variables asociadas al ascenso del Nap fueron: APACHE II de ingreso, variación de la urea y Nap del día 1. En 7 pacientes el Nap disminuyó o no se modificó.

No se encontró asociación entre las variaciones de Nap y la composición hidroelectrolítica de ingresos y egresos, ni con su balance neto.

La incidencia de hipernatremia en esta cohorte fue del 80% (n:30).

Conclusión: La mayoría de los pacientes con IRA presentan hipernatremia en la FR IRA. El score de APACHE II, el Nap al comienzo de la recuperación y la mayor variación de la urea durante este período son los principales determinantes de las variaciones del Nap.

Figura 1:

Elevación de Nap (n=31)			
	Coefficiente	p	IC 95%
APACHE II	0.64	0.00	0.38 - 0.90
$\Delta Urea$	0.06	0.03	-0.01 - 0.12
Nap día 1	-0.38	0.04	-0.74 - -0.01
No elevación de Nap (n=7)			
	Coefficiente	p	IC 95%
APACHE II	-0.07	0.84	-1.03 - 0.87
$\Delta Urea$	0.05	0.45	-0.10 - 0.2
Nap día 1	-0.04	0.92	-0.91 - 0.84

0027 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN PUÉRPERA DE CESÁREA CON FASCITIS NECROTIZANTE ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

A PEREZ SARRIGUREN(1), G ZAKALIK(1), M SANCHEZ(1), JL MARENGO(1), J PINA(1), G PAGELLA(1), F GALIOTTI(1)

(1) Lagomaggiore.

Introducción: El embarazo se asocia a mayor riesgo de infección. La sepsis es la 2° causa de muerte materna en nuestro medio. La fascitis necrotizante secundaria a endomiometritis puerperal es una entidad muy poco frecuente con alta mortalidad. El abordaje multidisciplinario y precoz de esta patología es esencial para una evolución favorable.

Presentación del caso: Paciente de 20 años de edad, puérpera post cesárea de 5 días ingresa a UTI en el post operatorio inmediato de Anexohisterectomía total con resección de rectos, oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso derechos del abdomen, y músculos de pared torácica por endomiometritis y fascitis necrotizante. Ingresó en shock séptico con altos requerimientos de vasopresores, en falla multiorgánica, APACHE 25, SOFA 5. Permanece en UTI 60 días, con requerimiento de ARM, traqueostomía y necesidad de hemodiálisis. Luego de 5 cirugías de debridamiento de tejido necrótico, queda con abdomen abierto y contenido con sistema de aspiración negativa no comercial. Evolución favorable, a los 46 días de internación se inician cirugías reconstructivas con autoinjerto con cobertura con sistema de aspiración negativa comercial (VAC therapy) durante dos semanas. Paciente de alta hospitalaria a los 68 días.

Discusión: La fascitis necrotizante abdominal implica un desafío en el tratamiento inicial y en la elección del momento oportuno para iniciar medidas dirigidas a reparar la pared abdominal. La terapia de presión negativa ha mejorado el tratamiento de las heridas complejas. Actualmente su uso está extendido como terapia adyuvante tras el desbridamiento inicial de dichas heridas. Diversos estudios han demostrado que la aplicación de la terapia de presión negativa iniciada precozmente, disminuye el tiempo de resolución de las heridas complejas de forma más rápida que las curas húmedas. El cierre temprano de la pared abdominal ha demostrado disminuir las complicaciones asociadas.

Conclusión: En este tipo de cuadro con alta mortalidad, el trabajo multidisciplinario, junto con la toma de conductas agresivas, precoces y oportunas son fundamentales en el pronóstico. La cirugía de desbridamiento, la utilización de técnicas y sistemas de terapia a presión negativa y un adecuado estado nutricional fueron fundamentales en el éxito de la cirugía de reconstrucción en este caso.



0029 FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON HIPERGLUCEMIA EN CUIDADOS CRÍTICOS

J RODRIGUEZ LOUZAN(1), G SUAREZ(1), M GONZALEZ(1), A DOGLIOTTI(2), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular De Rosario.

Introducción: La hiperglicemia es un fenómeno habitual en los pacientes críticos. Se la ha asociado con resultados ominosos, sin embargo, también se ha reportado menor mortalidad en quienes presentan una hemoglobina glicosilada elevada. El objetivo de este estudio fue evaluar si el cambio en el estado habitual de glucemia se asocia a mayor mortalidad o estadía prolongada en terapia.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio prospectivo observacional donde incluimos 150 pacientes consecutivos durante 3 meses. Se registró hemoglobina glicosilada al ingreso, desarrollo

de hiperglicemia (glucemia mayor a 180 mg/dl) SAPS II, antecedente de diabetes conocido o no conocido (hemoglobina glicosilada mayor a 6,5 mmol/l). Se obtuvieron 4 grupos para diferenciar los que presentan un cambio en su estado habitual: 1-Normoglicémicos y Diabéticos con control estricto que no hacen hiperglicemia, 2-Diabéticos mal controlados que continúan hiperglicémicos en la internación, 3-Diabéticos mal controlados que dejan de hacer hiperglicemia en la internación. 4- Hiperglicemia asociada cuidados críticos. El punto final primario combinado fue mortalidad o estadía prolongada (6 días o más). Se realizó una regresión logística para identificar variables independientes asociadas al punto final.

Resultados:

Pacientes (n)	150
Motivo Ingreso (n)%	
Posoperatorio	73(48%)
Sepsis	16(10%)
Neurológico	24(16%)
Insuficiencia Respiratoria	23(15%)
Otro	15(9%)
Grupos	
Cambio estatus previo glicemia	29(19%)
• Hiperglicemia asociada cuidados críticos-	4
• Diabéticos mal controlados sin hiperglicemia internación	25
Sin cambio	121 (80%)
• Diabéticos mal controlados con hiperglicemia-	22
• Normoglicemia y diabéticos bien controlados sin hiperglicemia	99
SAPS II	21±20
Edad	56±17
Mortalidad	9(13%)
Estadía prolongada	43 (28%)

En el análisis multivariado sólo el score de SAPS II continuó siendo un factor de riesgo independiente para desarrollar el punto final primario. SAPS 2 (P=0,02) Por cada punto de SAPS obtenido se incrementa el 2,6 % de riesgo del punto final primario. Con cambio (p= 0,18)

Conclusión: En esta cohorte de pacientes la glucemia no se asoció a mayor estadía en terapia o mayor mortalidad el score de SAPS II fue el único factor de riesgo independiente asociado con el desarrollo del punto final primario.

0030 CORRELACIÓN ENTRE LA PRESIÓN MEDIA SISTÉMICA ESTIMADA MEDIANTE REGRESIÓN LINEAL Y UN ALGORITMO DE CÁLCULO.

MC GONZALEZ(1), M GONZALEZ(1), J RODRIGUEZ LOUZAN(1), A DOGLIOTTI(2), A DUBIN(3), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque. (2) Icr. (3) Sanatorio Otamendi.

Introducción: La determinación de la presión media sistémica(PMS) ha recibido reciente interés como una contribución más al monitoreo hemodinámico. Los valores de PMS pueden ser afectados por cambios del volumen intravascular y por drogas vasodilatadoras y vasoconstrictoras. Su medición se realiza a través de la construcción de un gráfico que refleje la relación entre la presión venosa central (PVC) y el volumen minuto cardíaco (VMC). Al extrapolar la curva de regresión lineal a las abscisas se obtiene el valor de PMS. Este método es laborioso y requiere de tecnología apropiada. Por el contrario, otro enfoque es la determinación por un algoritmo matemático que ha sido validado.

El objetivo de nuestro trabajo fue determinar la intercambiabilidad de las mediciones de PMS.

Materiales y métodos: Se incluyeron a todos los pacientes que tuvieran un equipo EV1000 para monitoreo hemodinámico. Se reali-

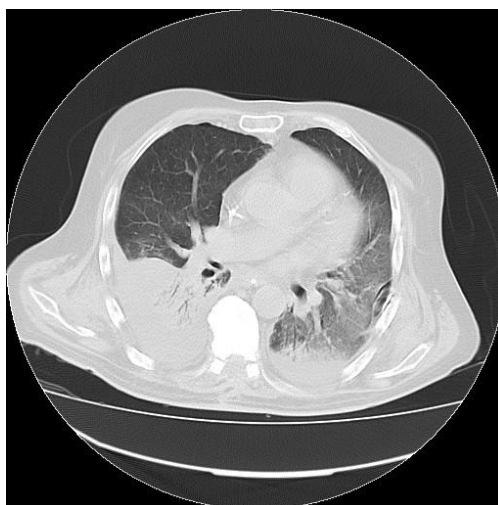
zaron 12 mediciones en 4 pacientes. La PMS se determinó mediante la realización de 4 pausas respiratorias (inspiratorias y espiratorias) de 15 segundos con 2 niveles de peep. Se registraron PVC y VMC basales y durante cada pausas. También se registró TAM, edad, peso y talla inmediatamente antes de iniciar las pausas. Con los 4 pares de datos obtenidos se construyó el gráfico. El valor de PMS se obtuvo al proyectar la línea de tendencia hasta el eje de las abscisas.

Para la estimación por fórmula se utilizó un algoritmo matemático $Pmsa = a \times Pcv + b \times TA + c \times CO$.

Para el análisis estadístico se utilizó el test de Bland y Altman.

Resultados: La PMS promedio fue de 36 ± 7 mmHg por regresión lineal y de 19 ± 4 mmHg por fórmula. La R^2 fue 0,19 lo que muestra una relación pobre pero estadísticamente significativa (Figura 1). Además, el algoritmo de cálculo subestimó en forma sistemática al valor de PMS comparado con los valores estimados al extrapolar la tendencia lineal al eje abscisas. El sesgo fue de 17 mmHg y los límites de concordancia del 95% fueron de 3 a 31 mmHg lo que hace que ambos métodos no sean intercambiables.

Conclusión: Los métodos de estimación de PMS por regresión lineal y por algoritmo matemático no son intercambiables.



0031 TOXICIDAD POR AMIODARONA EN PACIENTE CRÍTICO

N BARALDI(1)

(1) Hospital Privado.

Introducción: Entre los efectos secundarios la amiodarona tenemos la toxicidad pulmonar. Se produce en un 10-15% de los pacientes, mayormente de sexo masculino >40 años. Presentándose como neumonitis intersticial, alveolitis y fibrosis pulmonar, aún en dosis menores a 200mg/día hay una prevalencia de 0.1%.

La clínica principalmente es la disnea, aunque también existe tos no productiva, dolor torácico, derrame pleural o un síndrome constitucional.

Caso Clínico: Paciente de 69 años de edad, sexo masculino, con APP de arritmia no filiada y cáncer de próstata con metástasis ósea con tratamiento quimio y radioterápico, ex-tabaquista de 40 paq/año. Medicación habitual de relevancia: Amiodarona 200mg/día desde hace 1 año aproximadamente.

Ingresó el día 10/03 por disnea de 20 días de evolución que progresa a clase funcional IV.

En sala común, se realiza TAC tórax (11/03) con Infiltrados Bilaterales, se descarta TEPA. PAFI 160. Se comienza con antibiótico terapia de amplio espectro.

Se realiza BAL (11/03), por sospecha de progresión de enfermedad oncológica, y toma de biopsia con resultado negativo al cultivo y anatomía patológica con macrófagos espumosos vacuolados.

Empeoramiento clínico (13/03) con requerimiento de VNI permanente, hipoxemia severa, pasa a UCIA se procede a intubación orotraqueal y conexión a ARM.

Se realiza Biopsia Pulmonar (17/03) se obtiene intoxicación por amiodarona.

Nueva TAC (27/03) con atelectasias parciales bibasales y derrame pleural bilateral.

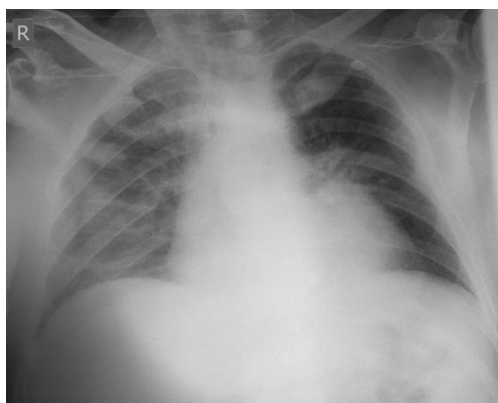
Mala evolución, inestabilidad hemodinámica, hipoxemia refractaria, acidosis respiratoria, se constata óbito el día 29/03.

Discusión: Consideramos importante la realización de biopsia transbronquial para confirmar el diagnóstico de neumopatía por amiodarona en forma temprana, e instaurar un tratamiento, ya sea por la severidad del cuadro, o cuando, a pesar de la retirada del fármaco y la cortico-terapia, no mejora el paciente.

De esta forma, se evitaría el estadio crítico de insuficiencia respiratoria causada por fibrosis pulmonar secundaria a amiodarona.

Conclusión:

A pesar de que la bibliografía demostró que la biopsia pulmonar no es necesaria en todos los casos, en nuestra experiencia, es de suma importancia para comenzar el tratamiento médico lo antes posible con corticoterapia y retirar el fármaco causante, previamente habiendo descartado etiología infecciosa.



0032 ENDOMETRIOSIS PULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO

MF MENDIETA(1), JJ NAVOTKA(1), AN GUTIERREZ(1), FJ REBORATTI(1), CA ZAMPEDRI(1), MR TORRES(1), GG GARAU(1), MM MARTINEZ(1), RA KARATANASOPULOZ(1), GA LEVI(1), VJ GARCIA(1), ME PAIZ(1), LV GOSSEN(1), C JOACHIN(1)
(1) Jose Ramon Vidal.

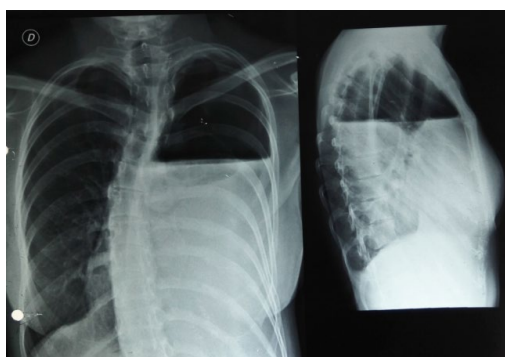
Introducción: La endometriosis se define como el proceso no neoplásico caracterizado por la existencia de tejido endometrial fisiológicamente funcional de localización extrauterina. Se estima que ocurre en 3-15% de la población femenina y en un 25-35% de las mujeres infértiles. Usualmente la endometriosis se limita a la pelvis, aunque puede ocurrir prácticamente en cualquier sitio, incluida la cavidad torácica de presentación excepcional.

Presentación de caso clínico: Paciente femenina, 24 años, antecedentes de embarazo ectópico en tres oportunidades con realización de salpingectomía bilateral con ooforectomía izquierda. Inicia con disnea clase funcional II de un mes de evolución, acompañado de dolor punzante en hemitórax izquierdo que progresa con aumento de la intensidad agregándose astenia, adinamia, palpitaciones. Ingresó al Servicio de Terapia Intensiva con disnea clase funcional III-IV, síndrome anémico, radiografía de tórax en donde se evidencia hidroneumotorax izquierdo colocándose tubo de avenamiento pleural con obtención de material hemático. Se realiza tomografía de tórax, abdomen y pelvis con el único hallazgo imagen quística en ovario. Posteriormente se efectúa videotoroscopia exploradora con toma de biopsia de vértice pulmonar con resultado anatómico compatible con endometriosis pulmonar iniciando

tratamiento con danazol. Con buena evolución clínica se decide su pase a sala general.

Discusión: La endometriosis pulmonar es poco frecuente. Los síntomas dependen generalmente de la localización del implante endometrioide (neumotórax, hemotórax, hemoptisis y nódulos pulmonares). La etiología no se conoce con certeza. Las hipótesis aceptadas son las de una metaplasia del epitelio del celoma en la vida fetal, una embolización hematológica y linfogénica de los órganos pélvicos tras la cirugía uterina o el parto y la regurgitación transdiafragmática de tejido endometrial. Para el diagnóstico de certeza es importante la evaluación histopatológica.

Conclusión: Aunque es poco frecuente, la endometriosis pulmonar es una de las entidades patológicas que es preciso considerar en las mujeres en edad fértil que se presentan con neumotórax, hemotórax, hemoptisis y nódulos pulmonares. Para obtener un diagnóstico de certeza histopatológico deben utilizarse métodos de exploración, incluida la intervención quirúrgica.



VIDEOTORACOSCOPIA EN DONDE SE OBSERVA FOCO ENDOMETROIDE

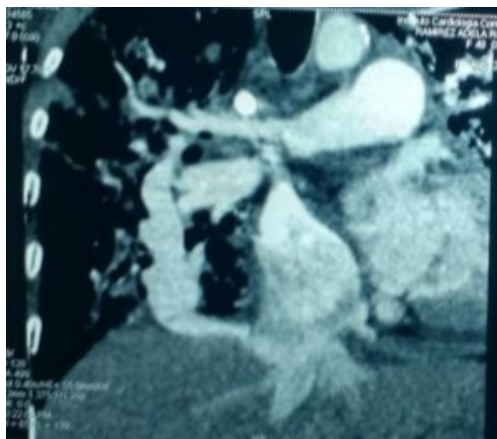
0033 SÍNDROME DE LA CIMITARRA: UN HALLAZGO CASUAL
CA ZAMPEDRI(1), CA ZAMPEDRI, AN GUTIERREZ, JJ NAVO-TKA, MF MENDIETA(2), VJ GARCIA(2), ME PAIZ, JF REBORATI, GG GARAU(3), MR TORRES, MM MARTINEZ, RA KARATANAZOPULOZ(2), GA LEVY, C JOACHIN, LV GOSSEN
(1) Jose Ramon Viidal. (2) Jose Ramón Vidal. (3) Jose Ramon Vdal.

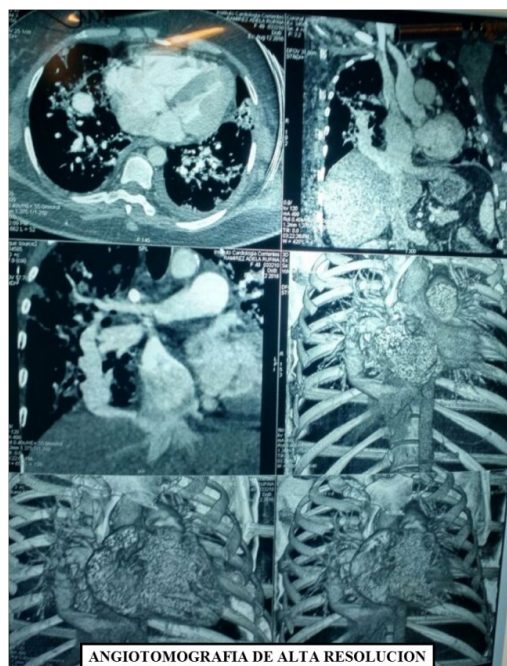
Introducción: El síndrome de cimitarra es una anomalía congénita caracterizada por un drenaje venoso anómalo del pulmón derecho en la vena cava inferior, suministro arterial sistémico parcial, hipoplasia del pulmón afectado, dextrocardia, anomalías bronquiales. Esta anomalía es visible en la radiografía de tórax como una opacidad curvilínea desde el hilio pulmonar derecho hasta el ángulo cardiofrenico homolateral.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino, 49 años, sin antecedentes cardiopulmonares, ingresa a Servicio de Cirugía por apendicitis aguda gangrenosa. Evoluciona en postoperatorio mediato con disnea clase funcional IV, de aparición súbita, tos con expectoración hemoptoica, febril, ingresando a Terapia Intensiva. Al ingreso: paciente vigil, frecuencia respiratoria: 32rpm, SatO₂ 88% al aire ambiente, rales bibasales. Electrocardiograma: taquicardia sinusal, BIRD, S1Q3T3. Radiografía de tórax: Patrón intersticial, redistribución de flujo, cardiomegalia. Se asume como Tromboembolismo de Pulmón (TEP), Sepsis a foco abdominal y pulmonar, neumonía grave. Evoluciona con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. Se efectúa tomografía de tórax multislice descartándose TEP, evidenciándose drenaje anómalo de las venas pulmonares derechas a vena cava inferior, infiltrado intersticio alveolar en ambos parénquimas. Ecocardiograma doppler sobrecarga de cavidades derechas, Presión Pulmonar 61mmHg, comunicación interauricular (CIA). En cateterismo cardiaco se evidencia Hipertensión Pulmonar severa, con saturación venosa-mixta del 95% ratificando el diagnóstico de síndrome de cimitarra. Se efectúan medidas terapéuticas según parámetros obtenidos, evolucionando con mejoría decidiendo su pase a sala general.

Discusión: El síndrome de cimitarra es una enfermedad congénita que implica una asociación de anomalías cardiopulmonares. La malformación cardiaca más frecuente es la CIA que se da en el 25% de los casos. La incidencia es 1-3/100.000 nacidos vivos. Se detecta en cualquier etapa de la vida, aunque a mayor edad es más raro su diagnóstico. La forma adulta suele cursar sin Hipertensión Pulmonar y con CIA pequeña bien tolerado desde el punto de vista clínico y pronóstico bueno.

Conclusión: Estamos frente a una patología poco conocida por su incidencia pudiendo sospecharse por el Signo de la Cimitarra en la Radiografía de Tórax, aunque la Angiotomografía de alta resolución es útil para obtener la confirmación, puede no ser suficiente teniendo que recurrir al cateterismo cardiaco.





0034 COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA: LOPERAMIDA EN EL MANEJO DE LA ILEOSTOMÍA DE ALTO DÉBITO

A MILANO GIL, CA FORTE(1), NS BARAGLIA, P TARLETTA(1)
(1) Hospital Aeronautico Central.

Introducción: La Ostomía de Alto Débito (OAD) es una complicación frecuente y poco identificada en pacientes portadores de ileostomías. Es importante que el abordaje de estos pacientes se realice a través de un equipo multidisciplinario.

Como terapia inicial se recomienda la utilización de loperamida. Sin embargo, su utilización para esta indicación es una indicación off label.

Descripción del caso: Paciente femenino de 78 años que cursa internación en terapia intensiva por sepsis a punto de partida de piel y partes blandas. Presenta como antecedente relevante una ileostomía más colectomía por cáncer de colon derecho. Durante la internación presenta abundante débito por ileostomía permeable (hasta 1500ml/24hs).

Se acuerda con médico tratante y equipo de soporte nutricional iniciar nutrición enteral (NE) con fibra soluble y loperamida 2mg/8hs. La paciente evoluciona favorablemente, tolera NE y normaliza el débito a menos de 800 ml/d.

Algunos profesionales, por fallas de comunicación, desconocimiento de la indicación y otros cuestionamientos, deciden suspender la loperamida o disminuir la frecuencia a 2 mg cada 12 hs. En estas situaciones, la paciente aumenta nuevamente la producción del débito.

La farmacéutica decide justificar el propósito de la intervención con evidencia científica y optimizar la comunicación interdisciplinaria para asegurar la prescripción de loperamida a dosis y frecuencias en que el paciente optimice su tratamiento (2mg/8hs).

Posteriormente evoluciona de forma favorable y es dada de alta.

Discusión: La información publicada en relación con el uso de loperamida para esta indicación es escasa; sin ensayos recientes (o controlados aleatorios). El tratamiento sigue siendo basado en la observación y la experiencia de los expertos en los centros especializados.

En cuanto a la seguridad de instaurar el tratamiento, evaluando que los efectos adversos cardiacos no han sido reportados en pacientes con OAD, y que éstos presentan mayor riesgo de tener

eventos cardiacos secundarios a los trastornos hidroelectrolíticos concomitantes de la misma patología de base, se decidió avalar la conducta de la indicación de loperamida que mostró mejor riesgo-beneficio con respecto a la no indicación.

Conclusión: La comunicación interdisciplinaria impacta en la mejoría clínica del paciente y en la calidad de atención brindada al mismo.

0035 REPORTE DE CASOS DE INTOXICACIÓN ALIMENTARIA: BOTULISMO

P CALCAGNO(1), V NUNIA(1), M BORDA(1), R BUFFA(1)
(1) Jb Iturraspe.

Se presentan tres casos de botulismo por consumo de alimento enlatado y conserva casera.

Caso 1: Femenina 26 años, sin APP, refiere cefalea frontal, visión borrosa, debilidad muscular, disartría con fallo ventilatorio, requiere IOT e ingreso a UTI.

Diagnósticos presuntivos: síndrome de Guillain Barre, miastenia gravis.

Estudios: PL, EMG, laboratorio y radiografía torax normales.

Se considera caso sospechoso de botulismo por ingesta de alimento enlatado y se comienza tratamiento con suero antibotulínico.

Presento como complicaciones NAVM e infección urinaria. Luego de un proceso de extubación prolongado y trabajo multidisciplinario recibe el alta a Clínica Médica cumpliendo el día 82 de internación.

Caso 2: Horas posteriores al ingreso de la paciente numero 1, consulta su marido de 43 años, sin APP,refiriendo malestar general, vómitos, diarrea y consumo de alimento enlatado por parte de ambos. Ingresa a UTI, y recibe suero antibotulínico AB.

Se confirma toxina botulínica en alimento y muestras biológicas.

Evoluciona favorablemente,recibiendo alta domiciliaria a los 14 días de internado.

Caso 3: Femenina de 62 años, APP obesidad, HTA, tabaquista, que comenzó una semana previa con cefalea retro-ocular, vómitos, disartría y dislalia. TAC cerebro normal, RMN cerebro normal, PL normal. Diagnosticos presuntivos: ACV isquemico vs Guillain Barre. Se recibe el antecedente epidemiológico de consumo de conserva casera por lo que se plantea como intoxicación alimentaria (botulismo),se toman muestras, que son positivas, se realiza interconsulta con toxicología quienes autorizan la infusión de suero antibotulínico a pesar de los 14 días de evolución.

Complicaciones: NAVM, SDRA, ileo paralitico, atelectasias.

Evoluciona desfavorablemente y fallece luego de 30 días de internación.

Destacamos las medidas de soporte vital, ya que la complicación más importante es la insuficiencia ventilatoria siendo la principal causa de muerte. Por lo tanto la IOT/ARM es una medida básica de tratamiento.

Otro punto importante es el trabajo multidisciplinario que requieren, haciendo hincapié en kinesiólogía respiratoria, motora, enfermería, apoyo psicológico y psiquiátrico, nutricional y medico.

Para finalizar, la sospecha clínica y epidemiológica son fundamentales para el diagnostico y tratamiento adecuado y oportuno, su demora asegura una evolución desfavorable, a pesar de las comorbilidades de cada paciente.

0036 REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

V NUNIA(1), P CALCAGNO(1), M BORDA(1), R BUFFA(1)
(1) Jb Iturraspe.

Se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 27 años de edad sin APP que sufre un politraumatismo grave a consecuencia de un accidente en vía pública (peatón vs automóvil) por lo que es

intubado e ingresa a la UTI del Hospital JB Iturraspe, San Francisco, Córdoba en el año 2017.

Al ingreso se le realizan los siguientes estudios complementarios: tac cerebro: edema cerebral, HSA traumática, tac cervical: fractura sin desplazamiento de apófisis transversa de C7, tac tórax: contusión pulmonar derecha, fracturas costales múltiples, fractura inestable de D5 y D6 con compresión medular, tac abdomen: ruptura de bazo.

Requirió esplenectomía de urgencia, medidas de neurointensivismo y al sexto día del ingreso paciente presenta cuadro clínico compatible con síndrome de hiperactividad simpática, por lo que es pancultivado, recibe esquema antibiótico empírico (vancomicina, meropenem) y por persistencia de síntomas con episodios de taquiarritmias supraventriculares e inestabilidad hemodinámica refractaria al tratamiento habitual se interpreta el cuadro como crisis adrenérgica secundario a daño medular por lo cual se indica la vertebroplastia y fijación medular. Hallazgos intraoperatorios: fractura de D3 D4 D5 y D6.

Presenta interurrencias infectológicas: NAVM por Pseudomona, IPS por SAMR.

Presenta internación prolongada, 24 días en UTI, evoluciona favorablemente con disminución de los episodios de tormentas simpáticas posterior a la fijación de la columna dorsal, sin repetir taquicardias supraventriculares. Es dado de alta a centro de rehabilitación desde el servicio de Clínica Médica después de 75 días de internación.

Es abordado con un equipo multidisciplinario de médicos de UTI, enfermería, kinesioterapia respiratoria y motora, nutrición y fonoaudiología.

A modo de conclusión es importante destacar que las conductas terapéuticas fueron tomadas según orden de prioridades. Otro punto a importante es la interpretación del compromiso medular superior como posible causa de síndrome de hiperactividad simpática y adoptar la conducta quirúrgica necesaria y oportuna.

0037 MANIOBRA DE PRONO EN PACIENTE EMBARAZADA CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO REFRACTARIO A TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO.

F GALIOTTI(1), JL MARENGO(1), G ZAKALIK(1), A CHENA(1), J PINA(1), M SANCHEZ(1), A MARTIN(1), C PELLEGRINI(1), A PEREZ SARRIGUREN(1)
(1) Lagomaggiore.

Introducción: La prevalencia del síndrome de distress respiratorio en el embarazo se estima de 16-70 cada 100000 embarazos, presenta alta incidencia de muerte fetal y asfixia perinatal. La evidencia actual de prono en pacientes embarazadas es escasa, por lo que iniciar ventilación en prono es controversial.

Caso clínico: Paciente de 26 años cursando embarazo de 20,6 semanas por ecografía tardía. Ingres a UTI por síndrome de distress respiratorio secundario a urosepsis con bacteriemia a Klebsyella pneumoniae. Se inicia ARM, vasopresores, cultivos, antibióticoterapia y monitoreo cardiorrespiratorio. Presenta PAFI de 67, por lo que se realiza maniobra de reclutamiento alveolar según protocolo del servicio. A las tres horas se evidencia refractariedad al tratamiento y se procede a realizar maniobra de prono seguida de maniobra de reclutamiento alveolar como medida de rescate, con mejoría durante la primera sesión. Luego se realizaron 2 sesiones de prono de 16 horas con 4 hs de descanso en supino, monitorizando latidos cardiorrespiratorios, mecánica pulmonar e intercambio gaseoso. Permanece 6 días, en ARM y se desvincula en VNI con interface helmet durante 24 horas, permaneciendo en Uti durante 14 días. Se decide su pase a clínica médica y posterior alta hospitalaria. Al cumplir 38 semanas de gestación se realiza cesárea programada, nacido vivo sin complicaciones.

Discusión: En la actualidad existe escasa bibliografía y solo hay reportes de caso, en donde la ventilación en prono en pacientes embarazadas es utilizada como maniobra de rescate. Actualmente la maniobra de prono en este grupo poblacional es una contra-

indicación relativa, debido al aumento de la presión abdominal y probable colapso vascular uteroplacentario comprometiendo la vitalidad fetal. Teniendo en cuenta la edad gestacional, siendo un feto no viable, y debido a la falta de respuesta a la maniobra de reclutamiento alveolar se decide efectuar la maniobra de prono priorizando la vida materna.

Conclusión: El manejo del síndrome de distress respiratorio en el embarazo resulta un desafío, más aun cuando este es refractario a los tratamientos convencionales y con la escasa bibliografía actual. La maniobra de prono en este caso resulto ser beneficiosa tanto para el bienestar materno como así también para la vitalidad fetal.

MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO EN SUPINO					
PEEP	VT	PLATEAU	CST	sPO2 /pO2	delta presion
30	297	46	18,0	96,9	16
25	297	38	22,0	111	13
20	298	31	27,0	98,4	11
15	298	26	27,0	80	11
10	297	22	27,0	67,3	12
basal 10	300	30	22,0	66	20
Sesion 1		Sesion 2			
	Prono	Supino	Prono	Supino	
VT	300	300	300	300	
Complacenci	30	16,6	33,3	42,8	
Plateau	30	38	29	27	
Delta presio	10	18	9	7	
PEEP	20	20	20	20	
PAFI	79,3	114	174	190	



0038 NEUMATOSIS INTESTINAL EN PACIENTE CON QUEMADURA ELECTRICA: A PROPOSITO DE UN CASO

M EMMERICH(1), K OBANDO MUÑOZ(1), K ESTRADA(1), L NAVARRO(1), P DE LA VEGA(1), A BARRAZA(1), D ANGARITA RUEDA(1), A BUITRAGO(1), B ASCUÉ(1), M VILLEGAS(1), V FUENTES GUZMÁN(1)
(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: La neumatosis intestinal es una entidad clínica infrecuente y de etiología poco clara que consiste en la presencia de gas en la pared intestinal que puede comprometer cualquier parte del intestino y el sistema venoso portomesentérico. Es un signo radiológico por lo que su relevancia debe ser dada por la clínica del paciente. Se clasifica en 2 subgrupos: neumatosis primaria, de etiología desconocida y buen pronóstico y la secundaria, relacionada con algún proceso patológico serio, con mal pronóstico, asociándose con isquemia o necrosis intestinal. El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia de diagnosticar y dar el valor clínico adecuado a la neumatosis intestinal en un grupo de paciente con factores de riesgo para presentarla, identificando los casos que requieren tomar conducta quirúrgica.

Caso Clínico: Paciente masculino de 56 años sin antecedentes de relevancia ingresado por quemadura eléctrica del 16% SCT, evolucionando desde su ingreso con ileo que no responde al tratamiento médico. La tomografía de abdomen muestra como único signo radiológico claro neumatosis intestinal sin presentar clínica

de abdomen agudo, es valorado de forma interdisciplinaria con el servicio de cirugía y es llevado a laparotomía exploratoria con hallazgo intraoperatorio de isquemia intestinal en región cecal, se realiza hemicolectomía derecha con posterior resolución del cuadro logrando reinicio de la alimentación.

Comentarios: La neumatosis intestinal es una entidad rara, de incidencia desconocida, asociada a gran variedad de condiciones clínicas, entre ellas, las quemaduras graves. Estos pacientes tienen múltiples factores de riesgo para desarrollar este cuadro por presentar importantes cambios en la fisiología intestinal que pueden llegar a generar isquemia, infarto y/o necrosis intestinal, aun así existen en la literatura mundial pocos casos reportados sobre neumatosis intestinal en pacientes quemados y la mayoría de estos casos corresponden a pacientes con quemaduras térmicas, por esta razón resaltamos esta condición clínica en un paciente con quemadura eléctrica que comparte el mismo mecanismo fisiopatológico. Es importante sospechar esta entidad en los pacientes con quemaduras extensas y así poder dar valor clínico al hallazgo radiológico realizando el tratamiento quirúrgico indicado de forma rápida disminuyendo su mortalidad.

0039 EXPERIENCIA EN HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR ASOCIADO A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

MC CANSECO(1)

(1) Instituto De Maternidad.

Introducción: El hematoma subcapsular hepático es una complicación infrecuente y grave durante la gestación o el puerperio asociado a enfermedad hipertensiva del embarazo, con serias complicaciones. La rotura sin patología asociada es excepcional. El diagnóstico precoz es poco habitual en el contexto de una laparotomía de urgencia. Presenta una elevada mortalidad materna y fetal.

Objetivos: Determinar la incidencia y la morbimortalidad materna asociada a hematoma hepático subcapsular en pacientes internadas en Unidad de Cuidados Críticos Obstétricos en Hospital de 3 Nivel, desde marzo del 2014 a marzo del 2017.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte longitudinal con revisión de historias clínicas de pacientes ingresadas en Unidad Cuidados Críticos en estado gravídico o puerperal desde marzo de 2014 a marzo de 2017. La población incluida fue de 177 pacientes con pre eclampsia severa, Hellp y/o eclampsia.

Resultados: De 177 casos de pre eclampsia severa, Hellp y eclampsia, 2 (1,1%), IC 95% (0,1% - 4%) presentaron hematoma hepático subcapsular. Una tenía control prenatal completo. Edad 21 y 31 años. Sin antecedentes de HIE previa, ni en esta gesta. El diagnóstico fue durante la cesárea de urgencia (lóbulo izquierdo) y en el puerperio (lóbulo derecho). Presentaron como síntomas: diarrea, hipotensión dolor abdominal, cefalea. Ambas tenían HELLP. El tratamiento de un caso fue con empaquetamiento y el otro conducta expectante (resolución espontánea). Morbimortalidad nula.

Conclusión: En tres años la incidencia fue de 1 por cada 10.000 nacidos vivos. Sin morbimortalidad materna.

La sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el tratamiento multidisciplinario son esenciales para disminuir la morbimortalidad materna.

0040 EXPERIENCIA DE REGISTRO CONTINUO Y SIN PAPELES DE TISS-28 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS POLIVALENTE

E BARRETO(1), N RIVAS(1), S MABEL(1)

(1) Sanatorio Trinidad Ramos Mejía.

Introducción: El uso del puntaje TISS-28 como herramienta para evaluar carga del trabajo de enfermería y gravedad de los pacientes

internados en la UTI está ampliamente demostrado. Desde el inicio de actividades en 2016, se tomó la decisión estratégica de registrar de forma prospectiva y electrónica todos los puntajes TISS-28 de los pacientes ingresados a la UTI por parte del personal de enfermería en el software SATI-Q.

Objetivo: Evaluar el uso del puntaje TISS-28 en la UTI y describir la experiencia de registro sin papeles.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional. Se registraron directamente en PC los datos de todos los ingresos a la UTI desde el 01-09-2016 hasta el 31-03-2017. Se define categoría vigilancia intensiva a pacientes con puntaje TISS-28 \geq 20. Las variables cuantitativas se expresan como promedio y desvío estándar. Las categorías como frecuencia y porcentaje.

Resultados: Ingresaron 328 pacientes a la UTI, edad promedio 57 años, 56,4% masculinos, estadía promedio $8,7 \pm 17$ días. Se registraron en total 2754 días de puntaje TISS-28, promedio de mediciones por paciente 8,5. Promedio de TISS-28 diario: $23,8 \pm 6,8$. Plantel de enfermería 8 por turno, 18 camas UTI. En los 1211 puntajes de 2016 el promedio diario de TISS-28: 25,3 y se internaron 10 pacientes promedio por día. En los 1543 puntajes de 2017 el promedio diario de TISS-28: 22,6 en 17 pacientes promedio día. El 71% de los días de internación los pacientes requirieron vigilancia intensiva.

Conclusiones: La cantidad de pacientes ha aumentado considerablemente en esta primera etapa, se requiere mayor tiempo de medición para evaluar correctamente la adecuación del plantel de enfermería en relación al puntaje. Sin embargo esta primera experiencia de registro continuo y sin papeles del puntaje TISS-28 demostró ser factible, brindándonos una herramienta importante para evaluar la gravedad de los pacientes internados en la UTI y para la gestión de carga de trabajo de enfermería.

0041 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS Y ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO.

VA PETROCHELLI(1), JE LEIVA(2), SDV MARTINETTI(2)

(1) Hospital Córdoba. (2) Córdoba.

Objetivos: Analizar las características clínico epidemiológicas de los pacientes quemados graves y determinar los factores relacionados con la morbimortalidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en la Servicio de Terapia Intensiva (STI), División Quemados del Hospital Córdoba por quemaduras graves, entre el 1 de Agosto del 2013 al 31 de Agosto del 2015, que reunían criterios de gran quemado.

Principales variables de interés. Estudiamos variables clínico-epidemiológicas de este tipo de pacientes, complicaciones desarrolladas y morbimortalidad.

Resultados: Total de pacientes, 57, un 70, 17% de los pacientes eran de sexo masculino, y la causa más frecuente de quemadura fue la térmica. La superficie corporal quemada fue del $41 \pm 25\%$ y la edad 49 ± 21 años. Un 70,14% de los pacientes necesitaron ventilación mecánica, un 59,64% requirió de la utilización de inotrópicos-vasopresores, un 47,36% presentó alguna infección, y un 33,33% desarrolló insuficiencia renal aguda durante la primera semana. La mortalidad fue del 42%. Las variables asociadas de manera independiente con un aumento significativo de la mortalidad fueron la superficie corporal quemada superior al 35% (OR 1,08; IC 95%: 1,03-1,12) y el desarrollo de insuficiencia renal (OR 5,47; IC 95%: 2,02-8,93).

Conclusiones: Los hombres en edad laboral son los más frecuentemente afectados. La mortalidad de estos pacientes es muy alta. El porcentaje de superficie corporal quemada y el fallo renal conllevan a mayor mortalidad en nuestra serie.

0042 PERFIL DE USO DE ALBÚMINA SÉRICA HUMANA 20% UNC (ASH-UNC): TRABAJO INTERDISCIPLINARIO DE FARMACOVIGILANCIA

D RUARTE(1), MJ DIBO(1), MB GARAGIOLA(1), P FLORES(1), C BARROS(2), R RIVERO(2), D FONTANA(2)

(1) Sanatorio Allende (sa). (2) Laboratorio De Hemoderivados Unc (lh-unc).

Introducción: Albúmina sérica humana (ASH-UNC) está incluida en el programa de farmacovigilancia del LH-UNC. Desde el Servicio de Farmacia (SF) del SA se detectó la necesidad de actualizar y documentar información referida a ASH-UNC.

Objetivo: Evaluar el perfil de uso de ASH-UNC en el SA y proponer acciones conjuntas entre la institución y la industria que contribuyan al uso racional.

Materiales y Métodos: Estudio: observacional en 2 etapas – Retrospectivo (01–30/Abril 2015) – Prospectivo (01/04/2016-31/05/2016); Lugar: SA.

Fuentes: sistema de gestión de stock, sistema de internación, historia clínica, registros de laboratorio y enfermería, prescripciones, entrevistas a profesionales.

Población: todos los pacientes internados del SA con indicación de ASH-UNC.

Variables: edad, sexo, días de internación, diagnóstico e indicación, medicamentos prescritos, datos de laboratorio, salas/servicios, efectividad (cuantitativa: albuminemia – cualitativa: grado de recuperación), seguridad (RAM).

Análisis de datos: Microsoft Excel, prospectos, protocolo de uso, bibliografía.

Información recolectada y analizada por profesionales del SA, del LH-UNC y alumnos de la carrera Farmacia.

Resultados: Etapa 1: 24 pacientes; 71% masculino (N=17); rango etario entre 56 a 75 años (54%, n=13); días de internación promedio n=15 (rango: 3-43 días); días de uso de ASH-UNC promedio=5 (rango: 2-13).

Etapa 2: 52 pacientes; 67% masculino (n=35); rango etario entre 56 a 75 años (54%, n=28); días de internación promedio n=16 (rango: 1-64); días de uso de ASH-UNC promedio=5 (rango: 2-13).

En ambas etapas los servicios con mayor indicación de tratamientos fueron: Unidad de Terapia Intensiva Adultos (UTI-A) y Clínica Médica (CM) (etapa1: n=8, 30%; n=5, 19%, respectivamente - etapa2: n=20, 37%; n=14, 26%, respectivamente). Las dosis, vía y velocidad de administración fueron adecuadas; no se observaron incompatibilidades, interacciones ni RAM. En la etapa 1 se registraron 7 indicaciones diferentes y en la etapa2 se registraron 9. Las más frecuentes en ambas etapas fueron: ascitis, trastorno del metabolismo de proteínas plasmáticas e insuficiencia hepática. Hubo diferencias al compararlas con prospecto, protocolo institucional y bibliografía.

Conclusiones: En los periodos ASH-UNC se utilizó principalmente en varones entre 56 y 75 años, de UTI y CM. Las indicaciones fueron variadas y discrepantes mostrando la necesidad de actualizar el protocolo institucional. Se realizarán ateneos multidisciplinarios y boletines informativos.

0043 REPORTE DE UN CASO: CORRECCIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO UTILIZANDO VENTILACIÓN NO INVASIVA GUIADA POR MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE OBESIDAD E HIPOVENTILACIÓN

J DÍAZ(1), R MONTENEGRO(1), ML GALLINI(1), J VERNA(1)

(1) Gobernador Centeno.

Presentamos un paciente masculino de 68 años, obeso mórbido con antecedentes de Síndrome de Apneas del Sueño, que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva con Insuficiencia Respiratoria Aguda Hipercápnica y es tratado con VMNI. A pesar de lograr una buena adaptación a la interfaz, control de fugas y corrección de las presiones, la menor Paco2 obtenida fue de 68 mm Hg. Decidimos

colocar un balón esofágico con el objetivo de determinar en que medida el componente toraco abdominal el cual estaba afectando el esfuerzo y el intercambio gaseoso. Luego de la medición, los valores de PEEP se incrementaron, obteniéndose una presión transpulmonar telespiratoria cercana a 0 cm H₂O, una disminución del esfuerzo de los músculos inspiratorios y una mejoría en el valor de PaCO₂ luego de 12 hs de VMNI. El paciente no presentó ninguna complicación asociada a la titulación con manometría esofágica y fue dado de alta de la terapia intensiva a las 72 hs post titulación guiada Pes.

0044 REPORTE DE CASO: SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A STAPHYLOCOCCUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC)

M BORDA(1), P CALCAGNO(1), V NUNIA(1), R BUFFA(1)

(1) Jb Iturraspe.

Introducción: Rescate del germen en hemocultivo, cultivo de secreciones, LCR y punción plural.

El antibiograma revela sensibilidad a vancomicina mediante Etest.

Presentación de Casos:

Caso 1: Paciente de 37 años con diagnóstico previo de Diabetes tipo 2, medicada con glimepirida mas metformina.

Comienza con forunculosis en región abdominal mas dolor lumbar sumado a equivalentes febriles.

Se aísla SAMR en hemocultivo, urocultivo y cultivo de LCR.

Evoluciona con artritis séptica de rodilla izquierda y colecciones múltiples en TCS. Se realiza debridamiento profundo en glúteo derecho, región dorsal, brazo derecho y rodilla izquierda.

Luego de 16 días de tratamiento en UTI pasa a sala general para continuar tratamiento.

Caso 2: Paciente de 16 años sin antecedentes patológicos de relevancia que consulta en primera instancia por forunculosis en región glútea.

Hemocultivo + para SAMR, sensible a vancomicina.

Compromiso pulmonar con requerimiento de toracotomía y neuromonectomía. Presenta hipercapnia refractaria, se decide ECMO.

Reingresa a nuestra institución para continuar tratamiento antibiótico y recuperación nutricional.

Actualmente internado en servicio de clínica medica con buena evolución.

Caso 3: Paciente de 36 años que consulta por foliculitis en brazo derecho y dolor lumbar que no cede con AINES.

Se realiza RMN que revela absceso epidural y paraespinal. Hemocultivo y cultivo de secreciones positivo para SAMR. Se inicia tratamiento con vancomicina mas clindamicina.

Evoluciona con absceso en ambos glúteos con drenaje profundo. Osteomielitis en columna lumbar y cresta iliaca. Focos séptico pulmonares sin necesidad de toracotomía.

Actualmente continua en servicio de terapia intensiva en traqueo en T.

Caso 4: Paciente de 37 años que consulta por forunculosis en región dorsal izquierda sumado a cefalea, rigidez de nuca y fiebre.

Ingresa a UTI, se realiza hemocultivo y cultivo de LCR compatible con meningitis bacteriana. Se realiza IOT, mala evolución. Se constata óbito a las 24 hs.

Discusión: Prevalencia de SAMR de la comunidad en pacientes jóvenes inmunocompetentes con compromiso multisistémico y estadio prolongada en UTI.

Conclusion: Manejo multidisciplinario en pacientes con shock séptico y sepsis severa por SAMR de la comunidad sensible a vancomicina.

Compromiso inicial en piel, TCS y hueso con posterior impacto en pulmón, como principal órgano blanco, y secundariamente en SNC.

0045 EXTUBACIÓN NO PROGRAMADA (ENP), ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES: INCIDENCIA Y VARIABLES RELACIONADAS PARA MEJORAR LA CALIDAD EN UNA UNIDAD POLIVALENTE

R GARNICA(1), A TAMAYO(2), W VIDETTA, G RODRIGUEZ, F CARVAJAL, B FERNANDEZ, M WILCHES, J ALBARRACIN, T HUANCA(3)

(1) Municipal Eva Per[on De Merlo. (2) Municipal Eva Peron De Merlo. (3) Municipal Eva Peron Demerlo.

Introducción: La ENP complicando al paciente con IOT y VM, es la retirada prematura y no deseada del TOT por parte del enfermo AEI (autoextubación intencional), o por parte del staff médico o de enfermería AEA (autoextubación accidental), también podría incluirse la extubación decidida por el médico en una situación de emergencia, siendo además una marca de calidad utilizado por muchas UCIs.

Objetivo: Evaluar la incidencia del la ENP, analizando diferentes variables.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo y observacional de casos y controles en nuestra UTI, en un periodo de 2 años, considerándose como criterios de inclusión todos los pacientes adultos con VM > 24 horas, con un episodio de ENP. Se obtuvo el grupo control de la base de datos, buscando el emparejamiento de 3 controles por cada enfermo de la cohorte de casos, siendo los controles emparejados por género, edad +/- 5 años y APACHE II +/- 5 puntos. Se tomaron variables clínico-demográficas, motivo de IOT (medico, quirúrgico, traumático), fechas de admisión hospitalaria y UTI, de IOT, de ENP y de óbito, identificación de la cama del paciente, uso de analgesedación, desarrollo de NAVM.

Resultados: Las principales características clínico-demográficas se observan en la tabla No.1

Ocurrieron 17 ENP, 1,42 ENP por cada 100 días de VM. Las ENP tuvieron una distribución espacial no homogénea, las ENP ocurren más en horas de la noche. El análisis comparativo entre los casos y controles mostró una mayor estadía en UTI y hospitalaria, no una mayor mortalidad significativa pero si un mayor riesgo de NAVM luego de un evento de ENP especialmente la AEA.

Conclusiones: La incidencia de ENP se considera dentro de los estándares de la literatura (AE 0,1 a 4,2), incluso los de la SEMICYUC, con una franja horaria mayor de casos durante la noche, con mayor frecuencia en pacientes en proceso de destete, siendo los menos reintubados comparados con los de AEA en quienes tienden al desarrollo mayor de NAVM. También influye el desarrollo, revisión, actualización y aplicación de protocolos de analgesedación y de destete de la VM como refuerzos al cuidado profesional al pie de la cama para evitar la ENP.

0046 REPORTE DE CASO: UTILIZACION DE ESTRATEGIA DE DECUBITO PRONO POR SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO ENCEFALO-CRANEANO GRAVE E HIPERTENSION ENDOCRANEANA

V FUKS(1), L LAMOT(1), A DE SALVO(2), L MARTINEZ(1), M PETASNY(2)

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leonidas Lucero. (2) Hospital Municipal De Agudos Dr Leonidas Lucero.

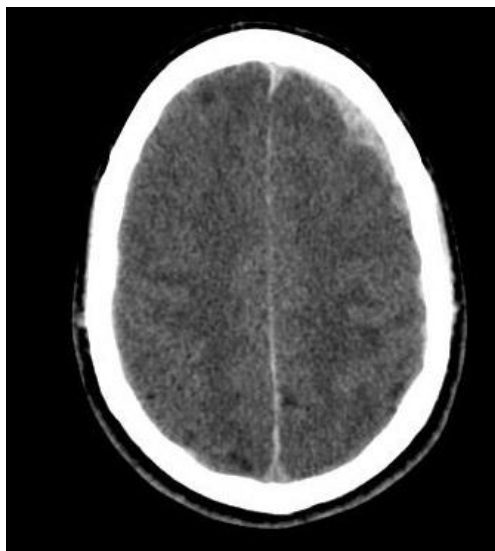
Introducción: El SDRA en pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC) grave, resulta de difícil manejo en quienes tienen hipertensión endocraneana (HTEC). El decubito prono tiene efectos beneficiosos en SDRA, pero la HTEC se considera una contraindicación relativa.

Presentación del caso: Paciente de 20 años de edad que ingresa tras sufrir politraumatismo: TEC grave GCS 3/15, y traumatismo de tórax cerrado con contusión pulmonar bilateral. Tomografía de encéfalo que muestra hemorragia subaracnoidea traumática, borramiento de surcos y hematoma subdural izquierdo. Evoluciona con HTEC

que requiere medidas de primer y segundo nivel para su manejo. Hipoxemia refractaria sin respuesta al tratamiento instaurado, se decide decúbito prono durante 10 días. Presenta episodios de hipertensión endocraneana por lo cual se realizan medidas para su manejo, manteniendo PPC > 60mmHg y PIC < 15mmHg. Evoluciona favorablemente, desde la externación presenta un score de rankin modificado y euro qol 5D sin signos de discapacidad.

Discusión: En un paciente politraumatizado con TEC grave y traumatismo de tórax cerrado, que evoluciona con hipertensión endocraneana. Evoluciona con SDRA refractario, se decide instaurar estrategia de decúbito prono pese a la contraindicación relativa por HTEC.

Conclusión: A pesar de la contraindicación relativa observada en la literatura acerca del decúbito prono en pacientes con HTEC, se realizó como medida de rescate al no obtener respuesta con el resto de las estrategias disponibles en nuestro medio. Se logro manejo de la PPC en los episodios de HTEC, y actualmente el paciente se encuentra sin secuelas neurológicas, y con scores de calidad de vida sin incapacidad.



0047 TROMBECTOMIA MECANICA EN PACIENTE EMBARAZADA Y ANTICOAGULADA

D PANOZZO(1), D MASILLA(1), I KLYMENKO(1), M MATTIOLI(1), O CORREA(1), JM SILVA(1), M VILLANUEVA(1), MB ESCUDERO(1), J PAUCAR(1), J OCHOA(1), M BERTE(1), A SANTA MARIA(1), AM PALAZZO(1), D NOVAL(1), SA ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: La trombectomía mecánica ocupa un rol creciente dentro de las alternativas terapéutica de los infartos cerebrales de origen tromboembólicos.

Se presenta una embarazada cursando Stroke agudo con contraindicaciones para trombolisis farmacológica realizándose Trombectomía Mecánica como alternativa terapéutica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 39 años de edad, con antecedentes de reemplazo de válvula mitral mecánica en contexto de Enfermedad Reumática en 2010, anticoagulada.

Cursando embarazo de 8 semanas.

Consulta a guardia de emergencias por TEC leve potencialmente grave y déficit braquio crural izquierdo súbito.

Se estudia con RNM de encéfalo con protocolo para Stroke donde se evidencia lesión isquémica aguda de ACM derecha con obstrucción de segmento M1 proximal.

NIHSS al ingreso 12, Anti X= 0.45.

Ante las contraindicaciones para trombolíticos, se decide la realización de Trombectomía mecánica (TM).

Se realiza procedimiento con Stent Solitaire a 6 horas del inicio del cuadro. Se observa recanalización parcial del segmento, por lo que se repite maniobra. Presenta leve vasoespasmo del segmento M1 distal, se verifica la permeabilidad de la arteria cerebral media y todas sus ramas.

Post procedimiento inmediato presenta progresión de foco, cefalea intensa y vómitos. Se realiza RNM de encéfalo donde se visualiza lesión compatible con isquemia aguda en región frontal anterior derecha.

Ante la sospecha de nuevos focos embolígenos se inicia anticoagulación con BIC de heparina sódica IV.

En las 48 hs posteriores y en contexto de progresión de foco se estudia en 3 oportunidades con RNM evidenciándose secuencialmente, nuevas lesiones isquémicas a nivel frontal, temporal, parietal, occipital y ganglios de la base derechos, así como cortico subcorticales temporo parietales izquierdas.

Por valores fluctuantes de anticoagulación se rota a HBPM.

Se estudia con DTC que informa ILD 3.25, ILI 1.50, Relación velocidad ½ Art. Basilar y Vertebral: 1.09. Actividad embolígena detectable a nivel intra y extra craneano.

Tras 8 días en UTI egresa a sala general presentando disartria leve y paresia facio braquial moderada izquierda. Feto con cinética cardiaca positiva y adecuada cantidad de líquido amniótico.

Conclusión: La TM se ha desarrollado como método alternativo o complementario a la Trombolisis farmacológica. Esta técnica permite la rápida recanalización del vaso, mejoría de la escala de NISHH y tiene baja tasa de complicaciones.

0048 USO DE MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN EL MONITOREO DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y GUÍA PARA WEANING EN PACIENTE OBESO MÓRBIDO.

R MONTENEGRO(1), ML GALLINI(1), J DÍAZ(1)
(1) Gobernador Centeno.

Reporte de un caso: Presentamos una paciente obesa mórbida de 66 años con Internaciones previas por hipercapnia e indicación de VNI en domicilio con cumplimiento irregular que ingresa a la UTI con insuficiencia respiratoria hipercápnica y requerimiento de ventilación mecánica, debido a las condiciones mecánicas de su sistema respiratorio se decide colocar balón esofágico para medir P pleural y titular PEEP para llevar Plesp cercana a cero lo cual mejoró su intercambio gaseoso, no encontramos alteración hemodinámica

durante la titulación de PEEP; teniendo en cuenta que alrededor de un 80% de los obesos mórbidos que siguen un weaning convencional fracasan en repetidas oportunidades la PVE, con guía de manometría esofágica realizamos un weaning no convencional pudiendo lograr una rápida y agresiva desconexión de la ventilación mecánica acortando los tiempos de estadía de VMI y disminuyendo el período de permanencia en UTI. La paciente requirió VNI post extubación inmediata alternando con alto flujo termohumedificado.

0050 PROTOCOLO DE MINIMIZACIÓN DE LA SEDACIÓN EN PACIENTES CON TEC GRAVE. ESTUDIO PILOTO

CA CASABELLA GARCIA(1), CD GARAY(2), ME GUANTAY(2)
(1) Clínica Bazterrica Santa Isabel. (2) Centro Médico Fitz Roy.

Introducción: Existe una tendencia cada vez mayor a minimizar o no utilizar sedación (SA) durante la ventilación mecánica (VM). Sin embargo en pacientes con TEC grave la SA tiene la función adicional de controlar la PIC. La utilización de SA mínima es compleja, existiendo falta de consenso y guías de SA en TEC.

Se realizó un estudio piloto sobre el uso de SA mínima en pacientes con TEC grave.

Materiales y métodos: En el período 1/01/2016 al 1/01/2017 ingresaron 108 pacientes con diagnóstico de TEC. 89 fueron excluidos (>24hs evolución, GCS>9, muerte encefálica). Se incluyeron en forma prospectiva 19 pacientes con GCS

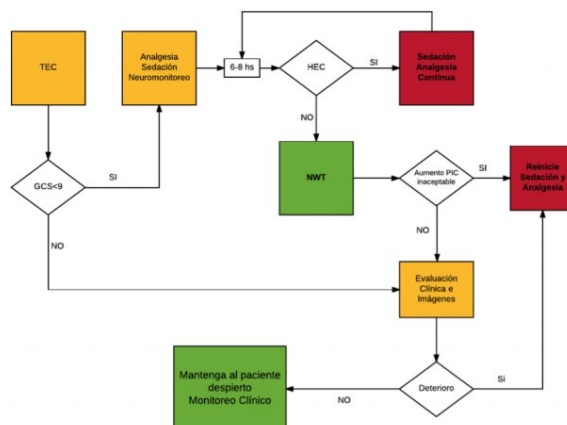
El protocolo de SA incluyó test de despertar neurológico una vez al día y ajuste horario de la dosis según neuromonitoreo y objetivos clínicos.

Resultados: Los pacientes tenían 41+/-15 años, GCS ingreso 5.8+/-1.8, Marshall 3+/-1.5, ISS 39+/-15, SOFA 9+/-2.5. 32% requirió intervención quirúrgica (craniectomía descompresiva). La sobrevivida al alta fue de 74%.

En el día 1 todos los pacientes recibieron remifentanilo, 63% requirieron además propofol, principalmente para manejo de la PIC (57%), 11% dexmedetomidina. El 26% de los pacientes recibieron sólo analgesia con remifentanilo. Se usaron BNM en el 20% de los casos. El NWT fue exitoso en el 68% de los pacientes.

La dosis de propofol (mg/k/h) fue 1.08 (Q1-Q3:0-1.85), 0.3 (Q1-Q3:0-1.5), 0 (Q1-Q3: 0-0.75) en los días 1, 2 y 3 respectivamente. La dosis de remifentanilo (mcg/k/min) fue 0.085 (Q1-Q3:0.05-0.12), 0.08 (Q1-Q3: 0.025-0.1) y 0.075 (Q1-Q3: 0.075-0.1) en los días 1, 2 y 3. Se utilizó neuromonitoreo por 70 +/- 53 hs, la LOS fue de 8 días (Q1-Q3: 6-28), VFD28 14 (Q1-Q3: 0-25). Se realizó traqueostomía en 21% y 10% desarrollaron UPP.

Conclusiones: El protocolo se asoció a la utilización de dosis bajas de sedantes y a una disminución progresiva de la dosis de propofol en las primeras 48 hs. El 26% de los pacientes recibió sólo analgesia. En 2/3 de los casos se pudo realizar con éxito un NWT. El protocolo de minimización de sedantes es factible.



0051 ESTUDIO OBSERVACIONAL: MEDICIÓN DEL ÍNDICE DE MASA MUSCULAR COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES EN POST OPERATORIO DE CIRUGÍA DE ABDOMEN EN TERAPIA INTENSIVA

D ARUFE(1), G BADARIOTI(1), J GOTERBER(1), B DE DIEGO(1), E SOBRINO(1)

(1) Sanatorio Mater Dei.

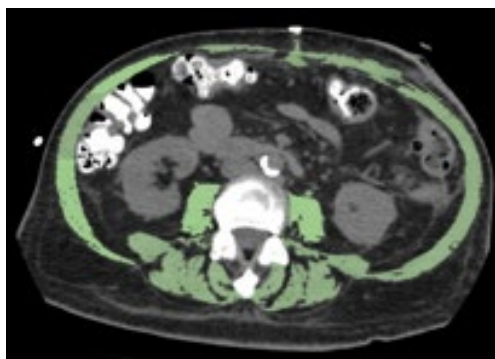
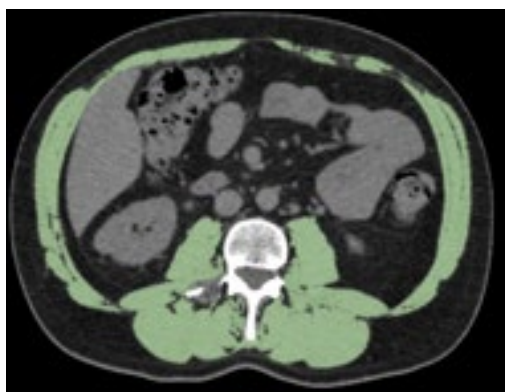
Introducción: A través de los años la composición del cuerpo va sufriendo modificaciones; la pérdida de masa muscular es una de ellas. Se define a la sarcopenia como la pérdida progresiva y generalizada de la masa y fuerza muscular, con riesgo de eventos adversos como infecciones y necesidad de reoperación.

Objetivos: Describir las complicaciones de los pacientes con masa muscular (MM) disminuida que cursan post-operatorio de abdomen en Terapia Intensiva.

Materiales y Métodos: Se identificaron en forma retrospectiva pacientes mayores a 18 años que hayan cursado post operatorio de cirugía abdominal en UTI. Se analizó la tomografía computada de abdomen de dichos pacientes para calcular la masa muscular a nivel de L-3.

Resultados: Fueron analizados 50 pacientes. El 74% de los pacientes tuvieron un índice de masa muscular (IMM) disminuido. Los pacientes con IMM disminuido tuvieron más días de internación en UTI en comparación con los pacientes con IMM normal, días UTI 10,9 (IC 95% 5,37-16,81) vs 4,5 (IC 95% 2,22-6,84). La misma relación se repite en la estadía hospitalaria siendo para el grupo de pacientes con IMM disminuido de 22 días (IC 95% 16-24) vs 10 días (IC 95% 5,21-16,31) en el grupo de pacientes con IMM normal. Los 4 pacientes que fallecieron tenían índice de masa muscular disminuido. Mortalidad de los pacientes con IMM disminuido fue del 10,8%. Dentro de los pacientes que tenían diagnóstico de algún tipo de cáncer (29 pacientes) el 68% tenía IMM disminuido. En cuanto a las infecciones, 19 pacientes (38%) presentaron algún tipo de infección. El porcentaje en cada grupo fue 78% vs 22% (IMM disminuido, IMM normal, respectivamente; p 0,137). Hubo que re-intervenir a 7 pacientes, de los cuales, todos presentaron un IMM disminuido.

Conclusión: La presencia de IMM disminuida fue frecuente en este grupo de pacientes, probablemente debido a que se trata de población añosa. Los días de internación, tanto en UTI como en el sanatorio fueron mayores en los pacientes con IMM bajos. La tasa de infecciones en el post operatorio fue mayor en los pacientes con IMM bajo aunque esto no fue estadísticamente significativo.



0052 DISCONFORT Y ACONDICIONAMIENTO DEL AIRE EN EL SISTEMA DE ALTO FLUJO NASAL. ESTUDIO EN VOLUNTARIOS SANOS

H ALUL(1), L PEREZ(1), G GABRIELA(1), F MARTINEZ SR-NEC(1), G RAMOS(1)

(1) Dupuytren.

Objetivo: Evaluar el impacto del acondicionamiento del gas inspirado en la tolerancia al sistema de alto flujo administrado por cánula nasal en voluntarios sanos.

Material y Métodos: Estudio prospectivo randomizado, simple ciego, que comparó dos niveles de temperatura del humidificador activo en 10 voluntarios sanos.

Se utilizaron dos sistemas de humidificación activa (programados con temperatura máxima y mínima) a 30 L/min, con una FiO2 de 0,21. Como interface se utilizaron cánulas nasales de alto flujo. Cada individuo fue expuesto a 4 intervenciones (2 con cada nivel de temperatura) de 5 minutos cada una. El orden de las intervenciones se definió por sistema random con tarjetas. Se registró antes de cada intervención la temperatura del agua del calefactor, la temperatura y humedad a la salida del calefactor y proximal a la cánula, la temperatura y humedad ambiente.

El disconfort y la sequedad nasal, bucal y faríngea fue evaluada utilizando una escala visual de 0 a 10.

Se realizó el análisis estadístico. Las variables cuantitativas fueron expresadas por el número de eventos y el porcentaje. Las cualitativas por la media y el desvío standard. Para la comparación de variables categóricas se utilizó el Test de Chi Cuadrado y para las variables continúa la Prueba de Student. Fue considerado un valor P menor a 0.05 como significativo.

Resultados: La edad promedio de 38,6 años (± 7.2), 4 mujeres y 6 varones. La temperatura y humedad relativa proximal al sujeto fue 24.4°C (± 0.9) y 70.5% (± 7.0) respectivamente en el subacondicionado y de 31.5 (± 1.3) y 96.5% (± 0.7) en el acondicionado. Se observó mayor disconfort en los procedimientos con AFO subacondicionado, 5.3 (± 2.4) vs 3.6 (± 2.7), (p 0.002). Estos también manifestaron mayor sensación de sequedad nasal 4.1 (± 2.9) vs 1.8 (± 1.9), (p 0.001). La evaluación de la sequedad bucal y faríngea no evidenció diferencias con significación estadística.

Conclusión: El gas subacondicionado a través de la cánula nasal de alto flujo en voluntarios sanos se asoció a mayor disconfort en intervenciones de 5 minutos de duración.

0053 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN TERAPIA INTENSIVA: UN MÉTODO SIMPLE Y SEGURO

G GENOVESE(2), L PEREZ(1), H ALUL(2), F MARTINEZ SR-NEC(2), G RAMOS(2)

(1) Dupuytren. (2) Dupuytren.

Introducción: Desde su introducción (1940), la cánula nasal, ha sido comúnmente utilizada para proveer oxígeno suplementario. Recientemente ha cobrado interés la utilización del sistema de alto

flujo de oxígeno (AFO) en pacientes adultos con insuficiencia respiratoria. Consideraciones referentes a la interface, la regulación del flujo y el acondicionamiento del gas inspirado son necesarias para establecer un sistema eficaz y seguro.

Objetivo: Describir un sistema simple para la administración de AFO y la experiencia de su utilización.

Material y Métodos: AFO: Se utilizaron 2 flujímetros de aire y 2 de oxígeno (máximo 60 L/min), Humidificador activo (T-31C/HR-97%), cánula nasal. La FIO₂ fue calculada.

Pacientes: Se registraron los pacientes en los que se utilizó AFO (2015-17). El discomfort fue evaluado con escala (0-10) (en pacientes evaluables).

Estadística: Se utilizó en variables categóricas la media y el desvío standard (mediana por valor extremo). Para la comparación se utilizó la Prueba de Student. Un valor P menor a 0.05 como significativo.

Resultados: Fueron incluidos 20 pacientes con edad promedio de 68.2 años (± 9.92). EPOC exacerbado 11, neumonía 3, fibrosis pulmonar 3, distres respiratorio 2 y contusión pulmonar traumática 1. La programación inicial promedio del AFO fue 33,8 L/min ($\pm 11,3$) y una Fio₂ de 62,7 % ($\pm 13,0$). 15 pacientes por insuficiencia respiratoria aguda, 3 post extubación y 2 para adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). El PAFI fue 149 (± 93), la PaCO₂ de 47,4 ($\pm 11,5$). Se utilizó AFO durante 9,5 días (± 18), (mediana 3 días). 14 pacientes no requirieron soporte ventilatorio invasivo ulterior, 4 requirieron ARM y 2 fallecieron con AFO, (1 fibrosis pulmonar con 75 días de AFO). 13 tuvieron VNI previa a la AFO. Comparando una escala de discomfort se observó una reducción del mismo de 6,1 ($\pm 2,6$) a 2,0 ($\pm 2,7$) (p. 005). También se observó una reducción de la frecuencia ventilatoria de AFO (28,5 $\pm 5,7$ vs 24,5 p .05).

Conclusiones: En el presente estudio se evidencia que el sistema elaborado de alto flujo a través de cánula nasal, puede ser administrado de manera segura y es una alternativa confortable para determinados paciente con insuficiencia respiratoria.

0054 VALOR DE LA PROCALCITONINA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA MF CORBACHO RE(1), DH BAGILET(1), CJ SETTECASE(1) (1) Hospital Escuela Eva Perón.

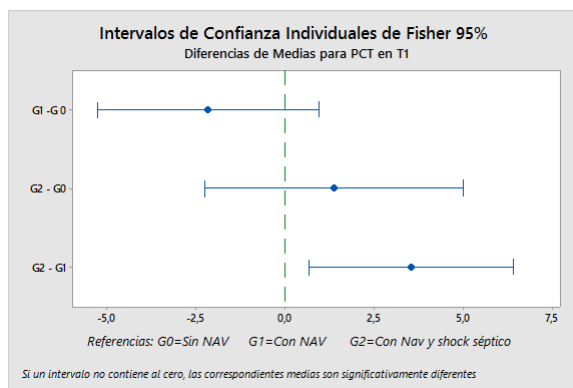
Introducción: La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) tiene una frecuencia del 8 al 28%. Cuando intervienen patógenos de alto riesgo como agentes etiológico de la misma, la mortalidad puede elevarse al 76%. Por esta causa, se han estudiado marcadores específicos para el diagnóstico precoz. En este sentido la procalcitonina (PCT) presenta resultados contradictorios.

Objetivo: Estudiar el valor de la PCT para el diagnóstico de la neumonía asociada a ventilación mecánica NAV.

Materiales y método: Estudio prospectivo y observacional realizado entre el 04/12/2014 y el 22/08/2016, en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente (UCI). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos con sospecha de neumonía luego de 48 horas de asistencia ventilatoria mecánica (AVM). No se realizó ninguna intervención. Como variables de interés se analizaron: datos demográficos; patología de ingreso; motivo de inicio a la AVM; escalas de gravedad al ingreso (APACHE II, SAPS II y SOFA); Proteína C Reactiva (PCR) y PCT. Al momento de la sospecha de NAV: precoz o tardía, severidad radiológica, presencia de shock séptico, SOFA, PCR, PCT y microbiología.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes con sospecha de NAV. La media de edad fue 42 ($\pm 17,76$) años, 78,4% eran varones, la media de internación en la UCI fue 18,59 ($\pm 11,69$) días y la media de estancia en AVM 13,99 ($\pm 10,47$) días. La NAV fue confirmada en 74 pacientes, de los cuales 19 (25,7%) presentaron shock séptico. La mortalidad fue del 28,4%. No hubo diferencias significativas de la PCT en los pacientes que presentaron NAV versus los que no presentaron NAV, p=0,456. Cuando se compararon los pacientes sin NAV, con NAV y NAV con shock, la media de PCT fue 3,77 ($\pm 4,75$), 3,77 ($\pm 9,11$) y 5,14 ($\pm 6,91$) respectivamente p=0,042.

Conclusiones: En nuestro estudio la PCT no demostró utilidad para el diagnóstico de la NAV. Sólo tuvo capacidad para discriminar a los pacientes con NAV que desarrollaron shock séptico.



0055 TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO INICIAL PARA NEUMONIA GRAVE EN PACIENTE HIV

L BIELSA(1), A NISNIK(1), M GUERESCHI(1), M HEREDIA(1), L GONZALEZ BREGA(1), J BARRERA(1)
(1) Reina Fabiola.

La Neumonía Aguda de la Comunidad Grave en pacientes HIV, constituye un grave problema de salud, las guías clínicas aseguran un manejo protocolizado, pero muchas veces la variabilidad etiológica que pueden presentar estos pacientes debe hacernos ampliar los esquemas antibióticos sugeridos por estas guías (fluoroquinolona o un beta lactámico + un macrólido).

Varón de 28 años, con diagnóstico reciente de HIV, consulta por guardia por disnea y fiebre. Se encuentra taquipneico, hipoxémico, con estertores crepitantes bibasales, en la radiografía de tórax se visualizan infiltrados en ambos campos pulmonares.

Se interna en UTI por requerimiento de VNI; se inicia empíricamente ampicilina-sulbactam, claritromicina, trimetoprima sulfametoxazol, anfotericina B dexocolato, ganciclovir y prednisona.

Se solicita IgM/IgG para Chlamydia y Micoplasma, Antígeno temprano para CMV, TIF para toxoplasmosis y chagas, VDRL, Antígeno para criptococo, serología para VHC y VHB, hisopado para virus influenza, hemocultivos, urocultivos. Todos los estudios resultaron negativos; se suspenden antibióticos y luego de 12 días de internado se va de alta institucional con indicación de trimetoprima sulfametoxazol, meprednisona y leucovorina.

Luego de 48 horas posteriores al alta, reingresa a la UTI por insuficiencia respiratoria y fiebre. Se toman nuevas muestras de cultivos que incluyen seriado de esputo; se inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam, trimetoprimasulfametoxazol, levofloxacina, ganciclovir y anfotericina b dexocolato.

El paciente evoluciona con linfopenia y anemia arregenerativa. Insuficiencia renal, requerimiento de ARM. Al 5° día se toma biopsia de adenopatía supraclavicular derecho donde se informa detección de PCR para TBC. Se decide iniciar etambutol, pirazinamida, rifampicina e isoniazida. Se inicia tratamiento antiretroviral.

Destete de la ventilación mecánica. Mejoría clínica, alta institucional.

Discusión: La NAC grave en los pacientes HIV puede deberse a múltiples agentes etiológicos, y el tratamiento empírico se ajusta a la epidemiología local. No esta descripto iniciar tratamiento para TBC en neumonía grave. Sin embargo, las mejoras clínicas de nuestro paciente fueron parciales hasta que se instauró el tratamiento dirigido a TBC.

Conclusión: Debemos reflexionar sobre la falta de evidencia para el tratamiento empírico inicial del paciente HIV con neumonía, y la posibilidad, de incluir tratamiento para TBC hasta confirmar agente etiológico.

0056 NEUROHIPOGLUCEMIA (HG 8 MG/DE) EN PUERPERA INMEDIATA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE SHEEHAN EN HOSPITAL POLIVALENTE, MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO, A PROPOSITO DE UN CASO

B FERNANDEZ(1), A TAMAYO(1)
(1) Municipal Eva Peron De Merlo.

Introducción: Durante el embarazo se producen importantes cambios, entre la madre, la placenta y el feto. En la hipófisis se dan cambios anatómicos e histológicos; esta glándula aumenta su volumen hasta en un 40%. La necrosis hipofisaria posparto o síndrome de Sheehan 2draio hemorragia obstétrica, ocasionando un colapso circulatorio intenso, predispone a la isquemia de la hipófisis aumentada de tamaño, tiene una incidencia de 1/10,000 partos. Es causa de muerte postparto, un 25% dentro de la presentación aguda del síndrome sheehan.

Caso clínico: femenina de 33 años, antecedentes de G7, P7, derivada del Hospital Chutro, por hipoglucemia severa, en puerperio inmediato (5 hrs), de parto eutócico de 42 gestación, obteniendo RN vivo masculino peso de 3600 g, evoluciona con ginecorragia no cuantificable, palidez mucocutánea, convulsiones tónico clónicas generalizadas e hipoglucemia (8 mg/dl-HGT 6 mg/dl) refractaria a tto glucosado hipertónico, el 27/07 ingresa a UTI con síntomas de neurohipoglucemia, infusión continua de Dsa a 25% y glucosado hipertónico 35%, persistiendo HG 8-10-6. Mg/dl, responde parcialmente a tratamiento, se decide iniciar hidrocortisona 100 mg c/8 hrs, y rota a prednisona 20 previo control perfil hormonal, ante sospecha de Síndrome de sheehan se decide suplementar hormonalmente con levotiroxina 100 ug/día,

Examen físico: Vitales: TA: 100/60 fc:116 fr:28 t: 35°C Glasgow: M:4 O:4 V:1, protege vía aérea,

Laboratorio: tabla 1 -tabla 2 HEMOCULTIVOS: NEGATIVOS
TC: CEREBRO-TORAX-ABDOMEN: s/p
RNM SELAR: SIN CAMBIOS EN SU ESTRUCTURA imagen 1
Evoluciona estable hemodinámicamente, con Glasgow de 15/15, orientada globalmente, metabólicamente compensada, evaluada por servicio de Endocrinología que decide igual esquema pasa a Sala de Clínica Médica y Control en 15 días por consultorio externo. En plan de control cortisol basal y prolactina, SEGUIMIENTO POR ENDOCRINOLOGIA.

Conclusión: En un grado variable de hipopituitarismo que oscila de días a años. Por ello, es importante para el obstetra y áreas reconocer este síndrome; ya que en un periodo de tiempo considerable después del parto, la pérdida aguda del funcionamiento de la adenohipófisis puede ser fatal si no se realiza un reemplazo hormonal, que se continúa durante toda la vida, en nuestro paciente fue difícil concluir tempranamente con el diagnóstico ya que no tenía manifestaciones clínicas, pero al interrogatorio es muy importante.

0057 DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN EL PACIENTE CRÍTICO

A DE SALVO(1), ME BALEANI(2), VE FUKS(2), L LAMOT(2), D MARTIN(2), M PETASNY(2), L MARTINEZ(2)

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

Introducción: Es necesaria la valoración del estado nutricional del paciente para determinar si está desnutrido o en riesgo nutricional y plantear un soporte nutricional adecuado a sus necesidades.

Objetivo: Determinar el estado nutricional de los pacientes internados en el Servicio de Terapia Intensiva, con nutrición enteral o parenteral, durante 6 meses.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal.

Variables analizadas:

- Socio-demográficas.
- Relacionadas con factores de riesgo.
- Relacionadas con la internación.
- Valoración nutricional al ingreso y durante la internación

Datos volcados en una planilla de Excel y analizados con el programa IBM SPSS Statistics 20.

Resultados: Se reclutaron en total 44 pacientes (31 hombres y 13 mujeres). Edad promedio de 52,6 años.

15 pacientes presentaban una dieta inadecuada previa a la internación y 9 padecían síntomas gastrointestinales.

El motivo de ingreso fue: patología cardiovascular 10(22.7%), postquirúrgico programado 4(9,1%), postquirúrgico de urgencia 7(15,9%), patología respiratoria 5(11,4%), patología digestiva 1(2,3%), accidente cerebrovascular 2(4,5%), sepsis 2(4,5%), politraumatismo 8(18,2%), otros 3(6,8%).

El promedio de días de internación en UTI fue 12,48 días (rango 3 a 56 días).

Al alta se registraron 13 óbitos(29,5%), 27 pasas a Sala(61,4%) y 4 derivaciones(9,1%).

Se lograron seguir 21 pacientes(47,7%): 9 por 1 semana, 6 por 2 semanas, 2 por 3 semanas, 2 por 4 semanas, 1 por 5 semanas y 1 por 7 semanas.

Valoración nutricional al ingreso:

- IMC: 6 obesidad, 24 sobrepeso, 1 desnutrición y 13 normal.
- Albúmina: 13 desnutrición leve, 22 moderada, 4 grave.
- Colesterol total: 9 desnutrición leve, 11 moderada, 18 grave.
- Linfocitos: 3 desnutrición leve, 14 moderada, 19 grave.
- Transferrina: 13 desnutrición leve, 24 moderada, 2 grave.
- Nitrógeno total urinario(NTU): solo 1 paciente no presentó parámetros de catabolismo.

- Valoración global subjetiva: 25 bien nutridos, 11 en riesgo nutricional, 8 desnutrición grave.

Valoración nutricional durante la internación:

- Tipo de nutrición: parenteral 1, mixta 1, enteral 42.
- Nutrición precoz: 36 pacientes(81,8%).
- 75% del objetivo calórico en menos de 7 días: 14 pacientes(31,8%).
- NTU al final del seguimiento: 2 catabolismo leve, 8 moderado, 11 grave.
- Balance Nitrogenado al final del seguimiento: 13 estado catabólico(61,9%).
- % PP al final del seguimiento: 14(66,7%) descendieron, promedio 14,5%.

Conclusión: La tendencia muestra que el paciente ingresado desnutrido o en riesgo nutricional, permaneciendo o empeorando dicho estado durante la internación.

0058 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN INFECCIONES DE PACIENTES NEUTROPÉNICOS FEBRILES CRÍTICOS.

L UNIGARRO(1), K MARÍN(2)

(1) Hospital Oncológico Solca. (2) Hospital Oncológico Solca.

Introducción: Ya sea por la misma enfermedad neoplásica o por tratamientos citotóxicos el desarrollo de neutropenia es frecuente en pacientes oncológicos y los deja susceptibles a infecciones graves que pueden provocar cuadros de sepsis severa, choque séptico, disfunción orgánica múltiple y aumentan el riesgo de muerte.

La inmunosupresión hace difícil reconocer con prontitud a pacientes con cuadros infecciosos en estadios iniciales retrasando su manejo y empeorando su pronóstico vital, la búsqueda de marcadores y factores que permitan identificar tempranamente a pacientes con mayor riesgo de estas complicaciones resulta de gran utilidad en las unidades de terapia intensiva. La procalcitonina (PCT), ha sido señalada como un biomarcador temprano de infección en pacientes inmunocompetentes y en pacientes neutropénicos, sin embargo, su utilidad solo o en asociación con otros marcadores de gravedad no se ha estandarizado.

Objetivo: Determinar predictores tempranos de mortalidad.

Materiales y métodos: Se realizó en pacientes con neutropenia febril mayores de 18 años ingresados en la UCI del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala" (Quito - Ecuador). Valores de procalcitonina, datos microbiológicos y otros factores de riesgo fueron recuperados de los registros clínicos al ingreso de UCI.

Resultados: Se registraron 107 episodios de neutropenia febril. El 22,4% falleció en la UCI y otros 13 pacientes fallecieron durante su hospitalización, la mortalidad total fue de 34,6% (n=37). La neutropenia Severa estuvo presente en el 53,3%, y 29,9% duró más de 10 días; la prevalencia de la bacteriemia fue del 34,6%. Puntuaciones mayores en APACHE II, apoyo ventilatorio mecánico, edad superior de 40 años y valores de procalcitonina superiores a 4 ng/ml se asociaron con mayor riesgo de muerte en el modelo multivariado; el valor predictivo en la validación interna tuvo una precisión del 81,3%; sensibilidad: 63,6%; especificidad: 90,5%; valor predictivo positivo (VPP): 77,8%; valor predictivo negativo (VPN): 82,6%; el área bajo la curva fue de 0,87.

Conclusiones: Factores como la edad mayor de 40 años, procalcitonina > 4 ug/ml al ingreso, valores de APACHE II y la necesidad de ventilación mecánica están asociados con mayor riesgo de muerte. La evaluación de estos factores puede ser útil en pacientes críticamente enfermos con neutropenia febril.

0059 INTOXICACIÓN AGUDA POR METILENODIOXIMETANFETAMINAS

ML LUDUENA(1), L DE BARI(1), N LANGUIDEY(1), I AVERSA(1), A PASTORIZA(1), F PECORARO(1), C ALMIRON(1), K NOGUERA(1), E VALENCIA(1)
(1) Fernandez.

Introducción: La intoxicación aguda por Metilendioximetanfetaminas, es muy poco frecuente en su forma grave. El consumo de esta droga sintética, en dosis mayores a 100 mg produce síndrome serotoninérgico. De su gravedad, radica la importancia de reconocer e implementar el tratamiento adecuado.

Presentación de casos: Ingresan en abril del año 2016, al hospital Juan A. Fernández, cuatro pacientes trasladados por ambulancia desde una fiesta electrónica.

Presentaban deterioro del sensorio, convulsiones tónico clónicas generalizadas, pupilas midriáticas, clonus, rigidez, reflejos vivos, fasciculaciones en tronco, hipertermia, hipertensión arterial, taquicardia, taquipnea y diarrea.

Todos requirieron intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.

Se realiza:

- Laboratorio: plaquetopenia, coagulopatía, aumento creatininfosfoquinasa, insuficiencia renal aguda y acidosis metabólica hiperclorémica.

- Screening de drogas en orina detectándose como droga en común Metilendioximetanfetaminas. Algunos presentaban asociaciones con Metanfetaminas, Anfetaminas y Tetrahidrocannabinoides.

- TAC de encéfalo sin contraste: Sin particularidades.

Uno de los pacientes, masculino de 27 años, desarrolla rápidamente coagulopatía severa, shock e hipoxemia refractaria, acidosis metabólica y paro cardio respiratorio. Fallece a las tres horas de su admisión.

Ingresan posteriormente dos pacientes masculinos de 18 y 23 años, y un femenino de 20 años. Se determinó como RASS objetivo -5, con Lorazepam, Droperidol, Fentanilo y Atracurio. Se indicó ciproheptadina como tratamiento específico. Recibieron plan de hidratación parenteral, alcalinización de la orina y medios físicos para disminuir la temperatura corporal.

Se realiza EEG evidenciándose, en uno de ellos, actividad epileptiforme con requerimiento de Levetiracetam.

Evolucionan con normalización de los parámetros hemodinámicos y de laboratorio. Persisten con fiebre y reaparición de los síntomas neuromusculares con aumento de Creatininfosfoquinasa en contexto de la suspensión de bloqueantes neuromusculares, dificultando su desvinculación de la ventilación mecánica.

Como intercurencias, presentaron neumonía aspirativa recibiendo tratamiento antibiótico ajustado a rescate microbiológico y sensibilidad.

Diez días posteriores al ingreso fueron derivados a un 3er nivel de atención para rehabilitación.

Conclusión: Presentamos esta discusión por tratarse de una forma de presentación grave atípica, con buena evolución y respuesta a la terapéutica implementada.

Consideramos que tuvieron gran relevancia e impacto por lo cual discutimos aquí su presentación clínica, tratamiento y revisión bibliográfica acerca del tema.

0060 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE USO APROPIADO DE ANTIMICROBIANOS DEL HOSPITAL DR. JOSÉ M. PENNA, A DOS AÑOS DEL INICIO

MM CAPALBO(1), I PAGANO(2), AM ROMEO(2), MDC PERRONE(2), C CARRANZA(2), F CONSALVO(2), E MENDEZ(2), M LAURITO(2)

(1) Dr. José M. Penna Gcba. (2) Penna Gcba.

Introducción: El problema de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) es universal y requiere soluciones urgentes. Su uso inapropiado incide directamente en la selección de microorganismos multi-resistentes (MMR). El Comité de Control de Infecciones implementó un Programa de Gestión de Uso Apropriado de Antimicrobianos (PGUA) para optimizar su utilización, reducir los efectos adversos y contener la emergencia y diseminación de MMR. Las acciones fueron: aconsejar y autorizar por el médico infectólogo la indicación de ATM de uso restringido: Vancomicina (VAN), Imipenem (IMI), Meropenem (MRP), Colistín (COL), Piperacilina-tazobactam (PTZ) y Linezolid (LZD).

Objetivo: Evaluar los resultados de la implementación del PGUA y su impacto sobre la emergencia de MMR.

Diseño y lugar de aplicación: Trabajo descriptivo, retrospectivo desarrollado en la UCI del Hospital Dr. José M. Penna del GCBA.

Materiales y Método: Se analizaron dos periodos: Pre-PGUA (Ene-Jun 2014) y Post-PGUA (igual periodo 2016). Indicadores: 1) De Consumo: Dosis Diarias Definidas (DDD)/ 1000 días paciente (dosis media de mantenimiento diaria de un fármaco utilizado para su principal indicación en adultos, según OMS). Las DDD consideradas fueron: IMP 2g; MRP 3g; VAN 2g; COL 0.3 g; LZD 1.2g (OMS, 2007); PTZ 18 g (según dosis usada en Argentina). El análisis estadístico se realizó con el test del chi cuadrado, considerando una P significativa <0.05. 2) De Tasa de prevalencia de MMR (TMMR: total de aislamientos de MMR/total de aislamientos) periodo pre y post-PGUA.

Resultados: De consumo: (DDD prePGUA/DDDposPGUA). Se observó una disminución del IMP del 35,43% (289/186,6); VAN disminuyó en un 13,6% (278,4/240,4); COL disminuyó el 34,5% (193,8/127); PTZ aumentó el 45,27% (51,04/74,15); LZD no puede evaluarse (45/0) y MRP aumentó un 5,7% (145,4/153,7). De Tasa de Prevalencia de MMR: la TMMR fue de 75% en el período pre-PGUA y 44,2% en el período post-PGUA, con una p <0.001.

Conclusiones: Si bien no se evidencian cambios significativos en el consumo de antibióticos incluidos en el PGUA, se resalta la disminución significativa de la TMMR (p <0.001). Se infiere por lo tanto, una optimización en el uso de los antibióticos incluidos en el Programa.

0061 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

G SHEEHAN(1), MDP ARIAS LOPEZ(1), G PALACIO(1), A COSTAS(1), P NEIRA(1)

(1) Ricardo Gutierrez.

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) en los niños críticamente enfermos es un problema serio y creciente. El factor de riesgo más importante para su desarrollo es la presencia de catéter venoso central (CVC). Conocer su prevalencia y determinar la

población con alto riesgo de desarrollar este evento ayudará a implementar estrategias de prevención.

Objetivo: Determinar la prevalencia de TVP asociada a CVC en una UCIP. Describir las características de aquellos pacientes que presentan TVP asociada a CVC en comparación con aquellos sin el evento.

Diseño: Retrospectivo. Observacional. Análisis de base de datos de la UCIP (software SATI-Q). Población objetivo: pacientes ingresados en una UCIP medico quirúrgico de un hospital de CABA. Criterios de inclusión: Pacientes con algún CVC colocado. Exclusión: estadia en UCIP < 48 hs. Periodo: 1-1-2014/ 1-9-2016. Se uso estadística descriptiva (mediana y rango intercuartil RIC, frecuencias y porcentajes). Comparación de variables continuas y categóricas con test no paramétricos y test de χ^2 respectivamente. Se considero p estadísticamente significativa < 0,05

Resultados: Ingresaron en el periodo analizado 876 pacientes. 561 (64%) tuvieron CVC y permanecieron internados en UCIP > 48hs, Total de CVC 1072, representando 9450 días de CVC. La prevalencia de TVP fue 9.8% (55/561) (IC 95% 7.5-12.6). Densidad de incidencia 5.8/1000 días de CVC (55/9450) (IC 95% 4.38-7.5). Días en UCIP hasta TVP 11 (RIC 7-23).

La edad de los pacientes con TVP fue 11 meses (RIC 3-52) vs 28 meses (RIC 9-102) para aquellos sin el evento (p < 0.001) Probabilidad de muerte (PIM2) 6 (RIC 1.8-9.5) vs 6.3(RIC 2.8-12.5)(p:0,2). La tasa de Condición Crónica en los pacientes con TVP fue 50,91% (28/55) vs 63,83%(323/506) en aquellos sin TVP (p: 0,06). La tasa de enfermedad maligna en pacientes con TVP fue 7,27% (4/55) vs 18,38 % (93/506) en aquellos sin el evento (p: 0,04)

Un total de 31 pacientes con TVP (56,36 %) ingreso por causa respiratoria vs 191(37,7 %) de aquellos sin TVP (OR: 2, IC 95% 1,13-3,8; p < 0,001)

La Estadia en UCIP fue 38 días (RIC 22-60) en pacientes con TVP vs 10 (RIC 5-21) en pacientes sin el evento (p:<0,001). Mortalidad 9% vs 16,4% en pacientes con y sin TVP respectivamente (p:0,16)

Conclusiones: la prevalencia de TVP detectada fue comparable a otras series. Se asocio a pacientes más jóvenes, ingresados por causa respiratoria. Sería necesario considerar esta población como blanco de potenciales intervenciones preventivas.

0062 ¿EL SCORE NUTRIC SUBESTIMA EL RIESGO NUTRICIONAL?

M RÉ(1), D MORETTI(1), N ROCCHETTI(1), C SETTECASSE(1), D BAGILET
(1) Escuela Eva Perón.

Introducción: El hipermetabolismo proteico es una de las principales alteraciones metabólicas que experimentan los pacientes críticos. El score NUTRIC (NUTrition Risk in the Critically Ill) evalúa eventos adversos asociados al riesgo nutricional. El mismo no incluye una variable objetiva del hipermetabolismo, sino que queda subrogado a variables inflamatorias y de gravedad.

Objetivo: Evaluar si el score NUTRIC se correlaciona con el catabolismo proteico medido a través del nitrógeno ureico total (NUT) de 24 horas.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, analítico, de corte trasversal desarrollado desde el 01/01/2016 hasta el 30/06/2016, en una UCI polivalente. Incluimos pacientes de ≥ 18 años, internados al menos 72 horas, vinculados a AVM (asistencia ventilatoria mecánica) desde el ingreso. Se recolecto orina de 24 horas: a las 24 (T0) y 72 horas del ingreso (T1). Se determinó el nivel de urea urinaria total (UUT) en ambas muestras y se calculó el NUT mediante la siguiente fórmula: $NUT = [(UUT/2) \times 1,10] + 2,35$.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, la media de edad fue 42,72 años (\pm DE 17,01), 72,56% fueron hombres, la patología más frecuente fue trauma (39,13%), seguida de sepsis (20,29%). Las medias de APACHE II, SAPS II y SOFA fueron 16,66 (\pm DE 6,66); 40,07 (\pm DE 15,35) y 6,49 (\pm DE 3,28); respectivamente. Presentaron falla renal 17 pacientes. La media del score NUTRIC fue de 3,13 (\pm DE 1,94), estimando como bajo riesgo nutricional a 58 pacientes (NUTRIC ≤ 5). Presentaron catabolismo moderado-severo (según NUT > 10) en T0

y T1: 44 (63,76%) y 55 (79,71%) pacientes, respectivamente. Días promedio de internación 13,35 (\pm DE 12,37); y AVM 9,84 (\pm DE 10,82). Mortalidad en UCI 36%. El análisis de la correlación de Pearson entre el score NUTRIC y el NUT en T0 y T1 fue de -0,150 (p: 0,218) y -0,053 (p: 0,663).

Discusión: Los resultados hallados denotan ausencia de correlación entre el score NUTRIC y el NUT en pacientes críticos ventilados. Demostrando que la mayoría de pacientes clasificados por NUTRIC como de bajo riesgo nutricional, se encuentran hipercatabólicos según el NUT.

Conclusión: El score NUTRIC subestima pacientes hipercatabólicos con alto riesgo nutricional, que se beneficiarían de una intervención nutricional precoz.

0063 SÍNDROME HEPATOPULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO ATÍPICO

P SMUKLER(1), D MONARDO(1), M ESCOBAR(1), C DE FARÍA(1), P ESPINO(1), M GIACCHI(1), A ARCH(1), V VILLAR(1), V VILLARINO(1), M MANZONE(1), P LUCIONI(1), N ALEXANIÁN(1), P FRANK(1), P SÁNCHEZ(1)

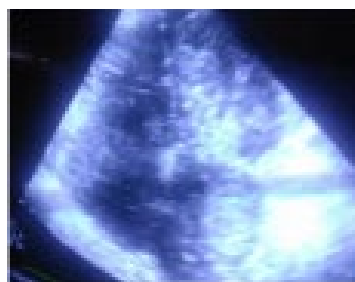
(1) Municipal De Vicente López Dr B.a.houssay.

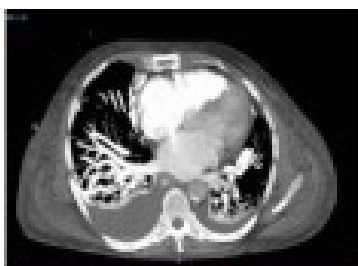
Introducción: El síndrome hepatopulmonar (SHP) es una de las manifestaciones extrahepáticas menos frecuentes de la insuficiencia hepática. Se presenta entre el 4 y el 40 % de los pacientes con cirrosis, con o sin hipertensión portal. La fisiopatología de la hipoxemia es la dilatación de capilares y conexiones arteriovenosas causando alteración V/Q, trastornos en la difusión y shunt. El único tratamiento efectivo es el trasplante hepático.

Presentación del caso: Mujer de 67 años con antecedentes de HTA y DBT, con edemas de MMII y disnea progresiva de 3 meses de evolución. Al ingreso se observa cianosis, SpO2 75% con FIO2 21%, anasarca e hipocratismo digital (Fig. 1), requiriendo AVM y drogas vasoactivas. Se descarta TEP por angiotomografía, evidenciando hígado cirrótico como hallazgo, e importante dilatación de la vasculatura pulmonar (Fig.2). Se realiza ecocardiograma transtorácico con contraste de microburbujas que confirma el diagnóstico de SHP (Fig.3). Se constata ortodeoxia con PO2 de 40 y 28 mmHg acostada y sentada respectivamente. El A-a fue de 71 mmHg. La severidad del trastorno del intercambio gaseoso se evidencia en la Fig.4. La paciente intercorre con falla multiorgánica en la espera de la evaluación para trasplante hepático, y fallece.

Discusión: En el 80% de los pacientes, el diagnóstico se realiza durante la evaluación previa al trasplante hepático. Solo en el 20% el síntoma que motiva la consulta es la disnea, siendo característica la platipnea. En esta paciente se diagnostica SHP dentro de las primeras 24hs de ingreso a UCI, durante el estudio de su insuficiencia respiratoria estando ya ventilada, luego de descartar HTP, neumonía, TEP y falla cardíaca sistólica. A su vez mostró refractariedad al aumento de FIO2, decúbito prono y maniobras de reclutamiento. Se trata de un SHP muy severo ya que la PO2 con FIO2 de 21% fue menor a 50 mmHg, y al 100% menor a 300 mmHg.

Conclusión: El SHP es una patología de presentación infrecuente que debe ser tenido en cuenta cuando la causa de la hipoxemia no es clara. El diagnóstico puede ser hecho al pie de la cama del paciente de forma inmediata y no invasiva.





0064 MENINGITIS POR SALMONELLA: REPORTE DE UN CASO

M PAEZ(1), M PLACE(1), E MANRIQUE(1), A GARCIA(1), S NIEVA(1)

(1) Hospital Misericordia.

Introducción: La meningitis aguda bacteriana es una rara manifestación de la infección por Salmonella, y cuando ocurre, es más comúnmente una enfermedad de infantes. En adultos, la meningitis por Salmonella es rara y generalmente observada en pacientes con comorbilidades o inmunodeprimidos.

Presentación del caso clínico: Paciente sexo masculino de 58 años de edad, con antecedentes de etilismo y obesidad, presentó alteración de la conducta, excitación psicomotriz, cefalea y vómitos. Requiere sedación profunda e intubación orotraqueal. Al examen físico se objetivó rigidez de nuca. Se realizó punción lumbar: células 150 (PMN 70%), Proteínas 10329 mg/L, Glucosa <5, y se envió muestra de LCR para cultivo, hemocultivos periféricos y urocultivo. Pasó a la unidad de terapia intensiva. Quedó bajo analgesia con asistencia ventilatoria mecánica y tratamiento con ceftriaxona + ampicilina, dexametasona; y noradrenalina. En laboratorio presentó PCR y procalcitonina elevadas. Evolucionó con hiperglucemia y acidosis láctica, con ventanas neurológicas diarias con excitación psicomotriz. El día 4 de internación se informó resultados de los cultivos con desarrollo de Salmonella typhi en sendos hemocultivos y LCR, se suspendió ampicilina y corticoides. Al 10° día evoluciona favorablemente y se logra extubar. Pasa a sala común el 17° de internado y luego de cumplir 21 días de tratamiento antibiótico fue dado de alta.

Discusión: La meningitis espontánea por bacilos gram negativos son una etiología poco común de las meningitis adquiridas en la comunidad de los adultos, y ocurre más frecuentemente en personas mayores de edad o que presentan comorbilidades como cirrosis por alcohol, diabetes, malignidad, esplenectomía, y terapia con corticoides. La Salmonella representa del 0,8 a 6 % de las meningitis. La Salmonella produce habitualmente gastroenteritis autolimitada, pueden desarrollar bacteriemia, y ocasionalmente puede generar focos secundarios meníngeos (0,8 %). Es excepcional en adultos y de pronóstico malo, y si bien se presenta en quienes tienen enfermedad de base o inmunosupresión con mayor frecuencia, se debe tener presente en pacientes inmunocompetentes, para realizar diagnóstico etiológico y tratamiento oportuno dirigido, lo cual aumenta el porcentaje de sobrevida.

Conclusión: La meningitis es una infección severa, con alta morbilidad, siendo la Salmonella, una causa poco frecuente.

0065 WEANING PROLONGADO EN UN PACIENTE POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON INSUFICIENCIA MITRAL Y FLASH EDEMA. REPORTE DE UN CASO

M DEL BONO(1), I BROZZI(1), X PICON CORONEL(1), A SOSA(1), A SANTANA(1), F PEREZ DIAZ(1), A RAMIREZ(1), F MELGAREJO(1)

(1) Británico.

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) es una patología frecuente en Argentina. Se observan 40000 eventos anuales que representan 9 por cada 10000 habitantes, siendo la insuficiencia

mitral funcional (IMF) una de las complicaciones más comunes, generada como consecuencia del remodelado cardíaco luego del evento isquémico. Requiere en la mayoría de los casos internaciones en unidad de cuidados intensivos (UCI), tratamiento quirúrgico que suele llevar a internaciones prolongadas, conexión a asistencia respiratoria mecánica (ARM) y ventilación prolongada, que acarrea como consecuencia debilidad adquirida en UCI (DAUCI).

Presentación del caso: Masculino, 55 años. Con antecedentes de hipertensión arterial. Ingresó a UCI por diagnóstico de infarto agudo de miocardio tipo Q cara inferior. Se realiza tratamiento de soporte médico y cinecoronariografía con oclusión del 100% circunfleja con colocación de dos stent. Ingresó nuevamente a UCI con intubación orotraqueal y ARM. Intercurre con Neumonía asociada a la ventilación mecánica, Síndrome de distres respiratorio agudo y trombosis de stent con repermeabilización en segundo tiempo. Por intubación prolongada se realiza traqueostomía percutánea que permite iniciar weaning. Evoluciona con episodios de excitación psicomotriz, hipertensión arterial, signos de sobrecarga hídrica, con requerimiento de reconexión a ARM; Ecocardiograma indica insuficiencia mitral moderada con signos de redistribución en Rx tórax. Se interpreta como flash edema a repetición por IMF, desarrollada en situaciones de fatiga muscular durante rounds de respiración espontánea, en paciente con DAUCI.

Se realiza soporte cardiológico y nuevo plan de rehabilitación kinésica, lográndose desvinculación de ventilación. Evoluciona favorablemente con pase a sala general y egreso hospitalario, decanulado.

Discusión: El IAM es una patología frecuente que trae consigo complicaciones como la IMF, que ante situaciones de esfuerzo sostenido durante períodos de respiración espontánea en pacientes con debilidad muscular, puede llevar a insuficiencia cardíaca y flash edema. Para esto, es de vital importancia el diagnóstico precoz y posterior tratamiento, dirigido a mejorar la planificación de la rehabilitación en pacientes con ventilación prolongada y DAUCI.

Conclusión: Conocer la fisiopatología de la IMF en pacientes con ventilación prolongada y DAUCI, contribuiría a la desvinculación de la ARM, acortando los tiempos de weaning, días de internación en UCI y hospitalaria.

0066 TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS GENITOURINARIA ACTIVA

LM BRIA(1), H VILLACRÉS REYNA(1), N VERGOTTINI(1), Y GONZÁLEZ(1), D LÓPEZ CAMPOS(1), D NOVAES CORREIA(1), C BOULAN(1), P BOTTA ETTER(1), V CABRAL(1), G CUETO(1), M TORRES BODEN(1), C COZZANI(1), G QUEIROZ(1), G RAMOS(1), D RODRIGUEZ(1), L AGUIRRE(1), E BRAÑA(1)

(1) General De Agudos Cosme Argerich.

Introducción: Entre el 8 y 10% de los pacientes con tuberculosis (TBC) extrapulmonar desarrollan una forma genitourinaria, el 75 % son menores de 50 años. La incidencia de hepatotoxicidad por antituberculosos reportada en la literatura fluctúa entre 4.3 y 19%, mientras que la incidencia de falla hepática fulminante (FHF) es menor al 0.8%.

El Trasplante hepático (TH) como tratamiento de la FHF podría estar contraindicado en el contexto de TBC activa.

Presentación del caso: Mujer de 46 años con diagnóstico reciente de TBC genitourinaria (baciloscopia positiva en orina) en tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida. Presenta a los veinte días astenia, adinamia e Ictericia, constatándose hepatitis aguda grave. Evoluciona a FHF requiriendo intubación orotraqueal y conexión a ARM. Intercurre con insuficiencia renal aguda y shock distributivo. Ingresó en lista de emergencia para TH el que se realiza a las 48 horas de su internación, evolucionando con mayor deterioro de la función renal y requerimiento de hemodiálisis. Presenta persistencia de baciloscopia positiva en urocultivo. Se instaura esquema alternativo de tratamiento para TBC con: Levofloxacina, Amikacina y Linezolid. Intercurre con neumonía asociada al ventilador por *Acinetobacter baumannii* e infección del tracto

urinario por *Candida albicans*, negativizándose el urocultivo para BAAR. Evoluciona en forma desfavorable con síndrome de distress respiratorio severo y profundización del shock, falleciendo en día 15 postquirúrgico.

Discusión: Se presenta un reporte de caso de paciente con diagnóstico de TBC genitourinaria con FHF secundario a antituberculosos que requiere trasplante hepático.

El TH implica la utilización de inmunosupresión, cuestionando su utilización en una TBC activa.

Aunque hay pocas series de pacientes publicadas y escasa información acerca de este tema para generar recomendaciones universales, el trasplante hepático fue la única alternativa terapéutica para esta paciente y la TBC extrapulmonar activa no sería una contraindicación absoluta, ya que es posible la utilización de drogas de segunda línea.

Conclusión: La tuberculosis activa es considerada una contraindicación para el trasplante hepático, sin embargo en pacientes con tuberculosis que desarrollan falla hepática fulminante secundaria al tratamiento médico, podría considerarse como la única terapéutica eficaz.

0067 PREVALENCIA DE NIÑOS CON CONDICIONES CRÓNICAS COMPLEJAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO

MDP ARIAS LOPEZ(1), ME RATTO(2), A SIABA SERRATE(3), C MEREGALLI(4), K FIQUEPRON(5), A FERNANDEZ(6), G SATI-Q PEDIATRICO(6)

(1) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez. (2) Hospital De Niños "sor María Ludovica". (3) Hospital Universitario Austral. (4) Hospital General De Niños "dr. Pedro De Elizalde ". (5) Hospital El Cruce Néstor Kirchner. (6) Sociedad Argentina De Terapia Intensiva.

Introducción: La población de niños con condiciones crónicas complejas (CCC) ha aumentado en el mundo, como resultado de los avances en el cuidado de los niños críticamente enfermos. En Argentina no hay datos acerca de la prevalencia de estos pacientes en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), de sus características ni de su evolución. Esta información es necesaria para una correcta planificación de las UCIP así como para optimizar el tratamiento de esta población

Objetivos: Determinar la prevalencia de niños con CCC en una muestra de UCIP argentinas participantes del programa SATI-Q, describiendo sus características demográficas, clínicas y evolución en comparación con niños previamente sanos.

Métodos: Diseño prospectivo, multicéntrico. Cohorte dinámica. Se incluyeron los registros de pacientes ingresados consecutivamente en 19 UCIP participantes del programa SATI-Q entre 1/3/2015 y 28/2/2016. Se informa: razón de prevalencia de CCC en UCIP e IC95%. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la población. Estrategias de análisis univariado y multivariado para comparar la evolución de los pacientes ajustado por factores confundidores. Se expresó la fuerza de la asociación entre variables categóricas mediante Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza 95% (IC95%). Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizaron 3483 internaciones en UCIP. Razón de prevalencia de CCC: 48,06% (IC95% 46,39-49,72). La CCC cardiovascular fue predominante [22% (421/1674)], seguida de CCC neuromuscular [19% (355/1674)] y enfermedad maligna 18% (335/1674). Un 22,22% (372/1674) presentaban tecnodpendencia. Motivos de ingreso predominantes: postquirúrgico (36,6%) y respiratorio (28,32%).

La población con CCC tuvo mayor mortalidad que los pacientes previamente sanos [OR 2,74 (IC95% 2,01-3,73)]. También fue mayor el riesgo de estadía prolongada (≥ 25 días) [(OR 1,44 (IC95% 1,10-1,89)]. La tasa de uso de los siguientes dispositivos fue más alta

en los pacientes con CCC: Asistencia ventilatoria mecánica: OR 1,35 (IC95% 1,12-1,63); Catéter venoso central: OR 1,24 (IC95% 1,04-1,48); acceso arterial: OR 1,25 (IC95% 1,02-1,53).

Conclusión: Esta investigación muestra una elevada prevalencia de pacientes con CCC en UCIP argentinas, quienes presentaron mayor mortalidad y uso de recursos. Esta información es valiosa para comprender el impacto que estos niños tienen en el ámbito de los cuidados críticos y permitir una adecuada planificación de su atención.

0068 FORMA ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

NS ARBELAIS(1), M ALBORNOZ(1), R MELISA DEBORA(1), CR MARÍA FLORENCIA(1), N ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), D BAGILET(1)

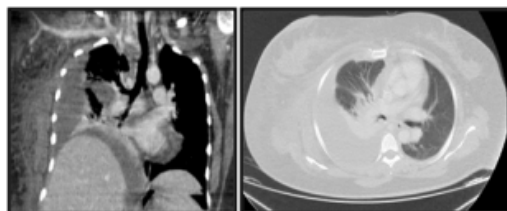
(1) Eva Peron.

Introducción: El *Streptococcus pyogenes* (SP) provoca un amplio espectro de enfermedades, desde faringitis, lesiones de piel y partes blandas, hasta fascitis necrotizante y síndrome del shock tóxico. La enfermedad invasiva por SP (EISP) es definida por el hallazgo de SP en sitios normalmente estériles asociado a compromiso sistémico. Alcanza hasta un 15% de las infecciones provocadas por el mismo, con una mortalidad del 20%. La incidencia Europea es de 4,8 casos/100.000 habitantes/año.

Presentación del caso: Mujer de 35 años, obesa que ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por shock séptico secundaria a infección de piel y partes blandas en la región del hemitórax derecho y derrame pleural (exudado complicado). Presenta insuficiencia respiratoria hipoxémica con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Examen físico: hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea, eritema difuso en la región comprometida, sin lesión evidente de entrada del germen y dolor desproporcionado para la lesión visible. Disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha. Laboratorio: leucocitos conservados con neutrofilia, trombocitopenia, injuria renal aguda leve, CPK 1.567 mU/l/ml, PCR 38 mg/dl, PCT 12 ng/ml, acidosis metabólica. Serologías para VIH, VHC y VHB negativas. Hemocultivos y cultivo del líquido pleural: SP. TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste: colección en tejidos blandos que se extiende desde la región axilar derecha hasta la pared lateral de abdomen. Derrame pleural derecho moderado. Se realiza toilette quirúrgica, avenamiento pleural y drenaje de la colección. Recibió 21 días de Penicilina. Complica con weaning prolongado y debilidad del paciente crítico. Requiere traqueostomía. Evoluciona favorablemente, alta al día 30.

Discusión: Los factores de riesgo para EISP son edad avanzada, drogas intravenosas, neoplasias, diabetes, alcoholismo e inmunosupresión. Si bien nuestra paciente no presentaba factores de riesgo, el antecedente de faringoamigdalitis, la rápida progresión clínica y la estación del año hacen sospechar dicha etiología. El tratamiento de elección es Penicilina. Existe un aumento de la incidencia de EISP en las últimas décadas, que podría relacionarse con la preponderancia de clones virulentos del SP.

Conclusión: Consideramos importante el reporte del caso debido a su baja frecuencia y a que una sospecha clínica precoz permite mejorar la morbi-mortalidad.



0069 POSICIÓN PRONA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. REPORTE DE DOS CASOS.

NG ESCALIER(1), MX GAMBETTA(1), AC PAPAIZIAN(1), MV SAÍNO(1), MB SPATH(1), J LEBUS(1)
(1) Clínica La Sagrada Familia.

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda es la disfunción no neurológica más común en injuria cerebral aguda. Varios estudios han demostrado que la presión intracraneana (PIC) se incrementa en posición horizontal, esto explicaría porque se excluyeron a los pacientes con PIC inestable de estudios de posición prona. El decúbito prono reduce el gradiente de presión pleural desde regiones no dependientes a dependientes. La aplicación de posicionamiento prono mostró beneficios en la mortalidad.

Objetivo: Describir dos pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) y síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) severo que requirieron posición prona.

Caso 1: Mujer 35 años. Diagnóstico: HSA Fisher IV, Hunt-Hess III. Craniectomía descompresiva y con PIC intraventricular. Intubada desde el ingreso GCS: 5/15, sedación profunda y en asistencia ventilatoria mecánica. Intercurre con SDRA severo. Persiste con PaO₂/FiO₂ 96, se decide pronación.

En posición prona se observó mejoría en la oxigenación que se mantuvo en la vuelta a supino, elevación de PIC y TAM sin alterar PPC (PPC: 79 mmHg en prono). Derivada a 3er nivel decanulada.

Caso 2: Mujer 64 años. Diagnóstico: HSA Fisher IV, Hunt-Hess III con catéter de PIC intraventricular. Intubada por deterioro de GCS (6/15) con sedación profunda. Intercurre con SDRA severo. Persiste con PaO₂/FiO₂ 95, se decide pronación.

En posición prona se observó mejoría en la oxigenación, elevación de PIC y TAM, la PPC se mantuvo por encima de 70 mmHg. Los beneficios de la oxigenación no se mantuvieron luego de la vuelta a supino. Falla multiorgánica, fallece.

Discusión: Se encuentran escasos estudios en la literatura disponible acerca de la implementación del decúbito prono en pacientes en los que coexiste injuria cerebral aguda y SDRA. Varios autores consideran controversial las terapias de posicionamiento en dichos pacientes dado los riesgos de incrementar la PIC y la isquemia cerebral. En ambos casos el posicionamiento prono fue una terapia segura, se observó una mejoría en oxigenación arterial, incremento de PIC sin generar variaciones importantes en PPC.

Conclusión: La posición prona en pacientes con HSA y SDRA severo no generó grandes variaciones de la PIC ni de la PPC en ningún caso, consideramos que fue una opción terapéutica segura.



0070 ASOCIACION ENTRE EL USO DE SEDACION PROFUNDA Y LA PRESENCIA DE DELIRIO CON LA PROLONGACIÓN DEL TIEMPO DE WEANING

ML GIMENEZ(1), G AVACA(1), M BERTÉ(1), M BOSSO(1), A GARCÍA(1), G GARCÍA(1), P GIMÉNEZ(1), A GOLDBERG(1), G NAHMÍAS(1), D NOVAL(1), K MIRALLES(1), M OJEDA(1), A PALAZZO(1), N POZO(2), A SANTA MARIA(1), N SEGURA(1), E STEIMBERG(1), N TIRIBELLI(1), S FREDES(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio Trinidad Mitre. (2) Hospital Churruga Visca.

Introducción: El uso de protocolos de sedación, analgesia y delirio (SAD) junto con protocolos de implementación de la ventilación mecánica (VM) y de weaning son ampliamente recomendados con el objetivo de disminuir los días de VM y evitar las complicaciones asociadas a la misma. Recientemente fue presentada una nueva clasificación del proceso de weaning (WIND) basada en la prolongación de la VM luego del primer intento de separación (1SA). El impacto del manejo de la SAD en relación al tiempo del weaning no ha sido estudiado en profundidad.

Objetivo: Evaluar la asociación entre el uso de sedación continua, analgesia, sedación profunda y presencia de delirio con la probabilidad de desarrollar weaning difícil y prolongado en pacientes adultos que requieren VM.

Material y Métodos: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional con datos obtenidos de manera prospectiva. Incluimos pacientes que requirieron VM y egresaron de la UCI entre enero de 2014 y diciembre de 2016. Se excluyeron aquellos pacientes que recibieron VM por coma o PCR y quienes no iniciaron el weaning. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, los que tuvieron weaning corto (Grupo 1) y weaning largo (grupo 2 y 3). Los resultados se presentan como mediana y rango o número y porcentaje. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística con las variables representativas del análisis univariado. Se consideró p significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 378 pacientes, los cuales tuvieron 419 eventos de VM. Las características del total de pacientes se muestran en Tabla 1. Las características de las variables de SAD se muestran en la Tabla 2.

En el análisis multivariado de regresión logística se encontró asociación con significancia estadística entre la probabilidad de desarrollar weaning largo y uso de sedación profunda (OR 4,21; 95% CI 1,94 a 9,15; $p=0,0003$) y presencia de delirio (OR 2,74; 95% CI 1,7 a 4,42; $p=0,0000$).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes el uso de sedación profunda y el desarrollo de delirio se asoció con la prolongación del tiempo de weaning. Estrategias para corregir estos factores potencialmente modificables podrían tener impacto en disminuir la duración del proceso de desvinculación de la VM.

Tabla 1. Características de los pacientes analizados.

N	419
Edad	65 (16-100)
Sexo masculino	230 (54,8)
SAPS II	41 (6-104)
Motivo de VM	
IRCR	20 (4,7)
IRA	396 (94,6)
Sepsis	103 (24,9)
Pop	155 (36,9)
Neumonía	46 (10,9)
Otros	92 (21,9)
Ef. NM	3 (0,7)
Días totales de VM	5 (0-106)
Tipo de Weaning	
Grupo 1	262 (62,5)
Grupo 2	69 (16,5)
Grupo 3	88 (21)
Días de UCI	14 (1-172)
Pacientes extubados	334 (85,6)
Reintubación	65 (19,4)
Pacientes traqueostomizados	77 (19,5)
Días a la traqueotomía	11,5 (0-23)
Mortalidad en UCI	64 (15,2)

IRCR: Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, IRA: Insuficiencia respiratoria aguda, Pop: post operatorio, Ef. NM: enfermedad neuromuscular

Tabla 2. Variables de SAD entre los grupos de estudio

	Weaning Corto	Weaning Largo	P
n	262 (62,5)	157 (37,4)	
Edad	62 (16-100)	68 (20-93)	0,01
Sexo Masculino	83 (53)	147 (56)	0,54
SAPS II	39 (6-53)	48 (6-61)	0,0003
Mortalidad	11 (4,3)	53 (34)	0,0000
Analgesia Continua	233 (88,9)	143 (92,8)	0,22
Sedación Continua	165 (62,9)	125 (79,6)	0,0001
Sedación profunda	191 (72,9)	145 (92,3)	0,0000
Bloqueantes NM	16 (6,1)	20 (12,7)	0,029
Delirio	144 (54,9)	122 (77,7)	0,0000

Bloqueantes NM: bloqueantes neuromusculares

0071 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES EN VENTILACION MECÁNICA DE ACUERDO A LA NUEVA DEFINICIÓN DEL PROCESO DE WEANING

ML GIMENEZ(1), G AVACA(1), M BERTÉ(1), M BOSSO(1), A GARCÍA(1), G GARCÍA(1), P GIMENEZ(1), A GOLDBERG(1), G NAHMIA(1), D NOVAL(1), K MIRALLES(1), M OJEDA(1), A PALAZZO(1), N POZO(2), A SANTA MARÍA(1), E STEINBERG(1), N TIRIBELLI(3), S FREDÉS(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio Trinidad Mitre. (2) Hospital Churrucá Visca. (3) Sanatorio Trinidad Mirte.

Introducción: Recientemente ha sido presentada una nueva clasificación del proceso de weaning (WIND), que considera cuatro categorías en relación a los días desde que se realiza el primer intento de separación (1SA) de la ventilación mecánica (VM) hasta la finalización del weaning: grupo no weaning (NW), grupo 1 (corto), grupo 2 (difícil), grupo 3 (prolongado). Esta clasificación no ha sido evaluada en nuestra región en una cohorte de pacientes tratados con protocolos de implementación de VM, de weaning y de manejo de la sedación, analgesia y delirio (SAD).

Objetivo: Describir características y evolución de los pacientes en VM de acuerdo a las categorías propuestas por la definición WIND.

Material y Métodos: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional con datos obtenidos de manera prospectiva. Se incluyeron todos los pacientes que requirieron VM por más de 12 horas y egresaron de la Unidad de cuidados intensivos (UCI) entre enero de 2014 y diciembre de 2016. El manejo de los pacientes incluye protocolos de implementación de la VM, weaning con pruebas de respiración espontánea y protocolo de manejo y titulación de SAD. Los resultados se presentan como mediana y rango o número y porcentaje. Para el análisis se utilizó el software Epi Info 7, utilizando los test de Student para dato cuantitativo gaussiano y Wilcoxon Rank sum test para dato cuantitativo no gaussiano, Chi cuadrado y ANOVA para datos cualitativos. Se consideró p significativa p<0.05. Resultado. Se analizaron 624 pacientes, los cuales tuvieron 702 eventos de VM. Las características del total de pacientes y de cada grupo se muestran en la Tabla 1 y las variables de VM y SAD en la tabla 2.

Conclusion: Los pacientes sin intentos de desconexión presentaron mayor morbimortalidad y gravedad al ingreso. A medida que se prolongó el tiempo comprendido entre el 1SA y el final del weaning, se observaron más días de VM previos al inicio de la desvinculación, mayor tasa de reintubación y traqueostomía, así como estadía y mortalidad en UCI. En relación a las variables de SAD, los pacientes con más días de weaning tuvieron mayor uso de sedación en forma continua, tasa de sedación profunda y presencia de delirio.

Tabla 1.

	Total	Grupo NW	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	P
n (%)	702 (100)	171 (24.3)	336 (47.8)	91 (12.9)	104 (14.8)	0.001
Edad	66 (15-100)	71 (15-94)	62 (16-100)	67 (20-93)	68 (21-89)	0.0000
Sexo masculino	394 (56.2)	101 (59)	189 (56)	56 (62)	48 (46)	0.11
SAPS II	44 (6-107)	53 (6-107)	40 (6-104)	44.5 (6-99)	47 (11-90)	0.0000
Motivo VM						
IRCR	28 (3.9)	8 (4.68)	11 (3.27)	3 (3.3)	6 (5.7)	
IRA	540 (76.9)	130 (76)	258 (76.7)	70 (76.9)	82 (78.8)	
Coma	125 (17.8)	27 (15.7)	65 (19.3)	18 (19.7)	15 (14.4)	
Ef. NM	9 (1.28)	6 (3.51)	2 (0.6)	0	1 (0.9)	
Días en UCI	12 (1-172)	8 (1-98)	10 (1-172)	16 (3-88)	30 (9-80)	0.0000
Mortalidad	215 (30.9)	138 (81)	18 (5)	18 (18)	45 (44)	0.0000

IRCR: insuficiencia respiratoria crónica reagravada; IRA: insuficiencia respiratoria aguda; Ef. NM: enfermedad neuromuscular

Tabla 2.

	Total	Grupo NW	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	P
Variables de VM						
Días de VM hasta 1SA	4 (0-98)	7 (0-98)	3 (0-50)	4 (0-32)	5.5 (0-28)	0.0000
Días de VM desde 1SA	0 (0-100)	0	0 (0-1)	3 (2-6)	16 (7-100)	0.0000
Días totales de VM	6 (0-105)	7 (0-98)	3 (0-50)	7 (2-37)	23 (8-105)	0.0000
Extubados	415 (64.9)	0	276 (80)	79 (88)	60 (62)	0.0000
Reintubados	76 (18.3)	0	1 (0.36)	23 (29)	52 (67)	0.0000
Traqueostomizados	155 (20.9)	29 (20)	34 (11)	10 (11)	62 (63)	0.0000
Días a la traqueostomía	12 (0-27)	11 (0-27)	3 (1-23)	10 (2-16)	13.5 (1-23)	0.0000
Variables SAD						
Uso de analgesia continua	601 (86.1)	150 (88)	280 (83)	79 (89)	93 (90)	0.45
Uso de sedación continua	478 (68.4)	137 (81)	194 (58)	67 (75)	80 (78)	0.0000
Sedación profunda	597 (85.4)	161 (94)	256 (76)	80 (90)	100 (97)	0.0000
Realización de SAT	275 (57.3)	52 (30)	114 (34)	51 (56)	58 (56)	0.0000
Delirio	368 (53.1)	38 (23)	182 (54)	62 (70)	86 (84)	0.0000

0072 MANEJO DE LAS PRESIONES DEL CUFF DEL TUBO ENDOTRAQUEAL EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.

DB MARTIN(1), F CICCIONI(1)

(1) Municipal De Agudos Dr Leonidas Lucero.

Introducción: La monitorización de la presión del Cuff del tubo endotraqueal resulta indispensable para reducir los riesgos de de complicaciones por sobre e infra inflado del Cuff.

Objetivo del estudio: Explorar y describir la práctica existente relacionada con el cuidado de la presión del manguito TET en pacientes ventilados mecánicamente, por enfermeras en Unidades de cuidados intensivos de adultos de un hospital público y dos privados, de la Ciudad de Bahía Blanca.

Materiales y métodos: Se utilizó un cuestionario cuantitativo semi-estructurado, auto-administrado, de disponibilidad en papel y online basado en una revisión de la literatura, a enfermeras de UCIS de adultos en el sector salud público y privado. Total de enfermeras en las tres UCIS: 75. Total encuestados: 30 (40%).

Resultados obtenidos: El 76.7% de los encuestados son licenciados en enfermería, el 23.3% enfermeros profesionales. El 80% de los encuestados manifestaron que los conocimientos sobre el manejo y utilidad del cuff fueron adquiridos durante su experiencia laboral; un 16.7% durante su formación académica, y un 20% por motivación personal. El 80% de los encuestados adquirieron conocimientos sobre el cuff durante su experiencia laboral. Un 80% definió como utilidad del cuff el impedir el deslizamiento del tubo. Un 60% de los enfermeros trabajan en una UCI donde existe un protocolo de cuidados del tubo endotraqueal, y un 40% no tiene.

Un 90% mide la presión dentro del Cuff y un 10% utilizan la digito palpación del balón piloto. El 76% de los enfermeros lo miden con la frecuencia adecuada

Un 53% utiliza valores óptimos de presión menores a 25 mmHg.

Conclusiones: El 80% de los enfermeros adquieren sus conocimientos acerca del Cuff en el marco laboral, demostrando fallas en la formación de grado. No existen protocolos en todos los hospitales y aunque exista el protocolo, ello no asegura su cumplimiento. Existen conceptos erróneos sobre la función del Cuff. Se continúa utilizando la digito palpación para regular el inflado del Cuff.

0073 DRIVING PRESSURE Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA PROTECTIVA

JE ALFONSO(1), LM BRACCINI(1), PM MOREL(1), G REPETTO(1), ÁE PIACENZA(1), HJM ALVAREZ(1), JA CIALZETTA(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

Introducción: En el Síndrome de Distress Respiratorio (SDRA), la estrategia de ventilación con volúmenes corrientes bajos (VTe) (4-6 ml/kg) demostró una mayor sobrevida, así como mantener valores de presión Plateau (Pplat) igual o inferior a 30 cmH2O.

El Driving Pressure (ΔPrs) es definido como la diferencia entre la Pplat y la presión positiva al final de la espiración (PEEP). Amato&Col. sugiere que el ΔPrs (> 7 cmH2O) está asociado con mayor mortalidad, comparando diferentes niveles de VTe y PEEP. Guérin&col. demostró también que el ΔPrs (> 13 cmH2O) es un predictor de riesgo de mortalidad.

Objetivo: Establecer la relación entre el ΔPrs y la mortalidad a 28 días en los pacientes con SDRA en la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto de Cardiología de Corrientes.

Método de estudio: Estudio observacional, prospectivo, realizado desde mayo 2016 a abril 2017, en pacientes con SDRA moderado y severo según criterios de Berlín, ventilados con VTe 6ml/kg. Se realizaron mediciones en las primeras 24hs de Pplat, Complacencia estática (Crs), PEEP y ΔPrs . Se compararon con el grupo de sobrevivientes y no sobrevivientes. Los datos fueron analizados con el programa IBM SPSS 21.

Resultados: Se incluyó 11 pacientes (4 SDRA moderado vs 7 SDRA severo) con una media de edad de 61.9 años, APACHE II $14 \pm 4,5$ y SOFA $10 \pm 3,7$. El análisis univariado demostró, que la media de Δ Prs fue de $8,5 \pm 1,6$ cmH₂O en el grupo de sobreviviente vs $19,6 \pm 10,2$ cmH₂O el otro grupo ($p=0,043$). En cuanto la Pplat fue $20,67 \pm 2,4$ cmH₂O vs $32,20 \pm 14,78$ cmH₂O ($p=0,090$) y Crs $51,3 \pm 33$ cmH₂O vs $31,4 \pm 10,6$ cmH₂O ($p=0,234$) respectivamente. En el análisis de regresión de Cox, el Δ Prs no resultó ser un factor independiente de mortalidad.

Conclusión: En nuestro estudio, el Δ Prs no resultó ser un predictor independiente de mortalidad a 28 días en los pacientes con SDRA al igual que la Pplat y la Crs. Si bien hubo un aumento del Δ Prs en el grupo de no sobrevivientes, creemos que el resultado final está dado por la limitante en el N total de pacientes.



0074 LA RESUCITACIÓN CON FLUIDOS Y NORADRENALINA NO CORRIGE LA INSUFICIENCIA RENAL EN EL SHOCK ENDOTÓXICO

G FERRARA(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, VS KANOORE EDUL(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, JF GONZALEZ EGUILLOR(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, MG BUSCETTI(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, HS CANALES(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, B LATTANZIO(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, L GATTI(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA APLICADA, C INCE(1), UNIVERSITY OF AMSTERDAM, TRANSLATIONAL PHYSIOLOGY, A DUBIN(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, CÁTEDRA

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

Introducción: La fisiopatología de la insuficiencia renal en el shock séptico es compleja. Además, el rol de la hipoperfusión es controvertido.

Objetivo: Nuestra hipótesis fue que la normalización del transporte de oxígeno sistémico es insuficiente para revertir el fallo renal en el shock endotóxico.

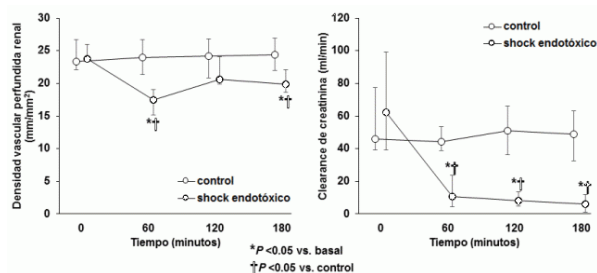
Material y método: Se estudiaron 24 ovejas anestesiadas y ventiladas mecánicamente. Se midieron variables cardiovasculares, y transporte y consumo de oxígeno (DO₂ y VO₂) sistémicos, flujo sanguíneo, y DO₂ y VO₂ renales, microcirculación cortical renal, y clearance de creatinina. Se provocó shock endotóxico (n = 12) por inyección intravenosa de endotoxina de E. Coli (5 µg/kg seguida por 2.5 µg/kg/h durante 180'). Después de 60' de shock, se realizó resucitación con fluidos (30 ml/kg de solución fisiológica) y noradrenalina. Ésta fue titulada para alcanzar una presión arterial media

(PAM) of 70 mm Hg. También se estudió un grupo control (n = 12). Los datos se muestran como mediana (IQR 25-75).

Resultados: El shock endotóxico redujo PAM, índice cardíaco, y DO₂ y VO₂ sistémicos. La resucitación normalizó estas variables. Flujo, DO₂ y VO₂ renales, densidad capilar perfundida cortical renal y clearance de creatinina disminuyeron en el shock endotóxico. La resucitación sólo mejoró parcialmente alguna de estas variables. Todas las mediciones permanecieron sin modificaciones en el grupo control (tabla y figura).

Conclusiones: El shock endotóxico produjo un fallo renal caracterizado por disminución del flujo sanguíneo, la DO₂ y el VO₂, y la perfusión microvascular renales. La administración de fluidos y noradrenalina mejoró la hemodinamia sistémica pero fue incapaz de normalizar la perfusión y la oxigenación renales. Sin embargo, la magnitud de estas alteraciones pudo no ser de suficiente magnitud para explicar la reducción persistente y grave del clearance de creatinina. Consecuentemente, otros mecanismos podrían estar involucrados.

	Control	Shock endotóxico	Control	Shock endotóxico	Control	Shock endotóxico	Control	Shock endotóxico
Índice cardíaco (ml/min/kg)	131	112	113	115	9.1	8.1	9.4	10
DO ₂ sistémico (ml/min/kg)	144	118	144	148	18.1	17.8	18.1	18.1
VO ₂ sistémico (ml/min/kg)	15.9	15.3	15.9	15.3	0.47	0.45	0.47	0.47
Flujo renal (ml/min/100g)	188	158	188	188	24.1	24.1	24.1	24.1
DO ₂ renal (ml/min/100g)	17.1	15.2	17.1	17.1	5.1	5.1	5.1	5.1
VO ₂ renal (ml/min/100g)	1.8	1.7	1.8	1.8	0.26	0.26	0.26	0.26
Extracción de O ₂ renal (%)	10.5	10.5	10.5	10.5	21.1	21.1	21.1	21.1
Extracción de O ₂ sistémico (%)	25.1	25.1	25.1	25.1	25.1	25.1	25.1	25.1



0075 EFECTO DEL USO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO SOBRE LA IMPEDANCIA PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN EN VOLUNTARIOS SANOS EN POSICIÓN SEMISENTADA A 45°

G PLOTNIKOW(1), R PRATTO(1), C QUIROGA(1), E ANDRICH(1), J DORADO(1), D VASQUEZ(1), G RAMIRO(1), D PABLO(1), JL SCAPELLATO(1), D INTILE(1)

(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: La cánula nasal de alto flujo (CNAF) es un dispositivo que permite la entrega de O₂ a alto flujo. La tomografía por impedancia eléctrica (TIE) es un método no invasivo que permite estimar modificaciones en el volumen pulmonar a través de cambios en la impedancia. Hasta el momento poco se sabe en relación al impacto que puede tener la aplicación de CNAF a diferentes flujos sobre el volumen pulmonar en posición semisentada.

Objetivo: Evaluar cambios globales de la impedancia pulmonar de fin de espiración (EELI) en voluntarios sanos con la aplicación de CNAF a diferentes flujos y en distintas posiciones. También analizar cambios regionales de la EELI y de la frecuencia respiratoria (FR).

Materiales y métodos: Estudio de intervención (antes y después). Se registró la EELI global, EELI regional y FR de 16 voluntarios sanos. Se utilizó un tomógrafo por impedancia eléctrica, un equipo generador de oxigenoterapia a alto flujo y cánulas nasales siliconadas. Se realizó una medición basal en decúbito supino sin CNAF (medición 0) y 3 mediciones en posición semisentada a 45°: la primera sin CNAF (medición 1), la segunda con CNAF a 30 L/m (medición 2) y la tercera con CNAF a 50 L/m (medición 3). Para comparar las variables entre los voluntarios se utilizó test de Friedman o test ANOVA según la distribución de las variables. Se asume como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Tomando como referencia el EELI acostado (medición 0), las diferencias entre las medianas de EELI global fue estadísticamente significativa siendo de 1,05 unid. en la medición 1, de 1,12 unid. en la medición 2, y de 1,44 unid. en la medición 3 ($p < 0,05$). También hubo diferencia cuando se comparó la EELI agrupada por zonas pulmonares ($p < 0,05$). La frecuencia respiratoria basal no tuvo diferencias con la medición 1 ($p = 0,131$) pero sí entre las mediciones 1, 2 y 3 ($p < 0,05$). Tabla 1

Conclusión: En voluntarios sanos la CNAF incrementa la EELI de manera global, tanto en las zonas pulmonares dependientes como en las no dependientes. Estos cambios se acompañan de una disminución significativa de la frecuencia respiratoria.

Tabla 2. Medianas de los diferentes valores registrados a lo largo del estudio.

	EELI Global (unidades)	EELI ZPND (unidades)	EELI ZPD (unidades)	FR (c/m)
Basal 180° (medición 0)	0f	0f	0f	15,8f
Semisentado 45° (medición 1)	1,05f	0,20f	0,33f	15f
Semisentado 45° CNAF 30 (medición 2)	1,12f	0,27f	0,39f	10,6f
Semisentado 45° CNAF 50 (medición 3)	1,44f	0,33f	0,42f	8,7f

EELI: impedancia pulmonar de fin de espiración; ZPND: zonas pulmonares no dependientes; ZPD: zonas pulmonares dependientes; c/m: ciclos por minuto.
f $p < 0,0001$ (Test de Friedman). † $p < 0,0001$ (Test ANOVA)

0076 SÍNDROME SEROTONINERGICO EN TERAPIA INTENSIVA

M ALBORNOZ(1), N ARBELAIS(1), M RE(1), MF CORBACHO RE(1), N ROCCHETTI(1), C SETTECASSE(1), D BAGILET(1)
(1) Hospital Escuela Eva Perón.

Introducción: El síndrome serotoninérgico (SS) es una reacción potencialmente fatal y evitable causada por diversas drogas. La toxicidad severa ocurre en su mayoría por combinación de dos o más moléculas. Los principales fármacos involucrados son los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), antidepresivos tricíclicos, e inhibidores de la monoamino oxidasa. El diagnóstico es clínico: excitación neuromuscular (hiperreflexia, mioclonías, rigidez), hiperactividad del sistema nervioso autónomo y estado mental alterado (agitación, confusión).

Caso clínico: Varón de 18 años, con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, en tratamiento con IRS. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) tras la ingesta de 2500 mg de Sertralina, asociado a bebidas alcohólicas, por intento de suicidio. Febril, con vómitos y diarrea acuosa, sudoración excesiva; excitación psicomotriz y deterioro del sensorio, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Examen físico: hipertensión, taquicardia, taquipnea, rigidez generalizada, clonus inducido, mioclonías generalizadas e hiperreflexia. Laboratorio: leucocitosis, acidosis metabólica y alcalosis respiratoria. Tratamiento: soporte hemodinámico y benzodiacepinas. Buena evolución clínica, alta de UCI al 7° día.

Discusión: El SS es el resultado de la sobre-estimulación de receptores 5-HT1A y 5-HT2A. No es una reacción idiosincrática, sino consecuencia predecible del estímulo disfuncional. Según los criterios de Hunter, este paciente presenta una toxicidad moderada. Este tipo de toxicidad ha ocurrido en el 15% de los envenenamientos con IRS y comienza a las pocas horas de la ingesta. Tras aumentar la dosis (sobredosis) o ingerir segunda droga serotoninérgica. El diagnóstico es clínico. La toxicidad severa es una emergencia médica y puede complicarse con hipertermia, rhabdomiólisis, coagulación intravascular diseminada y síndrome de distrés respiratorio del adulto. Diagnósticos diferenciales a considerar: intoxicación por anticolinérgicos, hipertermia maligna y síndrome neuroléptico maligno. El tratamiento consiste en: sedación, hidratación y soporte. Se ha propuesto la utilidad de la ciproheptadina, la clorpromazina y la ziprasidona. Los pacientes se recuperan en su mayoría con una mortalidad baja (<1%).

Conclusión: Creemos importante este cuadro clínico por ser una entidad usualmente subdiagnosticada, que debemos tener presente y considerarla en todo paciente tratado con agentes serotoninérgicos, para un diagnóstico precoz, tratamiento agresivo y prevenir su aparición.

0077 INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES VIH/SIDA EN TERAPIA INTENSIVA

V CHEDIACK(1), A BOCASSI(1), E CUNTO(1), G MAMMOLITI(1), C DOMINGUEZ(1), P SAUL(1), M NANO(1), R GREGORI(1), E CORTEZ(1), L GONZALEZ(1), S CACERES(1), M RODRIGUEZ LLANOS(1), P VELAZQUEZ(1), J CHOMYN(1), F GIL ZBIDEN(1), J FERNÁNDEZ(1), G VERA(1), C BISPÓN(1), O VILLAR(1), C NOGUERAS(1)
(1) Muñiz.

La incidencia de insuficiencia renal aguda (IRA) e insuficiencia renal crónica (IRC) en pacientes VIH/SIDA en la era del TARV (tratamiento antirretroviral) se ha incrementado y en los hospitalizados es del 17%, asociado a presencia de comorbilidades. La IRA e IRC están asociadas con mayor mortalidad, aunque el TARV y recuento de CD4 ≥ 200 células/ μ l serían protectivos de la progresión a la nefropatía. **Objetivo:** Describir incidencia, factores de riesgo y mortalidad de insuficiencia renal en pacientes VIH/SIDA internados en Terapia Intensiva (TI).

Materiales y métodos: Estudio de cohorte descriptivo, observacional. Evaluamos 165 sobre 574 pacientes VIH/SIDA ingresados en TI, con IRA al ingreso o durante su evolución. Periodo diciembre 2012-marzo 2017. Se confeccionó una ficha para datos, volcándose a planilla Excel, realizando media, mediana, rango, porcentaje y se determinó una significancia de $p \leq 0,05$

Resultados: Incidencia 29%. Hombres 72%. CD4: media 41, mediana 43 (0-800) células/ μ l, con TARV 19%. Enfermedad renal previa 21%. Comorbilidades: enolismo 43%, tabaquismo 35%, hipertensión arterial 24% y diabetes mellitus (DBT) 10%. Factores de riesgo: depleción de volumen 80%, albuminemia $\leq 2,5$ g/dl 63%, sepsis 61%, shock 60%, ventilación mecánica 46%, nefrotóxicos previos 41%, insuficiencia hepática 19% e IRC 11%. Apache II media 22, mediana 23 (11-42) puntos. IRA al ingreso 93%, lesión renal aguda (LRA) I 15%, LRA II 23% y LRA III 59%. Laboratorio: albuminemia media y mediana 2 (2-3) g/dl; proteinuria de 24 horas media y mediana de 0.70 (0,05-4,35) g/l. Ecografía renal: riñones con aumento de ecogenicidad 53%. Requirieron hemodiálisis 9%, tratamiento conservador 91%.

Mortalidad global 50% (LRA I: 58%, II 55%, III 48% respectivamente), con CD4 ≤ 200 cel. / μ l del 69 %, hipoalbuminemia 41%: Mortalidad entre hemodializados y no hemodializados con $P \leq 0,05$ (73% vs 48%, con Riesgo relativo 1,517(IC95%:1,072-2,146).

Conclusiones: La incidencia de IRA en VIH/SIDA en nuestra población es mayor a la reportada (29% vs 17%), pocas publicaciones realizadas en TI. Podría atribuirse a mayor inmunodepresión, menor adherencia a TARV y las comorbilidades. Los factores de riesgo hallados son concordantes con publicaciones. Nosotros alentamos la prevención de comorbilidades, diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir incidencia y mortalidad en estos pacientes.

0078 EL TAMAÑO DEL BABY LUNG CONDICIONA EL RIESGO DE VILI Y EL MECANISMO DE DISTENSIÓN PREDOMINANTE

N PISTILLO(1), O FARIÑA(1)
(1) Alta Complejidad El Cruce.

Introducción: Ventilar con 6 ml/kg (PBW) de Vt y limitar la PPlat hasta 30 cmH2O podría generar VILI especialmente en pacientes con SDRA moderado/severo.

Objetivo: Evaluar la incidencia de VILI en SDRA moderado/severo y correlacionarlo con el tamaño del *baby lung*.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 18 pacientes con SDRA. Los pacientes fueron ventilados en VCV con Vt: 6 ml/kg y PPlat 30 cmH2O. La PEEP se ajustó para obtener la PPlat objetivo. Se midieron presiones transpulmonares (PTP) y posteriormente se realizó una TAC de tórax al final de inspiración y espiración. 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). La extensión del SDRA fue cuantificada como la suma de pulmón no aireado y pobremente aireado. Se definió atelectrauma a la diferencia de pulmón no aireado entre ambos tiempos ventilatorios. Consideramos *stress* a la PTP inspiratoria y *strain*: $Vt/EELV$. Se calculó la energía potencial = $[(EELV \times PTP_{esp}) \times 1/2] \times 0.000098$ y cinética = $[(Vt \times PTP_{esp}) + (Vt \times \Delta PTP) \times 1/2] \times 0.000098$. Consideramos los siguientes valores críticos: *stress* > 20 cmH₂O, *strain*: > 0,27 y atelectrauma > 4%.

Estadística: La correlación entre variables se calculó con test de Pearson. Significativo $p < 0.05$.

Resultados: A pesar del uso de una estrategia ventilatoria protectora, un alto porcentaje de pacientes tuvieron niveles críticos de: *stress* (17,5%), *strain* (47%), hiperinsuflación (37,5%) y atelectrauma (50%). La extensión del SDRA se relacionó inversamente con la Pa/FiO₂ ($R = -0,64$ $p = 0,007$) y la Cst ($R = -0,84$ $p = 0,0001$). El tamaño del *baby lung* (EELV) correlacionó de forma inversa con el nivel de *stress* ($R = -0,66$ $p = 0,003$), *strain* ($R = -0,94$ $p < 0,00001$), atelectrauma ($R = -0,71$ $p = 0,002$) y con la energía cinética ($R = -0,74$, $p = 0,0006$) y de forma directa con la energía potencial ($R = 0,76$ $p = 0,0004$).

Conclusiones: La estrategia ventilatoria promovió VILI, especialmente en los SDRA más graves. El tamaño del *baby lung* condicionó el riesgo de VILI y el mecanismo de distensión predominante.

0079 OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR EN PEDIATRÍA SECUNDARIO A HEMANGIOMA SUBGLÓTICO: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON PROPRANOLOL. REPORTE DE CASO

P MAZZA(1), G SEQUIERA(1), A MENCHACA(1)
(1) Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Introducción: La obstrucción de vía aérea superior (OVAS) es frecuente en pediatría. Etiología de mayor incidencia: laringomalacia. Causa infrecuente y potencialmente grave es el hemangioma subglótico (HS). Presenta nuevas posibilidades terapéuticas, betabloqueantes no selectivos, como el Propranolol. Es preciso conocer sus indicaciones, dosificación y reacciones adversas para un tratamiento óptimo.

Presentación del caso: Lactante 2 meses, sexo femenino. Desde los 15 días estridor intermitente, inspiratorio y espiratorio.

Cursa infección respiratoria, aumento del estridor. Radiografía de tórax: mediastino, imagen cardíaca y campos pulmonares normales. Planteo de laringitis: tratamiento con corticoides vía oral y adrenalina nebulizada. Teoría clínica, ingresa a Cuidados Intensivos (UCIN), se aplica presión positiva continua en vía aérea (CPAP). Laringoscopia endoscópica: evidencia de HS.

Se inicia tratamiento con Propranolol vía oral, disminución del estridor, se retira CPAP. Alta a domicilio, con disminución de la lesión.

Discusión: La paciente presenta estridor en los dos tiempos respiratorios, clínicamente permite plantear lesión estructural fija. El diagnóstico se confirmó por endoscopia.

Solo 10 a 20% de los HS son sintomáticos antes de involucionar. Síntomas y complicaciones se presentan en la fase proliferativa de crecimiento, el 90-95% suele resolverse de forma espontánea. La mortalidad estimada es del 50% en los HS no tratados.

El objetivo del tratamiento es mantener la vía aérea permeable, acortar el curso natural de la lesión y reducir los efectos secundarios de la terapia.

Los corticoides han sido el tratamiento de primera línea, tasa de respuesta baja, menor del 20%.

El uso de Propranolol es un tratamiento efectivo, de primera línea. Presenta indicaciones específicas, como el compromiso de vía aérea. La vía de administración es oral, dosis recomendada de 1 a 3 mg/kg/día.

Efectos adversos: hipotensión arterial, bradicardia, hipoglicemia. El efecto beta bloqueante a nivel cardiovascular debe jerarquizarse en lactantes pequeños, en quienes el aumento de la frecuencia cardíaca es el principal mecanismo compensador del gasto cardíaco en las situaciones de incremento de las demandas metabólicas.

Conclusión: La laringoscopia endoscópica posibilita el diagnóstico precoz de HS y su tratamiento específico, para minimizar las complicaciones.

El propranolol permite una mejoría sintomática rápida, a dosis correcta, con adecuada relación riesgo beneficio.

0080 IN-EXSUFFLATOR Y VENTILACION NO INVASIVA EN INTERCURRENCIA RESPIRATORIA EN SINDROME DE TAY-SACHS. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

A SANGER(1), G BOSSIO(1), J MANAVELLA(1), F PAZIEN-
CIA(1), M MANAGO(1)
(1) Sanatorio De Niños De Rosario.

Introducción: El Síndrome de Tay-Sachs es una enfermedad neurodegenerativa autosómica recesiva que se caracteriza principalmente por hipotonía muscular, pérdida de las destrezas motrices y convulsiones. Las principales complicaciones son respiratorias debido a la debilidad de los músculos ventilatorios.

El objetivo del siguiente trabajo es presentar la evolución respiratoria y el manejo terapéutico y cotejar nuestros resultados con la bibliografía disponible.

Descripción: Paciente de 2 años de edad con Síndrome de Tay-Sachs, que ingresa por cuadro de insuficiencia respiratoria tipo 2, febril, con diagnóstico de atelectasia y neumonía, que requirió asistencia mecánica respiratoria (AMR) por 48 horas. Se extuba y fracasa por mala mecánica ventilatoria, atelectasias múltiples e hipoxemia, situación que se repite en dos ocasiones durante 23 días, aun habiendo recibido VNI preventiva, Air-Stacking y aspiración de secreciones en ambas ocasiones. Frente a esta situación, se plantea realización de traqueostomía, ante la negativa de los padres, el equipo kinésico propone extubación y tratamiento con asistencia mecánica de tos (In-Exufflator), aspiración de secreciones y VNI con períodos de desconexión programados, ajustados a la necesidad de la paciente. Se extuba y se comienza con el tratamiento planteado, mostrando una evolución favorable sin interurrencias respiratorias, logrando su posterior externación.

Discusión: Ante los resultados no favorables mostrados con la terapéutica kinésica estándar para esta situación clínica (Air-Stacking) y de acuerdo a la bibliografía analizada, en concordancia a lo observado en nuestro caso, diversos estudios concluyen que el uso de In-Exufflator previene complicaciones pulmonares en pacientes neuromusculares, disminuye el número de hospitalizaciones, los episodios de intubación y la necesidad de traqueostomía. Sumado a esto, la VNI es propuesta por varios autores como tratamiento a elección en pacientes neuromusculares.

Conclusión: La implementación de In-Exufflator y aspiración de secreciones más soporte ventilatorio no invasivo, logro en este caso, prevenir las complicaciones respiratorias post extubación.

Estos resultados incitaron al servicio de kinesioterapia a la incorporación del In-Exufflator como una herramienta terapéutica de primera línea en los pacientes con compromiso neuromuscular moderado-severo.

0081 VALOR DE HEMOGLOBINA COMO PREDICTOR DE WEANING SIMPLE

M PETASNY(1), VE FUKS(1), A DE SALVO(1), L MARTINEZ(1),
L LAMOT(1), JP RAMOS(1)
(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leonidas Lucero.

Introducción: La anemia en Terapia Intensiva es una patología frecuente. No está claro cuál es el valor mínimo necesario al momento de una prueba de ventilación espontánea (PVE).

Objetivo: Evaluar asociación entre concentración de hemoglobina en sangre y weaning simple.

Material y método: Estudio retrospectivo realizado en la Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leonidas Lucero de Bahía Blanca. Se realizó la revisión manual de historias clínicas

de los pacientes que requirieron ventilación mecánica por más de 24hs durante el año 2015. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales y hemoglobina al momento de la PVE. Se confeccionó una planilla en Excel y los datos fueron analizados en el sistema IBM SPSS 2.0.

Resultados: Sobre 250 historias clínicas revisadas, 82 reunieron criterios de inclusión. El 70,7% fueron de sexo masculino. La media de edad fue de 51 años(+/-18). Las patologías respiratorias y cardiovasculares fueron la causa más frecuente de intubación orotraqueal con un 24,4% cada una. Apache promedio 16,43(+/-6,4) y SAPSS 39,9. Al momento de la PVE 18,3% presentó Hb menor a 8g/dl (Grupo1), 30,5% entre 8-10g/dl(Grupo2) y 51,2% mayor a 10g/dl (Grupo3). Relacionando estos niveles de Hb con el weaning simple se observó un 80% de éxito en grupo 1, 80% en el Grupo 2 y 88% en el Grupo 3.

Conclusiones: No se observó diferencia en el weaning simple entre Grupo 1 y 2, con una leve tendencia a favor en el Grupo 3. Se requiere aumentar el tamaño de la muestra.

0082 OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA DE LA ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR

R GIMENEZ(1), E PIOMBETTI(2), A BAEZ(2), A BIANCHI(2), L AMADO(2), G IZAGUIRRE(2), L TALAMONTI(2), S SANCHEZ(2), G ELISA(2), M FERNANDEZ(2)

(1) Provincial De Rosario. (2) Provincial Rosario.

Introducción: La osteomielitis y artritis séptica de la articulación esternoclavicular representan el 1% de las infecciones óseas y articulares. Es infrecuente en individuos inmunocompetentes, siendo más común en pacientes inmunodeprimidos como HIV-SIDA, diabéticos, tratamientos antineoplásicos y trasplantados.

Presentación de los casos: Mujer 55 años HTA, DBT I, consulta por cuadro de 10 días de dolor en hombro y cadera derecha, impotencia funcional y fiebre. Ingresa a UTI por sepsis con requerimiento de ARM. Laboratorio: GB 14.9 mil/mm³, VES 49 mm/h, Lactato 3.8 mmol/l. TAC tórax: distensión capsular de la articulación esternoclavicular derecha, probable artritis séptica. Hemocultivos, cultivo de absceso pectoral y hueso positivo para SAMR. Realiza tratamiento antibiótico con Vancomicina, Rifampicina y Clindamicina. Se realiza toilette con desarticulación esternoclavicular derecha.

Mujer 54 años HIV +, DBT II, ingresa por cuadro de 1 mes de dolor en hombro izquierdo, impotencia funcional y fiebre. Refiere antecedente de gastroenterocolitis. Ingresa a UTI por shock séptico. Laboratorio: TGO 67 UI/L, TGP 53 UI/L, Lactato 2.2 mmol/l. TAC tórax: signos de destrucción ósea a nivel del tercio interno de clavícula con compromiso de la articulación esternoclavicular. Se realiza toilette con desarticulación esternoclavicular. Se obtiene desarrollo de Salmonella Spp. en hemocultivos, cultivo de absceso pectoral y hueso. Realiza tratamiento antibiótico con Piperacilina- Tazobactam + Vancomicina.

El cuadro se interpretó como artritis séptica esternoclavicular en ambos casos, con buena evolución y pase a Sala General.

Discusión: La articulación esternoclavicular es afectada principalmente en paciente inmunocomprometidos siendo el Estafilococo áureus la causa más frecuente. El diagnóstico es clínico, bacteriológico e imagenológico siendo la RMI de elección y en segundo lugar la TAC. El tratamiento quirúrgico está indicado en un segundo momento luego del drenaje de abscesos y tratamiento antibiótico.

Conclusión: La artritis séptica y osteomielitis esternoclavicular es una localización infrecuente pero debe plantearse dentro de los diagnósticos probables en pacientes inmunocomprometidos que se presenten con clínica compatible.

0083 REPORTE DE CASO. PERITONITIS PRIMARIA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

L LACOMBE, P PAHNKE(1), A LOPEZ, C ARANCIBIA

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: La peritonitis infecciosa habitualmente es secundaria a patología gastrointestinal o genitourinaria y es polimicrobiana. La peritonitis primaria es cuando no se objetiva causa subyacente, generalmente monomicrobiana, asociada a cirrosis hepática, síndrome nefrótico o inmunosupresión, siendo infrecuente en personas sin comorbilidades.

Presentación de caso: Femenina, 47 años, sin APP, físico-culturista, anabólicos, dolor abdominal 10 días evolución, fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea. q SOFA: 2. SOFA:3 Leucocitosis 21.400, EB -3,8 Láctico: 2 PCR: 505 VSG: 77 Hidratación: 30ml/kg. Ecografía: visceromegalias, sin líquido libre. TAC: estómago e intestino delgado paredes engrosadas, moderada cantidad líquido libre intraperitoneal y fondo de saco Douglas. Laparotomía: material purulento sin lesión evidente, abdomen abierto y contenido, ampicilina-sulbactam/metronidazol, ARM, sedoanalgesia, oliguria.

2° día 2 Hemocultivos y Líquido abdominal: + Estreptococcus pyogenes, se rota antibióticoterapia penicilina, clindamicina, ciprofloxacina. Lavado cavidad abdominal, material purulento+.

4° día cierre de cavidad. Cultivos -.

6° día NACS + derrame pleural derecho, avenamiento, exudado, cultivo líquido pleural y minibal, se rota ATB piperacilina-tazobactam. HIV-

10° día Evolución favorable, descomplejización.

14° día pasa a sala común, DOTE.

18° Alta hospitalaria.

Discusión: S. pyogenes es un estreptococo beta hemolítico del grupo A, causa faringitis aguda y una variedad de infecciones cutáneas (impétigo, erisipela, fascitis necrotizante), bacteriemias y Síndrome de Shock tóxico estreptocócico (SSTE). Complicaciones inmunes postinfecciosas que incluyen Fiebre Reumática y Glomerulonefritis aguda. Mortalidad 25%.

La peritonitis primaria por S. pyogenes es una entidad muy poco frecuente reportada como casos aislados, especialmente mujeres y puede evolucionar a SSTE.

La vía de acceso del microorganismo al peritoneo no está esclarecida. La vía de abordaje quirúrgico inicial se encuentra dividida entre los autores, laparoscopia vs laparotomía en virtud de sospecha clínica y severidad del cuadro.

Tratamiento antibiotico, infección invasiva (bacteriemia- SSTE) por S. pyogenes, se recomienda clindamicina+penicilina.

Conclusión: Tener alto índice de sospecha diagnóstica de peritonitis primaria por S. pyogenes en mujeres jóvenes, sin APP, con clínica de peritonitis aguda sin causa aparente y TC sin hallazgos relevantes. El abordaje quirúrgico inicial, laparoscopia o laparotomía dependen de la sospecha clínica y la severidad del cuadro. Iniciar antibioterapia de amplio espectro hasta disponer cultivos; S. pyogenes+ invasivo; clindamicina y penicilina.

0084 SEPSIS, MANEJO EN SHOCK ROOM

L LACOMBE(1), C VIGNETTA(1), P PAHNKE(1), C ARANCIBIA(1), A LOPEZ(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: La sepsis constituye un importante desafío en salud. Es una de las principales causas de mortalidad y enfermedad crítica acarreado significativas implicancias sociales y económicas. En el año 2002 se lanza la campaña "Sobreviviendo a la Sepsis" (SSC), publicándose directrices de tratamiento con el objetivo de mejorar la atención y reducir la mortalidad.

Su última actualización data del año 2012 y en enero de 2014, se implementa una herramienta para identificación rápida del paciente de riesgo: Evaluación Secuencial Rápida del Fracaso de Órganos (qSOFA).

Objetivos: Reevaluar el cumplimiento y seguimiento de las guías internacionales 2012 en el manejo y reanimación inicial de paciente con sepsis en el aérea de cuidados críticos. Valorar sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de qSOFA.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Municipal de Urgencias, Córdoba, de enero 2015/diciembre 2016; datos obtenidos mediante revisión de historias clínicas.

Se evaluaron variables epidemiológicas, parámetros fisiológicos, laboratorio, toma de cultivos, antibióticos antes de la hora, glucocorticoides, requerimiento de vasopresores, mortalidad. Se establecieron tres categorías: sepsis, sepsis severa, shock séptico.

Resultados: Población total: 137 pacientes. 75 % masculino, media 41 años; cumplieron con criterios diagnósticos el 14 %. Germen predominante: *Sthaphylococcus aureus*.

Variables de manejo inicial: PAM < 65mmHg al ingreso 83%. A las seis horas, PAM <65 mmHg 35%, PVC 8-12 cm de H₂O 91 %, ácido láctico 0,5- 2,2 39 %, volumen inicial con 30 ml /kg 100 %.

Diagnostico sepsis 17,39 %, sepsis grave 73,91 % y shock séptico 8,7%. Mortalidad global 34,9 %. Sensibilidad del qSOFA 52%, especificidad del 33 %; tasa de falsos negativos de 0,47, y de falso positivo de 0,66.

Conclusiones: El cumplimiento de actuación de las Guías SCC 2012 fue incompleta, presentando una mortalidad superior a la esperada según la literatura internacional.

A pesar de que el qSOFA posee baja sensibilidad y especificidad, sigue siendo una herramienta útil en el área de emergencia.

Proponemos la implementación de las nuevas guías de manejo internacional para sepsis 2016, enfatizando su seguimiento.

0085 DESCONEXIÓN SIMPLE DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS: ANÁLISIS DE PROTOCOLO

MDLA PONCE(1), C VIGNETTA(1), P PAHNKE(1), C CURA(1), MC SOSA(1), S PAVAN(1), C ARANCIBIA(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: El éxito o fracaso de la desconexión de Ventilación Mecánica (VM) es de gran trascendencia para la evolución del paciente. Debido a la demanda de atención permanente y al tiempo de estadía de los pacientes en el Departamento de Emergencia (DE) fue necesario la implementación de un protocolo claro, conciso y rápido de desconexión de VM, para dar mayor seguridad con el mínimo margen de error en la toma de decisiones.

Objetivos: Valorar la eficacia del uso del protocolo de desconexión de VM del DE; interpretar variables epidemiológicas; analizar parámetros utilizados en el protocolo; conocer adhesión al trabajo protocolizado.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional y analítico, de 100 casos de desconexión de VM protocolizado del Departamento de Emergencias de Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba, durante el periodo febrero 2016/2017. Se analizaron datos obtenidos en fichas individuales y el personal interviniente. La resolución de por lo menos el 50% de la condición médica que motivo la asistencia ventilatoria fue el punto de inclusión. Se discriminaron diagnósticos y tiempos de intubación. Se evaluaron variables epidemiológicas, parámetros fisiológicos, laboratorio y de asistencia ventilatoria, radiografía de tórax, test de fuga, horario diurno, medidas de confort, nivel de conciencia y prueba de ventilación espontánea.

Resultados: 100 casos de desconexión, 82% de masculinos, entre 25-50 años, con mayor incidencia de traumatismos de cráneo, intoxicaciones y politrauma, tiempo de intubación menor a un día 55%, parámetros cumplidos en su totalidad 55%, test de fuga parámetro menos cumplido analizado mediante Chi-Cuadrado arrojando sensibilidad de 93 y especificidad nula, eficacia del protocolo 96%, adhesión 87%.

Conclusiones: Alta eficacia de protocolo, predominio de pacientes masculinos y jóvenes. Test de fuga + con alta sensibilidad y especi-

ficidad nula como parámetro de éxito, buena adhesión al trabajo protocolizado.

0086 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO: PRESENTACIÓN ATÍPICA

MC CARRUEGA(1), GM GALMÉS(1), MA MONTENEGRO(1), A BALBI(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: El Síndrome Neuroléptico Maligno es una condición clínica infrecuente caracterizada por alteración del nivel de conciencia, rigidez muscular, fiebre y disautonomía, asociado a antipsicóticos típicos y atípicos. Presenta numerosos diagnósticos diferenciales especialmente cuando los síntomas son leves o se trate de la variante "atípica".

Presentación de caso clínico: Paciente de 27 años con antecedentes de esquizofrenia, obesidad mórbida (BMI 50) e hipertensión arterial, en tratamiento con quetiapina, escitalopram y alprazolam, presenta intoxicación medicamentosa. Evoluciona con deterioro neurológico, insuficiencia respiratoria e hipertermia con diagnóstico asociado de neumonía broncoaspirativa. Derivado a UTI, requiere AVM por SDR y soporte vasopresor. Se inicia antibioticoterapia y lavado gástrico con carbón activado.

Evoluciona con hipertermia refractaria a antipiréticos, insuficiencia renal aguda anúrica, acidosis metabólica severa, disfunción hepática y elevación de CK hasta 300.000 UI/l como reflejo de intensa rabdomiolisis.

Ante falta de rigidez muscular se interpreta cuadro como SNM atípico según criterios de DSM-5. Inicia terapia de reemplazo renal intermitente, tratamiento con benzodiazepinas. Labilidad hemodinámica y SDR severo.

Luego de 12 días, se objetiva lento descenso de CK, hipertermia aislada, persistiendo anuria. Se progresa en weaning ventilatorio incluyendo VNI postextubación luego de 22 días.

Paciente evoluciona sin secuela neurológica, miopático, sin requerimiento de oxígeno suplementario, alta nefrológica a los 31 días del ingreso.

Discusión: Reporte de un caso de SNM atípico, adjudicado a la combinación de antipsicóticos atípicos y antidepressivos. Se destaca la intensidad y duración de las fallas orgánicas asociadas frente a la baja dosis de medicación ingerida. Resalta la evolución favorable con recuperación completa de funciones orgánicas sin secuelas.

Conclusión: El SNM constituye una entidad de presentación infrecuente, sin hallazgos patognomónicos ni método de detección "gold standard". Sus variados diagnósticos diferenciales representan un desafío para el equipo tratante. Subrayamos en nuestro caso la prolongada duración de la repercusión orgánica, aunque con desenlace favorable y restitución al completo de las múltiples fallas.

0087 SINDROME GUILLAIN BARRE Y/O SINDROME CORDONAL ANTERIOR ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE. REPORTE DE UN CASO

MJ LARREA(1), D STURBA(1), C NOSTI(1), A HLAVNICKA(1), E GODOY(1), MV IANNANTUONO(1)
(1) Clínica De Los Virreyes.

Introducción: El dengue es una enfermedad infecciosa endémica en países tropicales y subtropicales.

Dentro de la afectación al sistema nervioso central y periférico se incluyen la encefalitis, encefalomielitis aguda diseminada, mielitis transversa, y el síndrome de Guillain-Barré.

Reporte de caso: Paciente masculino de 17 años sin antecedentes patológicos, oriundo de la Provincia de Buenos Aires, refiere cuadro caracterizado por fiebre y cefalea de 5 días de evolución, que 72 horas antes de la consulta había presentado paresia de evolución rápida de ambos miembros superiores que progresa a tronco y miembro inferiores.

Al examen físico lúcido, paresia severa de miembros superiores y plejía de miembros inferiores. Arreflexia en 4 miembros, sin nivel sensitivo, babinsky negativo bilateral.

LCR: Cristal de roca, Células: 2 linfocitos proteínas: 0,19 g/L, glucosa: 58 mg/dl.

Anticuerpos Anti VIH, HBsAg, AntiHCV, VDRL, Mycoplasma y Chlamydia no reactivos.

Serología Virus Dengue: IgM 1/20 Positivo. IgG Negativa; Virus Zika y Chikungunya: IgM/G Negativas. Serología EB y CMV negativas. PCR LCR: Varicela Zoster, Herpes Simple 1-2, Enterovirus, Citomegalovirus, West Nile, Saint Louis: No detectables.

TAC SNC: sin lesiones

Electromiograma de 4 miembros: Polineuropatía mixta sensitivo-motora, axonal y desmielinizante compatible con Síndrome Guillain Barré.

RMN de cerebro y columna cervicodorsal: lesiones hipointensas en T1, hiperintensas en FLAIR a nivel de región medular anterior de segmentos C3 a C7.

Durante la internación requiere ventilación mecánica electiva, traqueostomía. Se realiza ciclo de gammaglobulina endovenosa con mejoría clínica a predominio de miembros superiores lográndose decanulación. El paciente realiza rehabilitación

Conclusión: Alrededor del 10% de los pacientes con dengue, pueden presentar alteraciones neurológicas durante o después de la infección. El reciente incremento en la incidencia y diseminación territorial del dengue en Argentina, obliga al reconocimiento temprano y caracterización de las complicaciones neurológicas.

Si bien el manejo y el pronóstico de los pacientes no es diferente al SGB o asociado a otros procesos virales, es importante realizar el diagnóstico etiológico ya que tiene implicancias epidemiológicas. El objetivo de este reporte es alertar sobre el rol del virus del Dengue en los diagnósticos diferenciales de la cuadriparesia en el paciente neurocrítico (síndrome de Guillain Barré) y, como en nuestro paciente el compromiso del cordón anterior de la médula asociado a la polirradiculoneuropatía.

0088 VALOR DEL ÁCIDO LÁCTICO EN LCR PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS POST QUIRÚRGICA

G RAMOS(2), L TRUNZO(1), F BARBERIS(2), G GENOVESE(2), F MARTINEZ SRNEC(2)

(1) Sagrada Familia. (2) Dupuytren.

Introducción: La meningitis bacteriana (MB) postquirúrgica se asocia a alta morbi-mortalidad, por lo que el inicio del tratamiento antimicrobiano temprano juega un rol crucial. El LCR patológico puede no desarrollar bacterias en el cultivo por la administración previa de antibióticos (meningitis probable, MP) o por que la inflamación es secundaria a la disrupción quirúrgica de la barrera hematoencefálica (meningitis aséptica, MA). Algunos estudios sugieren al ácido láctico (AL) en LCR como un marcador útil para la diferenciación de MA de MB.

Objetivo: Evaluar la capacidad diagnóstica del AL para diagnosticar la MB postquirúrgica.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en 2 UTI de la CBA durante el período 2014 a 2016. Se registraron los pacientes postquirúrgicos a quienes se les realizó análisis de LCR por sospecha de MB. Para análisis de predicción diagnóstica se descartaron los pacientes que recibían antibióticos cuando se tomaron las muestras.

Estadística: Los valores fueron expresados en mediana e intercuartiles (25-75). Se utilizó para comparar los datos continuos el test de Student considerando un valor $p < 0.05$ (2-colas). Se realizaron los test diagnósticos binarios para evaluar la capacidad diagnóstica del físico químico del LCR.

Resultados: Se registraron 98 eventos en 26 pacientes. En 57 se descartó meningitis, 9 MB, 15 MP, 17 MA. No se observó diferencia en el AL entre MB y MA (6.1 [4-7.6] vs 5.8 [4.6-7,8] p NS). La sensibilidad

(S), especificidad (E) e índice de validez (IV) de AL-4 para meningitis bacteriana fue de 89, 63, 66%.

Tampoco en la pleocitosis y proteinorraquia. La glucorraquia fue menor en MB con respecto a MA (34 [11.5-39.5] vs 55 [44-71] p .03), con Glu-40 la S, E e IV para MB fue de 22, 94, 86%. Considerando los siguientes factores de riesgo (prot, glu-40, leuc-150, AL-4) la incidencia de MB con uno de ellos fue de 6%, con 2: 17%, con 3: 31% y con los 4: 50%.

Conclusiones: En el presente estudio la concentración de ácido láctico en LCR no permitió diferenciar la meningitis bacteriana post quirúrgica de la meningitis aséptica. La hipoglucorraquia tuvo mayor especificidad.

0089 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGOSEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA, 2 AÑOS DESPUÉS...

C BERRONDO(1), A FRANCAVILLA(1), M NALLAR(1), E TERRÁN(1), V POLOP(1), MA MEZZENZANI(1), L TORREIRO(1), S ROUCH(1), F BOCCADORO(1), MDP ARIAS LÓPEZ(1)

(1) De Niños R. Gutiérrez.

Introducción: La utilización de analgesia y sedación es muy frecuente en la Terapia Intensiva Pediátrica. Habitualmente su indicación no es uniforme, favoreciendo disconfort o sobredosificación. Se implementó un protocolo de analgo-sedación para unificar la práctica en los pacientes críticos ventilados. La implementación y su mantenimiento constituyen un desafío.

Objetivo: Describir el efecto a los 2 años de la implementación de una iniciativa de mejora en analgo-sedación en una UCIP.

Material y Método: Estudio prospectivo, Antes - Después, corte transversal. Ámbito: UCIP médico-quirúrgica de un hospital pediátrico. Se realizan 2 cortes de prevalencia de un mes para evaluar indicadores (corte 1: mayo 2014-corte 2: mayo 2016). Se miden: tasa de separación de infusiones sedantes y analgésicas, dosis máximas de drogas en infusión, número de drogas por paciente, tasa de utilización de planillas diarias por paciente y tasa de adherencia al ascenso de dosis según protocolo. Se utiliza estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes en variables categóricas, mediana y rango intercuartilo (RIC) en variables continuas. Comparación con test no paramétricos y χ^2 según corresponda.

Resultados: Cortes 1 y 2: 17 y 24 pacientes respectivamente. Sin diferencias estadísticamente significativas en población, días AVM y UCI. Cumplimiento de infusiones separadas (sedantes y analgésicos): 100%. Dosis máxima de fentanilo y midazolam (mcg y mg/kg/h) 6 y 0.3 en corte 1, 6 y 0.38 en corte 2 ($p:0.32/0.09$). Número de drogas en 1: 4 RIC (3-5) y en 2: 3 RIC (2-5). Dejó de utilizarse Hidrato de cloral y Ketamina, aumentó el uso de Dexmedetomidina (corte 1: 17.65%, corte 2: 37.5%). La utilización de levomepromacina fue estable (corte 1: 23.35%, corte 2: 20.83%). Se alcanzó un uso de planillas del 76% y ascenso de dosis según protocolo del 46%.

Conclusión: Cumplimiento 100% en separación de infusiones, disminución del número de drogas, mayor adherencia al protocolo en corte 2. No se utilizó más hidrato de cloral y ketamina. Aumentó el uso de dexmedetomidina. No se logró disminuir las dosis máximas de fentanilo y midazolam ni la utilización de levomepromacina. La medición de indicadores permite hacer modificaciones en la normativa y completar la mejora en una segunda etapa.

0090 MACROADENOMA DE HIPÓFISIS ABSCEDADO POR ACTINOMICETOS NAESLUNDII: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

P MARTÍN(1), C SANCHEZ(1), S MOLINA(1), M MONTENEGRO(1), A BALBI(1)

(1) Hospital Militar Central.

Introducción: Los adenomas hipofisarios representan alrededor del 10% de los tumores intracraniales. Aunque son tumores biológica-

mente benignos, presentan una amplia gama de complicaciones. El absceso hipofisario supone menos del 1% de estas complicaciones; dado que imita clínica, endocrinológica y radiológicamente a las demás patologías hipofisarias, su diagnóstico precoz es difícil y se realiza de forma tardía o post-mortem.

Presentación del caso clínico: Paciente masculino de 52 años con antecedentes de traumatismo encefalocraneano grave con hematoma subdural frontal que requirió craniectomía descompresiva y posterior craneoplastia en el 2005. Por infección tardía del sitio quirúrgico requirió recambio de osteosíntesis en 3 oportunidades sin secuela motora ni sensitiva posterior.

El paciente desarrolla episodio brusco de obnubilación con somnolencia, escala de Glasgow 14/15, visión borrosa, vómitos incoercibles asociados a registros febriles de 40°C.

Tomografía Cerebro: craniectomía con extensas áreas de encefalomalacia secular bifrontal, imagen levemente hipodensa en la región selar.

Punción Lumbar: hiperproteinorraquia y leucocitosis a predominio monomorfonuclear.

Evoluciona con déficit de los pares craneales III y VI con diplopía, poliuria, hiponatremia y falla renal aguda. Deterioro progresivo cefalocaudal, por lo que requiere intubación orotraqueal e internación en Terapia Intensiva.

Resonancia Cerebro: formación expansiva de 23x23x32mm de localización selar con extensión a seno cavernoso izquierdo, con obstrucción del flujo de la carótida interna.

El paciente presenta hipopituitarismo, por lo que se trata con hidrocortisona y levotiroxina. Se inician ceftriaxona y metronidazol por sospecha de absceso hipofisario.

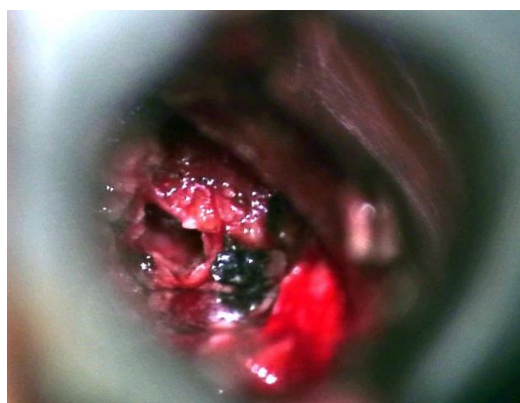
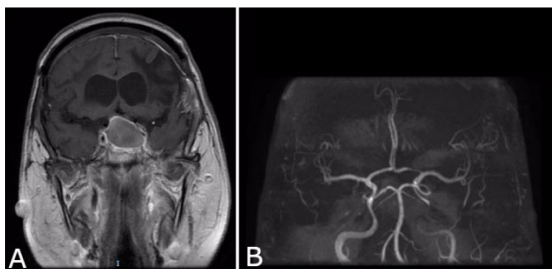
A las 48 horas del ingreso se decide realizar drenaje quirúrgico por vía transeptocefaloidea con toma de biopsia. Se observa abundante salida de material purulento.

Resultados de cultivos de pieza quirúrgica positivos para *Actinomyces naeslundii*.

Posteriormente se obtiene resultados de anatomía patológica de macroadenoma de hipófisis.

El paciente evoluciona satisfactoriamente resolviendo sus fallas neurológica y renal con recuperación total del sensorio, persistiendo solo el compromiso de músculos oculomotores. Siendo dado de alta hospitalaria a los 21 días de internación con reincorporación a sus tareas habituales.

Conclusiones: Los tumores abscedados de hipófisis constituyen un cuadro infrecuentemente descrito que reviste alta mortalidad. *A. naeslundii* es colonizante habitual oral-cervicofacial, pero requiere alteración de membranas cutáneas para resultar patológico. Resulta indispensable para el adecuado manejo terapéutico de esta entidad la acción multidisciplinaria entre los respectivos servicios médicos y quirúrgicos.



0091 ABSCESO CEREBRAL SECUNDARIO A ABSCESO PULMONAR EN HUESPED INMUNOCOMPETENTE

R PINTO(1), D GONZALEZ(1), M COLAVITA(1), J RIOS(1), E OLARTE(1), A KAMEGAWA(1), M CURONE(1)

(1) Clínica Suizo Argentina.

Paciente de 59 años con antecedentes de HTA que ingresó a UTI por deterioro del sensorio por lo que se decide su internación. A su ingreso presenta GCS: 13/15, rápido deterioro neurológico llegando a GCS: 7/15 por lo que se decide IOT/ARM. Se realizó TC de encéfalo que evidencia imagen hipodensa en región frontal izquierda con signos de edema a nivel de sustancia blanca y marcado efecto de masa generando colapso del sistema ventricular y desplazamiento de la línea media. Por presentar una imagen nodular en Rx tórax, se realizó TC de tórax con imagen consolidativa de tipo nodular proyectada en segmento anterior de LSI con aspecto multilobulado y signos de cavitación. Se solicitó también RMN de Encéfalo con Gadolinio y Espectroscopia que evidencia extensa lesión con componente necrótico de localización subcortical frontotemporal izquierda, predominantemente hiperintenso en T2, Flair y Difusión, que refuerza con contraste endovenoso. La Espectroscopia es compatible con proceso inflamatorio. Ante la sospecha de absceso cerebral se inicia tratamiento empírico con Ceftriaxona, Metronidazol y Vancomicina. Se realizó Biopsia de la lesión cerebral obteniendo material de tipo purulento (15 cc) y necrótico. Se colocó catéter de PIC para monitoreo neurológico. Evoluciona en ARM, traqueostomizado, bajo sedoanalgesia, con hipertensión endocraneana y medidas anti-edema cerebral. Presenta neumotórax izquierdo que requiere drenaje pleural. Al retirarse el tubo de drenaje pleural evoluciona con Fístula Broncopleural por lo que se realizó nueva TC de tórax que muestra la lesión cavitada preexistente con signos de comunicación broncopleural. Se realizó Videotoroscopia y Segmentectomía superior con toma de muestra para anatomía patológica y cultivos.

La anatomía patológica cerebral y pulmonar fue compatible con proceso inflamatorio. Los cultivos del material cerebral fueron positivos para *Streptococo Intermedius*.

La evolución fue favorable. Al suspender la sedación se hallaba vigil, con respuestas a órdenes simples y hemiparesia braquio-cubital derecha leve. Fue destetado de la ventilación mecánica, continuó tratamiento dirigido con ceftriaxona durante 8 semanas y derivado a sala general.

Conclusiones: El absceso cerebral secundario a absceso pulmonar no es habitual en un huésped inmunocompetente sin comorbilidades. La variedad de *Streptococo Intermedius* no es el germen comúnmente encontrado en estos casos.

0092 POLINEUROPATÍA DE PACIENTE CRÍTICO

MR TORRES(1), GG GARAU(1), MM MARTÍNEZ(1), AM LOJO(1), MA MONTENEGRO(1), FJ REBORATTI(1), AN GUTIÉRREZ(1), JJ NAVOTKA(1), CA ZAMPEDRI(1), MF MENDIETA(1), JV GARCÍA(1), MC MARTÍN(1), GA LEVY(1), RA KARATANA-SOPULOZ(1)

(1) Jose Ramón Vidal.

Introducción: La polineuropatía del paciente crítico (PPC) afecta al 40% de los pacientes internados en UCI, se caracteriza por presentar cuadriparesia flácida y simétrica, disminución y/o ausencia de reflejos tendinosos profundos, involucrando al Nervio Frénico, músculos intercostales y respiratorios accesorios; así como la atrofia y disfunción contráctil del diafragma, causales del retraso en el retiro del soporte ventilatorio mecánico.

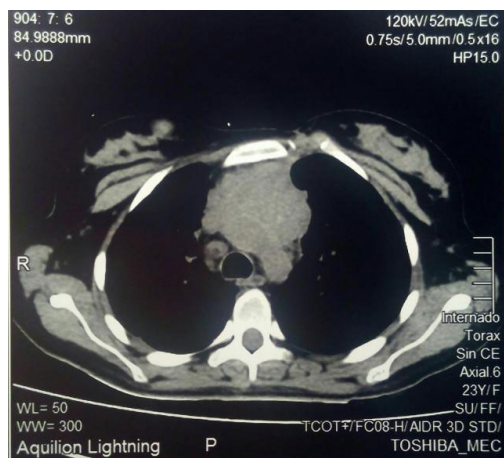
Presentación del caso: Paciente de 22 de años de edad, con antecedente de asma bronquial. Ingres a Terapia Intensiva por disnea clase funcional IV, frecuencia respiratoria 42 rpm, respiración paradojal, saturando 80% al aire ambiente. Se conecta a asistencia mecánica respiratoria (ARM); se realiza radiografía de tórax donde se evidencia infiltrado alveolar bilateral en parches, mediastino ensanchado. Se asume cuadro como Sepsis a foco pulmonar, Neumonía Grave de la comunidad, masa tumoral en estudio, Síndrome de lisis tumoral. Se efectúa antibioticoterapia, corticoides, bloqueantes neuromusculares y biopsia mediastinal.

Cursa internación en ARM prolongada, por SDRA por múltiples episodios de neumonía asociada a la ventilación mecánica. Se obtiene resultado anatomopatológico compatible con Linfoma no Hodgkin de células B.

Evoluciona con mejoría clínica, por lo que se intentan pruebas de ventilación espontánea, no siendo favorable por presencia de debilidad muscular generalizada, arrojando un valor de 21 según escala Medical Research Council (MRC). Se efectúa electromiograma que informa polineuropatía del paciente crítico severo (PPC).

Discusión: Se presume que la PPC esta asociada a la sepsis, fallo multiorgánico, uso de glucocorticoides, bloqueantes neuromusculares, aminoglucosidos, soporte de drogas vasoactivas, hiperglucemia y alimentación parenteral. Ante la sospecha se utiliza como herramienta para la detección temprana la escala de MRC; el descenso de los parámetros de función de los músculos respiratorios (PiMax, PeMax y capacidad vital) y el diagnóstico se completa con la realización del electromiograma.

Conclusión: Al tratarse de una patología de alta prevalencia y diagnóstico difícil es importante su detección precoz, debido a que nos llevaría a instaurar de forma temprana a un programa de rehabilitación para mejorar la capacidad funcional de los pacientes afectados.

**0093 VENTILACIÓN EN DECÚBITO PRONO EN HIPOXEMIA REFRACTARIA SECUNDARIA A HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA. REPORTE DE UN CASO.**

T CAZAUX(1), J NÚÑEZ(1), A HERREA(1), A ZAVATTIERI(1), C DÍAZ(1), J SEGURA(1), D MONARDO(1), F MOLINA(1), A GIRA(1), S MONGELLI(1), P PRATESI(2)

(1) Austral. (2) Austral.

Introducción: En el Síndrome de Distress respiratoria agudo (SDRA), la ventilación protectora ha demostrado disminuir la mortalidad. Dentro de las mismas, el decúbito prono tiene un cuerpo de evidencia que sustenta su implementación. Esta maniobra en causas distintas al SDRA presenta menor evidencia. Reportamos el resultado de esta estrategia ventilatoria en un paciente que presento hemorragia alveolar difusa con hipoxemia severa.

Presentación del caso: Se trata de una mujer de 69 años con antecedentes de DBT tipo II, dislipemia, fibrilación auricular paroxística y vasculitis con ANCA P+ que consulta por disnea y hemoptisis de 48 hs de evolución. Ingres a UCI con insuficiencia respiratoria y fallas hemodinámica, renal y disfunción hepática. La tomografía de tórax presentaba infiltrados alveolares bilaterales y al realizarse la broncoscopia y lavado se evidenció la hemorragia alveolar. Durante el tratamiento inicial, y ya presentando hipoxemia refractaria presentó un neumotórax derecho que requirió la colocación de un drenaje pleural con una fístula broncopleural de bajo débito con PEEP de 16. Tras las primeras horas la enferma se pudo estabilizar con Noradrenalina y Vasopresina pero persistía con hipoxemia refractaria ventilada en VCV con Vc de 5 ml/kg, Peep de 16 y bloqueantes neuromusculares con una presión de meseta de 28 y PaFio2 de 66. Tras el prono la oxigenación mejoró llegando a una PaFio2 de 330 manteniéndose el prono durante 17 hs y evolucionando con recurrencia del deterioro de la oxigenación con nueva respuesta al decúbito prono, comportamiento que mantuvo a en los días iniciales. Presentó progresiva mejoría de la oxigenación y de las fallas orgánicas recibiendo inicialmente tratamiento antibiótico e inmunosupresor (plasmaféresis, corticoides y ciclofosfamida) requiriendo de ARM prolongada siendo derivada a un centro de rehabilitación a los 50 días de su ingreso.

Conclusión: En este caso de hipoxemia refractaria, secundaria a una causa poco frecuente de insuficiencia respiratoria y distinta del

SDRA, la ventilación en decúbito prono fue una herramienta útil en el manejo de la misma.

0094 PACIENTE CON ANTECEDENTES DE HAKIM ADMAS QUE EVOLUCIONA CON HIDROCEFALIA E INFILTRACION DE LEPTOMENINGES POR ENFERMEDAD GRANULOMATOSA, CON DIAGNOSTICO POR EXCLUSION DE NEUROSARCIDOSIS

AJ HERRERA(1), A GIRA(1), A GOMEZ(1), A ZAVATTIERI(1), C DIAZ(1), T CAZAUX(1), J SEGURA(1), P PRATESI(1)
(1) Austral.

Presentación del caso: Hombre de 54 años con antecedentes de Síndrome de Hakim Adams en el 2014, con colocación de válvula de derivación ventrículo-atrial. En Octubre del 2016 presenta Cervicalgia, parestesias en Miembros superiores, evoluciona con hidrocefalia y se realiza recambio del catéter proximal de la válvula. Se realiza Los RMN cervical que evidencia imágenes hipointensas con realce de contraste a nivel de medula, impresiona infiltración de leptomeninges. En PET capta canal raquídeo cervico-dorsal, pulmón, glándula suprarrenal derecha, el 05/01/17 ingresa a UCI en POP de laminectomía C2-C6 y exeresis parcial de tumor intradural cervical (Anatomía Patológica: lesión granulomatosa no necrotica). Se realiza tratamiento con Metilprednisolona 15mg/kg/día x 3 días. Evoluciona con deterioro del sensorio, hidrocefalia, requiere ARM se coloca ventriculostomía. Presento Status convulsivo, intercurrido con empiema loculado que requirió decorticación pulmonar por VATS, asociado a colocación de una SNG (Klebsiella y E. Coli) tratado con PTZ. Evoluciona con anisocoria, Potenciales evocados sin reflejos de tronco. Se limita esfuerzos terapéuticos. 20/02 obito y necropsia

Discusión: El diagnóstico diferencial se realizó entre Tuberculosis, que presenta granuloma caseoso, PCR + tbc, Wegener, presenta granuloma necrotizante con ANCA+, Churg Straus, presenta granuloma necrotizante y ANCA+, Sarcoidosis, presenta granuloma no necrotizante, este último es el que presenta el paciente, se descarta Wegener y Churg Straus por presencia de ANCA negativo.

0095 PACIENTE QUE EN POST OPERATORIO DE AMIGDALECTOMIA SHOCK HIPOVOLEMICO, CON EVIDENCIA DE ANGIOGRAFIA DE CONTROL DE PSEUDOANEURISMA BILATERAL CON REQUERIMIENTO DE EMBOLIZACION SUPERSELECTIVA.

T CAZAUX(1), A GIRA(1), A GOMEZ(1), A ZAVATTIERI(1), A HERRERA(1), C DIAZ(1), J SEGURA(1), P PRATESI(1)
(1) Austral.

Introducción: La complicación hemorrágica por amigdalectomía tiene una incidencia de 3 a 3,9%. Los casos más graves se asocian a disección arterial y pseudoaneurismas, más a menudo en pacientes de 30 a 34 años y después de las 24 hs de cirugía. Algunos casos de hemorragia pueden estar relacionados a la formación de pseudoaneurismas. Esta complicación es rara, sino es tratada en forma correcta puede ser fatal, en sangrado significativo requiere cauterización y tratamiento endovascular

Reporte de caso: Paciente de 21 años, con antecedentes de hipertrofia amigdalina, se realiza amigdalectomía y evoluciona con sangrado de sitio quirúrgico, con requerimiento de cauterización de dicha zona por equipo de ORL. Evolucionando en la guardia con caída de cinco puntos de Hb, hipotensión arterial y con requerimiento transfusional de glóbulos rojos. Ingresó a UCI con Shock hipovolémico en post operatorio de amigdalectomía. Al día siguiente se realizó hemodinámica control donde se evidenció la presencia un pseudoaneurisma y blush patológico a nivel de las ramas tonsilares de la arteria facial y de la maxilar interna del lado izquierdo. Por lo que se realizó una embolización superselectiva de la misma con microsferas.

Inicialmente evoluciona de forma favorable, intercurriendo el día 17/11/17 con nuevo evento de sangrado, sin descompensación hemodinámica y requerimiento transfusional. Se decidió IOT y nuevo angiografía control donde se evidenció un blush patológico a nivel de las ramas tonsilares de la maxilar interna del lado derecho. Por lo que se realizó embolización superselectiva de dichos ramos. Posteriormente evoluciona de forma favorable, sin nuevos episodios de sangrados y con último control de laboratorio con una Hb mayor a 10 gr/dl. Por lo que se decide el egreso hospitalario y control ambulatorio.

Conclusiones: La amigdalectomía es uno de los procedimientos realizados con mayor frecuencia en otorrinolaringología. Es fundamental tener presente la complicación hemorrágica y evaluar la realización angiografía como herramienta diagnóstica de pseudoaneurismas y a lavex terapéutica a través de microembolización.

0096 PÚRPURA TROMBOCITOPENICA TROMBÓTICA; PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T PERIFÉRICO VARIEDAD ANGIOINMUNOBLÁSTICO

M PONCE(1), C CHAVEZ AGUILA(1), B NAVARRO(1), G TRIAS(1), F CHAVEZ(1), W STOERMANN(1), A PIRIZ(1), E AGUILAR(1)
(1) Clínica El Castaño.

Introducción: El linfoma T angioinmunoblástico, es una variante del linfoma T periférico. Representa el 4% de todos los linfomas, y el 20% de los linfomas T. Se caracteriza presentar fiebre, exantema cutáneo, adenopatías generalizadas y fenómenos como anemia hemolítica, hipergammaglobulinemia policlonal y hepatoesplenomegalia. La afectación cutánea suele detectarse en más del 50% de los casos y precede o acontece de forma simultánea al diagnóstico de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, de 46 años, sin antecedentes personales patológicos. Ingresó por rash cutáneo y pruriginoso generalizado de 72 horas de evolución, fiebre, odinofagia y tumoración submaxilar derecha de 6 días de evolución. Ecografía del cuello y abdominal informó poliadenopatías generalizadas en territorio cervical derecho y fosa supraclavicular. Una Tomografía axial computada arrojó múltiples adenopatías cervicales, en huecos supraclaviculares y espacios cervicales profundos, en mediastino adenomegalias múltiples, como así también en hilio pulmonar y regiones, derrame pleural bilateral; sin visceromegalia.

Evoluciona con cuadro febril, rash generalizado, anemia normocítica normocromática arregenerativa, trombocitopenia, linfocitosis, aumento de reactantes de fase aguda, B2 microglobulina elevada. Las serologías virales resultaron negativas, en frotis de sangre periférica se destacaban granulaciones tóxicas y linfocitos activados. Presento mala evolución; petequias en ambos miembros inferiores y amaurosis fugaz izquierda (hemorragia macular), insuficiencia respiratoria aguda severa; requiere pase a Terapia Intensiva y conexión a ventilación mecánica invasiva. Se efectuó Punción aspiración de medula ósea (PAMO) y biopsia ganglionar cervical. Se presume cuadro como purpura trombocitopénica trombótica, con requerimiento de plasmaféresis y corticoterapia, con favorable evolución clínica. Se obtienen resultados de biopsia (Linfoma No Hodgkin de células T periférico, variedad angioinmunoblástico) y PAMO (Reactiva con histiocitos serie mielocítica con vacuolas, con predominio de linfocitos T). Recibió tratamiento con Rituximab; Ciclofosfamida; Doxorubicina; Vicristina y Prednisona (R-CHOP), evolucionando favorablemente.

Discusión: El linfoma T angioinmunoblástico presenta un comportamiento agresivo y una elevada tasa de mortalidad, representa uno de los subtipos de linfoma T periférico con mayor incidencia de manifestaciones cutáneas, la más frecuente es una erupción maculopapular generalizada y de características poco específicas que plantea diagnóstico diferencial con una toxicodermia o incluso una infección vírica.

0097 PARALISIS PERIODICA TIROTOXICA HIPOPOTASEMICA; UNA MANIFESTACION ATIPICA DE CRISIS TIROTOXICA.

C CHAVEZ AGUILAR(1), F CHAVEZ(1), D CHIRINO(1), L DANIELA(1), B NAVARRO(1), A PIRIZ(1), M PONCE(1), J SEDEÑO(1), G TRIAS(1), W STOERMANN(1)
(1) Clínica El Castaño.

Introducción: Parálisis periódica tirotóxica hipopotasémica (PPHT) es una complicación rara asociada con hipertiroidismo, especialmente entre los caucásicos. Es más común en la población asiática. La PPHT se caracteriza por episodios de debilidad muscular e hipocalcemia.

Caso Clínico: Paciente masculino de 42 años de edad con Hipertiroidismo, Celiaco. Es traída a la consulta luego de 12 horas de calambres en región proximal de miembros, acompañado de debilidad muscular en miembros inferiores. A su ingreso a la Unidad de Terapia presenta presión arterial 160/90 mmHg, pulso radial de 120 latidos por minuto, se palpaba glándula tiroidea levemente aumentada de tamaño, sin nódulos, cuadriparesia a predominio de miembros inferiores, simétrica, hiporreflexia con sensibilidad conservada y motilidad ocular normal.

En el laboratorio se destacó: un potasio de 1,6 mEq/L. Recibió Tratamiento con Cloruro de potasio endovenoso revertiendo rápidamente la debilidad muscular, con hiperpotasemia de rebote a las 24 h. Se descartó pérdida urinaria de potasio. Se realizó dosaje de hormonas tiroideas; TSH < 0.02 T3 3,81, T4 15.9, T4L 5.5, Atc TPo. 565.2.

Una ecografía mostró una glándula tiroidea aumentada de volumen, con estructura heterogénea predominante hipocogénica, algunos tractos ecogénicos, que le confiere un aspecto pseudonodular. Se realizó diagnóstico de Parálisis periódica tirotóxica hipopotasémica. Se continúa con tratamiento metimazol, propranolol y se otorga el alta con control por consultorio.

Conclusión: En este trabajo describimos el caso de un hombre joven con diagnóstico de (PPHT). Esta entidad es 10 veces más frecuente en asiáticos, y si bien el hipertiroidismo es más frecuente en mujeres existe un predominio en los varones de 6:1. Los síntomas de tirotoxicosis son sutiles, y solo en el 10 % de las PPHT se asocian con manifestaciones clínicas claras. El tratamiento es prevenir arritmias secundarias a la hipopotasemia, prevenir el fallo respiratorio y revertir la parálisis muscular.

0098 BLOQUEO NEUROMUSCULAR ASOCIADO A CLINDAMICINA

J PACHECO(1), JULIO MENDEZ, S MAMANI(1), JULIO MENDEZ, A LUZZY(1), JULIO MENDEZ, C MORENO(1), JULIO MENDEZ
(1) Sanatorio Dr. (2) Julio Mendez.

La clindamicina es un antibiótico utilizado frecuentemente en el ámbito hospitalario, más aún en los últimos años, debido al incremento de cepas de Staphilococo Aureus meticilinoresistentes de la comunidad. No es un antibiótico exento de efectos adversos, siendo muchos de ellos graves y no siempre conocidos. Nuestro objetivo es describir un caso sobre bloqueo-neuromuscular en un paciente masculino de 57 años de edad, internado en nuestro UCI (Unidad de cuidados intensivos) que desarrolló este efecto adverso poco frecuente pero grave, asociado a la administración endovenosa 1200 mg de clindamicina recibido para tratamiento de un proceso infeccioso odontógeno. Evoluciona en las siguientes 48 horas (ya en su domicilio) presenta Debilidad muscular a predominio de MMII, simétrica y arreflexia ingresando a la UCI con reversión espontánea del cuadro.

Dentro de los efectos adversos descriptos para la clindamicina las más comunes son: diarrea y manifestaciones de hipersensibilidad. Los efectos Neuromusculares es poco frecuente pero grave y ser secundarios al potenciar la acción de otros agentes con propiedades similares. Cualquier fármaco o enfermedad que disminuya la concentración plasmática de la colinesterasa puede prolongar el

bloqueo inducido por succinilcolina. Otros medicamentos pueden actuar potenciando la acción de los BNM (Bloqueantes neuromusculares). Como por ejemplos los Antibióticos como estreptomina, gentamicina, amikacina, neomicina, **clindamicina**, polimixina A y B. Su mecanismo de acción se basa en que todos estos fármacos interfieren la entrada de calcio a nivel presináptico. Por lo tanto, concluimos que el episodio presentado por nuestra paciente, se trató de un efecto adverso poco frecuente, pero de suma gravedad explicado por la interferencia de la entrada de calcio a nivel presináptico y postsináptico bloquean el mecanismo de liberación de ACh, disminuye su secreción local y la posterior estimulación del RnACh y bloqueo directo al receptor así, inducen el bloqueo neuromuscular. Se puede evitar simplemente con el pasaje lento y controlado del fármaco, con un ritmo de infusión no mayor a 30 mg/min y la Clindamicina no debe administrarse en bolo, por todo lo anterior dicho ponemos a conocimiento de este caso.

0099 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON REQUERIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CRÍTICOS

L TALAMONTI*(1), C CARLINO*(1), E PIOMBETTI(1), G IZAGUIRRE(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1)
(1) Hospital Provincial De Rosario.

*Ambos autores participaron de igual manera en este trabajo

Introducción: La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) es un problema frecuente en UCI. Se asocia a peor pronóstico, mayor morbimortalidad e incremento de los costos en salud.

Objetivos: Principal: Evaluar la incidencia de IRA con requerimiento de hemodiálisis en nuestra UCI. Secundario: Describir epidemiología, factores asociados y mortalidad.

Materiales y métodos: Estudio epidemiológico observacional de cohorte retrospectivo. Período septiembre de 2012 a diciembre de 2016. Se incluyeron todos los pacientes ingresados a UCI y se identificaron pacientes con IRA que requirieron hemodiálisis (HD) vs pacientes críticos que no requirieron hemodiálisis (no HD). Se realizó estadística descriptiva y analítica. Mediana (IQ25-75). Pruebas estadísticas no paramétricas (Chi2, Mann-Whitney) y regresión logística multivariada. Nivel de significancia p<0.05.

Resultados: n=1459 pacientes ingresados a UCI. La incidencia de IRA con requerimiento de hemodiálisis fue del 5.1% (74 pacientes). Tasa de incidencia de 4.60 cada mil días-paciente. La etiología más frecuente en este grupo fue sepsis/shock séptico 60.6%.

TABLA COMPARATIVA

	HD	No HD	p
Edad (años)	51	49	NS
Sexo masculino	67.1%	70.0%	NS
Estadía en UCI (días)	17 (9.7-26)	6 (3-14)	<0.0001
Ventilación mecánica	83.6%	55.4%	<0.0001
Duración de la ventilación mecánica (días)	15 (9-22)	8 (3-15)	<0.0001
APACHE II	24 (19.7-29.2)	16 (10-23)	<0.0001
SOFA máximo	14 (10-17)	6 (3-10)	<0.0001
Creatininemia al ingreso (24hs)	2.65 (1.3-5.6)	0.9 (0.6-1.4)	<0.0001
Mortalidad en UCI	60.8%	22.5%	<0.0001

Factores de riesgo para HD (multivariado): DBT OR 2.14 (IC95% 1.15-4.0) y SOFA máximo OR 1.28 (IC95% 1.21-1.36) y creatinina al ingreso OR 1.26 (IC95% 1.16-1.38).

Factores de riesgo para mortalidad (multivariado): HD OR 1.89

(IC95% 1.02-3.49), SOFA máximo OR 1.25 (IC95% 1.19-1.30), Edad OR 1.03 (IC95% 1.02-1.04), APACHEII OR 1.03 (IC95% 1.01-1.06).

Conclusiones: Los pacientes críticos con IRA y requerimiento de hemodiálisis presentan mayor gravedad al ingreso, mayor disfunción multiorgánica, estadía hospitalaria, requerimiento y días de ventilación mecánica y mayor mortalidad.

0100 ENCEFALITIS POR HONGOS

J FIORANELLI(1), A MEDINA(1), JM GUARACHI LAURA(1)
(1) Carlos G. Durand.

Introducción: La encefalitis o inflamación del tejido encefálico, se traduce en disfunción neurológica.

Del 32% al 75% quedan sin diagnóstico. Solo el 1% diagnosticado está relacionado a hongos. ("Infectología Crítica", SATI 2015)

La causa más común en inmunosuprimidos es el *Cryptococcus*. ("Meningitis micótica", CDC).

The New England Journal of Medicine solo reportó un caso similar.

Caso clínico: Paciente masculino 43 años, diabético de reciente diagnóstico sin tratamiento. Refiere cuadro de 72 horas: fiebre, astenia y somnolencia. Presenta episodio convulsivo y deterioro del sensorio; requerimiento de ventilación mecánica. Sin signos meníngeos. Se realiza tomografía de encéfalo sin particularidades. Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo turbio con floculaciones, 1075 leucocitos polimorfonucleares. Inicia Ceftriaxona, Ampicilina y Fluconazol por presentar muguet oral y balanopostitis. HIV negativo. Electroencefalograma sin paroxismos. Se informó desarrollo de *Cándida Glabrata* y *Albicans* en hemocultivos y urocultivo. Inicio Anfotericina. Punción lumbar control, evidencia hifas en el directo. Intercurre con polipiomiositis con compromiso de psoas y miembro inferior derecho. Se realizó lumbotomía, fasciotomía y toma de cultivo con rescate de *Cándida Glabrata*. Con buena evolución pasa a sala general.

Discusión: Inicialmente interpretado como meningoencefalitis bacteriana, por hallazgos clínicos y cultivos, se reinterpreta fúngica, confirmándose a posteriori.

La evolución neurológica del paciente fue buena; aun recibiendo dosis subterapéuticas de antifúngico.

Los medios de cultivo para líquido cefalorraquídeo no fueron efectivos para diagnosticar y tratar adecuadamente al paciente.

Conclusión: Se deberían implementar nuevos métodos de estudio y diagnóstico para encefalitis por hongos.

Dada la infrecuencia de la encefalitis por hongos en pacientes inmunocompetentes y su dificultoso diagnóstico, es una entidad poco estudiada y poco conocida.

0101 IMPLEMENTACIÓN DE CÁNULA NASAL ALTO FLUJO EN FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

J ROBLES(1), A RAMOS(1), M PEREZLINDO(1), G MUSSO(1), M MANAGÓ(1), A DOGLIOTTI(2), C LOVESIO(1)
(1) Sanatorio Parque. (2) Grupo Oroño.

Introducción: La cánula nasal de alto flujo (CNAF) es un dispositivo de suministro no invasivo de oxígeno de uso cada vez más frecuente en la población adulta. En los pacientes con pico flujo inspiratorios altos logra una fracción inspirada de oxígeno más estable.

Objetivos: Describir las características de la población estudiada e identificar las variables predictoras de intubación endotraqueal o uso de ventilación mecánica no invasiva como fracaso del método en individuos adultos con falla respiratoria aguda hipoxémica.

Material y método: Se incluyeron prospectivamente individuos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) entre el 1 de julio del 2016 y el 10 de abril del 2017.

Se registraron las variables de persona, motivo de ingreso, datos gasométricos, complicaciones y el score de riesgo SAPS 2.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes de 50,5±18,8 años de edad,

de los cuales el 67,5% eran varones. La causa de ingreso fue médica en el 64,8%. El SAPS II fue de 35 (27-48) (mediana y desvíos intercuartiles). Los motivos de ingreso más prevalentes fueron: neumonía (35,1%), posoperatorio (27,0%) y sepsis (18,9%). El 51,35% tenían infiltrados pulmonares bilaterales y la implementación fue electiva en el 78,3% de los casos. La duración de la terapia con CNAF fue de 48 [24-72] horas y el método fracasó 24,37% de los casos. Un modelo de regresión logística halló a la falla hemodinámica (OR 93; IC 95% 1,2 – 6871;p =0,0387) y la falla neurológica (OR 111; IC 95% 4 – 3033;p= 0,0053) como variables independientes de fracaso.

Conclusiones: La utilización de la CNAF en ésta población resultó exitosa en la mayoría de los individuos.

0102 EXANGUINOTRANSFUSIÓN (ET) EN COQUELUCHES GRAVES. ¿ET PHONE HOME?

M PENAZZI(1), E MARI(2), P PACHECO(2)

(1) Hospital Del Niño. San Justo. (2) Municipal Del Niño. San Justo.

Introducción: La coqueluche grave (CG) se caracteriza por insuficiencia respiratoria con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica invasiva (ARM), neumonía, shock con taquicardia sinusal, hipotensión arterial, hipertensión pulmonar grave y leucocitosis (superior a 40000). La mortalidad es alta y se debe a colapso cardiovascular secundario a hipertensión pulmonar severa.

No hay descripto a la fecha ningún tratamiento eficaz. Desde el 2004 se realiza ET con el propósito de atenuar la progresión de la hipertensión pulmonar; se continua haciendo con relativo suceso y modificaciones en su indicación, aun a pesar de la escasa calidad de la evidencia.

Se han publicado en los últimos años, algunas series de casos en las que no se observan los beneficios de la ET auspiciosamente descriptos en la década pasada y algunos hasta cuestionan la hipótesis fisiopatológica de la hipertensión pulmonar generada por la presencia de trombos leucocitarios en la vasculatura pulmonar como factor omnipresente.

Objetivos: Describir impacto del uso de la ET sobre la mortalidad de los pacientes con CG.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo por revisión de la base de datos de pacientes entre 1 y 18 meses con diagnóstico de CG internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital del conurbano bonaerense entre el 1 de noviembre del 2006 y el 31 de marzo del 2017.

Resultados: Ingresaron 36 pacientes con CG. Varones: 25 (69,44%). Media de edad: 2 meses. Mediana de estadía: 3 días (vivos: 33 días, fallecidos: 1 día). Mortalidad global: 66,7% (24). Se realizó ET a 13 pacientes de los que fallecieron 11 (84,6%) mientras que la mortalidad en el grupo de 23 pacientes sin ET fue de 56,5% (13). Del total de sobrevivientes (12), el 77% (10) presentaron neumonías asociadas con ARM y sobrellevaron internaciones prolongadas.

Conclusión: Considerando nuestra experiencia negativa, sumada a la falta de otros informes con resultados favorables categóricos y a la carencia de certeza sobre la fisiopatología del cuadro, creemos necesario revisar el verdadero lugar de la indicación de ET en la CG y recordar que el énfasis sigue siendo la prevención. A valorar el rol del ECMO como sostén.

0103 FASCITIS NECROTIZANTE Y SHOCK TÓXICO STREPTOCÓCCICO: SERIE DE CASOS TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

LG MAGISTOCCHI(1), MV CODELUPPI(1), NE MAGNI(1), S CHUANG(1), SV SANTARELLI(1), ME VERA(1)
(1) Central.

Introducción: Fascitis Necrotizante es una infección grave de tejidos blandos. Tiene una mortalidad cercana al 100%. Su incidencia es de 0,4/100.000 casos, más común en varones (3:1). El Síndrome

de Shock Tóxico es una infección estreptocócica caracterizada por rápida progresión al shock y fallo multiorgánico.

Presentación del caso: Varón de 47 años, sin antecedentes. Ingresó por fiebre y hematoma de miembro superior derecho. Ingresó hemodinámicamente estable con hematoma y edema en brazo, cintura escapular y hemidorso derecho hasta cadera. Presenta fallo multiorgánico. Ingresó a Terapia Intensiva hemodinámicamente inestable, con flictenas hemorrágicas en miembro superior, tórax, Abdomen, región inguinal, escroto y raíz del muslo derecho. Mala evolución. Fallece a las 24 h del ingreso.

Mujer de 53 años, consultó por fiebre y dolor en miembro inferior derecho con flictenas en hueso poplíteo, edema en pierna derecha sin flogosis. Presenta disnea súbita y paro cardiorespiratorio. Se descarta tromboembolismo por ecocardiograma. Ingresó a Terapia Intensiva hemodinámicamente inestable, refractario al uso de vasopresores. Examen físico: múltiples flictenas serohemáticas en cara interna de muslo y pierna derecha, cianosis y ausencia de pulsos. Fallo multiorgánico asociado. Se realiza amputación supracondílea derecha, observándose tejido muscular necrótico. Retorna en shock refractario. Fallece.

Mujer de 68 años que ingresa por trastorno de conciencia y hematoma desde región lumbar izquierda hasta pie. Tomografía sin lesiones y punción lumbar normal. Se descarta trombosis venosa profunda por Doppler. Fallo multiorgánico. Ingresó a Terapia Intensiva hemodinámicamente inestable. Examen físico: flictenas microhemorrágicas en muslo, flanco y dorso izquierdo. Se decide amputación supracondílea de miembro inferior izquierdo, con tejido desvitalizado e isquemia. Fallece a las 24 hs

Discusión: Los casos presentaron rápida progresión al fallo multiorgánico. Todos presentaron síntomas previos y se inició antibioticoterapia temprana, pero el diagnóstico se retrasó por consulta a otros centros. Presentaron hemocultivos positivos para *Streptococcus* β-hemolítico.

Diagnósticos diferenciales: trombosis venosa profunda y celulitis. En otras series, el diagnóstico precoz y el inmediato gesto quirúrgico, es el principal determinante que mejora el pronóstico.

Conclusión: La fascitis necrotizante es una patología con alta mortalidad. La aparición de shock tóxico streptocócico ensombrece el pronóstico. La alta sospecha clínica y el rápido accionar quirúrgico son los principales determinantes.

0104 COMA MIXEDEMATOSO. UN CASO EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

MV CODELUPPI(1), LG MAGISTOCCHI(1), NE MAGNI(1), S CHUANG(1), SV SANTARELLI(1), ME VERA(1)
(1) Central.

Introducción: El coma mixedematoso es la forma de presentación más grave del hipotiroidismo. Puede desencadenarse por eventos agudos. Presenta alta mortalidad, entre el 30 y 60%. Es un cuadro de baja incidencia, 0,22/1000000 de habitantes por año; más frecuente en mujeres dentro de la sexta década de vida y de mayor presentación durante los meses de invierno. Requiere rápido diagnóstico y tratamiento.

Presentación: Paciente de 57 años Ingresó por trastorno de conciencia, episodios de excitación psicomotriz y síncope. Al examen físico: estuporoso, hipotérmico, palidez mucocutánea, sequedad de piel y mucosas con descamación, alopecia difusa, edema bpalpebral sin edemas periféricos. En tomografía de cerebro se observa imagen secuestral isquémica. Ingresó a Unidad Coronaria por bradicardia extrema, que revierte con atropina, y permanece para evaluación electrofisiológica con requerimientos de dopamina. Permanece estable con mejoría del nivel del sensorio, presentando nuevo episodio de excitación psicomotriz y deterioro neurológico con necesidad de intubación orotraqueal. Pasa a terapia intensiva donde presenta paro cardiorespiratorio durante la intubación. Tomografía de cerebro sin cambios respecto a previa, punción lumbar con físico químico normal. Bradicardia sinusal. Rx de tórax normal. Permanece

inestable hemodinámicamente, hipotérmico, bradicárdico, con vasopresores e inotrópicos. Se constata TSH 50Uu/ml, T4 <1µg/dl. Se inicia levotiroxina 400 mg/día endovenosa. Al segundo día de internación intercorre con una neumonía intrahospitalaria. Mala evolución. Presenta nuevo paro cardiorespiratorio y muerte.

Discusión: En este caso se llegó al diagnóstico por sospecha clínica (bradicardia, hipotermia y fascie característica) sumado a laboratorio. Es una patología que requiere rápido diagnóstico y tratamiento para disminuir su mortalidad. El sintoma cardinal es el trastorno de conciencia que debe ser diferenciado de otras patologías como accidente cerebrovascular, síncope o infecciones de sistema nervioso central. Se realizó tomografía de cerebro en dos oportunidades sin lesiones agudas y punción lumbar normal. Debido a su rara presentación no se cuenta con estudios randomizados ni guías de práctica clínica que orienten el accionar.

Resumen: El coma mixedematoso rara vez se plantea como diagnóstico diferencial debido a su baja incidencia. Una vez llegado al diagnóstico el tratamiento hormonal debe administrarse sin demora para disminuir la mortalidad.

0105 NEUMONIA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN UNA CLINICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

I GONZÁLEZ MÁRQUEZ(1), E GODOY(1), SRASERO(1), C NOSTI(1), A HLAVNICKA(1)
(1) De Los Virreyes.

Introducción: La legionelosis fue descrita luego de un brote epidémico durante la Convención de Legionarios de Filadelfia en el año 1976, en un hotel de esa ciudad. En Argentina y en la mayor parte de Latinoamérica la seroprevalencia es de hasta el 5%.

Presentación del caso: Paciente de 25 años, tabaquista, oriundo de Provincia de Buenos Aires, consulta en otro centro por registros febriles, cefalea, dolor retroocular y tos seca de 5 días evolución con diagnóstico de neumonía de la comunidad. Días previos al inicio de los síntomas concurre a una pileta de natación. Sin mejoría clínica, TC tórax: Vidrio esmerilado que se distribuye en casi la totalidad de ambos pulmones. Cultivo de Lavado bronquioalveolar (BAL) para gérmenes comunes/micobacterias, negativos. Progresó esquema antibiótico a ceftriaxona/claritromicina, derivado a nuestra institución. A su ingreso: febril, hiperdinámico, mala mecánica respiratoria, requiere IOT, SDRA severo. Inicia Piperacilina/vancomicina/oseltamivir. Hemocultivos, urocultivo, cultivo de BAL y aspirado traqueal, sin desarrollo. PCR H1N1 en BAL: no detectable. IFI para *Legionella pneumophila* del 25/1/2017: IgM positivo. Ig G 1/32; 15/2/2017 Ig M positivo. Ig G 1/256. Evoluciona con mejoría gradual de PAFI durante 7 días, inicia proceso de destete de ARM. Cumple 21 días de claritromicina. A los 13 días de ARM, se logra extubar de manera exitosa y a las 72hs pase a sala.

Discusión: Se calcula que entre los pacientes que tienen diagnóstico etiológico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), entre el 7 y 28 % corresponde a gérmenes atípicos. Separados por gérmenes, el más frecuente es *Mycoplasma pneumoniae* (22,8%), seguido de *Chlamydia pneumoniae* (10,7 %) y *Legionella* (0,7%).

Conclusión: La real incidencia de *Legionella pneumophila* como causa de NAC en nuestra comunidad continúa siendo un tema a esclarecer. Cuando cursa en forma de brotes, difícilmente pasará inadvertida, sin embargo, cuando se presenta en casos aislados se debe incluir dentro de las probables etiologías.

0106 ABSCESO HEPÁTICO

CR GUILLAUME ECHENIQUE(1), P PAHNKE(1), S PAVAN(1), C ARANCIBIA(1), C VIGNETTA(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: Aproximadamente un tercio de la población con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* desarrollan complicaciones locales o a distancia (metastasis sépticas) como endocarditis, pero

siendo más habituales la localización ósea, articular, espacio epidural, discos intervertebrales y vísceras, con la consecuente producción de abscesos esplénico, renal o hepático. El riesgo de desarrollar complicaciones es mayor en bacteriemia primaria, pero las bacteriemias comunitarias corren el riesgo de retrasar la terapéutica antibiótica específica, lo que aumenta la mortalidad.

Caso clínico: Masculino 17 años, con forúnculo 2 semanas evolución. Ingresa por dolor lumbar derecho irradiado hacia hipocondrio derecho, fiebre y náuseas.

Al examen físico febril, no soplos, abdomen doloroso en hipocondrio y flanco derecho, en MID forúnculo en resolución.

Ecografía: riñón derecho aumentado de tamaño, con parénquima heterogéneo, presentando colección no homogénea con extensión perinefrítica, midiendo 60 x 50 mm. Ecocardiografía: sp.

TAC: Riñón derecho aumentado de tamaño, en el polo superior y tercio medio, colección líquida de bordes irregulares con múltiples septos internos, comprometiendo todo el espesor parenquimatoso, con extensión perinefrítica, sin planos de separación con el segmento VI del hígado, 70 x 60 x 65mm.

Se realiza 2 hemocultivo, urocultivo y serología para HIV, VHB, C y VDRL. AMS + Metronidazol Cultivos + Staphylococcus aureus 1 Hemo, uro -, serología - rotando a Ciprofloxacina. Score Fowler: 3. 5° día: punción aspirativa del líquido abdominal Staphylococcus aureus+

10° día TAC control, aumento de la colección 78 x 75 mm. Se coloca drenaje multipropósito y cultivo líquido abdominal Staphylococcus aureus+MR.

Se rota Vancomicina + TMP-SMX según antibiograma.

21 días tratamiento endovenoso, evolución favorable y alta hospitalaria

Conclusión: En un paciente joven con infección cutánea de la comunidad (forúnculo en involución) por Staphylococcus aureus que presenta bacteriemia persistente, un retraso en el tratamiento antibiótico específico aumenta el riesgo de complicaciones tales como el absceso hepático.

En los pacientes con bacteriemia de la comunidad, a la hora de seleccionar la terapéutica antibiótica empírica, se debe tener en cuenta la infección por Staphylococcus aureus MR.

0108 DISTONIA CEREBRAL

CE GALAN MARQUEZ(1), CR GUILLAUME ECHENIQUE(1), P PAHNKE(1), S PAVAN(1), C ARANCIBIA(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: En el paciente con traumatismo craneoencefálico (TEC), la hiponatremia es la distonía más frecuente, comportándose como un predictor pronóstico. Frecuentemente el cerebro perdedor de sal y la secreción inadecuada de hormona antidiurética han sido las 2 entidades responsables de explicar la mayor parte de los casos de hiponatremia en estos pacientes. Su diagnóstico diferencial no ha demostrado ser de utilidad, el cloruro de sodio hipertónico es la base de tratamiento de ambos cuadros, y la restricción hídrica con frecuencia está contraindicada. Existiendo así una tendencia a englobar ambas entidades en una misma.

Por otro lado, la hiponatremia también se asocia con la disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal post TEC en un 15-68% de los casos.

Caso clínico: Masculino de 42 años, ingresa con diagnóstico TCE Leve Potencialmente Grave tras caída de altura. Examen físico GCS 15/15, otorragia derecha, parálisis facial periférica derecha. TAC cerebro: Fractura occipital derecha con compromiso del agujero magno, neuromeníngeo occipital, fractura mastoidea derecha con ocupación de celdillas, fractura de peñasco derecho en relación con agujero carotídeo. Analgesia y observación SGC horario.

TAC cerebro control 24 hrs. HSD agudo laminar occipital derecha, en relación con fractura occipital derecha. Focos de contusión frontales intracápsulas.

3° día cefalea holocraneana y síndrome vertiginoso acompañado

de vómito, se indica dexametasona, dimenhidrinato, se optimiza analgesia y medidas gatroprotección.

TAC control: absorción de contusión frontales previas. Laboratorio: hiponatremia leve.

6° día Somnolencia, cefalea e hiponatremia persistente Na 121 mEq/L, a pesar euvolemia y aporte CLNa al 20 %. Ionograma urinario: Na 197-K 13.3- Cl 185 mmol/l. Sospecha diagnóstica: Sd. Perdedor de Sal Cerebral.

10° TSH1.389 -T4 Libre: 1.39 – Cortisol: 16.0 uIU/ml. Continúa con CINA+ Fludrocortisona.

15° días Natremia 135. Ionograma Urinario: Na 80- K 10.3- Cl 80mmol/l.

Evoluciona favorablemente, obteniendo valores óptimos de Na serico. Alta hospitalaria.

Conclusiones: Frente a la sospecha de un paciente con distonía cerebral post TCE, se deben valorar diferentes etiologías que, si bien presentan inconvenientes al diagnóstico diferencial, tienen en común el manejo terapéutico.

En este caso, a pesar de mantener volemia adecuada más reposición de CINA, fue necesario administración de fludrocortisona con óptimos resultados.

0109 DISPLASIA ARRITMOGENICA, CON RESULTADO FATAL

N RAMIREZ(1), M PRETEL(1), M ANDREOTTI(1), N TRONCOSO(1), S COMETTO(1)

(1) Aeronáutico Córdoba.

Introducción: La displasia arritmogénica, es una enfermedad hereditaria, afecta predominantemente al ventrículo derecho (VD), predispone a arritmias ventriculares y muerte súbita. Se notifica como causa de muerte súbita en 11-27% en pacientes < 35 años.

Presentación del caso:

(25/07/16) Masculino de 23 años, sin antecedentes, presenta Síncope con Trauma Craneoencefálico; Ingresa vigil, examen físico normal. ECG: extrasístoles ventriculares (EV) aisladas

Laboratorio, Rx tórax, Tomografía cerebral, Ecocardiograma Doppler: normal

Holter:

- EV de alta densidad todo el día, dimórficas aisladas y agrupadas en duplas, tripletas, bigeminias y trigéminas.

- Extrasístoles supraventriculares (ESV) no significativas.

Ergometría:

- ESV y EV aisladas.

- PEG submaxima negativa para isquemia.

- EV dimórficas aisladas, en bigeminias y trigeminias, aumentan con el esfuerzo, disminuyen a máximo esfuerzo y aumentan en etapa de recuperación presentándose aisladas y formando duplas.

(27/07/16) Alta.

(06/08/16) RNM cardiaca: normal

(26/08/16) Estudio Electrofisiológico:

- EV idiopática de tracto de salida del VD.

- Ablación por radiofrecuencia no eficaz.

- EV idiopática de otros focos, no apta para ablación y mapeo.

- Ausencia de inducción de arritmia ventricular sostenida, con agresivo protocolo de estimulación.

(5/9/16): Presenta síncope, mientras jugaba fútbol, ECG, TV polimórfica con posterior FV, se realiza RCP

Derivado al hospital. Ingres a UCO hipotenso, taquicardico, miódriático, Glasgow 3/11.

Se estabiliza y deriva a otra institución.

Evoluciona con requerimiento de vasopresores e inotrópicos, presenta episodios reiterados de TV sostenida.

RNM Cerebral:

- Lesión hiperintensa en ambos putámenes, cabeza del caudado y en corteza cerebral, involucra sector tèmoro-parietal en secuencia T2-FLAIR, compatible con lesión isquémica aguda en corteza cerebral y núcleos grises de la base, también compromiso de región pulvinar de ambos talamos.

Electroencefalograma: normal.

El 12° día fallece.

Necropsia: infiltrado de tejido conectivo graso en VD compatible con displasia arritmogénica.

Discusión: Los pacientes suelen ser asintomáticos antes de su presentación.

El mecanismo es típicamente arritmia ventricular, probablemente debido al ejercicio inducido por catecolaminas. El diagnóstico se basa en los criterios Task-Force 2010.

Conclusión: De las miocardiopatías, es la más difícil de describir. Su evolución puede llevar a muerte súbita. Los criterios son un proceso dinámico, puesto que, su fundamento genético y mecanismos patogénicos están en constante evolución.

0110 IMPLEMENTACIÓN DEL NUTRIC SCORE Y EL NRS 2002 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

L PERALTA(1), S JEREB(1), C SZWEC(1), M LUDOVICO(2), M FURLONG(3), B RODRIGUEZ(4)

(1) Nacional Dr. A. Posadas. (2) General De Agudos Dr. L. Güemes. (3) De Agudos Eva Perón. (4) General De Agudos Cosme Argerich.

Introducción: El paciente crítico, especialmente al ingreso a la Unidad de Cuidados Críticos (UCI), no siempre cumple con los criterios tradicionales de malnutrición y experimenta alto grado de estrés metabólico que generalmente limita la eficacia de las intervenciones nutricionales y aumenta las complicaciones relacionadas a la misma.

Objetivo: Describir los resultados obtenidos del uso del Nutric Score (Heyland 2011) y el Nutritional Risk Screening (NRS; Kondrup 2002) en la UCI del Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas en el periodo Agosto de 2016 a Febrero de 2017.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de fichas de evaluación nutricional e historia clínica de pacientes internados en Terapia Intensiva e Intermedia durante 6 meses. Se excluyeron menores de 18 años y aquellos pacientes con menos de 24 hs de internación. Ambas herramientas se realizaron en el paciente al momento del ingreso. Se utilizó el Nutric Score sin la determinación de Interleuquina 6. El análisis de frecuencias se realizó con Excel.

Resultados: Se evaluaron 216 pacientes, de los cuales se excluyeron 4 por ser menores de 18 años y 5 por permanecer menos de 24 hs en la UCI. Del total (n=207) solo el 14% presentó valores entre 5 y 9 puntos (Alto Puntaje) según el Nutric Score, mientras que el 48% no pudo ser evaluado por la falta de datos al momento del ingreso a la UCI. El NRS 2002 pudo realizarse en todos los pacientes y se encontró que el 54% presentó 3 o más puntos (Riesgo a Malnutrición). De los pacientes sin evaluar por Nutric Score se encontró que el 44% tenían Riesgo a Malnutrición según NRS 2002.

Conclusiones: El NRS 2002 logró identificar mayor cantidad de pacientes los cuales podrían beneficiarse con el inicio precoz de la nutrición en comparación con el Nutric Score, que reflejó menor impacto en los resultados debido a la falta de datos disponibles. Reconocer las causas de la falta de los mismos y poder obtener un score completo podría beneficiar aún más la terapia nutricional de los pacientes en la UCI.

0111 INFECCIONES POR ENTEROCOCO Y SU RELACIÓN CON LA PORTACIÓN DE ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE (EVR) EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL EVA PERÓN DE SAN MARTÍN DURANTE 2015-2016

SI CASTRO(1), G CERRO(1), R LOMA FLORES(1), M ALMUZARA(1), A TUDURI(1), S PALOMBARANI(1), G SLY(1), E COHEN(1), MDV CHAMUT(1), J RISSO PATRÓN(1)

(1) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: Enterococo se considera un patógeno de baja virulencia y las infecciones significativas ocurren en pacientes muy enfer-

mos con múltiples comorbilidades. La implementación de programas de control de gérmenes multiresistentes, entre los cuales está el EVR, se está cuestionando recientemente, sin conocer todavía el impacto sobre la salud de los pacientes.

Objetivo: Investigar los casos de infección por Enterococo sensible (EVS) o no a vancomicina (EVR) detectados en la unidad, su vínculo temporal con la colonización por EVR y en este caso, su relación con el uso de algún antibiótico.

Material y método: Se consideraron las características demográficas, motivo de internación, uso de antibióticos (ATB) previos al rescate y ocurrencia de infección en los portadores de EVR. Se analizaron cepas de EVR y EVS aisladas en sangre y distintos materiales en los dos años mencionados.

Resultados: Se incluyeron 38 mujeres y 49 hombres con hisopado positivo sobre un total de 629 ingresos. La mediana de edad (M) fue de 64 años (R: 15-89). La M de días de internación fue de 22 días (R: 2-144). Los motivos de ingreso principales fueron: postoperatorio de neurocirugía 20 y de cirugía general 16 pacientes, causa neurológica 11, causa respiratoria 27, sepsis en 13 pacientes. Los ATB más usados fueron: vancomicina (47), piperacilina-tazobactam (51), colistin (40), AMS (31), ciprofloxacina (23) entre otros. Episodios de bacteriemias: 8 por E. faecium (1 EVS) y 9 por E. faecalis (1 EVR), líquidos abdominales: 8 con E. Faecium (2 EVS) y 2 con E. faecalis (EVS). Urocultivo 4 con E. faecalis (EVS) y 2 con E. faecium (EVR), Líquido cefalorraquídeo/absceso cerebral 1 con E. faecalis (EVS), partes blandas 2 con E. faecium (EVR) y 1 con E. faecalis (EVS), líquido biliar 1 con E. faecium (EVS) entre las infecciones documentadas sobre 35 pacientes. Un total de 18 pacientes presentó infecciones por EVR. Fallecieron 47 pacientes con portación de EVR.

Conclusión: Hallamos un 13,8% de pacientes colonizados por EVR y solo una baja proporción de infectados por este germen (2,86%). Los antibióticos más usados hasta 48 horas antes de la detección de la portación fueron colistin, vancomicina y piperacilina-tazobactam.

0112 TAQUIARRITMIAS: EXPERIENCIA EN SHOCK ROOM – HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS (CÓRDOBA – ARGENTINA)

E NASUTE(1), C VIGNETTA(1), PB PAHNKE(1), C ARANCIBIA(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

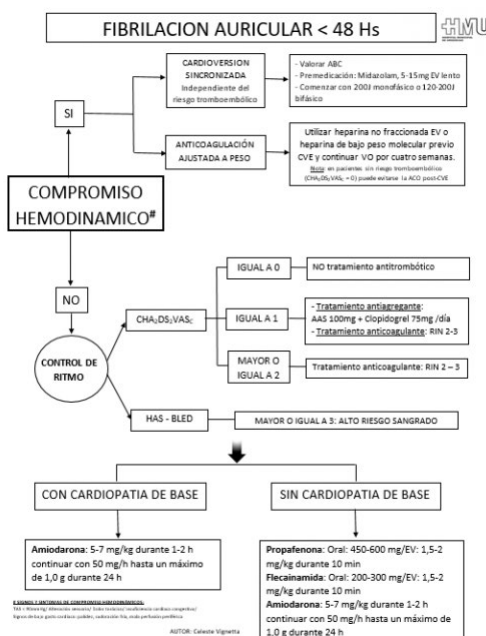
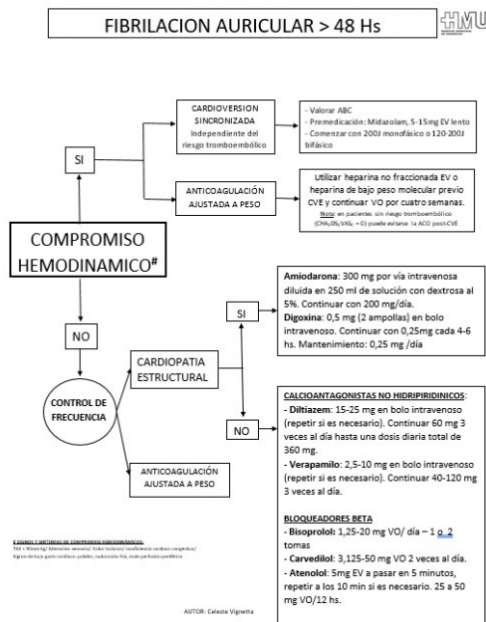
Introducción: Hay diferentes formas de clasificar las arritmias, según su mecanismo fisiopatológico, su origen (supraventriculares y ventriculares), y el ECG según la duración del QRS; en taquiarritmias con QRS estrecho y ancho. Consideraremos arritmia sostenida más frecuente: a la fibrilación auricular (prevalencia 0,7-17,6%). Objetivo, conocer nuestra casuística y proponer algoritmo terapéutico adaptado a nuestra realidad y a la literatura.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde enero/diciembre 2016. Población: pacientes ingresados Shock-Room con diagnóstico electrocardiográfico de arritmia. Recolección de datos: historias clínicas. Variables estudiadas sexo, edad, motivo de consulta, antecedentes patológicos, signos vitales, tiempo puerta-ECG, radiografía, ecocardiograma, objetivo del tratamiento, drogas utilizadas, anticoagulación y días de internación. Criterios exclusión: taquicardia sinusal.

Resultados: Ingresaron 17 pacientes a Shock Room con episodio de taquiarritmia, 2,4% del total de internados (n:749). Sexo predominante masculino (52,94%) y promedio edad 50,76 años (rango 24 – 64). El 88,23% presentó antecedentes patológicos. El 82,35% presentó FA (100% FAARV), 11,76% TV y 5,88% TPSV. Motivo de consulta más frecuente, palpitaciones (64,7%). Pacientes con FA: frecuencia cardíaca promedio 147lpm. El 7,14% revirtió sin tratamiento. En el 85,71% se realizó control de frecuencia, con amiodarona en un 33,33% (respuesta en 1,15 días), 58,33% amiodarona y digoxina (1,16 días) y en el 8,33% digoxina (3 días). En 7,14% se realizó cardioversión. La mitad fue anticoagulado, (57,14% con enoxaparina/42,86% con heparina no fraccionada). TV (11,76%): TA promedio 141/102mmHg, frecuencia cardíaca 207,5lpm, 100%

respondió a cardioversión, 50% anticoagulado, con enoxaparina. Días de internación: 3,5. TPSV: 5,88% normotenso, FC: 140 lpm, tratamiento con amiodarona.

Conclusión: Aunque esta enfermedad no es frecuente en nuestro nosocomio, el médico emergentólogo debe poseer los conocimientos para diagnóstico precoz y accionar rápido para disminuir la morbimortalidad de esta patología. Se aconseja clasificación de la European Heart Rhythm Association para evaluar síntomas. En pacientes con FAARV y pesar de las recomendaciones del uso de amiodarona y digoxina en pacientes con cardiopatía estructural, en nuestro medio se utilizaron las mismas para control de frecuencia al carecer de disponibilidad de ecocardiograma asumiendo los riesgos por lo que es necesario la categorización según riesgo trombotico y sangrado (CHA2-DS2-VASc/HAS-BLED). Se propone algoritmo terapéutico.



0113 UTILIDAD DE CRIOBIOPSIA PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A TOXICIDAD POR DROGAS. REPORTE DE CASOS

AM RIVERA(1), MJ LAS HERAS(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), R CASTRO AZCURRA(1), G SVETLIZA(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: En la actualidad se utiliza un amplio espectro de drogas terapéuticas que pueden potencialmente producir toxicidad pulmonar y llevar a la insuficiencia respiratoria aguda. Se han identificado múltiples efectos adversos entre los que se encuentran: infiltrados pulmonares difusos, nódulos pulmonares, derrame pleural y una variedad de hallazgos en las imágenes tomográficas. Su diagnóstico es complejo de realizar por la falta de elementos identificables, y usualmente es interpretado como un proceso de origen infeccioso, inmunológico o inflamatorio. La utilidad de nuevas técnicas de diagnóstico invasivas como la criobiopsia, podrían mostrar un nuevo paradigma en la interpretación de estas patologías, mejorando su diagnóstico y evitando tratamientos nocivos innecesarios en los pacientes.

Casos clínicos:
Se presentan 2 pacientes.
Paciente 1: Hombre de 83 años, con antecedentes de insuficiencia cardiaca e hipertensión arterial que ingresa por sospecha de neumonía aguda de la comunidad con requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Evoluciona con progresión de los infiltrados pulmonares e hipoxemia refractaria a pesar del tratamiento antibiótico administrado. Se realiza lavado bronquioalveolar sin rescate y se descarta patología cardiaca subyacente. Evoluciona negativamente por lo que se decide realizar criobiopsia pulmonar, obteniendo como resultado toxicidad pulmonar por amiodarona.

Paciente 2: Mujer de 62 años, con diagnóstico reciente de linfoma Hodgkin en tratamiento con doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina. Evoluciona con progresión de infiltrados pulmonares bilaterales, derrame pleural, adenopatía mediastinal y hemoptisis. Se realiza lavado bronquioalveolar sin rescate bacteriológico. Progresiona con insuficiencia respiratoria aguda y requiere ventilación mecánica. Se realiza criobiopsia pulmonar con diagnóstico de toxicidad por bleomicina. Se suspende tratamiento antibiótico ampliado y se optimiza fracción inspirada de oxígeno por su relación con la toxicidad por bleomicina.

Discusión: En pacientes con falla respiratoria aguda, la criobiopsia pulmonar en el contexto de los antecedentes de la medicación utilizada, podría aportar información para evitar tratamientos innecesarios que generen efectos adversos y sobrecostos.

Conclusiones: En un grupo tipificado de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda sin diagnóstico cierto, el uso de criobiopsia en manos experimentadas podría evitar errores de diagnóstico y consecuentemente eficientizar su terapéutica.

0114 MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS OBESOS QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

A VICENTE(1), P SAVIO(1), L PRIETO(1), B SIMIONI(1), A BRUSCO(1), C CAGNOLA(1), A FERRARIO(1), C GARCÍA REID(1), R AMOZA(1), P TICALINI(1), M ALÍ(1), A CURA(1), W TOZZI(1), M VILLARRUEL(1), G VERDE(1), G MUHAFARA(1), S VIRGLIO(1), G BATAGLIA(1), L AREAS(1), MN NOVO(1), L GAREGANANI(1), A TICAK(1), I CHIAVARO(1), M FERRERO(1)
(1) Parmenio Piñero.

Introducción: La obesidad continúa siendo un desafío asistencial, debido a la morbimortalidad aumentada, fundamentalmente en los pacientes que requieren Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). No se encontró una Revisión Sistemática que considere el impacto del Índice de Masa Corporal

(IMC) sobre la variable mortalidad en sujetos obesos con requerimiento de VMI.

Objetivo: Describir la relación entre los pacientes adultos obesos que reciben VMI y la mortalidad en la UCI.

Materiales y método: Se realizó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE, Cochrane Library, CINAHL y OVID, incluyendo la literatura gris, sin restricción de lenguaje, hasta el 21 de febrero del año 2017. Se incluyeron estudios primarios que compararon pacientes obesos (IMC ≥ 30 kg/m²) versus no obesos (IMC < 30 kg/m²). La variable primaria fue mortalidad en UCI, expresada mediante Odds Ratio (OR). Se efectuó un análisis de sensibilidad según el diseño de estudio y la categorizaron del IMC. Se evaluó la heterogeneidad estadística mediante el test de Chi Cuadrado y los valores de I². Se estableció una p estadísticamente significativa $\leq 0,05$. Se realizó el registro en el International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO: crd42017059983).

Resultados: Se incluyeron en el análisis 14 estudios (n= 89.031 pacientes) de los cuales 6.702 (7,5%) presentaron un IMC ≥ 30 kg/m². No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes obesos y no obesos respecto a la variable mortalidad en la UCI (OR: 0,94; IC 95%: 0,81-1,10; p= 0,45). Se realizaron dos análisis de sensibilidad, según el diseño de estudio y eliminando los pacientes con bajo peso (IMC $< 18,5$ kg/m²), sin hallarse diferencias estadísticamente significativas en el subgrupo de pacientes obesos respecto a la mortalidad en la UCI (OR: 1,03; IC 95%: 0,85-1,25; p= 0,74 y OR: 1,02; IC 95%: 0,83-1,27; p= 0,83 respectivamente).

Conclusión: Los pacientes obesos que reciben VMI en la UCI no presentaron mayor mortalidad en comparación con aquellos no obesos. Las características de los estudios incluidos no permitieron realizar un análisis más exhaustivo de las variables temporales: tales como días de VMI, estancia en UCI y hospitalaria.

0115 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO COMO MÉTODO PARA PREVENIR LA FALLA DE LA EXTUBACIÓN. RESULTADOS PREELIMINARES

P EZCURRA(1), E GOGNIAT(1), S VENUTI(1), V MONZÓN(1), F ORTEGA(1), N ROUX(1), A MIDLEY(1), S GIANNASSI(1)
(1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La reintubación es un factor de riesgo independiente de neumonía nosocomial, mayor mortalidad y estadía hospitalaria. En las últimas años, la cánula nasal de alto flujo de oxígeno (CNAFO2) ha ganado protagonismo en el periodo post-extubación inmediata.

Objetivo: Describir la efectividad de la aplicación de la CNAFO2 como método preventivo de falla de la extubación en pacientes con alto riesgo, así como variables fisiológicas, de intercambio gaseoso y confort.

Material y método: Estudio prospectivo de cohorte en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos (UCIA) de la CABA (1 de diciembre 2016 hasta 31 de marzo 2017). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, en asistencia ventilatoria mecánica invasiva por al menos 48 horas, que superaron de manera exitosa la prueba de ventilación espontánea (PVE) y fueron extubados, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo: > 65 años, falla respiratoria aguda hipoxémica como motivo de intubación, > 1 PVE fallida consecutiva, antecedentes de insuficiencia cardíaca, antecedentes de EPOC o PaCO₂ > 45 mmHg, BMI > 30 . Las variables estudiadas fueron falla de la extubación, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, FiO₂, PaFiO₂, SpO₂FiO₂, PaCO₂, trabajo respiratorio, NTproBNP y confort. Las estimaciones continuas se informaron como mediana y rango intercuartil o media y desvío estándar. Las comparaciones

entre éxitos y fracasos se realizaron con Test T o Mann-Whitney de acuerdo a distribución, las categorías como valores absolutos y frecuencia y análisis con Test de Fischer.

Resultados: 29 pacientes incluidos, 5 (17,3%) fracasaron a la extubación. Este grupo presentó mayor PaCO₂ [42,3 (10,2) vs 33,8 (5,6) p 0,02] y FiO₂ [0,3 (0,3-0,5) vs 0,21 (0,21-0,28) p 0,05] al finalizar la PVE, también presentó mayor FiO₂ [0,5 (0,45-0,55) vs 0,33 (0,30-0,40) p 0,02] a los 60 minutos de CNAFO2. Utilizaron mayor tiempo la CNAFO2 post extubación [36 (2-69) vs 24 (24-24) p 0,08] y permanecieron más días en la unidad [25 (21-28) vs 9 (6-12) p $< 0,01$], sin diferencias en la mortalidad en UCIA [2 (40) vs 4 (17) p 0,29].

Conclusiones: De acuerdo a nuestros resultados preliminares, la CNAFO2 es efectiva para prevenir la falla de extubación en pacientes de alto riesgo.

0116 EVALUACION DE UN PAQUETE DE MEDIDAS EN PREVENCIÓN DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA (NAV)

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

Introducción: La NAV es la infección nosocomial más frecuente e implica un incremento en la morbimortalidad, así como en costos y estadía en UTI.

Objetivos: Evaluar la aplicabilidad y adhesión a un paquete de medidas para prevenir episodios de NAV.

Evaluar el impacto del paquete de medidas seleccionadas, sobre la prevalencia de NAV.

Material y Métodos: Estudio cuasi experimental con intervención, realizado en un Servicio de Terapia Intensiva mixta, de julio 2012 a diciembre 2016. Se definió un paquete con cinco medidas: a) Cabecera a más de 30°; b) Suspensión diaria de la sedación; c) Higiene bucal con clorhexidina por turno; d) Evaluación diaria para extubación; e) Control de presión del "cuff" dos veces por día y > 20 cm H₂O.

El cumplimiento de cada medida fue registrado por cortes de prevalencia semanales al igual que los episodios de NAV, para lo cual se siguieron las definiciones del CDC. Las variables registradas durante el periodo de intervención, fueron comparadas con las de un periodo de 24 meses anterior, (julio 2010 a junio de 2012).

Las variables cuantitativas se expresan como medias \pm DE y fueron analizadas mediante U de Mann Whitney; las variables cualitativas se expresan como porcentajes y se analizaron mediante chi cuadrado.

Para evaluar el impacto de la intervención se realizó análisis de series interrumpidas mediante comparación de rectas de regresión de prevalencia, pre y post intervención. Se consideró significativa, p $\leq 0,05$.

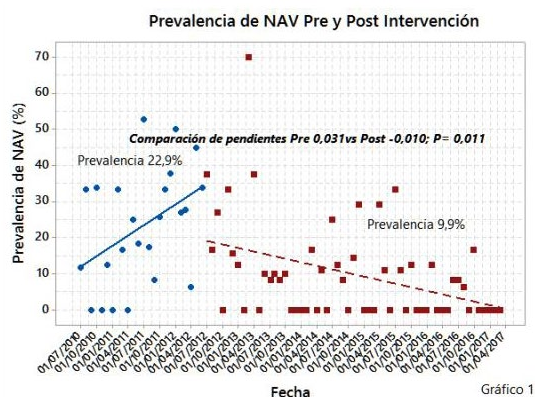
Resultados: En el periodo estudiado, egresaron de UTI 1867 pacientes. Fueron sometidos a ARM 547 pacientes. Tasa de uso de ARM 49,1%. Se registraron 40 episodios de NAV. La prevalencia de NAV fue de 22,9% en el periodo preintervención vs 9,9% en el post intervención; p = 0,003. Gráfico 1.

El cumplimiento de las medidas fue $>$ al 90% para todas, excepto para la presión del "cuff", solo alcanzó el 62,1%.

Conclusiones:

1) Se logró un alto porcentaje de adhesión a las intervenciones, excepto para la medición de presión del "cuff".

2) Hubo una disminución significativa en la prevalencia de NAV durante el periodo estudiado respecto al periodo control, a pesar del cumplimiento parcial del paquete de medidas evaluado.



0117 FALLA HEPÁTICA FULMINANTE EN CONTEXTO DE SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

D NOVAES(1), G CUETO(1), M TORRES(1), C COZZANI(1), P BOTTA(1), C BOULAN(1), H VILLACRÉS(1), Y GONZÁLEZ(1), D LÓPEZ CAMPOS(1), N VERGOTTINI(1), L BRIA(1)
(1) Argerich.

Introducción: El Síndrome Hemofagocítico es una rara condición que se caracteriza por activación inmune patológica, puede presentarse de forma primaria (mutaciones genéticas) o secundaria (infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes). Presenta elevada mortalidad, debe mantenerse un alto índice de sospecha para iniciar en forma temprana el tratamiento.

Caso Clínico: Paciente de 26 años de edad con antecedentes de prurito y astenia de ocho meses de evolución. Consulta en Comodoro Rivadavia por ictericia, coluria y dolor abdominal de una semana de evolución. Es admitida, el laboratorio evidencia alteración del hepatograma, con serologías para virus hepatotropos, HIV, anticuerpos para enfermedad de Wilson, autoinmune y tóxicos negativas. A los cinco días presenta insuficiencia hepática y es derivada a nuestro Hospital para eventual Trasplante Hepático. En clínica médica, se evidencia hepatomegalia y TAC con consolidación en lóbulo inferior izquierdo, imágenes ganglionares axilares, hilio pulmonares, mediastinales, mesentéricas y retroperitoneales. Inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona con progresión de encefalopatía y coagulopatía, es ingresada en UTI con insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica y falla renal. Ante la presencia de citopenia, se realiza PAMO que muestra Hemofagocitosis y citometría de flujo con aumento de células T citotóxicas. Se solicita Ferritina >2000. Se inicia tratamiento Gammaglobulina, Solumedrol y Quimioterapia (Etopósido). Evoluciona neutropénica febril, con shock refractario y muerte el 24/09. Se recibe informe de anatomía patológica de médula ósea que informa Síndrome Hemofagocítico relacionado a proceso linfoproliferativo T.

Discusión: El Síndrome Hemofagocítico es una enfermedad frecuentemente subdiagnosticada. Los signos y síntomas proteiformes dificultan el diagnóstico.

Esta paciente consultó durante ocho meses con síntomas inespecíficos, sin sospecha hasta la disfunción multiorgánica. Dado el compromiso Hepático y la posibilidad de trasplante se deriva a este centro. Determinar la causa etiológica de la falla hepática fulminante ayuda a evitar trasplantes no indicados.

Conclusión: El Síndrome Hemofagocítico es una enfermedad de elevada mortalidad y frecuentemente subdiagnosticada. Debería ser sospechada en pacientes previamente sanos con disfunciones orgánicas y citopenias, como diagnóstico diferencial. Un biomarcador disponible y económico como la ferritina nos permite aproximar a un diagnóstico precoz. Este facilita la aplicación del Protocolo de tratamiento 94/04 que mostró una mejoría de la sobrevivencia global.

0118 CRIOBIOPSIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: REPORTE DE SERIE DE CASOS

M LAS HERAS(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(2), A MONTSE-RRAT RIVERA(2), CA RODRIGO(2), G SVETLIZA(2), S GIANNASI(2), E SAN ROMAN(2)

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

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) es resultado de una serie de patologías, dificultando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad primaria. En pacientes en los que se realiza lavado bronquioalveolar y es negativo, la biopsia quirúrgica a cielo abierto permite el diagnóstico etiológico en más del 75% de los casos. En consecuencia, se modifica la conducta terapéutica lo que permite una mejora de la mortalidad. El advenimiento de nuevas técnicas como la criobiopsia, con menor tasa de neumotórax y sangrado, pareciera ser un elemento valioso para el diagnóstico en este tipo de pacientes con infiltrado bilateral e insuficiencia respiratoria.

Presentación: Se describen los casos de 6 pacientes a los que se les realizó biopsia por criosonda entre mayo 2016 y abril 2017: 66% de sexo femenino, 66 años de edad promedio, APACHE II de 18 (mortalidad 35%). En todos los casos, las biopsias se realizaron mediante broncoscopia flexible y se obtuvo un diagnóstico etiológico certero. En 5 de ellos (83%) el resultado de la criobiopsia permitió modificar la conducta terapéutica. La duración promedio del estudio fue de 38 minutos y la complicación más frecuente fue el sangrado. 83% de los pacientes presentaron sangrado tipo II, es decir, aquel que cede con maniobras endoscópicas. Complicaciones menos frecuentes que se presentaron: 50% hipoxemia, 50% taquicardia, 33% inestabilidad hemodinámica. El 50% de los pacientes falleció durante su internación; en 2 de ellos se planteó limitación de cuidados médicos.

Discusión: En pacientes con falla respiratoria aguda e infiltrado pulmonar, la biopsia quirúrgica pulmonar mejora el diagnóstico y tratamiento etiológico de la afección. Sin embargo, debido a sus complicaciones y complejidad, la utilidad de nuevas técnicas como la criobiopsia está en fase de implementación.

Conclusiones: La utilidad de la criobiopsia en un grupo definido de pacientes, con ARDS, y lavado bronquioalveolar negativo, abre un nuevo panorama diagnóstico y terapéutico.

0119 HEMORRAGIA CEREBELOS A DISTANCIA

JJC POTITO POLERA(1), M CASANOVA(1), B DORFMAN(1), P GOMEZ(1), L ESPINOSA(1), E AMUNDARAIN(1)

(1) El Cruce.

Introducción: La hemorragia cerebelosa a distancia, y en su principal forma de presentación los hematomas cerebelos remotos (HCR) constituyen una complicación poco frecuente de las cirugías que involucran el sistema nervioso central y la columna vertebral.

Presentación del caso: Paciente femenina de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, tabaquismo, con diagnóstico de lesión ocupante de espacio en canal medular nivel L3-L4. Se realizó, la exéresis del tumor con liberación del canal medular previa durtomía y cierre dural, dejándose drenaje aspirativo subcutáneo. Postoperatorio inmediato evoluciona lucida sin déficit neurosensorial. A las 48 horas del postoperatorio se advierte débito de líquido hialino por drenaje subcutáneo, presenta cefalea y deterioro del sensorio con Glasgow 7/15. Se realiza TAC de cerebro que muestra a nivel del cerebelo áreas hiperdensas compatibles con hematomas intraparenquimatosos a predominio derecho, edema perilesional con efecto de masa sobre el cuarto ventrículo, borramiento de cisternas y discreta hidrocefalia. Se decide conducta quirúrgica realizándose craneotomía descompresiva de fosa posterior y colocación de catéter de derivación ventricular externa. Evoluciona con mejoría del estado neurológico siendo dada de alta del hospital lucida sin déficit sensitivo o motor.

Tomografía imágenes hiperdensas en fosa posterior con disposición en franjas transversales que alternan con la hipodensidad del parénquima cerebeloso. "signo de la cebrá".

Discusión: La aparición de un deterioro neurológico inexplicable en el posoperatorio inmediato de la cirugía espinal puede ser secundaria a una hemorragia cerebelosa, y obliga a practicar una exploración Tomográfica urgente.

Conclusiones: La hemorragia cerebelosa remota es una complicación infrecuente.



1020 MONITOREO DE LA PERFUSIÓN TISULAR EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO.

D DUARTE(1), R NICASTRO(1), G BENAVENT(1), Y ESCOBAR(1), J ROLDAN(1), A MONSON(1), M MAIDANA(1), V TRONCOSO(1), N RAIMONDI(1), F PLANO(1)
(1) Cemep.

Objetivo: Determinar la saturación venosa central de oxígeno (SvcO₂) y la diferencia venoarterial de dióxido de carbono (Delta P(a-v)CO₂) entre el contenido arteriovenoso de oxígeno (Delta P(a-v)CO₂/C(a-v)O₂) al ingreso en las primeras 24 hs de shock séptico, para predecir mortalidad.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional, descriptivo y analítico. Fueron incluidos todos los pacientes admitidos al Servicio de Terapia Intensiva (STI) con diag de shock séptico (SS) según la definición de la CSS del año 2012 polivalente desde el periodo comprendido entre marzo de 2016 y marzo 2017, se realizó gasometría arterial y venosa a las 24 horas de su ingreso, catéter venoso central. Se excluyeron los ptes que murieron antes de las 24 hs de su ingreso. Se registraron las siguientes variables: presión arterial media (PAM), Frecuencia cardíaca (FC), índice de shock (IS), dosis de noradrenalina (NADR), dobutamina (DB), balance de líquidos (BL), lactato, SvcO₂, Delta P(a-v)CO₂, Delta P(a-v)CO₂/C(a-v)O₂. Se distribuyó a los pacientes en 4 grupos en las 24 hs de su ingreso según los valores de SvcO₂, Delta P(a-v)CO₂/C(a-v)O₂: Grupo 1: SvcO₂ > 70%, Delta P(a-v)CO₂/C(a-v)O₂ < 1.4, Grupo 2: SvcO₂ > 70%, Delta P(a-v)CO₂/C(a-v)O₂ > 1.4, Grupo 3: SvcO₂ < 70%, Delta P(a-v)CO₂/C(a-v)O₂ < 1.4, Grupo 4: SvcO₂ < 70%, Delta P(a-v)CO₂/C(a-v)O₂ > 1.4. Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% (*p < 0.05). Se realizó análisis bivariado inicial y posteriormente el análisis multivariado de regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 40 pacientes (p) que ingresaron al STI con SS, fueron excluidos 3 p que fallecieron en las 24 hs de su ingreso, la edad promedio 53 +/- 16 años, la media de SAPS II 63. El foco infeccioso más prevalente fue pulmonar 38%. Los días de ventilación mecánica fueron 12 días (3-21), la media de estancia

en el STI fue de 14 (4-23), requirieron 16 % de reemplazo renal, la mortalidad global fue del 36.8 %. En el análisis bivariado de supervivencia a las 24 hs no se encontraron diferencias estadísticamente significativa entre sobrevivientes(S) y no sobrevivientes (NS) en las variables edad, género, SAPS II, IS, PAM, FC, BL, sitio de infección; NADR, DBT. La diferencia estadísticamente significativa se observó entre el grupo S y NS en las variables DP (a-v) CO₂ 4(3-5) versus 6.5 (4-9) p = 0.025 lactato > 2(43%) versus (93%) p=0.003, SvcO₂ < 70% (21.7%) versus (50%) p=0.005 y Delta P(a-v) CO₂/C(a-v) > 1.4 (43%) versus (79%) p=0.04 respectivamente. Conclusion: Los pacientes con SS que tienen SvcO₂ < 70% y Delta P(a-v)CO₂/C(a-v) > 1.4 medidos en las 24hs de ingreso presentan mayor mortalidad a 30 días.

1021 ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA: CADA VEZ MAS FRECUENTE EN POBLACION NO ASIATICA, REPORTE DE UN CASO

C SANCHEZ(1), M CASI(1), F MUÑOZ(1), E PEREZ(1)
(1) Policlínico Neuquen.

Introducción: La enfermedad de MOYA-MOYA forma parte de las presentaciones menos frecuentes de ACV hemorrágico, se describen incidencias americanas de 0.086/100,000 habitantes mucho más bajo que las reportadas en población asiática (0.35/100,000), pero cada vez son más los casos reportados en población no asiática. Se describe en estudios americanos de internaciones entre 2005 al 2008, 7437 nuevos casos (2236 pediátricos y 5237 adultos) de población no asiática admitidos con el diagnóstico.

Presentación del caso: Masculino, 43 años, sin antecedentes. Ingresó por 48 horas de cefalea pulsátil sin mejoría con AINES, intensidad 10/10, holocraneana, asociado a fotofobia, náuseas pero sin déficit neurológico.

TAC de cráneo evidencia Hemorragia intraventricular más hematoma intracraneal izquierdos, estudio angiográfico con estenosis bilateral de arteria carótida interna segmento supraclinoideo asociado a neoformaciones vasculares de arteria cerebral media y anterior, compatible con MOYA-MOYA estadio III según clasificación de Suzuki (Estenosis progresiva de la carótida con intensificación de los vasos de MOYA-MOYA).

Tratamiento neuroquirúrgico, monitoreo y drenaje por catéter de PIC, evolución sin signos de hidrocefalia y resolución del sangrado intraventricular.

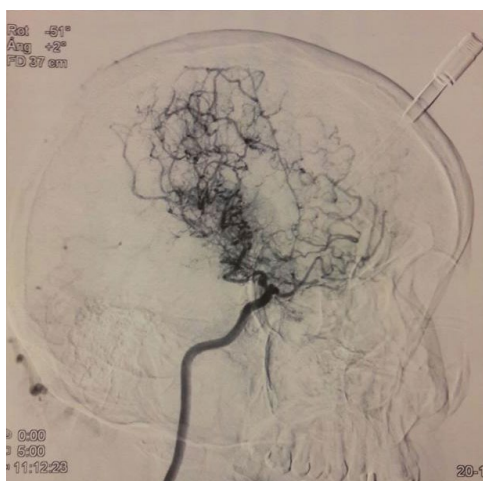
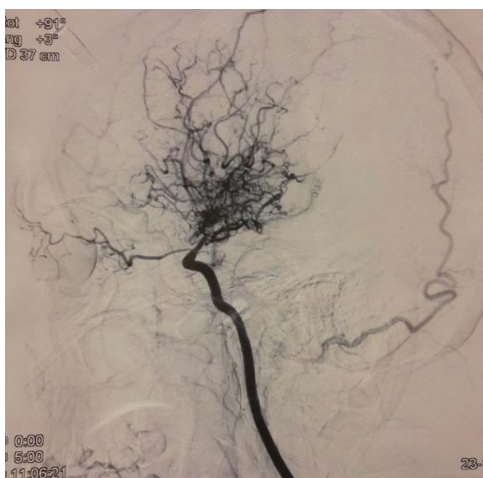
Externado con hipertensión arterial, recibe Nifedipino y Valsartan, sin interurrencias o déficit neurológico.

Discusión: La enfermedad de MOYA-MOYA descrita por primera vez en Japón en 1957 y traducida del japonés "VOLUTAS DE HUMO", constituye una vasculopatía crónica, no autoinmune, no-ateroesclerótica e idiopática pero asociada a mutación del gen RNF213, región 17q 25-ter y con criterios diagnósticos del Ministerio de Salud Japónes:

1. La angiografía como gold standard para el diagnóstico, que incluya los siguientes hallazgos:

- Esteno-oclusión de la porción terminal de la arteria carótida interna y/o porción proximal de la anterior y/o cerebral media.
- Neoformaciones vasculares vecinas a la oclusión.
- Hallazgos deben ser bilaterales y no relacionada con aterosclerosis, autoinmunidad, meningitis u otros.

Conclusión: La enfermedad de MOYA-MOYA es una causa poco frecuente de ACV hemorrágico y cuyo tratamiento no se aleja de las directrices para eventos de stroke, según la AHA Su identificación angiográfica permitiría estimar la real incidencia en población no asiática definiendo su impacto y verdadero pronóstico.



0122 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA EN EL ABORTO SEPTICO. REPORTE DE UN CASO EN UNA TERAPIA INTENSIVA

NK OJEDA(1), JA PIZZORNO(2), LE MAIDANA(2), M BORONAT SOSA(2), T ESCALANTE SAIRE(2), AM VIEYRA(2)
(1) Angela I Llano. (2) Angela Llano.

Introducción: Las microangiopatías son lesiones de las arteriolas, engrosamiento de las paredes capilares. Trombosis intraluminales y obstrucción completa de las luces. Existen dos entidades el síndrome uremico hemolítico y la purpura trombótica trombocitopénica. Siendo la causa inicial, la toxina shiga en el shu liberada por *E. Coli*, o *S. h7*, el clivaje anormal del factor de von willebrand en la PTT o la activación descontrolada del complemento en el shua. Donde el 50% de los pacientes progresan a IRCT, y un 25% muere en etapa aguda de la enfermedad.

Presentación de caso: Paciente de 22 años. Antecedentes de aborto séptico, legrado evacuador presentando, ginecorragia y dolor abdominal. Con anemia severa hto 12,9(5,1), fallo renal (urea de 142 mg/dl creat 5,57 mg/dl, oliguria), plaquetopenia severa y LDH de 8730 u/l. Iniciándose terapia de reemplazo renal. Continua taquicardia, taquipneica, hipertensa con dolor abdominal, ictericia generalizada. Se realiza histerectomía total. Hematología informa coombs negativa, plaquetopenia 43000, esquistocitos, factor v 37%. Fibrinógeno normal. Coagulograma normal. Inicia plasmáferesis con mejoría. Es dada de alta con clearance de 13, diuresis conservada. Controles posteriores informan clearance de 46, excluyéndose del tratamiento dialítico.

Discusión: Se descarto CID, SHU y PTT por falta de manifestaciones clínicas características. Asumiéndose como síndrome uremico hemolítico atípico. Subtipo de SHU 10%. Teniendo la infección como factor desencadenante.

El shua entidad crónica, de mal pronóstico, asociado a anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia y fallo renal agudo. Puede ocurrir a cualquier edad, como consecuencia de la pérdida de regulación de la vía alternativa del complemento. Que induce el daño endotelial y trombogénesis mediante mutaciones y polimorfismos en los genes que codifican determinados factores del complemento.

Conclusión: El shua es una entidad ultra-rara. De gravedad a corto y largo plazo. El conocimiento de la fisiopatología y la historia clínica son esenciales para enfocar el caso.

El dosaje de Adams 13 útil herramienta para el diagnóstico diferencial. Además del estudio genético, por la posible asociación del complemento/SHU, estimando el pronóstico y el riesgo de recurrencia. Lo cual genera en nuestro hospital un gran desafío por los recursos limitados cuando se trata de garantizar servicios de diagnóstico de buena calidad.

0123 COMPARACIÓN ENTRE ROCURONIO Y SUCCINILCOLINA PARA SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA EN SHOCK ROOM

I PUIG(1), P PAHNKE(1), MDLÁ PONCE(1), D CABRERA(1), J BRITO(1), LLACOMBE(1), M CABRAL(1), S PAVÁN(1), C ARANCIBIA(2)
(1) Hospital De Urgencias. (2) Hospital De Urgencias.

Introducción: La intubación orotraqueal es la piedra fundamental en el manejo de la vía aérea del paciente críticamente enfermo y la secuencia de intubación rápida (SIR) es su paradigma de actuación en la emergencia. Tradicionalmente se ha usado la succinilcolina como agente bloqueante neuromuscular por su rápido comienzo de acción y vida media corta, pero no está exenta de riesgos tales como hiperpotasemia fatal e hipertermia maligna entre otros. El rocuronio es una alternativa válida ya que carece de los efectos adversos de la succinilcolina.

Objetivos: Primario: Establecer si el rocuronio crea condiciones comparables para la SIR respecto a la succinilcolina. Secundario: Establecer si la succinilcolina presenta aumento significativo del potasio sérico respecto al rocuronio.

Pacientes y método: Estudio controlado, aleatorizado a simple ciego. Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron al Shock Room del HMU que requirieron SIR durante 01-10-2016 a 31-03-2017. Para ambos grupos se utilizó premedicación Fentanilo 1mcg/kg y sedante midazolam 0,20mg/kg. Las dosis de succinilcolina fue 100mg y de rocuronio 50mg. Se valoraron facilidad de intubación según escala de Goldberg, potasio sérico al ingreso y aumento del mismo mayor al 10% posterior a la infusión del bloqueante neuromuscular.

Resultados: De los 45 pacientes se descartaron 2 por datos insuficientes y 2 por obesidad. Se intubaron 19 pacientes con Rocuronio presentando 17 (89,5%) condiciones clínicamente aceptables y 2 (10,5%) condiciones pobres y con succinilcolina se intubaron 22 pacientes, 19 (86,3%) en condiciones aceptables y 3 (13,7%) en condiciones pobres según escala de Goldberg. Rocuronio demostró mejor eficacia versus succinilcolina respecto a condiciones de intubación (RR 0.77, IC 95% 0.14-4.44) no alcanzando estos valores significancia estadística ($p=0.76$). En cuanto a alteración del potasio sérico no hubo diferencias (RR 1.0, IC 95% 0.29-3.27 $p=0.92$) entre ambos respecto a su incidencia.

Conclusiones: En el presente estudio se observó que existe ventaja con rocuronio versus succinilcolina respecto a eficacia de condiciones de intubación y no hay diferencias en la elevación del potasio sérico entre ambos fármacos. Sin embargo estos valores no alcanzan significancia estadística debido al escaso tamaño muestral.

0124 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA GUIADA POR FIBROBRONCOSCOPÍA

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), R SANTOS(1), M CHAMADORA(1), A BALDIVIEZO(1), A FLORES(1), P OVIEDO SANTAMARÍA(1), J ALFONSO(1)
(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: La traqueotomía percutánea con el paso del tiempo ha reemplazado a la traqueotomía quirúrgica. La guía broncoscópica aumenta la seguridad del procedimiento, previene complicaciones de un estudio a ciegas, como lesión de la pared posterior de la tráquea, falsa vía, extubación inadvertida, sangrado sin poder evaluarlo o sin control del mismo, etc.

Objetivo: Evaluar la seguridad y complicaciones de la traqueotomía percutánea guiada por fibrobroncoscopia en la cabecera del paciente en una unidad de cuidados críticos realizada con un equipo de intensivistas. Describir los tiempos quirúrgicos de acuerdo a variables y al entrenamiento del equipo médico.

Material y métodos: Tipo de estudio: Observacional y prospectivo. Se incluyeron en forma consecutiva pacientes ingresados a Terapia Intensiva con indicación de traqueotomía percutánea desde el mes de abril de 2016 a marzo de 2017. El equipo interviniente lo conforman tres intensivistas y un enfermero. Se realizó en la cabecera de los pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva.

Análisis estadístico: Las variables continuas fueron descritas como media mediana y los datos categóricos fueron expresados en porcentajes. Para el análisis de las mismas se utilizó test de t o chi2 según corresponda, se realizó análisis de correlación para valoración de posibles asociaciones.

Resultados: Del total de la muestra hallamos 15 pacientes de sexo masculino (62,5%), 9 de sexo femenino (37,5%). La mediana de edad fue de 66 años. Los diagnósticos principales fueron: patología neurológica 7 pacientes (29,2%), patología respiratoria 10 pacientes (41,6%) y otras causas 7 pacientes (29,2%).

La mediana de Score de APACHEII fue de 16,5 (RIC 14-22). La media de realización de la traqueotomía percutánea guiada por fibrobroncoscopia en nuestro estudio fue de 14,5 días con un rango de 7 a 22 días.

Se midió la transluminación, el promedio de la misma fue de 17 cm. Se evaluó el tiempo quirúrgico con una mediana de 5 minutos (RIC 3,8-7).

De los 24 procedimientos, 1 de ellos presentó procedimiento frustrado que requirió traqueotomía quirúrgica. El resto de los pacientes no presentaron complicaciones.

Conclusión: En nuestra experiencia la traqueotomía percutánea guiada por fibrobroncoscopia fue un procedimiento eficaz y seguro.

0125 TROMBOLISIS DE ABSCESO CEREBRAL: UN SIMULADOR POCO FRECUENTE DE STROKE ISQUÉMICO.

V STURZENEGGER(1), JM DAZA(1), J PLUMET(1), E MARTINEZ(1), C PEREYRA(1), D MASEVICIUS(1)
(1) Sanatorio Trinidad De Ramos Mejía.

Introducción: A continuación, se presenta el caso de una paciente que ingresa a nuestro servicio por déficit motor agudo en tiempo de ventana. Se interpreta dicho cuadro como stroke isquémico por lo cual se realiza fibrinolíticos con resolución de los síntomas. Días posteriores presenta reagudización de los síntomas que obliga a replantear diagnósticos diferenciales.

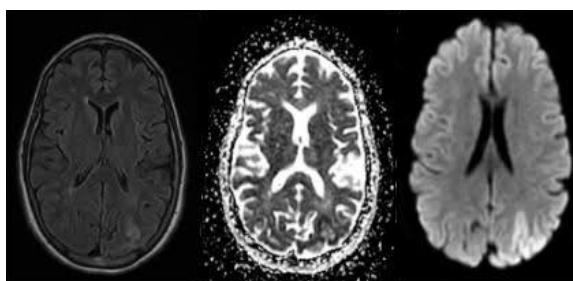
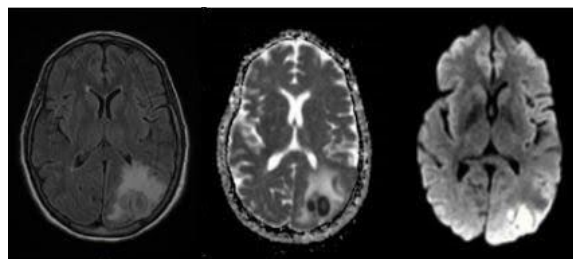
Caso Clínico: Femenina de 60 años que ingresa a guardia por afasia de expresión, hemianopsia homonima derecha, ataxia de miembros superiores y dismetría de miembro superior derecho. Tiempo de ventana menor a 3 horas. Score NIHSS 6. RNM de cerebro evidencia imagen occipital izquierda con restricción en difusión, caída de ADC compatible con evento isquémico agudo. Se realizó trombolisis sistémica con recuperación neurológica NIHSS 1. Ecocardiograma

transesofágico: foramen oval permeable con aneurisma del septum interauricular. Al 8vo día, reaparece la hemianopsia homónima derecha. Se realiza RNM de cerebro con espectroscopia que informa sobre el área de isquemia occipital izquierda dos imágenes focales de aspecto nodular, realce periférico con contraste, restricción a la difusión y edema perilesional compatible con absceso cerebral. Se realizó drenaje neuro-quirúrgico obteniéndose en cultivo; *Streptococo Anginosus* y *Actinomyces odontolyticus*. Cumplió tratamiento antibiótico endovenoso por 6 semanas, fue externada y completó tratamiento por 3 meses.

Discusión: Alrededor de 30% de los pacientes con diagnóstico de stroke isquémico presentan un cuadro denominado "stroke mimic". La causa más frecuente de estos son las crisis epilépticas (26%) y el absceso cerebral solo el 2%, Este último puede desarrollarse por diseminación por continuidad, diseminación hematogena o inoculación directa secundaria a traumatismos abiertos. La localización a nivel del lóbulo occipital es la menos frecuente.

El manejo inicial de nuestra paciente fue para un evento isquémico agudo, sin embargo, la recurrencia de los síntomas obligó a replantear el caso, los estudios complementarios nos permitieron pensar en causas como diseminación hematogena y así alcanzar el diagnóstico de absceso cerebral, un simulador poco frecuente de stroke.

Conclusión: Este caso nos recuerda que existen "stroke mimics" que tienen un tratamiento y manejo totalmente distinto, por lo cual, ante recurrencia de síntomas o evolución tórpida, es fundamental plantear diagnósticos diferenciales y así poder alcanzar el diagnóstico certero.



0126 REPORTE DE CASO: ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE COMO COMPLICACIÓN DE HIPEREMESIS GRAVÍDICA

L PORACCHIA(1), B GABIRONDO(1), M CEJAS(1), M JUÁREZ(1), F MOLINA(1), A MOREYRA(1), R PERETTO(1)
(1) Higa Vicente López Y Planes.

Introducción: El embarazo conlleva una serie de cambios en la fisiología de la mujer, que pueden ser fuente de enfermedades. El 50% de las pacientes embarazadas que se hospitalizan en unidades de pacientes críticos, presentan algún síndrome de origen neurológico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 21 años, primípara, cursando gesta de 14 semanas, consulta en mal estado general, confusa, con palidez de piel y mucosas, y tinte amarillento y sequedad de las mismas. Laboratorio Hto 24% Hb 8.2 TGO 329 TGP 580 Bil T 3.7 Na 119 K 2.4. Vómitos de 2 meses de evolución, con descenso

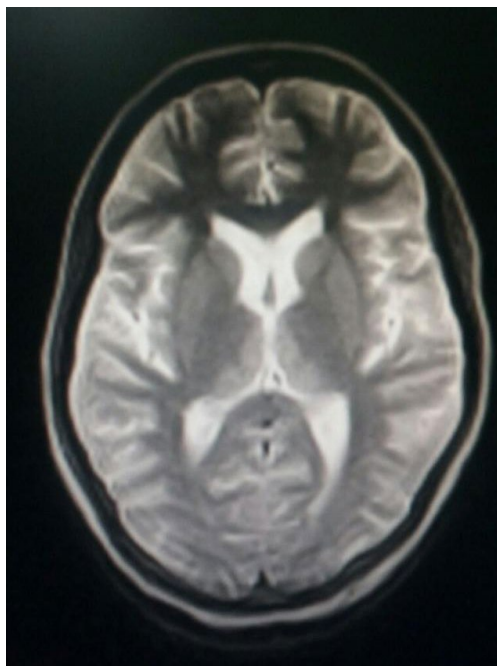
de peso de 19 kg. Aumento del deterioro cognitivo + hepatograma alterado con sospecha de Encefalopatía hepática vs meningoencefalitis viral. Cuadro que alterna con lucidez, bradipsiquia, excitación psicomotriz y alucinaciones visuales hasta estupor, tetraparesia flácida arrefléxica que imposibilita la marcha y nistagmo horizontal.

RMN de cerebro: FLAIR hiperintensidad periacueductal talámica simétrica bilateral. Se decide por el cuadro clínico y las lesiones observadas en la RMN, iniciar tratamiento con tiamina 100 mg/día EV por sospecha de Encefalopatía de Wernicke.

Discusión: En el caso de vómito severo o gran depleción hídrica será necesario prevenir el desarrollo de encefalopatía de Wernicke. Las complicaciones maternas pueden evolucionar a desarrollo de patología renal, psicosis de Korsakoff o beri-beri cardíaco. El diagnóstico de la Encefalopatía de Wernicke es clínico, basado en la tríada clásica de ataxia, alteraciones oculares y cuadro confusional. Se considera a la resonancia magnética como la prueba más útil para confirmar el diagnóstico de EW. Muestra lesiones periventriculares y diencefálicas en su fase aguda, afectando a áreas simétricas, con incremento de la señal en T2 y FLAIR. Tratamiento altas dosis de tiamina parenteral. Se sugieren dosis que van de los 250 a los 500 mg por día dependiendo de la respuesta clínica.

Conclusión: El hipermetabolismo inducido por la gestación predispone al déficit de tiamina durante esta etapa vital.

Por ello, es necesario establecer una sospecha fundamentada e iniciar de forma preventiva y precoz la reposición de tiamina en las gestantes con vómitos prolongados, especialmente ante la aparición de la clínica mencionada.



0127 RUPTURA DEL SEPTUM INTERVENTRICULAR (RIV) HALLAZGO CASUAL EN DESTETE PROLONGADO PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

JM DAZA ARAMAYO(1), V STURZENEGGER(1), C PEREYRA(1), D MASEVICIUS(1)

(1) Sanatorio Trinidad De Ramos Mejía.

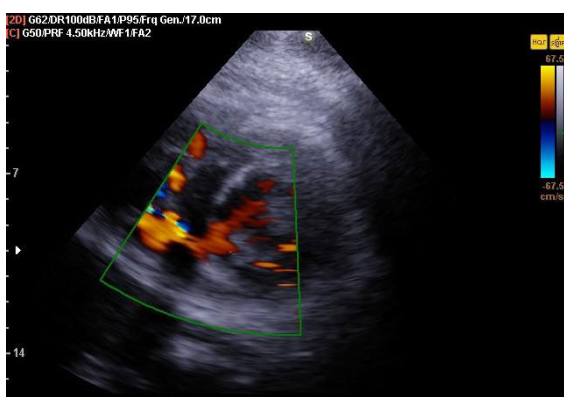
Introducción: La ruptura del septo interventricular por traumatismo cerrado de tórax es una lesión poco frecuente que puede desarrollarse inmediatamente o de forma tardía. Presentamos el caso de un paciente con trauma cerrado de tórax y destete prolongado de la ARM.

Caso clínico: Masculino de 42 años que ingresó al HR de Pinamar con politraumatismo grave, modalidad cuatriciclo vs auto. Lesiones a su ingreso: TEC leve, fractura de maxilar inferior con fractura Lefort II, trauma cerrado de tórax con fracturas costales izquierdas simples 4°-6°. Evolucionó con SDRA requiriendo ARM y traqueostomía. Es derivado a nuestro centro a los 15 días del trauma por destete dificultoso.

Luego de 10 días de internación y en el contexto de repetidos fallos en el destete se detectó soplo mesocárdico. Ecocardiograma evidenció CIV e insuficiencia mitral severa. ETE: confirmó dichos hallazgos. Se decidió realizar intervención quirúrgica: cierre de CIV + Plástica mitral. Evolucionó en el post operatorio inmediato hemodinámicamente inestable con requerimiento de inotrópicos, vasopresores y balón de contra pulsación intraaórtico. Nuevo ecocardiograma evidenció desprendimiento del parche, flujo de izquierda a derecha a través de SIV, aquinesia de pared libre de VD y deterioro severo de su función. Es re-intervenido de urgencia, pero fallece a las pocas horas.

Discusión: La ruptura del septum IV es el máximo exponente del trauma cardíaco cerrado, lesión poco frecuente (5%) y alta mortalidad. El tratamiento definitivo es la reparación quirúrgica. Sin embargo, existen controversias acerca de "cuando es el momento indicado", el cual depende del estado clínico del paciente y de las lesiones asociadas, y de "donde debe ser intervenido" ya que, ante la falla del tratamiento quirúrgico inicial la utilización de ECMO como puente al trasplante cardíaco sería la conducta sugerida por la bibliografía actual.

Conclusión: En UTI existen pacientes con destete prolongado, que nos enfrenta a plantear las causas posibles de fallo. Ante todo paciente con fallo respiratorio y antecedentes de trauma torácico cerrado, la ruptura del septum IV debe ser sospechada. Los pacientes con este tipo de lesiones por su gravedad y complejidad para el tratamiento definitivo y ante una falla en intervención quirúrgica deberían ser manejados en centros con experiencia en trasplante cardíaco.



0128 HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO NO ENDOSCOPICO REVISION DE 2 CASOS

F ACHARTA(1), A RAMOS(1), C LOVESIO(1), S GIACOSA(1), C COSTAMAGNA(1), P BAIGORRIA(1), F SYLBESTRE BEGNIS(1), C BONINI(1), R VILLAVICENCIO(1)

(1) Sanatorio Parque.

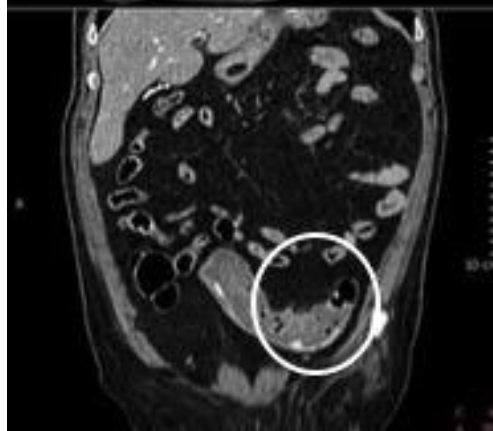
Introducción: Si bien la Video Endoscopia Digestiva Baja (VEDB) sigue siendo la técnica de elección para el diagnóstico y tratamiento de los cuadros de Hemorragia Digestiva Baja (HDB), en la última década, a nivel mundial, el rol de la Tomografía MultiSlice (TCMS) de Abdomen para el diagnóstico y localización del sitio de sangrado activo es cada vez más importante. (1) (3)

Método: Se presentan los casos de 2 pacientes que debieron ser internados por cuadro de Hemorragia Digestiva Baja Masiva Grave, de causas muy diferentes, pero que en ambos por dificultades técnicas para la realización de la VEDB y por la gravedad e inestabilidad

hemodinámica del cuadro se considero que requerían diagnóstico y tratamiento urgente alternativo. En los dos casos se realizó diagnóstico topográfico por TCMS de Abdomen y tratamiento exitoso mediante técnicas endovasculares de embolización.

Discusión: En la última década diversos grupos de trabajo proponen un cambio en el protocolo de estudio a medida que mejoran las técnicas de diagnóstico por imágenes la TCMS toma un rol preponderante como estudio de primera línea para el diagnóstico topográfico y etiológico en la HDB y facilita la utilización posterior de técnicas de embolización transcater para el tratamiento definitivo de estos cuadros especialmente cuando la gravedad y/o inestabilidad hemodinámica del paciente dificultan la preparación del intestino para la realización de la VEDB. (2) (6) (8)

Conclusion: A pesar de que la VEDB continúa siendo la técnica de elección para el diagnóstico y eventual tratamiento inicial de la HDB algunos trabajos en la actualidad ya proponen cambios en los algoritmos diagnósticos (sobre todo en situaciones de gravedad/urgencia o dificultades técnicas) con la utilización de técnicas de diagnóstico por imágenes (TCMS) y tratamiento por embolización endovascular para el manejo de esta compleja patología. (2) (5) (6) (7) (8)



0129 HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS

CA ZAMPEDRI(1), JJ NAVOTKA(1), AN GUTIERREZ(1), MF MENDIETA(1), GA CUBILLA GRUNCE(1), VJ GARCIA(1), LV GOSEN(1), GA LEVY(1), CG JOACHIN(1), RA KARATANASO-PULOZ(1), ME PAIZ(1), FJ REBORATI(1), MR TORRES(1), MM MARTINEZ(1), GG GARAU(1)
(1) J.R.Vidal.

Introducción: El *Strongyloides stercoralis* (Ss) es un nematodo exclusivo del ser humano, endémico de áreas tropicales y subtropicales de todo el mundo, y sus infecciones cursan asintomáticas o paucisintomáticas. Puede producir cuadros intestinales severos que se perpetúan por autoinfección y generar hiperinfección en pacientes inmunocomprometidos por diseminación sistémica de la larva, con elevada mortalidad.

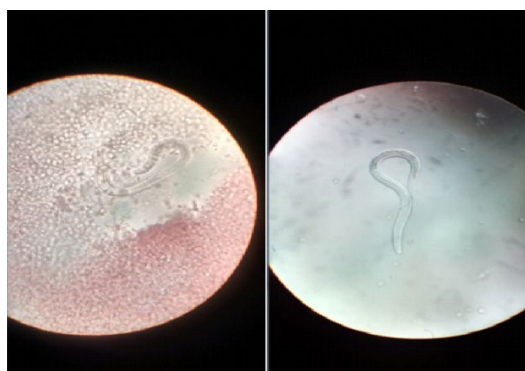
Presentación de caso clínico: Paciente masculino, 35 años de edad, con diagnóstico de pénfigo vulgar tratado con azatioprina 50mg/día, prednisona 80mg/día, con reagudización de la misma en el último año. Derivado de otra institución por presentarse con astenia, adinamia, vómitos y diarrea de una semana de evolución, y en las últimas 24hs dificultad respiratoria, hipotensión y alteración del sensorio. Ingresa a Terapia Intensiva con clínica sugestiva de insuficiencia suprarrenal por privación (abandono de la prednisona 72 hs antes), administrándose 200mg de hidrocortisona con buena respuesta hemodinámica. Se realizan hemocultivos, urocultivo, coprocultivo, radiografía de tórax (patrón intersticial difuso bilateral). Se asume el cuadro como Sepsis a foco Pulmonar, Neumonía grave en paciente inmunodeprimido, insuficiencia suprarrenal, indicándose tratamiento con Piperacilina Tazobactam, Vancomicina, Colistin y Anfotericina.

Se obtiene resultados de coprocultivos aislándose Ss, agregándose al tratamiento Ivermectina 12 mg/día, Albendazol 800 mg/día. Sin mejoría neurológica, y presentando hemoptisis se realiza punción lumbar y fibrobroncoscopia evidenciándose el parásito en ambas muestras.

Evoluciona con fallo multiorgánico falleciendo a los 7 días de su ingreso.

Discusión: Estas parasitosis son endémicas en países en desarrollo. Se presume que entre el 10 – 20% de la población de América Latina está infectada, presentándose en Argentina con una frecuencia y distribución muy variable (0.6 – 75%). La strongyloidiasis severa se da en pacientes inmunocomprometidos, no tiene un cuadro clínico patognomónico, y por lo tanto es de difícil diagnóstico. Su afección puede imitar una recaída de la enfermedad de base, resultando en un retraso en el inicio del tratamiento adecuado.

Conclusión: En nuestro caso, ante la presencia del tratamiento crónico inmunosupresor y tras el deterioro clínico grave sospechamos una sobreinfección pulmonar por microorganismos oportunistas. Al identificarse el Ss en heces, lavado bronquioalveolar y líquido cefalorraquídeo, se efectuó tratamiento combinado de ivermectina y albendazol no obteniéndose respuesta efectiva.

**0130 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE 10 AÑOS**

JM DAZA(1), H QUINTELA(2), D CASTAÑO(3), EE LUCCHESI(3), C POZO(3), C PEREYRA(3), L BENITO MORI(3), P SCHOON(3)

(1) Sanatorio Trinidad De Ramos Mejia. (2) Higa Guemes De Haedo.. (3) Higa Guemes De Haedo.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una de las enfermedades más temidas por su elevada mortalidad y generación de dependencia, motivo por el cual es de interés conocer datos epidemiológicos de nuestro medio.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de una serie de pacientes con HSA aneurismática en una UTI hospitalaria pública.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron al Servicio de Cuidados Intensivos con diagnóstico de HSA aneurismática en un período de diez años. Se excluyeron pacientes con HSA de otras etiologías o con angiografía negativa. Recolección de datos a través de registros elaborados ad-hoc, en Excel y procesadas con programa estadístico Epiinfo 7.0.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes, mediana de edad 49 años, predominio sexo femenino. El 73,6% de Buen Grado (BG) según escala de Hunt y Hess. El 84,6% de éstos tuvieron TAC Fisher III-IV. Mortalidad de los 106 pacientes fue de 30,2%, 24% de BG y 46% MG. El 60% de los fallecidos fueron por muerte encefálica. Se realizó exclusión aneurismática en el 60% de los pacientes, de los cuales 81% se embolizaron y 19% se cliparon, con una mediana de 5 días desde su ingreso hasta la exclusión. El 49% requirió monitoreo de PIC, todos de MG y 32% de BG. Requhirieron ARM el 62% (48% de BG y 100% de MG) y craneotomía descompresiva el 10% de los pacientes (5% de BG y 21% de MG). La localización aneurismática más frecuente fue en las arterias Cerebral Media, Anterior y Comunicante Posterior, en ese orden. Entre las complicaciones neurológicas en primer lugar está el vasoespasma (60,3%), seguido de la hidrocefalia e hipertensión endocraneal (36,7% cada uno). Entre las complicaciones extra-neurológicas la más frecuente fueron trastornos del sodio (52,85%), cardiológicos y respiratorios, en ese orden.

Conclusiones: Esta serie mostró la alta mortalidad de esta patología, en coincidencia con lo descrito en la literatura. Tener la posibilidad de poder resolver la exclusión del aneurisma precozmente podría permitir obtener mejores resultados. Consideramos importante el conocimiento de las muy frecuentes complicaciones sistémicas de la HSA, su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

0131 LINFHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA ASOCIADA A FALLO MÚLTIPLE DE ÓRGANOS EN PEDIATRÍA

B NACCARELLI(1), C MEIRALDI(1), M ZUAZAGA(1), M HERRERA(1)

(1) Juan P. Garrahan.

Introducción: La Linfocitosis Hemofagocítica (LHH) se caracteriza por presentar una respuesta inflamatoria exacerbada, debido a la hiperactividad de macrófagos y linfocitos T citotóxicos. Síndrome poco frecuente, con incidencia variable según regiones geográficas. Se clasifica según la causa de origen en primario o secundario. Para su diagnóstico se utilizan los criterios clínicos y de laboratorio definidos por la Sociedad del Histiocito en 1991 y revisados en 2004.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente en el que se diagnosticó LHH y desarrolló falla múltiple de órganos, requiriendo internación en UCI.

Caso clínico: Paciente de 13 años de edad oriunda de la provincia de Jujuy, previamente sana, presenta cuadro de 7 días de evolución con fiebre, artralgias, mialgias con dolor abdominal inespecífico, rash de tipo morbiliforme en miembros inferiores.

Evolucionando desfavorablemente a las 48hs, presentando compromiso hemodinámico requiriendo de elevadas dosis de inotrópicos y SDRA. Progresa con falla múltiple de órganos (Insuficiencia hepática, renal que requirió hemodiálisis, coagulopatía con sangrados espontáneos y compromiso de SNC con deterioro de sensorio y status convulsivo.)

Laboratorio que presentaba hemograma con bicitopenia Hb5.3g/dl y plaquetas 10.000/mm³, coagulograma con TP 60 RIN 1.5 APTT 27', Triglicéridos 700mg/dl, Ferritina 40.000mg/dl y Fibrinógeno 100mg/dl. Hepatograma con patrón de colestasis y transaminasas elevadas por dos.

TAC cerebral con presencia de edema difuso. PAMO con imagen de activación monocítica, macrofágica y vacuolas en neutrófilos. Se diagnosticó LHH (7 de 8 criterios) y se inicia tratamiento con pulsos de dexametasona 10mg/m², una dosis de Etopósido y ciclosporina de mantenimiento.

Se estudiaron causas primarias y secundarias, rescatándose cultivo de PAMO positivo para Criptococo no Neoformans y cargas virales aumentadas para CMV, con expresión de perforinas negativas.

Evoluciona favorablemente con secuelas cognitivas y motoras mínimas con egreso hospitalario luego de 4 meses de internación.

Conclusión: La LHH es una patología infrecuente con elevada morbimortalidad, requiriendo un enfoque multidisciplinario y un alto nivel de sospecha para su diagnóstico y tratamiento.

En el caso de nuestra paciente si bien continúa en estudio la etiología de LHH. Los hallazgos infectológicos, habiendo descartado causas hemato oncológicas, reumatológicas, metabólicas e inmunológicas hablan de una posible causa secundaria.

0132 PANCREATITIS AGUDA: NUESTRA EXPERIENCIA

M EMMERICH(1), M VILLEGAS(1), V FUENTES GUZMÁN(1), B ASCUÉ(1), D ANGARITA RUEDA(1), A BUITRAGO(1), P DE LA VEGA(1), K OBANDO MUÑOZ(1), K ESTRADA(1), A BARRAZA(1), A BRAVO(1), M CANALE(1), O GASPAR(1), J SANCHEZ(1)

(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una patología con múltiples etiologías y de curso clínico diverso. En nuestro medio son escasas las comunicaciones acerca de esta entidad y en general abordan temas puntuales dentro del amplio espectro del cuadro. Nuestro objetivo es presentar las características clínicas, etiología, manejo y resultados de los pacientes internados en nuestra UCI con diagnóstico de PA. A pesar de la importancia de esta entidad, no existen en nuestro medio estudios que brinden información actualizada sobre los rasgos clínicos y evolución de los pacientes con cuadro de PA.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional de los pacientes ingresados a

nuestra UCI con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, entre enero 2015 y enero 2017. Se utilizaron hojas individuales para recolectar datos epidemiológicos, formas de presentación, evolución, tratamiento y resultado. La severidad de la Pancreatitis se estableció de acuerdo a los Criterios de Atlanta.

Resultados: En el período estudiado, ingresaron con diagnóstico de pancreatitis 30 pacientes, 50% de sexo masculino, con una edad media de 48 años. El APACHE II medio al ingreso fue de 16 y SOFA de 4. Según la clasificación de Atlanta, la presentación más frecuente fue la Pancreatitis Aguda Grave (43.3%), siguiendo la Pancreatitis Aguda moderada (33%), siendo la etiología más frecuente la litiasis biliar (45%). Las disfunciones orgánicas más frecuentes fueron la renal y respiratoria. En un 50% la FOM fue persistente. El 40% presentó necrosis, de las cuales un 60% no estuvieron infectadas. El soporte nutricional preferido fue el oral en el 56% de los casos. La complicación más frecuente fue la sepsis (26%), seguida de la necrosis infectada en un 20% y pseudoquistes en un 10%. El 40% de los pacientes recibió Asistencia respiratoria mecánica y el tiempo de estadío promedio en la UTI fue de 12 días. Se logró una supervivencia del 64% de los casos.

Conclusiones: Nuestros resultados son comparables a los de la literatura consultada. Las mayores limitaciones de este trabajo son la recolección retrospectiva de los datos y el bajo número de pacientes que no permite generalizar los resultados.

0133 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PEDIATRÍA SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA CONFERENCIA DE CONSENSO INTERNACIONAL DE 2007.

E MONTEVERDE(1), A RETTA(1), A FERNÁNDEZ(2), V ALTUNA(1), S TORRES(3), G GRUPO ARGENTINO DE DESTETE EN PEDIATRÍA(4), J FRYDMAN(5), Y FORTINI(5), R TOMASSONE(6)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez. (2) Hospital General De Agudos Carlos G. Durand. (3) Hospital Universitario Austral. (4) Hospitales Varios. (5) Htal De Trauma Dr Federico Abete. (6) Hospital Provincial Castro Rendón.

Introducción: La nueva clasificación de destete de la ventilación mecánica invasiva (VM) divide al destete en simple (DS), dificultoso (DD) y prolongado (DP) basándose en su duración y la cantidad de pruebas de desconexión hasta la liberación exitosa.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes pediátricos ventilados utilizando esta nueva clasificación.

Material: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, nacional, multicéntrico de pacientes ingresados a las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) admitidas que cumplieran los criterios de inclusión durante el período de estudio.

Resultados: Se enrolaron 474 pacientes, 454 de los cuales (95.8%) fueron extubados exitosamente. Los modos ventilatorios predominantes fueron PCV (75.9%) y VCV (21.7%). Durante el seguimiento se registraron 7 fallecidos (1.5%) y al cierre 13 pacientes (2.7%) continuaban ventilados. Los pacientes se clasificaron como: 367 (80.8%) simple, 82 (18.1%) dificultoso y 5 (1.1%) prolongado. El 78.4% (n=356) se extubó exitosamente al primer intento, siendo 88.4% (n=404) con prueba de ventilación espontánea (PVE). La distribución para los éxitos sucesivos fue 11.2%, 4.4%, 1.3% y 4.6% (este último con traqueostomía).

De los que fallaron el primer intento, 54% (n=55) fue por fallo de destete y 46% (n=46) por fallo en la extubación. En este último grupo el uso de ventilación no invasiva (VNI) previno la reintubación en el 50.5% (n=47). El 60% fue clasificado como VNI de rescate.

La duración de la VM por grupos fue (días; mediana, RIC): 5.4 (2.8-9.7) (DS), 10.6 (7.7-18.8) (DD) y 27.4 (15.1-28.4) (DP).

El análisis de factores asociados a DP y DD (como un grupo, con DS como referencia) mostró que la edad, la neumonía asociada a la VM (NAV) y los valores máximos de PIM, PEEP y PCO2 se asociaron significativamente con el resultado en el análisis bivariado. En la

regresión logística sólo quedaron NAV (OR 2.65, IC95% 1.2-5.9) y PCO2 máxima (OR 1.01, IC95% 1.00-1.03).

Conclusiones: Se observó una baja prevalencia de DP en esta cohorte de pacientes. Los pacientes con DP y DD no mostraron diferencias significativas con los pacientes con DS más allá de una incidencia superior de NAV.

0134 MODELOS DE INJURIA PULMONAR EXPERIMENTAL

E CORREGER(1), FCM-UNLP. EL CRUCE, J MARCOS(3), G LA-GUENS(4), FCM-UNLP, P STRING(1), FCM-UNLP

(1) Grupo De Trabajo En Fisiopatología Pulmonar Experimental. (2) Fcm-unlp. El Cruce. (3) Reumatología Sanatorio Ipena. (4) Patología B. (5) Fcm-unlp. (6) Grupo De Trabajo En Fisiopatología Pulmonar Experimental. (7) Fcm-unlp.

Introducción: Los diferentes mecanismos involucrados en la lesión pulmonar del SDRA no se entienden completamente aún. El patrón histológico característico del SDRA es el daño alveolar difuso (DAD). Aproximadamente el 50% de los pacientes con SDRA tienen DAD.

Objetivos: Analizar las diferencias de los hallazgos de DAD en diferentes modelos experimentales más utilizados en el laboratorio de injuria pulmonar.

Métodos: 18 ratas macho Wistar ventiladas mecánicamente durante 2 hs, aleatorizadas en 3 grupos: 1 grupo control (CON) (n=6) Vt 8ml/kg, PEEP 4 cmH2O; Grupo Aspiración ácida (ASP) (n=6) se instiló al inicio de la VM una solución de HCl de 5 ml (pH 1,0) intratraqueal; y grupo alto Vt (HVt) (n=6) ventilados con Vt 22 ml/kg. Los datos recolectados sobre daño histológicos, distensibilidad pulmonar, hemodinamia y edema pulmonar, fueron analizados por test ANOVA, p significativa = 0.05.

Resultados: La puntuación histológica de DAD fue menor en el CON (p < 0.0001) comparado con los grupos injuriantes, el daño fue mayor en el grupo HVt comparado con el grupo ASP (p < 0.001). Grupo ASP: edema alveolar, Infiltración de neutrófilos y hemorragia; grupo HVt: edema intersticial, Infiltración de neutrófilos, membrana hialina.

La ganancia de peso fue altamente significativo en ambos grupos de lesión pulmonar, comparado con el grupo control (p < 0.0001). Una reducción del 50% en distensibilidad después de inducción de lesión pulmonar se logró con los 2 modelos (p < 0.0001). PaO2 entre los diferentes grupos de injuria vs control (p < 0.001).

Los animales con injuria pulmonar independientemente del mecanismo de lesión usado, mostraron una caída en la presión arterial media (p < 0.0001).

Conclusiones: En estas condiciones experimentales ambos grupos de lesión mostraron injuria pulmonar, sin embargo, el impacto en la histología, edema pulmonar y hemodinamia fue más marcado en el grupo de HVt, contrastando con una distensibilidad similar en ambos grupos. Estos resultados podrían colaborar con el desarrollo de nuevas terapias para la prevención y tratamiento de VILI.

0135 MALFORMACION ARTERIOVENOSA CEREBRAL NUESTRA EXPERIENCIA

M EMMERICH(1), M VILLEGAS(1), V FUENTES GUZMÁN(1), B ASCUE(2), D ANGARITA RUEDA(1), A BUITRAGO(1), L NAVARRO(1), K ESTRADA(1), K OBANDO MUÑOZ(1), S BEVILACQUA(1), A BARRAZA(2), M CANALE(1), G OYHANARTE(1), J SANCHEZ(1)

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

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas cerebrales representan una de las patologías más complejas en lo que respecta a su manejo, toma de decisión, tratamiento y evolución. El riesgo al que está expuesto un paciente portador, por la complejidad de la misma, requiere de un trabajo interdisciplinario entre neurocirujanos, neurovasculares e intensivistas.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el manejo de las malfor-

maciones arteriovenosas cerebrales (MAVs) analizando: forma de presentación, grado según clasificación de Spetzler y Martin, tipo de procedimiento realizado (endovascular, tratamiento quirúrgico o ambos) resultados postoperatorios y complicaciones asociadas, estadificación según escala de Rankin modificada.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados a UCI portadores de MAV entre los años 2014 y 2017.

Resultados: En el período estudiado, ingresaron a UCI 17 pacientes con MAV, con una media de edad de 32 años, 58,8% de sexo masculino. La forma de presentación más frecuente fue la hemorragia intracraneal (55%), siguiendo la crisis comicial (35%), cefalea el 8% e infarto isquémico el 2%. Según la clasificación de Spetzler y Martin: 43.8% fueron de Grado IV, 37.5% fueron de grado III y 18.8% grado II. En el 52.9% se realizó cirugía, 29.4% embolización y 17.6% requirió embolización más cirugía. Los resultados funcionales fueron mejores en los pacientes tratados con embolización sola. Las complicaciones post-procedimientos en general fueron: 50% sangrado, 33.3% convulsiones, 17% presentaron trastornos del sodio (SIADH).

Conclusiones: El estudio y tratamiento de las MAV representa un desafío constante y actual, ya que muchos aspectos tales como etiopatogenia, hemodinámica molecular o mecanismos que influyen en su crecimiento o ruptura son aun desconocidos. Nuestros resultados fueron similares a los publicados en la literatura internacional. Tuvimos una mayor frecuencia de casos con grado IV de Spetzler y Martin.

0136 ABORTO SÉPTICO – SÍNDROME DE MONDOR A PROPÓSITO DE UN CASO

M EMMERICH(1), M VILLEGAS(1), V FUENTES GUZMÁN(1), B ASCUE(1), D ANGARITA RUEDA(1), A BUITRAGO(1), P DE LA VEGA(1), K ESTRADA(1), K OBANDO MUÑOZ(1), A BARRAZA(1), N ESPINOZA(1), M CANALE(1)

(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: El aborto séptico es la primera causa de mortalidad materna en Argentina, reflejando una problemática social económica y médica. Cuando se produce asociación de infección por gérmenes de zonas ano-genitales se desarrolla un cuadro denominado síndrome de Mondor, situación dramática que sigue a un aborto séptico.

Objetivo: Revisar la forma de presentación, diagnóstico y tratamiento del síndrome de Mondor, realizando énfasis en la detección temprana y rápida de alteraciones infecciosas asociadas al síndrome de mondor y de esta manera aumentar la posibilidad de supervivencia.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedentes de obesidad mórbida, ingresa derivada de otro centro el día 5/12/16 por aborto séptico (12 semanas de gestación) con legrado uterino realizado hace 72 horas, con falla renal, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, hemólisis. Al ingreso a nuestra institución paciente en mal estado general, ictericia generalizada, vigil, sin foco neurológico, con tendencia a la hipotensión sin requerimiento de vasoactivos, taquicárdica, taquipneica, afebril, oligoanuria. Escaso sangrado genital fétido. Evoluciona con shock séptico. Luego de reanimación inicial, se realizó histerectomía subtotal más anexectomía derecha. ingresando a UTI con inestabilidad hemodinámica, falla multiorgánica: renal, hepática, coagulopática, requiriendo protección de vía aérea, ARM, vasopresores, diálisis. Cursa con ARM prolongada, con buena evolución y es externada a los 93 días del ingreso, decanulada y sin secuelas.

Conclusión: El aborto séptico se define como un proceso infeccioso ascendente caracterizado por una endometritis, anexitis y parámetros por contaminación ovular durante las maniobras abortivas o por rotura espontánea de las membranas ovulares. El síndrome de Mondor, que aparece dentro de 24 a 48 h después del aborto provocado o espontáneo, presenta alta tasa de mortalidad (alre-

dedor de 60 %), es provocado en el 80 % de los casos por *Clostridium perfringens*, y se caracteriza por ocasionar hemólisis severa acompañada de trastornos de la circulación, con shock, coagulación intravascular diseminada (CID), acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda (IRA). La experiencia, los reportes de casos y los estudios prospectivos son escasos. El tratamiento precoz es el pilar fundamental, para aumentar la probabilidad de sobrevivida.

0137 LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE POST QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA

JJ FOLCO(1), J OSATNIK(1), A SOSA(1), MM KLEINERT(1), B HUNTER(1), G CASTAÑO(1), D IVULICH(1), B TORT ORIBE(1), R SUAREZ URANGO(1)
(1) Hospital Alemán.

Introducción: El término encefalopatía hace referencia a un síndrome de disfunción neurológica que puede ser causado por diversas etiologías, entre ellas trastornos metabólicos, sepsis, tóxicos, hipoxemia, isquemia, y entidades neurológicas como la leucoencefalopatía posterior reversible (LPR)

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 42 años de edad con antecedentes de tumor carcinóide de páncreas avanzado (realizó duodenopancreatectomía cefálica + metastasectomías hepáticas). Por progresión hepática se internó en forma programada para quimioembolización hepática con doxorubicina. Evolucionó en las primeras horas del postoperatorio con convulsión tónica clónica generalizada por lo que pasó a unidad cerrada.

Ingresó hipertensa, taquicárdica 150lpm, excitación psicomotriz, sin respuesta a órdenes simples. Inició levetiracetam y betabloqueantes vía endovenosa para control de tensión arterial. RMN de cerebro: leucoencefalopatía posterior reversible. Luego de 24hs presentó mejoría del contenido de conciencia, conexión con el medio, se titularon betabloqueantes vía oral. Intercurrencia: tricitemia causada por sepsis a BGN y doxorubicina.

Evolucionó favorablemente, lúcida, pasó a sala general.

Exámenes complementarios

*Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, sin otras alteraciones. Gasometría arterial sin hipoxemia ni hipercapnia.

*RMN de cerebro: edema corticosubcortical predominantemente vasogénico parieto-occipital y frontal bilateral simétrico y en el sector lateral izquierdo de la protuberancia. Compatible con leucoencefalopatía posterior reversible.

*ECG: taquicardia sinusal 150lpm, sin alteraciones en el ST-T

*EEG: dentro de límites normales

Discusión: Se presenta una paciente lúcida y normotensa que luego de una intervención programada (quimioembolización hepática) instala de forma aguda un cuadro clínico caracterizado por disfunción neurológica e hipertensión arterial. Si bien no existe evidencia que asocie a la quimioembolización hepática con LPR, la relación podría encontrarse en la hipertensión arterial desencadenada como efecto adverso a doxorubicina, droga empleada en el procedimiento.

Conclusión: La disfunción neurológica fue causada por leucoencefalopatía posterior reversible. Se interpretó a la hipertensión arterial como el factor desencadenante.

0138 UN PACIENTE JOVEN CON COLITIS ISQUEMICA

B TORT ORIBE(1), FA SOSA(1), J OSATNIK(1), M KLEINERT(1), D IVULICH(1), R SUAREZ URANGO(1), B HUNTER(1), JJ FOLCO(1), MJ ZAPATERO(1), L GROSSO(1)
(1) Hospital Alemán.

Introducción: La colitis isquémica se presenta en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, añosos o con cirugías abdominales previas. Ocasionalmente puede presentarse en pacientes jóvenes.

Caso clínico: Paciente masculino de 46 años de edad, con antece-

dentos uso de anfetaminas y efedrina, atleta de alto rendimiento y lavados colónicos de alta presión. Se presentó con diarrea sanguinolenta de tres días de evolución y dolor abdominal cólico por lo que inició tratamiento con ciprofloxacina y metronidazol. Una ecografía de abdomen mostró líquido libre, engrosamiento parietal difuso de asas intestinales y marco clónico con leve alteración de planos grasos adyacentes. Videocolonoscopia: inflamación crónica activa inespecífica mínima.

Ingresó a Unidad cerrada hipertenso, taquicárdico, taquipneico, febril, con desaturación y acidosis metabólica sin hiperlactatemia. Se inició ventilación mecánica electiva tras lo cual evolucionó con hipotensión refractaria, necesidad de vasopresores y distrés respiratorio moderado.

Laboratorio: Leucocitos 27500 mil/mm³ (95%N), Ácido láctico: 2.2, PCR: 85.5, Leucocitos en materia fecal: 4-6/campo leucocitos

Un ecocardiograma evidenció profunda depresión miocárdica con aspecto morfológico de Tako Tsubo. Continuó con diarrea profusa y distensión abdominal por lo que se agregó vancomicina. Una nueva Videocolonoscopia mostró alteración del patrón vascular en parches, eritema y ulceraciones de todo el colon a predominio derecho y transversal; recto con mucosa normal y patrón vascular conservado. Se logró paulatinamente reducción de vasopresores y pudo observarse una evolución favorable con progresión hacia el destete respiratorio. Luego de extubado se mantuvo soporte ventilatorio no invasivo hasta suspenderlo por completo. Se mantuvo nutrición parenteral por 10 días con buena progresión enteral ulterior. Presentó recuperación de la función contráctil cardíaca.

Conclusión: El caso presentado destaca el rol de la enfermedad colónica como promotor de fallo orgánico múltiple. Las medidas de soporte con vasopresores en altas dosis pudieron ser nocivas profundizando las condiciones locales de perfusión colónica. El antecedente de uso crónico de vasoconstrictores como metanfetaminas o sustancias de abuso pudo favorecer un terreno proclive a isquemia tisular en el escenario relatado.

0139 VASCULITIS UN DESAFÍO EN TERAPIA INTENSIVA. PRESENTACIÓN DE CASO.

M LOTORTO(1), G GUSMAROLI(1), F ALMADA(1)
(1) Sanatorio Los Alceres.

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, insuficiencia renal, acidosis metabólica, PAFIO2 138. En sedimento urinario: hematies, cilindros hialinos y granulosos. Radiografía de tórax: infiltrados bilaterales difusos. Laboratorio inmunológico: C3 disminuido, ANCAp +1/80. Se realizó metilprednisolona en pulsos EV por 3 días, hemodiálisis, prednisona, plasmaféresis y ciclofosfamida EV. Pasó a sala general, complicó con vasculitis del SNC. Se diagnosticó poliangeitis 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 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.

0140 NEUMONITIS INTERSTICIAL INESPECIFICA ASOCIADA A EFECTO ADVERSO DE CARBAMAZEPINA. CASO CLINICO

MS URBANO(1), ME GIMENEZ(1), S BARRIONUEVO(1), MM TARTARA(1), R VARGAS MARTINEZ(1), L BARRIENTOS(1), J ESPINOZA(1), G CARRIZO(1), L ROSSETTI(1), D GELABERT(1), J PONCE(1), R KSEIRI(1)
(1) Sanatorio Belgrano.

Introducción: La reacción pulmonar por fármacos es un aspecto que debe considerarse en pacientes con patología respiratoria. Sus formas de presentación están relativamente establecidas, su incidencia real se desconoce por el carácter idiosincrásico, esporádico, ausencia de comunicación, el uso simultáneo de varios medicamentos dificulta su diagnóstico. No existe un consenso de los criterios que indiquen que determinados signos o síntomas sean producidos por un fármaco, siendo la sospecha, indispensable para diagnosticarlo.

Caso clínico: Mujer, 47 años, antecedentes: hipotiroidismo tto./T4, convulsiones parciales tto./carbamazepina 400mg/día. Episodios de disnea y tos no productiva esporádicos en el último año. Se interna en cuidados generales con disnea, tos seca, fiebre; Rx infiltrados bilaterales, se interpreta como NAC atípica por lo que se realizan cultivos, serología; comienza ATB AMS+claritromicina, sin respuesta adecuada. Progresa insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica. FR:30; FC:90; TA:80/40; T:38,5*, PaO2 46mmHg, SO2 81%, GB 6.500 (5% eosinófilos). Se coloca O2 con máscara reservorio y luego VNI; PA/FI: 104. Requiere vasoactivos. ATB PTZ luego de nuevos cultivos. Se realiza biopsia y se coloca pulso 1gr/metilprednisolona por 3/días, continuando con prednisona 60mg/día. La paciente evoluciona favorablemente progresando con weaning. Actualmente en seguimiento por reumatología, clínica médica, neumonología e infectología.

Discusión: Ante una paciente sin mejoría clínica ni radiológica y con infiltrados en vidrio esmerilado, procalcitonina negativa, ecocardiograma normal, HIV(-), BAAR seriados negativos, hemocultivos y aspirados negativos, serología para micoplasma negativo, chlamydia psittaci primera determinación positiva, segunda no confirmatoria; se sospecharon causas menos frecuentes: posible reacción adversa a fármacos y neumonitis autoinmune; se suspende carbamazepina y se realiza biopsia pulmonar. Perfil reumatológico negativo. Anatomía patológica informa paredes alveolares engrosadas, infiltrado linfocitario intersticial, células mesoteliales, linfocitos, regular número de neutrófilos y eosinófilos, sin células atípicas. Hallazgos correspondientes a neumonitis y/o alveolitis inespecífica.

Conclusión: Es importante investigar causas menos frecuentes de Neumonía. Pueden implicar el compromiso vital del paciente si no se piensan e investigan. La reacción a fármacos es un diagnóstico por exclusión. Se debe suprimir el medicamento y administrar corticoides altas dosis, en los casos graves.

0141 METÁSTASIS DURAL COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA REPORTE DE UN CASO

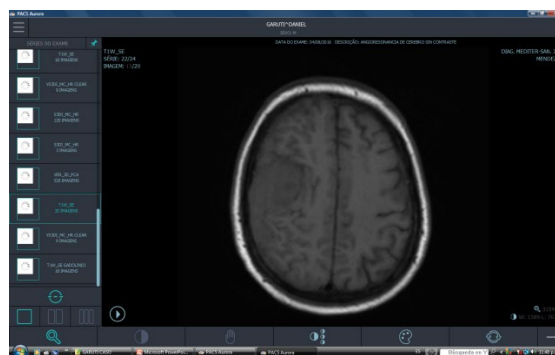
JE ROMERO GUTIERREZ(1), MA AYLON JUANES(1)
(1) Sanatorio Dr. Julio Mendez.

El carcinoma de próstata suele metastatizar preferentemente a ganglios linfáticos y huesos, siendo poco frecuente el compromiso del sistema nervioso central. Las metástasis dúales de carcinoma

de próstata son raras y con frecuencia son confundidas con meningiomas, hematomas epidurales o subdurales agudos o crónicos. Usualmente se presentan en pacientes con diagnóstico oncológico conocido, en estadios avanzados de la enfermedad aparecen en etapas avanzadas de la enfermedad y pueden llegar a ser la primera manifestación de un carcinoma prostático.

Presentamos un paciente masculino de 65 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata hace 15 años realizo tratamiento radioterapia más quimioterapia actualmente tratamiento hormonal (Enzalutamida) que presento hemiparesia izquierda más afasia. Se realizó tomografía computada donde se observaba engrosamiento meníngeo, edema cerebral difuso a predominio del hemisferio derecho con compresión de ventrículo lateral derecho y desviación de línea media. Se evidencio extenso compromiso de las paquimeninges del lado derecho, con un marcado engrosamiento y lobulaciones siendo más evidente a nivel frontal de 58mm por 25mm, la lesión muestra marcado refuerzo post contraste endovenoso en la resonancia magnética. En espectroscopia incremento de colina. Se planteo tratamiento quirúrgico que en la craneotomía, se observó un tumor extraaxial, se realiza exeresis de lesión exofítica con toma de muestra de calota con biopsia que informo carcinoma de próstata. Paciente fue externado en rehabilitación por la secuela neurológica quedando con hemiparesia izquierda mas diastria. El cancer de prostata es el segundo cancer mas frecuente en hombres en el mundo y muestran grandes diferencias entre distintas zonas geograficas del mundo. Las metástasis dúales de carcinoma de próstata son infrecuentes. Cuando se encuentran pueden simular hematoma subdural o meningioma, entre otras lesiones. No existe estudios donde se demuestre la incidencia del mismo, encontrandose solo reportes de casos. A propósito de un caso queremos acrecentar el screening neurológico en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata.

En nuestro medio existe pocos reportes de casos de metastasis meníngea por cáncer próstata dada su baja incidencia, debe tenerse en cuenta en hombre mayores de 65 años con síntomas neurológicos.



0142 SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A INFECCION DE PROTESIS DE RODILLA POR NEISSERIA MENINGITIDIS EN PACIENTE PEDIATRICO

I PIROLI(1), I CASTAGNOTTI(1)
(1) Garrahan.

Introducción: Las infecciones asociadas a prótesis son relativamente frecuentes en la práctica diaria pediátrica. Si bien hasta un 14% de las enfermedades invasivas por meningococo pueden presentar impacto articular es infrecuente el impacto en material protésico. Presentación del caso: Paciente de 14 años de edad con antecedente de osteosarcoma de tibia izquierda tratado con resección, quimioterapia y colocación de prótesis; libre de enfermedad desde 2014. Consulta presentando somnolencia y letargo de más de 12 hs de evolución. No refiere fiebre. Al ingreso se constata hipotensión a predominio diastólico que evoluciona a shock séptico con requerimientos de altas dosis de inotrópico. Presenta rescate de *Neisseria Meningitidis* en hemocultivos periféricos del ingreso. A las 24 hs evoluciona con edema de rodilla izquierda, evidenciándose colección por ecografía. Se decide su drenaje obteniéndose material purulento, con rescate local para *Neisseria Meningitidis*. Se realiza lavado en quirófano no realizando exéresis de prótesis por inestabilidad de la paciente. Luego de 48 hs de la intervención se observa mejoría clínica con disminución de inotrópicos y se extuba a la paciente.

Discusión: Si bien las infecciones asociadas a prótesis son una complicación comúnmente observada las mismas suelen ser secundarias a gérmenes Gram positivos como *Staphylococcus* o *Streptococcus*. Es extraño obtener como germen causante a *Neisseria Meningitidis*.

Conclusión: Este caso ilustra como un patógeno familiar se puede presentar de una forma infrecuente. Se requiere de una buena comunicación entre el equipo médico tratante (clínicos, laboratorio, etc) para lograr un diagnóstico adecuado, un tratamiento correcto y en este caso en particular evitar la morbilidad que puede acarrear la exéresis de una prótesis con la amputación de un miembro.

0143 ARSD SEVERO CAUSADO POR SINDROME PULMONAR HEMORRAGICO GRAVE POR LEPTOSPIROSIS. CASO CLÍNICO

L BARRIENTOS(1), M GIMENEZ(1), M TARTARA(1), R VARGAS MARTINEZ(1), J ESPINOZA(1), G CARRIZO(1), L BROWN(1), J PONCE(1), L ROSSETTI(1), D GELABERT(1), R KSEIRI(1), H ROJAS PAIVA(1)
(1) Sanatorio Belgrano.

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución geográfica, en 2015/2016 se confirmaron 195/130 casos respectivamente en nuestro país siendo 87% correspondientes a la zona centro. El agente etiológico es una espiroqueta. La mortalidad general oscila entre el 5-10%, siendo la forma pulmonar hemorrágica la más grave aumentando la mortalidad al 50%.

Caso clínico: Mujer, 32 años, antecedentes: puerperio tardío, lactancia activa, hígado graso del embarazo; colecistectomizada. Consulta por malestar general, dolor abdominal inespecífico, síndrome febril, insuficiencia respiratoria y shock. Se admite en UTI, interpretándose como sepsis severa con FOM, respiratorio, hemodinámico, renal, hematológico, a partir de NAC atípica grave. SV: TA:80/40; FR:38; T*:35,4; FC:100; SO2:89%; Rx infiltrados bilaterales difusos, Hto.26%; GB:8300; plaquetas:108.000. creatinina:1,72mg/dl; PaO2:45mmHg, acidosis metabólica; procalcitonina positiva. Test de embarazo(-). Se realizan policultivos, serología para atípicas, hantavirus, influenza, legionella, leptospira (sin sospecha epidemiológica) y perfil reumatológico. ATB Ceftriaxona-claritromicina, se realiza expansión con volumen, IOT; ARM controlada, volúmenes protectores, maniobras de apertura, sedoanalgesia-RNM; RASS-5; PA/Fl menor a 100 con 16/18 de peep, FiO2 100-60%; alto requerimiento inotrópico, dopamina y noradrenalina. Ecografía abdominal: hepatomegalia moderada, Ecocardiograma: normal. Alteración de coa-

gulograma. Normaliza rápidamente valores de creatinina. Durante la KTR presenta secreciones hemáticas frecuentes. Evoluciona con NAV por *Klebsiella* rotándose ATB s/antibiograma; TQT al día 11, debilidad adquirida con weaning dificultoso. Serología positiva para *Leptospira interrogans*, a los 14 días del ingreso. Con tratamiento multidisciplinario, evoluciona favorablemente, se logra weaning definitivo al día 27, egresa de UTI al día 32.

Discusión: El shock séptico, FOM en paciente puerpera con heptopatía del embarazo amplía las posibles causas desencadenantes. El compromiso pulmonar por leptospirosis, puede manifestarse como neumonía aguda, del tipo "neumonías atípicas" o en su forma más grave como hemorragia pulmonar. Las alteraciones radiológicas se caracterizan por infiltrados intersticiales focales o difusos. La hemorragia pulmonar, alveolar, cursa con ARSD severo, anictérico, sin nefropatía grave y plaquetas disminuidas. La letalidad es por hemorragia masiva y shock.

Conclusión: Debe sospecharse y hacerse diagnóstico diferencial en los pacientes con ARSD severo con secreción sanguinolenta, por el aumento importante de la mortalidad en esta entidad, siendo el soporte multidisciplinario el pilar fundamental en la recuperación de esta enfermedad.

0144 PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN EL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DEL PROGRAMA CÓRDOBA PROCURA

D MOLINA(1), F ALVAREZ(1), P COLELLA(1)
(1) Ministerio De Salud.

Introducción: El ECODAI, lanza el Programa Córdoba Procura (PCP) con el objetivo que cada nosocomio tome como una actividad habitual la procuración de órganos y tejidos. Al Programa lo integra 7 hospitales de alta complejidad en la provincia de Córdoba, con 33 coordinadores hospitalarios.

Objetivos: -Conocer la ejecución del PCP

-Proporcionar resultados y conocer el grado de aplicabilidad

Material y métodos: El estudio retrospectivo, descriptivo de los datos registrados en los protocolos de donación físicos y del SINTRA, módulo 3, carga de Glasgow 7, de los siete hospitales que integran el Programa Córdoba Procura, desde enero de 2015 a marzo de 2017.

Resultados: 27 meses de ejecución, se detectaron a través del SINTRA, 683 pacientes con G7 de los cuales evolucionaron a muerte encefálica 185 (27,08%). Las principales pérdidas de donantes se debió a la negativa familiar, 107 (57,83%), contraindicaciones médicas 41 (22,16%), otras pérdidas 25 (13,51%) se identificó el 4% de las ME fueron incorrectamente descartadas como donantes, debido a contraindicaciones médicas y más del 50% de las pérdidas por problemas de mantenimiento, podrían haberse evitado. El porcentaje de muertes encefálicas que llegan a ser donantes reales es superior en los hospitales con residencia de la especialidad de neurocirugía, en cambio las pérdidas de donantes por contraindicaciones médicas, por fallas en el mantenimiento del donante, son inferiores en aquellos hospitales con residencias en la especialidad Terapia Intensiva. El potencial de donación de los hospitales se ha medido mediante indicadores que relacionan los pacientes con G7 (683) y los fallecidos en muerte encefálica (185), convirtiéndose en donantes reales 138 (78 órganos y tejidos, y 60 tejidos). Se identifica un incremento de donantes multiorgánicos con respecto a un mismo periodo de tiempo, previo, a la ejecución del Programa Córdoba Procura; la tasa de órganos procurados fue de un 43.19% mas, demostrando que el seguimiento del G7 por parte de los coordinadores hospitalarios, en forma diaria, impacta directamente en el mantenimiento del potencial donante.

0145 OBSERVACIÓN DE LA VARIACIÓN TEMPORAL DEL GROSOR DIAFRAGMÁTICO MEDIDO POR ECOGRAFÍA, Y SU RELACIÓN CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA
 FS FERNANDEZ(1), M BARZAGHI(1), F RUGGERI(1), A MATIAS(1)
 (1) Sanatorio Guemes.

Introducción: La disfunción diafragmática inducida por el ventilador, hace referencia al efecto negativo que ejerce la VM sobre el diafragma produciendo atrofia, pérdida de fuerza y una menor excursión diafragmática, relacionándose directamente con la modalidad ventilatoria, por lo tanto buscamos evidenciarlo mediante la ecografía.

Objetivo: Evidenciar mediante ecografía el comportamiento del grosor diafragmático en el transcurso de los días y los diferentes modos de asistencia VM en UCI.

Materiales y métodos: Se evaluaron a los pacientes internados en UCI desde el 1 de enero al 20 de abril del 2017 intubados y conectados a VM. Se excluyeron a los pacientes que presentaban antecedentes de enfermedades neuromusculares y que al momento de la evaluación inicial presentaban más de 24 hs de intubación. Se realizó una ecografía del grosor diafragma en la zona de aposición dentro de las primeras 24 hs de intubados y luego cada dos días utilizando Ecógrafo Philips ClearVue550 Sonda lineal[4-12MHz]. Se relacionó el modo ventilatorio utilizado, el Rass, la glucemia, el apache, la presión de trabajo, alimentación y medicación.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes de los cuales el 54.84% no presentaban patología pulmonar previa. El score de Apache promedio fue de 22(IC95% 19.46-24.41), y la mediana del Rass fue de -4(RIC-5 - -3). La modalidad ventilatoria más frecuente fue la AC(45.16%), seguida de PS(16.13%). El 80.65% recibieron alimentación enteral, y el 45.16% tuvieron glucemias mayores a 150mg/dl. En 6(16.67%) casos se utilizaron relajantes musculares.

La mediana de grosor basal fue 2.21cm(RIC 2.03-2.48), mientras que al momento de la extubación fue de 2.06cm (RIC 1.94-2.31). La diferencia entre estas dos medidas fue estadísticamente significativa(p=0.01, Wilcoxon signed-rank).

Once pacientes fueron extubados exitosamente durante el estudio. No se observó una diferencia en el grosor al momento de la extubación(p=0.94), ni grosor a las 48hs de soporte(p=0.64), entre aquellos exitosos y aquellos con dificultad. Se evidenció que el aquellos con extubación dificultosa presentaron, un grosor significativamente menor que aquellos con weaning normal(p=0.01).

Conclusiones: Hoy en día la ecografía nos permite observar lo que antes se imaginaba y cuantificar la disminución del grosor diafragmático de una manera mínimamente invasiva y relacionarla directamente con los días de VM y la modalidad utilizada.

0146 APACHE II Y SAPS II COMO PREDICTORES DE EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS
 NS ROCCHETTI(2), JJ EGEE-GUERRERO(1), CJ SETTECASE(2), DH BAGILET(2)
 (1) Universitario Virgen Del Rocío. (2) Escuela Eva Perón.

Objetivo: Valorar el grado en que las escalas pronósticas APACHE II y SAPS II son capaces de predecir la evolución a muerte encefálica (ME) de pacientes neurocríticos.

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional.

Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel.

Pacientes: Mayores de 16 años, ingresados con patología neurocrítica aguda, con estancia en UCI de al menos 24 horas.

Intervenciones: Ninguna.

Variables de interés: Datos demográficos, factores de riesgo, APACHE II, SAPS II y resultado pronóstico.

Resultados: Se incluyeron 508 pacientes. Mediana de edad: 41 años (RI 25;57), varones: 76,2%, motivo de ingreso más frecuente: trauma (55,3%). Medianas: GCS, 10 puntos (RI 6;14); APACHE II, 13 puntos (RI 6;18); SAPS II 31 puntos (RI 21;45); y días de estancia en UCI, 5 días (RI 3;10). La mortalidad en la UCI fue del 28,5% (145 pacientes) de los cuales 44 (8,7%) evolucionaron a ME. El análisis de regresión logística univariante mostró que el GCS, las escalas APACHE II y SAPS II, y los días de estancia en UCI se comportaron como variables predictoras de evolución a ME. Sin embargo, en el análisis multivariante realizado con APACHE II y SAPS II se evidenció que sólo APACHE II mantiene significación estadística, a pesar de la buena discriminación de ambas escalas objetivada por sus curvas ROC y AUC por encima de 0,80.

Conclusiones: Los coordinadores de trasplantes podrían usar la escala APACHE II como una herramienta para detectar pacientes con riesgo de evolución a ME, minimizando la pérdida de potenciales donantes.

0147 PANCREATITIS AGUDA GRAVE: UNA EMERGENCIA MULTIDISCIPLINARIA "UN CAMBIO EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD"
 G OMARINI(1)
 (1) Instituto Medico Río Cuarto.

Introducción: La Pancreatitis aguda grave (PAG) se asocia a elevada mortalidad, debido a sus complicaciones.

Presentamos este trabajo con el motivo de demostrar que el manejo precoz clínico-quirúrgico de los pacientes con pancreatitis aguda puede cambiar el curso natural de la enfermedad y mejorar los resultados de la evolución posterior de los pacientes.

Presentación del caso: Paciente de 55 años, masculino, con antecedentes de obesidad, HTA, dislipemia, asma bronquial y colecistectomizado, ingresa a UTI, por cuadro de pancreatitis aguda de 12 h. de evolución, de posible etiología litiasica, APACHE II 19 puntos, SOFA 10 puntos. TC de tórax con atelectasias + TC de abdomen pancreatitis severa Baltazar E. Se inicia plan de hidratación + analgesia.

A las 24 h: Intercurre con shock y falla multiorgánica con requerimientos de drogas vasoactivas, ARM.

A las 72 h: continúa febril, (40°C). Se pancultiva. Se inicia con Meropenem + vancomicina. Se realiza TC de tórax y abdomen en la que se observa colecciones intraabdominales. Se realiza drenaje percutáneo de colecciones, 3 drenajes (subfrénico derecho, retrogástrico, parietocólico izquierdo).

Siendo (+) para Enterococos y K. Pneumoniae. BAL (+) P. Aeuruginosa. Hemocultivos (+) S. coagulasa(-).

Se agrega a tratamiento fluconazol + colistín.

Día 7°: traqueostomía percutánea. Se inicia con alimentación enteral y se continúa soporte orgánico.

Día 15°: TC tórax y abdomen persistiendo colecciones y objetivándose nuevas (parietocólico derecho-subfrénico izquierdo-fosa iliaca derecha prerrenal). Se colocan nuevos drenajes percutáneos.

Día 25°: Se decanula

Día 30°: TC control. Observándose disminución de colecciones. Se retiran 3 últimos drenajes.

Día 45°: se traslada a sala común.

Discusión: Coincidiendo con la bibliografía hasta la fecha, la PAG presenta una mortalidad >50% según scores pronósticos.

Las complicaciones que presentó el caso se resolvieron con las técnicas indicadas (drenajes percutáneo de las colecciones) y el enfoque multidisciplinario.

Conclusión: La PAG es una enfermedad de alta prevalencia que posee una alta mortalidad por lo cual una temprana clasificación con scores de gravedad es lo indicado para un soporte avanzado en UTI. Pudiendo realizar un manejo multidisciplinario de esta patología logrando revertir el curso natural de esta enfermedad.



0148 LAVADO ALVEOLAR MONITORIZADO POR TOMOGRAFIA DE IMPEDANCIA ELECTRICA EN PACIENTE CON PROTEINOSIS ALVEOLAR A PROPOSITO DE UN CASO

M PEREZLINDO(1), J ROBLES(1), A RAMOS(1), C LOVESIO(1), C CAPITAIN FUNES(1), F ACHARTA(1)

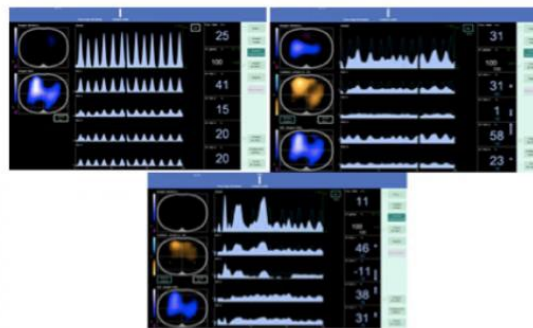
(1) Sanatorio Parque.

Introducción: La Proteínosis Alveolar es una enfermedad pulmonar difusa caracterizada por la acumulación intraalveolar de lipoproteínas (lípidos y material proteínico). Es una enfermedad poco frecuente, descrita por primera vez en 1958.(1) Si bien en los últimos años han surgido nuevas estrategias de tratamiento (terapia con factor estimulante de macrófagos-granulocitos, intentar reducir el número de anticuerpos específicos mediante plasmáferesis o rituximab) aun en la actualidad el tratamiento de elección es el lavado pulmonar total.(5)

Método: Paciente de sexo femenino de 47 años con diagnóstico reciente de Proteínosis Alveolar confirmado por biopsia pulmonar que evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda por lo cual fue sometida a lavado pulmonar total bilateral bajo anestesia general y monitoreo con Tomografía de Impedancia Eléctrica previa, durante y posteriormente al procedimiento terapéutico.

Discusión: Al ser la TIE una técnica de monitoreo relativamente moderna, y la proteínosis alveolar una enfermedad poco frecuente, en la literatura no se han reportado casos de tratamientos monitorizados por este método. La TIE permite de forma simple y en tiempo real evaluar los cambios en la ventilación alveolar del paciente siendo una técnica no invasiva que en forma progresiva se utiliza cada vez más frecuentemente para la monitorización y manejo de los pacientes con patología respiratoria crítica. (2) (3) (4) En este caso clínico en particular se quiere resaltar el importante rol que desempeña la TIE en el manejo respiratorio personalizado y ajustado a cada momento de la evolución, tratamiento y recuperación de la paciente, a la vez que facilita y coopera en el manejo interdisciplinario (Médicos de Terapia Intensiva, Anestesiólogos, Cirujano Torácico, etc).

Conclusión: La escasa frecuencia de esta enfermedad dificulta la realización de estudios comparativos pero ante la gravedad y pronóstico del cuadro es razonable considerar la necesidad de utilización de estos métodos de monitoreo para el ajuste personalizado del soporte ventilatorio en tiempo real antes, durante y después de la realización del tratamiento de lavado pulmonar total y más aun en casos de necesidad de repetición de esta terapéutica. (5) (6)



(Figura B) Se observa la distribución de la ventilación en modo VC-CMV, PC-CSV y luego de la desvinculación de la Asistencia Mecánica Respiratoria.



(Figura A) Se observa la ausencia de distribución de la ventilación en pulmón derecho durante el lavado alveolar en decúbito prono. Posteriormente, se evidencia pérdida de volumen al final de la espiración con colapso alveolar (área visualizada en color naranja) en el cambio de decúbito prono a supino.

0149 PERFIL LIPIDICO: ¿UNA HERRAMIENTA DE SEVERIDAD EN SEPSIS?

A BOCASSI(1), E CUNTO(1), V ANDRADE(1), M CAMBARERI(1), V CHEDIACK(1), C DOMINGUEZ(1), N GOMEZ(1)
(1) Muñiz.

Introducción: Se ha sugerido que la lipoproteína de alta densidad (HDL) tiene un posible rol antiinflamatorio en condiciones infecciosas, existen evidencias que advierten que la presencia de lipopolisacárido (LPS) en circulación sanguínea sería responsable del descenso en niveles de HDL por la capacidad neutralizante de esta molécula. Otro efecto protector de HDL en estados sépticos es la inhibición de la expresión de moléculas de adhesión e inflamación, reducción del estrés oxidativo y estimulación de la producción endotelial de óxido nítrico.

Durante la sepsis se observan cambios en el metabolismo lipídico, debido al aumento de citoquinas y proteínas reactivas de fase aguda, como el Amiloide sérico A (ASA) que desplaza a la apoproteína A1 (apoA1) presente en HDL, modificando así su estructura. Estos cambios caracterizados por descenso de lipoproteínas de baja y alta densidad (LDL y HDL), apoA1, Colesterol total (CT), y aumento de triglicéridos (TG) y ácidos grasos libres (AGL) son parte de la respuesta aguda del organismo y están asociados a mortalidad.

Objetivo: Determinar la utilidad de lípidos plasmáticos como marcadores de severidad en pacientes sépticos.

Materiales y métodos: estudio transversal descriptivo, 59 adultos admitidos en terapia intensiva (TI), divididos en dos grupos "no sépticos" y "sépticos". Fueron excluidos pacientes con hepatopatías, dislipemia, tratamiento hipolipemiante y reingreso a TI. Registramos SOFA, APACHE II y datos demográficos. Las primeras 24 horas de admisión a TI se determinó perfil lipídico: Colesterol total (CT), HDL, TG, ApoA1 y LDL calculada (fórmula Friedewald), Cobas 6000 C501 (Roche Diagnostics). Programa estadístico SPSS 15.0 y Consideramos significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se encontró asociación entre mortalidad y CT ($p=0,014$), HDL ($p=0,033$), LDL ($p=0,002$), apoA1 ($p=0,028$).

Datos obtenidos (tabla 1, imagen 1)

Conclusiones: CT, sustancia precursora de hormonas, niveles descendidos podrían revelar un desequilibrio metabólico. Su descenso no es específico, podría ser un potencial marcador de mortalidad en pacientes críticos.

Los niveles de HDL están descendidos en ambos grupos, en pacien-

tes sépticos su composición apoproteica podría estar modificada, alterando su capacidad neutralizante.

Sugerimos incorporar lípidos en la rutina de ingreso a TI, este perfil podría ser una herramienta adecuada y económica para monitoreo de severidad en sepsis.

	No sépticos	Sépticos	p
N	22	37	
Femenino/Masculino	8/14	8/29	
Edad (años)	36	45	
HIV+	11(50%)	21(57%)	0,001
Asistencia respiratoria mecánica	9(41%)	32(85%)	0,001
APACHE II	16	22	0,02
SOFA	5	8	
Lípidos(mg/dl)			
CT	118	106	NS
TG	145	150	NS
HDL	24	18	NS
ApoA1	68	50	0,05
LDL	67	56	NS
Mortalidad	36%	73%	0,006

0150 SÍNDROME DE WERNICKE KORSAKOFF EN PACIENTE SÉPTICA

G WERBER(1), D CASADEI(1), I CABRERA(1), F CASTRO(1), P FERNANDEZ(1), L DIAZ(1), J LAVALLE(1), J SERRA TEXO(1), C BUELVAS(1), ME SILVA(1), S BELTRAMINO(1)
(1) Nephrology.

Introducción: El síndrome de Wernicke Korsakoff es causado por deficiencia de Tiamina y es bien conocido desde 1881. Su asociación con el alcoholismo es clara. El diagnóstico es clínico y la tríada clásica se caracteriza por Oftalmoplejía, nistagmus y demencia. El diagnóstico en pacientes sépticos está poco reportado en la literatura.

Presentación del caso: Sexo femenino, 32 años. Antecedentes de poliquistosis renal.

IRC. Requerimiento de hemodiálisis

Se interna para nefrectomía bilateral, plan de trasplante renal Evoluciona con pancreatitis post quirúrgica. Presenta complicaciones que requieren recirugias realizándose pancreatctomía distal y esplenectomía. Presenta bacteriemia persistente por KPC. Recibe tratamiento antibiótico. Presenta desnutrición. Recibe alimentación parenteral y enteral. Requiere drenajes de colecciones abdominales

Evoluciona con parestesias e hiperalgnesia en miembros inferiores, cuadriparesia con hiperrreflexia. Nistagmus horizontal, visión doble a la mirada extrema, ataxia y vértigo. Estudios neurológicos normales. Presenta alucinaciones visuales y auditivas y alteración de la conducta. Se interpreta encefalopatía de Wernicke. Se inicia Tiamina 500 mg endovenosa cada 8 hs durante 48 hs y luego 250 mg por día. Recupera la fuerza, sin parestesias y mejora de la hiperalgnesia. Sin nistagmus. Mejoría del equilibrio. Persiste con alucinaciones visuales y auditivas.

Al día 6 del tratamiento desarrolla amnesia global Normaliza la esfera cognitiva otorgándose el alta, evoluciona en el domicilio con recuperación completa.

Discusión: Este síndrome presenta una alta morbimortalidad. La presentación de la tríada clásica sólo se ve en el 16% de las veces. Incluso el 19% de los pacientes nunca la presenta.

La signosintomatología ayudó al diagnóstico. El nistagmus y alteraciones del estado menta gatilló la sospecha diagnóstica. La falta de diagnósticos alternativos, los estudios complementarios normales apoyaron el inicio del tratamiento. La evolución a demencia de Korsakoff es habitual. Si bien la teoría durante el tratamiento puede hacer sospechar el diagnóstico, se debe continuar la reposición de tiamina y sostener el soporte nutricional.

Conclusión: El síndrome de Wernicke Korsakoff es una entidad de diagnóstico clínico. No se debe esperar la presencia de la tríada clásica para iniciar tratamiento. Debe sospecharse en cualquier paciente desnutrido y no solo en alcohólicos. Iniciar el tratamiento con tiamina y sostenerlo durante semanas a pesar de la falta de mejoría inmediata es fundamental.

0151 HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS

R SUAREZ(1), J OSATNIK(1), FA SOSA(1), D IVULICH(1), MM KLEINERT(1), E SORIA(1), MJ ZAPATERO(1), JJ FOLCO(1), L GROSSO(1), BS TORT(1)
(1) Hospital Aleman.

El strongyloides stercoralis es un geohelminto con una prevalencia en ascenso 0 – 83% según el programa Nacional de Desparasitación Masiva, y una distribución heterogénea en el noreste y noroeste del país. La SADI recomienda la realización de parasitológico seriado en la población con cáncer proveniente de zonas endémicas. La strongyloidiasis se produce por la infección de la larva filariforme a través de la piel humana y su ciclo de vida incluye su paso por vía hematogena, pulmones y aparato digestivo. En la mayoría de los casos produce síntomas leves, pero ante la presencia de inmunodeficiencia puede originar el Síndrome de Hiperinfección, falla multiorgánica y muerte.

Presentación del caso: Masculino de 58 años de edad con diagnóstico de CA de pulmón Estadio IV, recibió corticoides y radioterapia. Internado en clínica médica por progresión de metástasis cerebral. Ingres a UTI a las 48hrs por shock séptico, aislamiento de E.coli en hemocultivos y urocultivo. Inició antibioterapia con PTZ y Vancomicina.

Exámenes complementarios al ingreso

HTO44% GB16000 N79% Eo0% Plq175000 Ur26 Cr0,58 Na124 K3,7 Cl188 EAB 7,36/30/88/-3/20 A.Lac3

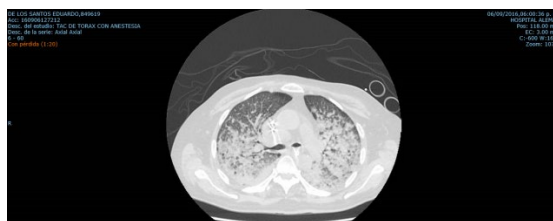
Ecografía de abdomen: Renal normal, distensión de asas y meteorismo.

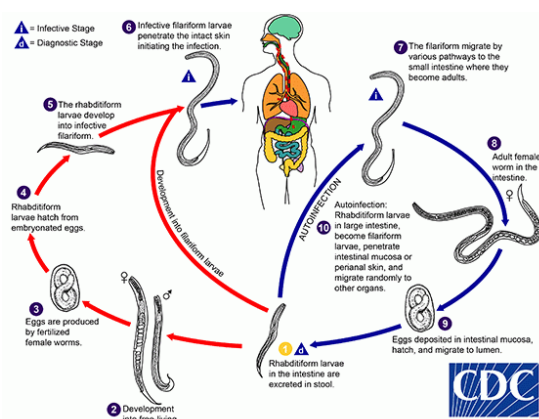
Rx de tórax y ECG: Lesión neoplásica apical derecha. ECG normal. TAC de Tórax y cerebro: Tumoración apical derecha, sin infiltrados parenquimatosos. Lesión cerebral frontoparietal derecha con efecto de masa.

Evolución: A las 12hrs presenta insuficiencia respiratoria con requerimiento de IOT y ARM, aumento de requerimiento de vasoactivos, falla renal. Se realiza TAC de tórax y abdomen nueva hallándose infiltrado pulmonar bilateral. Se realizó BAL que reveló la presencia de larva filariforme de S. Stercoralis. Evolucionó con refractariedad al tratamiento y muerte 36hrs después.

Discusión: Si bien no podemos discernir que la presencia de la larva en pulmón sea la causa directa de muerte del paciente, es importante reconocer que la diseminación del parásito agrava la situación de un inmunocomprometido con cuadro séptico activo. No contamos con datos estadísticos de prevalencia del síndrome, pero es clara la agravación ante la vulnerabilidad clínica.

Conclusión: Es importante conocer la pre existencia de S. Stercoralis en inmunocomprometidos con cuadro de sepsis y shock en UTI.





0152 COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

M HUNTER(1), M HERNÁNDEZ(1), G BADARIOTTI(1), B DE DIEGO(1)

(1) Sanatorio Mater Dei.

Introducción: El paciente sometido a cirugía torácica representa un motivo frecuente de ingreso a terapia intensiva. Existe una serie de complicaciones en cirugía torácica que pueden aumentar la morbimortalidad. Las complicaciones pulmonares son consideradas las más frecuentes.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo consiste en conocer las principales complicaciones en el postoperatorio de la cirugía de resección pulmonar.

Material y método: El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a cirugía de resección pleuro-pulmonar programada y que ingresaron a la unidad de terapia intensiva (UTI) del Sanatorio Mater Dei en el período post-operatorio inmediato durante el año 2016.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes. 28 fueron mujeres. La edad promedio fue de 65 años con una desviación estándar de 15 años. La mediana en días de estadía en la terapia intensiva fue de 3 días. El APACHE II promedio fue de 8 puntos con una desviación estándar de 3 puntos. Las características de la muestra estudiada se detallan en la Tabla 1. En 14 pacientes se presentaron una o más complicaciones post-operatorias, constituyendo una morbilidad del 26,4%. Ningún paciente de los incluidos en el presente trabajo falleció durante su estadía en la UTI. La distribución de las complicaciones por grupo definido se presenta en la Figura 1.

Conclusiones: La importancia de este trabajo radica fundamentalmente en el hecho de generar conocimiento propio de nuestra unidad de terapia intensiva. Consideramos prioritario conocer, en primera instancia, la evolución de los pacientes (y en especial sus complicaciones) como primer paso para lograr una mejor calidad de atención. Las complicaciones más frecuentes, como en la mayoría de las publicaciones, fueron las pleuro-pulmonares y las cardiovasculares. La presencia de complicaciones prolongó la estadía de los pacientes en la UTI (2,5 en los no complicados vs 5,6 días en los que se complicaron). El score APACHE II al ingreso no predijo el desarrollo de complicaciones ya que no se encontró una diferencia sustancial entre el grupo de los complicados (9 puntos) en comparación a los no complicados (8). Se planea en una próxima instancia desarrollar un estudio prospectivo.

Figura 1. Distribución de complicaciones por grupo

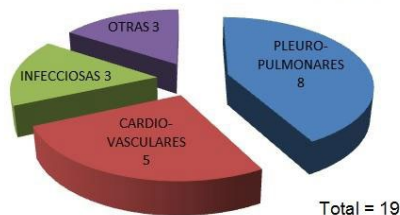


Tabla 1. Descripción general de la muestra estudiada (53 pacientes)

Variable	n (%)
Mujeres	28 (52,8%)
Edad (años), media +/- DE	65 +/- 15
APACHE II +/- DE	8 +/- 3
Estadía en UTI (días), mediana	3
Indicación de cirugía	
- Neoplasia pulmonar	44 (83%)
- Secundarismo pulmonar	4 (7,5%)
- Patología pleural	3 (5,7%)
- Otras indicaciones	2 (3,8%)
Vía de abordaje quirúrgico	
- Videotoracoscopia	41 (77,4%)
- Toracotomía posterolateral	12 (22,6%)
Procedimiento realizado	
- Bilobectomía	1 (1,8%)
- Lobectomía	30 (56,6%)
- Segmentectomía	8 (15,1%)
- Nodulectomía	3 (5,7%)
- Biopsia pleural (+ sellamiento)	11 (20,8%)

DE: desviación estándar; UTI: unidad de terapia intensiva

0153 PANCREATITIS INDUCIDA POR COCAINA

NR ROJAS BALCÁZAR, PD LUCERO(1), FM LASCAR(1), SP CHAPELA(1), FM BALLESTERO(1), MÁ BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: La Pancreatitis Aguda (PA) es una de las enfermedades más comunes del tracto gastrointestinal, caracterizada por la presencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en la primera semana con o sin insuficiencia orgánica; y complicaciones locales en la segunda, como colecciones peripancreáticas o pseudoquistes. La etiología puede establecerse fácilmente en la mayoría de los pacientes. Las causas más comunes son la litiasis biliar (40-70%) y alcohol (25-35%). Otras causas como medicamentos, agentes infecciosos y causas metabólicas tales como hipercalcemia e hiperparatiroidismo son menos frecuentes. Algunos fármacos y drogas pueden causar PA así como la hipertrigliceridemia. Sin embargo, estos representan sólo 1-4% de los casos. Se han descrito pocos casos de PA por consumo de cocaína.

Caso clínico: Paciente masculino, 24 años sin antecedentes de relevancia. Valorado en otro centro por intoxicación con drogas (marihuana, cocaína, metilendioximetanfetamina) donde evoluciona con cuadro clínico compatible con síndrome serotoninérgico, que posteriormente evoluciona con rhabdólisis, shock y disfunción multiorgánica con requerimiento de soporte vasopresor y ventilación mecánica. Al tercer día de internación es derivado al Hospital Británico. Se evidencia amilasa de 637 UI/dl y lipasa de 2954 UI/dl. Con diagnóstico de PA sin complicaciones locales en estudios de ecografía y edema pancreático en tomografía, se realiza tratamiento médico y a las 72 hs. evolución favorable de fallas orgánicas. Se inició nutrición enteral presentando dolor típico con persistencia de enzimas pancreáticas elevadas. Se indicó nutrición parenteral total por 72 hs. reiniciando tolerancia a dieta vía oral con buena respuesta. Luego de 2 semanas de internación en UTI pasa a sala general.

Conclusión: La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas de coca. Es una droga ilegal adictiva que inhibe la recaptación de noradrenalina provocando vasoconstricción e isquemia. La isquemia pancreática es la causa fisiopatológica de la PA. Existen pocos reportes de PA inducida por cocaína, sin embargo el aumento en el consumo de drogas de abuso, en especial cocaína, conduce a un aumento de los mismos. Aunque es una etiología poco frecuente debe tenerse en cuenta para realizar diagnóstico precoz y evitar posibles complicaciones.



0154 CANCER DE TRAQUEA "CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS"

JE GUTIERREZ ROMERO(1), MA AYLLON(1), O CARAVELLO(2), C MORENO(2)
(1) Sanatorio Municipal Mendez. (2) Sanatorio Mendez.

Los tumores de la tráquea son raros y representan menos del 0.01%, y alrededor del 0,2% de las lesiones respiratorias malignas, entre ellos el carcinoma de células escamosas es el más frecuente entre 50-66%.

Se origina generalmente en la porción distal como lesión polipoide-ulcerosa, con un pico de incidencia entre la sexta y séptima década fuertemente relacionado con el hábito de fumar.

Se manifiestan clínicamente con hemoptisis, disnea, tos y estridor, asemejando un cuadro obstructivo de vías aéreas (asma, bronquitis crónica), subestimando el diagnóstico por su lento crecimiento. Se presenta una paciente femenina de 65 años con antecedentes de Hipertensión arterial, tabaquista, enfermedad de Graves (hipertiroidismo), bocio cervico-torácico en seguimiento por endocrinología y cirugía de cabeza-cuello con tomografía de tórax simple que informa glándulas tiroideas aumento de tamaño a expensa del lóbulo derecho con múltiples imágenes nodulares con calcificaciones periférica, con múltiples ganglios mediastinales no adenomegálico y Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) guiada por Ecografía con citología negativa para atipia, Consulta por presenta hemoptisis, se realiza Fibrolaringoscopia que evidencia invasión laríngea con lesión vegetante. Ingres a clínica Médica por presentar dificultad respiratoria con estridor laríngeo, se inicia glucocorticoides endovenoso, con laboratorio dentro de los parámetros estables se realiza nueva fibrolaringoscopia que evidencia obstrucción extrínseca de la tráquea del 70% por bocio endo-torácico. Se realiza microcirugía traqueal con biopsia que informa carcinoma pavimentoso bien diferenciado, pasando en el post operatorio a terapia intensiva continuando con corticoides evolucionando hemodinámicamente estable, respirando espontáneamente asintomática con laboratorios dentro de los parámetros normales con pase a sala general y posterior externación.

El cáncer de tráquea es una patología rara, poco frecuente que debe ser sospechada en la sexta década de la vida en pacientes tabaquistas con síntomas con obstrucción de la vía aérea superior, pudiendo realizarse un diagnóstico temprano y no subestimando su presentación, ya que con un tratamiento quirúrgico temprano

tienen una alta tasa de supervivencia. Presentamos este caso para que sean recordados y considerados por su alto impacto en la mortalidad por un diagnóstico tardío y en estadio avanzado.

0155 CETOACIDOSIS DIABETICA EUGLICEMICA. REPORTE DE UN CASO

XE PICÓN CORONEL, MD SCAPPINI(1), MJ REBERENDO(1), FM LASCAR(1), EJ DESCOTTE(1), MÁ BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: La Cetoacidosis Diabética (CAD) es una patología poco frecuente, común en pacientes con Diabetes Tipo I (DMTI), potencialmente tratable, la mortalidad se encuentra entre el 2 -10%. Últimamente existe un incremento en cuanto al número de casos de Cetoacidosis Diabética Euglicémica (CADE) en pacientes con Diabetes Tipo 2 (DMT2) con una incidencia entre el 0,5 - 1.0/ 1000 pacientes por año, que reciben tratamiento con inhibidores del cotransportador 2 Sodio - Glucosa (SGLT2).

El riesgo de cetosis se da por un aumento de la secreción de glucagón en las células alfa del páncreas y la disminución de la excreción renal de 3 - hidroxibutirato y acetoacetato con reabsorción de los mismos, asociada a pérdida urinaria de glucosa que desencadena euglicemia con Cetonemia positiva.

Caso clínico: Mujer, 50 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina e hipoglucemiantes orales (dapagliflozina). Cáncer de Mama con tratamiento quirúrgico, quimio y radioterapia.

Presenta 96 horas de dolor abdominal en hipocondrio derecho, diarrea y fiebre, acude al hospital donde se constata taquicardia, taquipnea, leucocitosis (GB 27.000) se realiza estado ácido-base 7,22/121/12,8/5,1/-20/98% Anión Gap 35, Glucemia 203 mg/dl, Se realiza TC de abdomen que evidencia vesícula biliar ligeramente edematosa y macrolitiasis. Por acidosis metabólica severa y sintomatología marcada, ingresa a terapia intensiva donde se decide hemodiálisis de urgencia, se obtiene de laboratorio cetonemia positiva, se interpreta como CADE, 24 horas luego del ingreso la paciente presenta criterios de resolución, se realiza colecistectomía laparoscópica, por evolución favorable es dada de alta al día 5 del ingreso.

Discusión: La CADE es una patología poco frecuente generalmente asociada a pacientes con DMT2 con tratamiento combinado con insulina e hipoglucemiantes orales, en especial con inhibidores SGLT2, se caracteriza por valores dentro del rango normal de glucemia, acidosis metabólica severa y la clínica esperada en dicho diagnóstico, es de suma importancia determinar el desencadenante, realizar prueba de cetonas en sangre y orina e instaurar rápidamente el tratamiento correspondiente para dicha urgencia potencialmente mortal.

0156 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA. A PROPOSITO DE UN CASO

MJ REBERENDO, JA ROQUE RENDÓN(1), AB VAQUERA(1), SA SAC(1), MS RAÑA(1), JF CHERTCOFF(1), MÁ BLASCO(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Las fístulas aorto-entéricas (FAE) representan una entidad infrecuente como etiología de sangrado digestivo, asociándose a una elevada mortalidad si existe demora en su diagnóstico y por tanto en su tratamiento. Dichas fístulas surgen de una comunicación directa entre la aorta y el tracto gastrointestinal, bien de forma primaria en pacientes con aneurismas ateroscleróticos de aorta abdominal o de forma secundaria en pacientes con prótesis de aorta abdominal insertadas previamente. La localización más frecuente es a nivel de duodeno, mientras que la más rara se da a nivel colónico.

Caso clínico: Hombre de 71 años con antecedentes de ex tabaquista, SAHOS, hemicolecistomía izquierda por diverticulitis complicada, aneurisma de aorta abdominal con colocación de stent en 2009,

endocarditis infecciosa con aortitis abdominal en 2014, enfermedad por IG G4 en tratamiento inmunosupresor, monorreno funcional. Cursa internación en terapia intensiva en 07/2016 por shock hipovolémico en contexto de hemorragia digestiva alta con requerimiento de intubación para protección de vía aérea y soporte transfusional. Se realiza endoscopia que evidencia fístula aorto duodenal en 3 porción. Dado el riesgo alto quirúrgico que presenta el paciente se decide junto a los servicios cirugía vascular y cirugía general y la familia, realizar tratamiento conservador. El paciente presenta buena evolución a los seis meses.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico para las FAE secundarias infectadas se basa en la antibioticoterapia intravenosa y la intervención quirúrgica urgente. El procedimiento consiste en retirar la prótesis infectada y realizar un bypass extraanatómico, alcanzando una mortalidad del 36 al 48%. Recientemente se ha propuesto la cirugía intravascular como tratamiento en pacientes con comorbilidades o como tratamiento puente en pacientes inestables hemodinámicamente, aunque la principal limitación para este nuevo tratamiento es la imposibilidad de retirar la prótesis infectada y desbridar el tejido infectado, siendo en estos casos necesario la instauración de un tratamiento antibiótico prolongado en el tiempo.

0157 CRITERIO TEMPORAL DE ÉXITO DE WEANING EN VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA ¿CUANTO TIEMPO SEGUIR?

D VILLALBA(1), V FELD(1), V LEIVA(1), M SCRIGNA(1), E DISTEFANO(1), J COLLINS(1), AP ROCCO(1), A MATESA(1), L ÁREAS(1), N GOLFARINI(1), G GIL ROSSETTI(1), P PINI(1), M HANNUN(1), S BONI(1), S GRIMALDI(1), P PEDACE(1), P DIAZ BALLVÉ(1), M ANDREU(2), P BUÑIRIGO(1), D NOVAL(1), F PLANELL(1)

(1) Clínica Basilea. (2) Hospital Santojanni.

Objetivos: Identificar y analizar los factores de riesgo asociados a la reconexión antes de los 28 días. Describir las causas de reconexión e identificar el riesgo asociado.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR). Se incluyeron a todos los pacientes que fueron desvinculados de la VM (7 días sin soporte ventilatorio). Se registró si requirieron reconexión a VM hasta los 28 días luego de ser desvinculado y la causa de reconexión.

Resultados: Se analizaron 639 pacientes con traqueostomía (TQT) de los cuales lograron desvincularse 219 (34%), se excluyeron 15 por falta de datos. De los 204 restantes 42 (21%) fueron reconectados antes del día 28. El 64% de las reconexiones fueron por sepsis. Del total de las reconexiones, el 74% se realizó antes del día 14, 21% entre el día 15 y 21, y el 5% restante entre el día 22 y 28. En el análisis multivariado los antecedentes de enfermedad neurológica (AEN) OR 4,26 (IC95% 2,04-8,9) y la desvinculación tardía luego de 5 días de ingreso (DT) OR 2,72 (IC95% 1,24-5,99) se comportaron como factores independientes para explicar la reconexión antes de los 28 días. El efecto sinérgico de ambas variables mostró un OR 6,71 (IC95% 3,14-14,34).

Conclusión: La reconexión de antes de los 28 días en pacientes considerados desvinculados es un evento frecuente. La condición previa al ingreso a UCI y la demora en el logro del destete son factores de riesgo asociados a la reconexión. La presencia de más de un FR aumenta la asociación con reventilación antes de los 28 días.

0158 SHOCK TÓXICO SECUNDARIO A STREPTOCOCCUS PYOGENES TRATADO CON INMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA

MB RETAMOZO(1), FL CARDOZO(1), FE CASTILLO(1), YS LOMBI(1), VA CARBALLO(1), EA ROMERO(1), A BUSQUETS(1)
(1) Hospital Raul Angel Ferreyra.

Introducción: El *Streptococcus pyogenes* (SP) puede ocasionar desde celulitis leve hasta el síndrome de shock tóxico (SST). A pesar de los antibióticos oportunos y adecuados, las tasas de mortalidad asociadas al shock son excesivamente elevadas, lo que ha llevado a la necesidad de una terapia complementaria. La inmunoglobulina humana intravenosa (IGIV) ha sido propuesta, dada su capacidad para neutralizar una amplia variedad de superantígenos y modular una respuesta inflamatoria descontrolada.

Caso clínico: Mujer de 47 años, sin antecedentes patológicos comienza 48 horas previas al ingreso con diarrea acuosa autolimitada sin productos patológicos asociada a dolor y distensión abdominal, vómitos de tipo alimenticio y fiebre de 38°C. Al ingreso: úlcera en paladar blando. Taquipneica, taquicárdica, hipotensa (58/35 mmHg), SO2 88% aire ambiente, leucocitosis (19.3 k/ul), sodio 129 mmol/l, insuficiencia renal aguda (creatinina 6.16 mg/dl, urea 211 mg/dl), pH: 7.17, CO2: 22mmHg, HCO: 7.8 mmol/L, EB:-18.9, PO2: 63mmHg, ácido láctico: 7mmol/L, CPK: 6024 U/L, procalcitonina: 74ng/ml, PCR: 30mg/dl. TAC de abdomen normal. Ingresa a UCI y se procede a intubación orotraqueal, inicia ARM, drogas vasoactivas, inicia ceftazidima, doxiciclina, metronizadol, vancomicina. A las 24 horas presenta injuria renal aguda clase 3 e inicia hemodiálisis. A las 48 horas hemocultivos 2/2 positivos para SP. Se rota a penicilina y clindamicina e iniciar IGIV 1 gr/kg peso durante el primer día, seguidos de 0.5 gramos/kg peso durante el segundo y tercer día. Ecocardiograma transtorácico normal. A los 12 días se logra extubar. Como complicación presenta neumonía asociada a ventilación mecánica. Se reintuba. A los 21 días se realiza traqueostomía percutánea. A los 37 días evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta al servicio de Medicina Interna.

Discusión: El SST es la manifestación más grave del SP, con tasas de mortalidad del 81%. El tratamiento antibiótico precoz con penicilina y clindamicina en combinación es crucial. Aunque la evidencia de la terapia adyuvante con IGIV es limitada hay estudios que avalan que su uso.

Conclusiones: El uso exitoso de la IGIV para el SST en este caso demuestra la utilidad de esta novedosa terapia adyuvante, al tiempo que destaca la mejoría en la supervivencia.



0159 VASCULITIS POR CRIOGLOBULINEMIAS CON COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. REPORTE DE UN CASO

PI MARTÍNEZ, D FAURA ORZAN(1), LE VACAFLOR ZENTENO(1), FM BALLESTERO, ED SOLOAGA(1), JF CHERTCOFF(1), MÁ BLASCO(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: La vasculitis es la inflamación y destrucción de la pared de los vasos, puede ser de origen primario o secundario. Las crioglobulinemias, son inmunoglobulinas que precipitan in Vitro a menos de 37°C y se vuelven solubles cuando aumenta la temperatura, la prevalencia es desconocida, hasta un 56% de los pacientes con virus de hepatitis "C" (HCV), tienen crioglobulinemias y entre un 5-10% desarrollará la enfermedad. La clínica mas comun es caracterizada por una triada consistente en purpura, artralgia, astenia, en 80 % de los casos, la afección neurologica se presenta principalmente como mononeuritis multiple y la afección del sistema nervioso central es excepcional.

Caso clínico: Paciente masculino de 67 años con antecedentes de extabaquista, hipertenso, vasculitis alergica.

Presenta trastornos en la marcha de 2 meses de evolucion que progresa el ultimo mes con debilidad en miembro superior derecho y disartria. Resonancia Magnetica de cerebro, alteración de la sustancia blanca subcortical de hemisferios cerebelosos, multiples imágenes redondeadas con tendencia a la coalescencia, compatible con proceso vasculítico, dosaje positivo para crioglobulinas y serologia HCV (carga viral 346000 UI/ ML). intercorre con insuficiencia renal aguda y bicitopenia, se realiza biopsia renal: glomerulopatía membranoproliferativa. Liquido ascitico gradiente albumina sero – ascitica mayor a 1.1 compatible a etiología cirrótica. Inicia tratamiento con Metilprednisolona y ciclofosfamida, con parcial respuesta, inicia plasmaferesis, rituximab y antiviral (sofosbuvir/daclatasavir).

Discusión: La vasculitis por crioglobulinas el diagnostico esta basado en la clínica (desarrollo de daño principalmente piel, riñon y sistema nervioso periferico) y el dosaje de crioglobulinemias.

La asociada a HCV, la afección del sistema nervioso central es excepcional, estos pacientes tienen peor sobrevida a 10 años con respecto a la población general sobre todo cuando asocian factores de mal pronostico como sexo masculino, edad mayor a 60 años, GNF, enfermedad gastrointestinal-pulmonar, infeccion cronica por HCV y crioglobulinemia tipo II.

0160 ACIDOSIS HIPERLACTACIDEMICA EN RESPUESTA A LA ALCALOSIS RESPIRATORIA EN EL TRASTORNO DE PANICO. CASO CLINICO

LE VACAFLOR ZENTENO, D FAURA ORZAN(1), PI MARTÍNEZ(1), NR ROJAS BALCÁZAR(1), E BORSINI(1), MÁ BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción:La producción de ácido láctico puede aumentar como parte de la respuesta homeostática normal a la alcalosis intracelular, a la hipoxia metabólicamente significativa y a agentes como norepinefrina, que aumentan la AMP cíclica intracelular. Pacientes con trastorno de pánico consistentemente demuestran un aumento exagerado en el nivel de lactato en respuesta a la alcalosis respiratoria, mediante tres mecanismos distintos para explicar esta anomalía en el trastorno de pánico: hipoxia causada por una respuesta vasoconstrictora cerebral anormalmente grave a la hipocapnia; aumento de la actividad noradrenérgica y respuesta compensatoria a desregulación o deficiencia de uno de los componentes de la regulación intracelular del Ph.

Caso clínico: Mujer, 48 años con antecedentes de Taquicardia sinusal, HTA, obesidad, resistencia a la insulina, mielitis transvera, vejiga neurogenica, miastena gravis con desarrollo de parálisis

diafragmática y uso de BPAP, tratamiento con mestinon, rituximab y plasmaferesis por varias ocasiones, por crisis miasténica es internada en UTI para infusión de gammaglobulinas, evoluciona con trastornos deglutorios con requerimiento de alimentación por gastrostomía, intercorre con hiperventilación, uso de músculos accesorios con deterioro del sensorio y requerimiento de IOT/ARM en dos oportunidades, interpretándose como causal trastornos de pánico que originan alcalosis respiratoria con hiperlactacidemia, en seguimiento por psiquiatría y psicología inicia tratamiento dirigido y egresa a tercer nivel.

Discusión: Los estados de hiperventilación son una causa poco reconocida de hiperlactatemia, lo cual puede generar confusión y medidas diagnósticas y terapéuticas inadecuadas.

Entender el mecanismo de la respuesta exagerada del lactato a la alcalosis en el desorden de pánico puede avanzar en nuestra comprensión de la fisiopatología de esta condición.

0161 NEUMOPERITONEO POR FISTULA TORACO-ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

AB VAQUERA, MD SCAPPINI(1), JA ROQUE RENDÓN(1), SA SAC(1), EJ DESCOTTE(1), C ROMÁN(1), JF CHERTCOFF(1), MÁ BLASCO(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: El neumoperitoneo de término se utiliza para describir la presencia gas libre dentro de la cavidad peritoneal, pero fuera de las vísceras. En la mayoría de los casos es el resultado de la perforación de una víscera intrabdominal, generalmente, la pronta intervención quirúrgica es necesaria para reducir el grado y magnitud de contaminación entérica dentro de la cavidad peritoneal, a menudo resulta en una laparotomía de emergencia.

Existe un subgrupo de pacientes con neumoperitoneo con diversos mecanismos etiológicos que no requieren generalmente laparotomía, como reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, causas ginecológicas y iatrogénicas, en dichos casos está indicado el tratamiento conservador

Caso clínico: Masculino, 30 años con antecedentes de agammaglobulinemia ligado a cromosoma X, pioderma gangrenoso, infecciones a repetición.

Internado por esplenomegalia masiva y bacteriemia por bacilos negativos, con requerimiento quirúrgico, se realiza esplenectomía laparoscópica convertida por abundantes abscesos y adherencias a órganos y estructuras vecinas, como hígado, estomago, hemidiafragma izquierdo, colon transverso, se produce pequeña laceración en estómago y colon que se suturan, se dejan dos drenajes.

En el post-operatorio, se observa distensión abdominal marcada sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza radiografía se evidencia neumoperitoneo bilateral, prueba de azul de metileno negativa, ante la falta de concordancia entre los hallazgos radiológicos abdominales y clínica del paciente, se mantiene conducta expectante, se realiza TC que evidencia fistula toracoabdominal, se conecta drenaje abdominal colocado durante la cirugía, a aspiración central, disminuye aerorragia, el paciente evoluciona favorablemente es dado de alta a sala general.

Discusión: Los hallazgos de gas extraluminal en la radiografía simple de abdomen, generalmente se asocian a perforación de víscera hueca en un 90 %de los casos y requiere conducta quirúrgica de urgencia, no obstante el 10% de los casos de neumoperitoneo están ocasionados por procesos que no precisan tratamiento quirúrgico. Esta entidad, conocida como neumoperitoneo no quirúrgico, debe ser considerada siempre ante la presencia de aire en la cavidad peritoneal, debiendo ser sospechados cuando la distensión y el dolor abdominal son leves y no presentan signos de irritación peritoneal, fiebre o leucocitosis.

0162 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DEL CLEARANCE DE LACTATO, LACTATO INICIAL, APACHE II Y SOFA CON LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS INTERNADOS POR SEPSIS O SHOCK SEPTICO EN TERAPIA INTENSIVA

E FRANCO(1), JP SUAREZ(1), M KHOURY(1), R FREUE(1)
(1) Instituto Lanari.

Objetivo: Evaluar la relación del clearance de lactato, lactato inicial, APACHE II y SOFA con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 70 años internados por sepsis o shock séptico en terapia intensiva (TI)

Material y métodos: Se identificaron en las epicrisis de TI todas las internaciones por sepsis o shock séptico desde marzo de 2014 a diciembre de 2016. Se revisaron las historias clínicas para seleccionar aquellas que cumplía la definición de sepsis y shock séptico según los criterios del consenso sepsis-3. Se recolectaron datos demográficos y clínicos. En las internaciones que disponían de los datos necesarios se calculó el clearance de lactato a las 6 hs (CL6), como el cociente entre la lactacidemia inicial (L0) menos la lactacidemia a la sexta hora (L6) dividida por la lactacidemia inicial.

Se utilizó t-test o Prueba de Mann-Whitney para comparar variables numéricas. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron datos de 75 pacientes ingresados a TI (59 con sepsis y 16 con shock séptico). La mediana de edad fue de 80 años (percentilos 25-75: 75-83), 48% fueron mujeres y 85.3% fueron pacientes ingresados por motivos clínicos. La mortalidad intrahospitalaria (MI) global fue del 26.6%, de 20.34% en los pacientes con sepsis y 50 % con shock séptico.

El promedio de SOFA al ingreso fue de 7.3 en los 20 pacientes que fallecieron y de 4.1 en los 55 que egresaron vivos de TI ($P=0.0002$).

El Promedio de Apache II al ingreso fue 24.15 en los que fallecieron y de 17.98 en los que no ($p=0.001$). El promedio de L0 fue de 2.27 en quienes fallecieron y de 2.01 en los que no ($p=0.4$).

En 47 ingresos se pudo calcular el CL6. El Promedio de CL6 fue -50.24% en los 14 que fallecieron y de -2.64 % en los que no ($p=0.1$).

Conclusiones: De las variables analizadas, el SOFA y el Apache II se relacionaron con MI en forma estadísticamente significativa. No hubo diferencias de LO entre los grupos. El promedio de CL6 fue mayor en los pacientes que fallecieron, pero la diferencia no alcanzó significación estadística.

0163 RESULTADOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. ESTUDIO RETROSPECTIVO

G CARDOSO(1), JM CARBALLO(1), C BROVIA(1), MI ELÍAS(1), ME DOTTA(1), MS ROSSO(1), A MORENO(1), AM GALLOLI(1), P DIB(1), SL GARCIA SCHUSTEREDER(1), F VILLALBA(1), D CASTRO(1), V DI GIORGIO(1), M BERTOZZI(1)
(1) Santojanni.

Introducción: En los últimos años, se ha incrementado el número de pacientes neurocríticos en las unidades de terapia intensiva (UTI). La asistencia ventilatoria mecánica (AVM) en dichos pacientes es utilizada diariamente como técnica de soporte vital y denota un cuadro de elevada morbimortalidad y limitada recuperación funcional. A la fecha existen pocos estudios que hayan analizado esta población de pacientes en Argentina.

Objetivo: Describir las características y evolución de los pacientes neurocríticos que requirieron AVM en la UTI de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, que ingresaron a la UTI de un hospital de la CABA, por patología neurológica aguda con requerimiento de AVM mayor a 12 horas, entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016.

Resultados: Se analizaron 44 pacientes neurocríticos, de los cuales 30 (68%) eran hombres. La media de edad fue de 50 (DE: 16,5) años. Los principales diagnósticos fueron accidente cerebrovascular y traumatismo craneoencefálico, con 20 (45,5%) y 17 (38,6%) pacientes, respectivamente. La mediana de duración de la AVM fue de 12,5 (RI: 6,2-21,8) días. Se extubaron 21 (47,7%) pacientes, de los cuales 4 (19%) fallaron la extubación. Dieciocho (40,9%) pacientes fueron traqueostomizados y 5 (27,8%) decanulados en la UTI. La mediana del tiempo hasta la desvinculación de la AVM fue de 14 (RI: 8-39) días. La probabilidad de desvinculación fue del 24% al día 7, 53% al día 14 y 66% al día 28. Del total de pacientes, 22 (50%) fallecieron durante su estadía hospitalaria y 16 (36,4%) de ellos lo hicieron en la UTI. Las medianas de estadía en UTI y hospitalaria fueron de 16,5 (RI: 13-26) y 26 (RI: 14-60,25) días, respectivamente. La supervivencia en UTI estimada al día 28 fue del 61%.

Conclusión: Nuestros resultados brindan una descripción actual del cuidado cotidiano de los pacientes neurocríticos sometidos a AVM en una UTI de la CABA.

0164 SATURACIÓN VENOSA CENTRAL COMO PREDICTOR DE ÉXITO DE EXTUBACIÓN

XE PICÓN CORONEL, GA MOLINA MANCERO(1), PD LUCERO(1), SP CHAPELA(1), ED SOLOAGA(1), MÁ BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: En pacientes en condiciones de destete y que toleran una prueba de ventilación espontánea (PVE) el fallo de extubación se presenta entre 5% y 20%. Una de las causas responsables es la falla cardiovascular y el incremento del consumo de oxígeno. La saturación venosa central de oxígeno (SvcO2) es una variable que evalúa de manera integral los determinantes del aporte y consumo de oxígeno y ha sido propuesta como un predictor de éxito de extubación.

Objetivo: Determinar si cambios en la SvcO2 en pacientes en condiciones de destete que toleran la PVE permiten identificar éxito en la extubación.

Métodos: Prospectivo, ciego (la SvcO2 no influyó en la decisión de extubar), se incluyeron pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) bajo asistencia respiratoria mecánica (ARM) 24 horas o más, con catéter venoso central (CVC) yugular o subclavio, con criterios de destete y extubación. Fueron excluidos: pacientes con soporte ventilatorio no invasivo (VNI) previo, traqueostomía o enfermedades neuromusculares.

Se midió SvcO2 al inicio y al final de 30 min de PVE. Se definió como fallo de extubación el requerimiento de reintubación, requerimiento de VNI o muerte dentro de 48 horas posextubación. Se analizaron SvcO2 inicial y delta de SvcO2 (Δ SvcO2).

Resultados: 51 pacientes, 32 hombres (62,7%), edad 61,8 años ($\pm 15,9$), APACHE II 16 ($\pm 5,3$). Ocurrió fallo de extubación en 9 de 51 pacientes (17,6%).

El grupo extubación exitosa fue similar al grupo fallo de extubación en edad, APACHE II, FR/VT, tiempo de internación en UTI, tiempo de ARM, causa de ARM.

No hubo diferencia significativa en la SvcO2 inicial entre ambos grupos.

El Δ SvcO2 fue más elevado en el grupo de extubación exitosa ($+2,95$ vs $+1,26$; $P=0,0017$).

Un Δ SvcO2 ≥ 2 tuvo una sensibilidad del 67% y especificidad del 69% en predecir el éxito de extubación. (VPP 32%, VPN 91%, LR+ 2,16 y LR- 0,48).

Conclusiones: En pacientes que cumplen criterios de destete y superan una PVE, el Δ SvcO2 podría contribuir a predecir éxito de extubación.

0165 EL SUCCINATO PARENTERAL DISMINUYE LA PRODUCCIÓN ESPECIES REACTIVAS DE OXÍGENO (ROS) EN RATAS SÉPTICAS

SP CHAPELA, I BURGOS(1), MS RAÑA(2), MÁ BLASCO(2), M ALONSO(1), C STELLA(2)

(1) Inbiomed Uba-conicet. (2) Británico De Buenos Aires.

Introducción: En la sepsis la producción de ROS se encuentra aumentada. Estas moléculas, producidas en exceso inducirían daño celular. Está descrito que parte de la producción de ROS sería a nivel del complejo I de la cadena de transporte de electrones. El Succinato es un dador del cofactor FAD+, generando ingreso de cofactores a nivel del complejo II de la cadena de transporte de electrones.

Objetivos: Observar si la administración de Succinato disminuye la producción de ROS.

Materiales y Métodos: Se utilizaron ratas Sprague Dawley de 200gramos, con ambientación de 1 semana.

Se formaron 4 grupos, con 5 ratas por grupo. El grupo 1 fue control, al grupo 2 se le administró 5mmol/kg de solución Succinato 0,4M intraperitoneal (IP), al tiempo 0 (t0), y nuevamente 2hs previo a sacrificarlas a las 24hs del t0. Al grupo 3 se le realizó ligadura y punción de ciego, según lo descrito en la literatura, se las reanimó con 20ml/kg de ClNa 0,9% intraperitoneal, se le administró 30mg/kg de ceftriaxona y 25 mg/kg de clindamicina y se las sacrificó 24hs después. Y al grupo 4 se le administró al t0 5mmol/kg de solución Succinato 0,4M (IP), al, 2hs después se le realizó ligadura y punción de ciego, se la reanimó y administró antibióticos de la misma manera que al grupo 3, y a las 24hs se las sacrificó, previa administración 2hs antes 5mmol/kg de solución Succinato 0,4M (IP).

A todos los grupos se le tomó muestra de sangre previo a sacrificarlas, y se midieron ROS en suero con técnica de Diclorofluorosceína-Diacetato (DCFH).

Resultados: Los resultados de la emisión de DCFH se expresan en tabla 1.

El test de ANOVA evidenció diferencias significativas entre los 4 grupos (p=0,016). Mediante el test de T, no hubo diferencias entre los grupos 1 y 2 (p=0,3), y 1 y 4 (p=0,3), en cambio hubo diferencias significativas entre los grupos 1 y 3 (p=0,007). También hubo diferencias entre el grupo 3 y 4 (p=0,007)

Conclusión: La administración de succinato disminuye la producción de ROS sistémicos en las ratas sépticas, en cambio en las ratas no sépticas, hubo diferencias.

Grupo	Emisión media (SD)
1 – Control	0,0332 (0,008)
2 – Succinato	0,0352 (0,011)
3 – Punción y ligadura de ciego	0,0759 (0,037)
4 – Punción y ligadura de ciego + Succinato	0,0598 (0,006)

0166 MENINGITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ADQUIRIDAS DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE CASOS

A PEREZ(1)

(1) San Uan De Dios.

Introducción: Las infecciones por Staphylococcus aureus meticilino resistente adquiridas de la comunidad (SAMR-AC) son cada vez más frecuentes.

Los primeros aislamientos de SAMR-AC emergieron en nuestro país entre 2000 y 2002 en forma simultánea en varias provincias (Buenos Aires, Chaco, Neuquén y Córdoba) y la prevalencia fue aumentando (de 0.8% en 2000 hasta alcanzar el 26.5% en 2012-13; Red WHO-NET-ARG). La meticilino resistencia global fue aumentando a medida que las cepas sensibles se fueron diseminando en la comunidad. Hay una relación inversa entre la CIM de vancomicina y la eficacia del tratamiento con glucopeptidos, estableciéndose que una CIM

mayor o igual a 2 mcg/ml es predictor de pobre respuesta a la terapia con esta droga.

Caso 1: Femenina de 19 años con antecedentes de forunculosis facial, cefalea y fiebre de 72 horas de evolución. Ingresó con deterioro del sensorio, rigidez de nuca, anisocoria y hemiparesia braquiocrural izquierda. Inicia tratamiento con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis. TAC de encéfalo y tórax al ingreso s/p. LCR Y hemocultivos positivos para SAMR. E TEST para vancomicina 1.5 mg/ml. Inicia linezolid al tercer día. Se externa con secuela motora braquiocrural izquierda.

Caso 2: Masculino de 30 años, celulitis malar izquierda. Ingresó en coma con rigidez de nuca. Líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis. Aislamiento de SAMR con E TEST para vancomicina de 1 mg/ml tanto en LCR como en hemocultivos. TAC de tórax y encéfalo patológicas. Tratamiento con vancomicina, clindamicina, trimetropima sulfametaxol. Evoluciona con estado vegetativo persistente.

Discusión: El SAMR-AC es causa poco frecuente de meningitis. Esta se produce por diseminación hematogena a partir de pequeñas lesiones cutáneas. En ambos casos el compromiso neurológico determinó el pronóstico.

Conclusión: Es importante reconocer esta cepa emergente para adecuar el tratamiento empírico inicial tanto en infecciones graves como en pacientes ambulatorios.

0167 IMPACTO PRONÓSTICO DE LAS BACTERIEMIAS EN TERAPIA INTENSIVA

R DÍAZ(1), D OVALLE(1), S ALBACETE(1), A MIRANDA(1), M OLMOS(1), B TABOADA(1), N MARINI(1), G TUHAY(1), L AGUIRRE(1), F KLEIN(1), D VARELA(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Objetivo: Evaluar la epidemiología e impacto pronóstico de las bacteriémicas en Terapia Intensiva (UTI).

Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes internados en UTI desde 01/06/15 hasta el 30/03/17 que presentaron infección documentada. Para su análisis se los dividió en dos grupos; con y sin bacteriemia. Se tomaron en cuenta el día de presentación e incidencia de bacteriemia, edad, sexo, Apache II, SAPS, días de ARM, estadía en UTI, requerimiento de ARM, transfusión de glóbulos rojos, vasopresores y sedoanalgesia, presencia de delirium, fallo renal agudo y mortalidad. Además se tuvo en cuenta el foco primario de la infección y aislamiento de gérmenes; tipo de admisión (Quirúrgica-Clinica), tipo de bacteriemia: primaria, secundaria o polimicrobiana, así como el origen de la misma. Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas, y como porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t y el chi Cuadrado según correspondiera. Se consideró significativa una p < 0.05.

Resultados: Se incluyeron 1500 pacientes de los cuales el 22 % (330) se presentaron con infecciones, de los cuales 182 presentaron bacteriémias, (229 episodios), 122 casos cada/1000 ingresos presentándose a los 12 (16.1) días de internación. El 56.6 % de estos pacientes eran inmunocomprometidos. El tipo de admisión fue clínica en el 54.4 % y quirúrgica en el 45.6 % de los casos. El 57.2 % de las bacteriémias fueron primarias, el 42.8 % secundarias a: infección por catéter (58.9 %), pulmonar (17.9 %), urinaria (8.9 %), intrabdominal (7.7 %) y otros focos (6.6 %); el 12.2 % fue polimicrobiana. El 63 % fue nosocomial.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes que presentaron bacteriemia tienen edad, Apache II y SAPS II similares a los pacientes infectados sin bacteriemia. Presentaron mayor requerimiento de sedoanalgesia y ARM, mayor incidencia de delirium, estadía y mortalidad en UTI. Gran parte (56.6%) de esta población se encontraba inmunocomprometida.

GERMENES	Incidencia	Mortalidad
KLEBSIELLA	18.6 %	19.1 %
STAPHILOCOCCUS epidermidis	16.6 %	30.9 %
ENTEROCOCCUS faecalis	9.1 %	30.4 %
ESCHERICHIA coli	7.5 %	15.8 %
PSEUDOMONAS auruginosa.	7.1 %	38.9 %
CANDIDAS	5.9 %	53.3 %
ACINETOBACTER	5.5 %	42.8 %
STAPHILOCOCCUS aureus	4 %	40 %
STENOTROPHOMONAS maltophilia	4 %	30 %
SERRATIA marcescens	3.6 %
STREPTOCOCCUS	3.2 %
STAPHILOCOCCUS haemoliticus	2.4 %
ENTEROBACTER cloacae	2.4 %
PROTEUS mirabilis	2 %
BURKHOLDERIA cepacea	1.2 %
OTROS	6.9 %

	Infectados con Bacteriemia	Infectados sin Bacteriemia	P
N	182	148	
Edad	60 (15.7)	59 (15.2)	0.56
Sexo Masculino	68.7 %	63.5 %	0.38
Estadía en UTI	23.1 (19.1)	15.5 (18.7)	0.00
Apache II	19.9 (7.6)	19.4 (7.4)	0.54
SAPS II	38.5 (16.6)	39.9 (15.2)	0.42
Requerimiento de ARM	75.3 %	59.5 %	0.00
Días de ARM	14 (15.1)	11.3 (15.2)	0.19
Sedación	Tasa	65.9 %	47.3 %
	Días	8 (8.5)	7.7 (8.3)
Analgesia	Tasa	70.3 %	58.8 %
	Días	10.5 (11.3)	9.6 (8.9)
Delirium	Incidencia	72.5 %	58.1 %
	Días	13.6 (13.5)	8.5 (8.36)
Vasopresores	Tasa	70.9 %	54.1 %
	Días	7 (8.3)	5.3 (6.9)
Transfusiones de GR	Tasa	54.4 %	43.9 %
	Unidades	5.6 (5.3)	4.6 (6.1)
Insuficiencia Renal Aguda	31.3 %	27.7 %	0.5
Mortalidad	26.7 %	19 %	0.01

0168 TORMENTA TIROIDEA Y DETERIORO DE LA CONCIENCIA

LE GROSSO(1), J OSATSIK(1), FA SOSA(1), M KLEINERT(1), B HUNTER(1), D IVULICH(1), MJ ZAPATERO(1), JJ FOLCO(1), R SUAREZ URANGO(1), B TORT ORIBE(1)
(1) Hospital Aleman.

Introducción: La tormenta tiroidea es un desorden raro, agudo y severo con significativa mortalidad, causado por la excesiva liberación de hormonas tiroideas y el aumento en la actividad simpática. La agitación, ansiedad, delirio, psicosis, estupor o coma son raros pero pueden ser el síntoma de presentación.

Caso clínico: Paciente femenina de 77 años, con antecedentes de hipertiroidismo e HTA. Presentó caída desde propia altura sin pérdida de la conciencia pero con afasia de expresión y desorientación temporo-espacial. Se realizó RNM y angioTC de cerebro que descartó lesiones agudas.

Se encontraba hipertensa, taquicárdica con ritmo irregular, afebril, con regular mecánica ventilatoria.

Evolucionó con deterioro del sensorio por lo que se decidió su pase a UTI. Ingresó con Glasgow 7/15, requirió IOT y ARM. THS no dosable y T4 libre de 5.4 ng/dl.

Se interpretó el cuadro como tormenta tiroidea. Se indicó hidrocortisona 100mg c/8hs, propranolol 40mg c/8hs y metimazol 20mg c/8hs. A las 48hs de ingreso presentó fracaso en la extubación por deterioro del sensorio y desviación conjugada de la mirada que se interpretó por insuficiencia respiratoria por deterioro de la conciencia. Se constató luego descenso de T4. Se disminuyó dosis de metimazol. Finalmente se logra extubación con evolución favorable, lúcida, sin signos de foco neurológico.

Discusión: Los principios de tratamiento descritos se basan en la

experiencia clínica y en estudios de casos, no existen estudios prospectivos. En este caso se realizó tratamiento con betabloqueantes, metimazol y glucocorticoides y se logró descenso rápido de T4, pero se interpretó a que el fracaso de la primera extubación fue porque no se encontraba resuelto el cuadro clínico.

Conclusión: La tormenta tiroidea es una manifestación potencialmente mortal. Factores como edad mayor de 60, disfunción del sistema nervioso central y necesidad de ventilación mecánica se asocian con peor pronóstico. El deterioro de la conciencia puede ser la manifestación inicial y la causa de necesidad de sostén ventilatorio hasta que se resuelva en su totalidad el desorden tiroideo.

0169 MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA

OR GALLINI(1), G GALINDEZ(1), C RUANO(1), C COLOMBO(2), C DE RUEDA(2), J SAINTOUT(2)
(1) Higa San Roque Gonnet. (2) Higa San Roque.

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 38 años, antecedentes de AR, en tratamiento con Deltisona 8 mg /día, Hernia inguinal izquierda, Alergia a Penicilina, internación por IPB severa de región inguino crural izquierda.

Asistido por servicio de emergencia por presentar náuseas y vómitos alimenticios de 48 hs de evolución, acompañado de registro febril, posteriormente se agrega síndrome confusional, excitación psicomotriz.

Se solicitó Pancultivo (negativos), serología HIV (negativa), BAAR para TBC (negativo).

TAC de cerebro: hemiprotuberancia izquierda en casi su totalidad área hipodensa de 18 mm x 12 mm (plano axial). Ampliación del sistema ventricular supratentorial del 3° ventrículo. Área hipodensa en lóbulo temporal derecho, disposición cortico-subcortical y adyacentes al asta frontal ventricular derecha. En relación a la sustancia blanca en topografía del centro semioval derecho se observa una imagen levemente hipodensa. Línea media centrada.

LCR límpido, cristal de roca, Glucosa 16 mg/dl, proteínas 194 mg/dl, Recuento celular 388 elementos /mm³, Neutrófilos 60%, observación directa Diplococos Gram negativo.

Inicia Ceftriaxona y Ampicilina en forma empírica.

PCR positiva para TBC, se inicia tratamiento empírico con drogas antituberculosas.

Discusión: La determinación por PCR en LCR resultó una herramienta útil para el diagnóstico rápido de MTBC, con sensibilidad mayor que la Baciloscopia en nuestro hospital.

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 morbimortalidad de esta patología, siendo crucial tener elementos que orienten al diagnóstico precoz.

0170 MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA: UTILIDAD EN SHOCK OBSTRUCTIVO POR MASA MEDIASTINAL, REPORTE DE UN CASO

JA PROFESSI(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1), M TISMINETSKY(1), MS VENUTI(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), tiene indicación clara como soporte transitorio cardiorespiratorio

en pacientes con alto potencial de recuperación. Actualmente su uso se está ampliando a situaciones que hasta hace pocos años estaban contraindicadas, por ejemplo hay reportes de uso como puente al diagnóstico y tratamiento en pacientes con tumores del mediastino anterior de reciente diagnóstico, que debutan con obstrucción extrínseca de la vía aérea y compromiso vascular.

Caso clínico: Mujer de 25 años consulta por insuficiencia respiratoria aguda. Tomografía de tórax evidencia una voluminosa masa mediastinal con compresión cardíaca y pulmonar. El ecocardiograma Transesofágico mostró una severa dilatación del ventrículo derecho y deterioro severo de la función sistólica con colapso de la aurícula izquierda secundario a compresión extrínseca.

Evoluciona con falla respiratoria y shock obstructivo refractario al tratamiento médico. Por sospecha de síndrome linfoproliferativo plausible de tratamiento, se inicia soporte con ECMO y tratamiento quimioterápico empírico con dexametasona y ciclofosfamida.

Se realiza biopsia que evidencia anatomía patológica compatible con linfoma de células grandes B. Se inicia tratamiento específico que disminuye el tamaño de la masa mediastinal y mejora la función ventricular derecha. Se logró la desvinculación de ECMO al quinto día.

Se requirieron 28 días de asistencia ventilatoria mecánica y 47 días de internación hasta el alta domiciliar. Actualmente, permanece en seguimiento por servicio de oncología y se encuentra en plan de trasplante autólogo de médula ósea.

Discusión: En la actualidad se ha ampliado el espectro de patologías en las que la ECMO puede ser un sistema de soporte útil. Sin embargo, el alto costo, la necesidad de personal entrenado y la escasa evidencia sobre su eficacia real, sumado a la alta tasa de complicaciones, llevan a que la decisión de su implementación continúe siendo dificultosa.

Conclusión: ECMO arteriovenoso permite soporte vital en pacientes con shock obstructivo refractario. La disponibilidad de nuevas bombas, membranas de oxigenación y de equipos menos invasivos puede facilitar su aplicabilidad y mejorar sus resultados. Esta estrategia de soporte hemodinámico representa una herramienta útil y relativamente segura. Sin embargo su indicación en estos casos particulares requiere más debate entre los profesionales que asisten a los pacientes, sobre los riesgos y posibles beneficios.

0171 ENDORCARDITIS INFECCIOSA A HEMOCULTIVOS NEGATIVOS

MJ ZAPATERO(1), FA SOSA(1), J OSATNIK(1), M KLEINERT(1), D IVULICH(1), R SUAREZ URANGO(1), B TORT ORIBE(1), B HUNTER(1), JJ FOLCO(1), LE GROSSO(1)
(1) Hospital Alemán.

Introducción: La endocarditis infecciosa a cultivos negativos continúa siendo un desafío diagnóstico ya que muchos agentes causales necesitan tiempo y condiciones de cultivo especiales. Se requiere alto grado de presunción diagnóstica de acuerdo a la flora local y condiciones epidemiológicas particulares de cada paciente.

Caso clínico: Paciente masculino de 42 años de edad, marino, con antecedente de uso de drogas endovenosas y necrosis avascular de cadera derecha que requirió osteosíntesis, complicada con infección asociada a prótesis.

Ingresó por fiebre de 7 días con mioartralgias y tos seca. 72hs posteriores al ingreso presentó coxalgia derecha atraumática con ecografía que evidenció colección de 12cm. Evolucionó con hipotensión, oligoanuria, sin respuesta a reanimación con cristaloides por lo que se decidió pase a UTI.

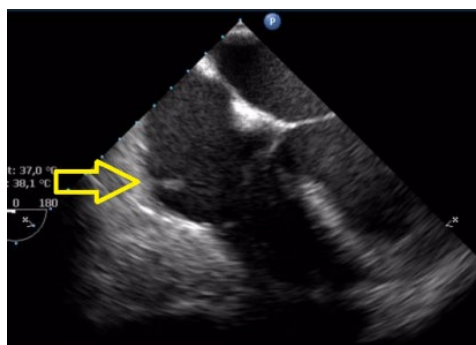
Exámenes complementarios: Leucocitos: 34700 mil/mm³, CRP: 3.55mg/dl, GOT: 1800UI/L, GPT: 687 UI/L, pH: 7.27, PCO₂: 44mmHg, HCO₃: 19mMol/L, EB: -7.4 mMol/L.

TC cadera derecha: Colecciones en glúteo medio asociado a alteración de los planos grasos adyacentes.

Evolución: Se realizó punción de colección compatible con exudado sin relevamiento bacteriológico. Se encontraba con soporte venti-

latorio, hemodinámico y sustitución renal diaria. Ante la persistencia de fiebre y HC negativos se decidió realizar ETE para descartar endocarditis. El mismo informó deterioro de la función sistólica e imagen compatible con vegetación en pared libre de AD. Se realizó TC de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de focos embolígenos. En ETE control una semana después no evidenció vegetaciones. Recibió cobertura para bartonella y vibrio vulnificus. Mejoró función renal sin requerimientos de diálisis. PCR positiva para bartonella. Evoluciono favorablemente con pase a sala general.

Conclusión: Los dos agentes etiológicos más prevalentes de la endocarditis con cultivos negativos son *C. burnetti* y *Bartonella* spp. Su diagnóstico suele realizarse serológicamente. Se presenta en pacientes adultos hombres. La presencia de valvulopatía, alcoholismo o contacto con gatos se han reportado como factores de riesgo.



0172 LA ECOGRAFIA COMO HERRAMIENTA PARA LA DISMINUCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES

D CARRANZA(1), M GARCÍA(1), L MACHUCA(1), M BUENO(1), C FERREYRA(1), A QUINTEROS(1), J ORTEGA(1), J FERNANDEZ(1), S CARRIZO(1), S PEZZI(1), N BONETTO(1), S ROJAS(1), M RUIZ(1), J CELIA(1)
(1) Regional Víctor Sanguinetti.

Introducción: La introducción de la ecografía como herramienta para la colocación de los CVC data de hace 40 años, sin embargo, aún sigue siendo vista con recelo. Muchos trabajos hablan de su utilidad para disminuir las complicaciones inmediatas, pero pocos de su papel en las infecciones asociadas a catéteres venosos centrales (IACVC).

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) son un problema activo en nuestras unidades y las IACVC constituyen la principal causa de bacteriemia nosocomial y están relacionadas con alta morbimortalidad.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado decidimos introducir el uso de ecografía como método para colocación de CVC y estudiar si esta intervención genera efecto sobre las IACVC.

Objetivo: Determinar si la introducción de la técnica ecográfica di-

recta (Bond, 1989) e indirecta (Ledger, 1983) disminuye la tasa de IACVC y mejora el estándar de calidad de CVC.

Materiales y métodos: Estudio de casos/control, evaluando la presencia de IACVC en CVC unilumen transitorio para administración de exclusiva de drogas. Se dividió en dos grupos: Seldinger tradicional / Seldinger Eco-guiado. Total de procedimientos estudiados: 219. Período de estudio: Marzo-2016 / Marzo-2017.

Exclusión: CVC femorales, CVC para monitoreo, CVC hemodiálisis; CVC colocados fuera de la unidad y pacientes menores de 15 años. Variables de estudio: episodios de IACVC; días catéter y episodios de infección cada 1000 días catéter.

Base de datos: SATIQ®; Estadística: InfoStat®.

Resultados: Se evaluaron 219 procedimientos; de los cuales 23 fueron vía subclavia (11%) y 196 vía yugular anterior (89%); 44 fueron por técnica Seldinger Eco-guiada y 175 por técnica de Seldinger tradicional.

Se diagnosticaron 10 IACVC, todas en CVC yugulares anteriores con Seldinger tradicional, la diferencia entre métodos no fue estadísticamente significativa ($p < 0.1$).

El total de días catéter fue de 4.7 días para Seldinger tradicional, 5.2 días para Seldinger Eco-guiada y 9.2 días para los procedimientos con IACVC; esto demuestra que, si bien los CVC colocados con Seldinger Eco-guiado permanecen más tiempo, se infectaron menos. ($p < 0.01$; OR 0.44 (IC95 2.45-0.08)).

Conclusión: La técnica de Seldinger Eco-guiada mejoró los indicadores de calidad, consolidando el rol de la ecografía en nuestra tarea diaria. Se necesitará otro estudio que evalúe los beneficios aquí demostrados.

0173 ECTIMA GANGRENOSO FACIAL. REPORTE DE CASO

D GARCIA GIRALDO(1), B SANABRIA(1), J SINNER(1), S VENUTI(1), H AGUILAR(1), I FERNANDEZ(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El ectima gangrenoso es una vasculitis necrotizante infrecuente, resultado de la invasión bacteriana perivascular con necrosis isquémica. El germen causal más frecuente es la Pseudomona Aeruginosa. La tasa de mortalidad varía del 15% en casos leves hasta el 20-96% en casos de shock. El compromiso facial conlleva peor evolución. El tratamiento antibiótico y desbridamiento precoz son el pilar fundamental para el pronóstico.

Presentación: Paciente masculino de 60 años con antecedente de mieloma múltiple en tratamiento con quimioterapia ingresa a la internación en sala general por celulitis peri-orbitaria izquierda. Evoluciona a las 24 horas con aumento del edema facial bilateral y aparición de extensas lesiones necróticas a nivel maxilar superior y del ala nasal izquierda. Evoluciona con somnolencia, obstrucción nasal por compromiso de la lesión por lo que decide intubación oro-traqueal y exploración quirúrgica.

Se rescata en cultivo de muestras quirúrgica Pseudomona aeruginosa sensible a colistin, con anatomía patológica compatible con ectima gangrenoso. Se realiza TC que evidencia compromiso maxilar superior izquierdo, etmoidal, con síndrome compartimental ocular izquierdo y trombosis de la vena oftálmica derecha. En control oftalmológico se constata la pérdida de la visión del ojo derecho. Luego de 3 toillettes se decide resección del tabique nasal y enucleación ocular izquierda.

Por weaning prolongado se realizó traqueostomía. Intercurrió con delirio, neumonía asociada a la ventilación mecánica y tromboembolismo de pulmón con compromiso hemodinámico, requiriendo drogas vaso-activas e inotrópicas por 48 horas.

Presentó buena evolución por lo que se realizó cirugía reconstructiva con colgajo temporal.

Discusión: El ectima gangrenoso con compromiso facial es una vasculitis necrotizante poco frecuente de rápida progresión pudiendo invadir el sistema nervioso central, por lo que el diagnóstico y tratamiento quirúrgico con amplia resección del tejido desvitalizado

es crucial para la evolución del paciente.

Conclusión: Esta enfermedad implica un desafío diagnóstico, dado que múltiples agentes pueden causarla. El ectima gangrenoso por Pseudomona aeruginosa presenta una rápida progresión por lo que es de buena práctica clínica sospecharlo, para instaurar un tratamiento antibiótico con cobertura para este agente, e iniciar precozmente el tratamiento quirúrgico.

0174 TERLIPRESINA COMO TRATAMIENTO DEL HIPOFLUJO ARTERIAL DEL INJERTO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO: REPORTE DE CASO

H HERNANDEZ(1), I CARBONI(1), I FERNANDEZ(1), S VILLARROEL(1), M DE SATIBAÑEZ(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: Las complicaciones vasculares continúan siendo una fuente importante de morbilidad y mortalidad después del trasplante hepático. La trombosis arterial hepática interrumpe el flujo sanguíneo produciendo pérdida precoz del injerto, disfunción a largo plazo o muerte del paciente. Se ha descrito entre el 4-11% de los trasplantes de adultos. La infusión de terlipresina podría mejorar la perfusión del injerto evitando esta complicación.

Caso clínico: Paciente de 19 años de edad con antecedente de cirrosis por hepatitis autoinmune, Child C, MELD 29, cursando internación en postoperatorio de trasplante hepático de donante cadavérico.

Durante la cirugía se observó diámetro pequeño de la arteria hepática del donante, realizando reconstrucción vascular de la arteria hepática derecha con la arteria gastroduodenal y la arteria hepática izquierda con el tronco celíaco. En el control posoperatorio inmediato del hilio vascular con ecografía doppler se evidenció a nivel portal velocidad conservada (82 cm/s), con flujo de dirección hepatópata, y aumento del índice de resistencia (IR 1) con disminución de la velocidad (20 cm/s) a nivel de la rama izquierda de la arteria hepática. A nivel de la rama derecha de arteria hepática presentaba visualización dificultosa, evidenciando muy baja velocidad e índice de resistencia aumentado (IR 1).

Se interpretó como hiperflujo portal, por lo que se decidió administrar terlipresina constatando a los 15 minutos de la infusión mejoría de los parámetros ecográficos. Se continuó tratamiento durante 5 días, observándose en controles sucesivos, disminución del flujo portal, disminución de la resistencia en la arteria hepática, con aumento de la velocidades.

Discusión: El hiperflujo portal puede producir disminución del flujo arterial del injerto, con la consecuente pérdida del mismo. El tratamiento quirúrgico en el postoperatorio inmediato no es posible, por lo que la administración de fármacos vasoconstrictores espláncnicos, tales como la terlipresina, pueden mejorar la perfusión del injerto al desplazar la sangre de la circulación espláncica hacia la sistémica.

Conclusión: La utilización de terlipresina, en el postoperatorio inmediato de trasplante hepático con disminución de las velocidades de la arteria hepática secundario a hiperflujo portal, mejoró las velocidades y las resistencias vasculares a nivel del hilio, guiado bajo ecografía Doppler.

0176 CALCIFICACIÓN INTRAMIOCÁRDICA RELACIONADA CON SEPSIS

R ALVAREZ VIZZONI(1), A CORNAGLIA(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETI(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción: Las calcificaciones miocárdicas difusas son raras, se clasifican como distróficas (CD) o metastásica (CM). La CM, más común, se debe a depósitos intracelulares de calcio, con niveles séricos anormales. La CD ocurre en tejido anormal con área necrótica, las

■ Resúmenes

afecciones que produce en la función del miocardio son impredecibles. Usualmente la detección es inesperada. La tomografía computarizada (TC) es el examen estándar para su detección. La ecocardiografía puede aportar información sobre la función cardíaca, evidenciando disfunción diastólica y/o hipocinesia, sin embargo, puede ser normal. Se presenta un caso típico de calcificación intramiocárdica relacionada a sepsis (CIMRS).

Presentación de caso: Masculino de 64 años antecedente de colecistectomía, 48 hs después cuadro de pancreatitis aguda. Resonancia magnética de abdomen compatible con pancreatitis aguda edematosa y la Colangio-Resonancia dilatación de la vía biliar intrahepática, litiasis en colédoco y cístico. Buena evolución en las próximas 72 horas, pase a sala común. Seis días posteriores febril, con creatinina y reactantes de fase aguda en ascenso, enzimas pancreáticas en descenso y valores séricos de calcio y fósforo normales.

Reingresa a UTI con cuadro de shock séptico. Cultivos de sangre y punta de catéter desarrollan *Cándida albicans* y el urocultivo *Escherichia coli*. Evoluciona con falla multiorgánica. La TC mostró áreas de esteatonecrosis y colección peripancreáticas. Se colocaron tres catéteres de drenaje. Los cultivos desarrollan *Cándida albicans*, *Klebsiella Pneumoniae* (KPC) y *Pseudomonas Aeuriginosa*. Tratamiento específico. Evolucionó con requerimiento de hemodiálisis y fibrilación auricular de alta respuesta. En nueva TC de abdomen y tórax control llama la atención aspecto denso de las paredes del ventrículo izquierdo, afectando tabique interventricular y cara inferior compatible con calcificación. El ecocardiograma mostró fracción de eyección del 50%, hiperrefrigencia en porción media del septum interventricular. Evolución desfavorable, óbito.

Discusión - Conclusión: La CIMRS es poco frecuente pero una significativa morbilidad y mortalidad, implican la pared ventricular izquierda o, menos comúnmente, la pared ventricular derecha. Debe considerarse en pacientes sépticos con nuevas calcificaciones sin argumentos para CM. Suele ser un hallazgo incidental en una TC. Actualmente, no hay terapias específicas más allá del tratamiento de sostén de la cardiomiopatía restrictiva.

0177 RECOLOCACIÓN DE ECMO EN ESTADO POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE BIPULMONAR. REPORTE DE CASO

V MONZON(1), D GARCIA GIRALDO(1), S VILLARROEL(1), S VENUTI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El empleo de la membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) como soporte al trasplante pulmonar es de uso frecuente. Se indica como puente al trasplante pulmonar para favorecer el fortalecimiento muscular preoperatorio, como estrategia quirúrgica para permitir hacer el trasplante en pacientes de altísimo riesgo y en el postoperatorio cuando la ventilación protectora no es posible.

En cambio, debido a los riesgos y a su alto costo, la indicación de su re-utilización durante el postoperatorio es menos frecuente y más discutida.

Caso clínico: Mujer de 45 años, obesa, con Fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar severa. Se realiza trasplante bipulmonar con requerimiento de ECMO veno-arterial intraquirúrgico, conversión a veno-veno en postoperatorio y uso de óxido nítrico por 24 horas. Evoluciona con shock perioperatorio, soporte dialítico, con mejoría en 24 horas. Intercurre con disfunción primaria de injerto (DGP) requiriendo soporte con ECMO por 8 días. Se realiza traqueostomía. Al 20° día POP presenta SDRA severo, se recoloca ECMO veno-veno; se rescata en BAL Morganella y Stenotrophomonas, por falta de respuesta al tratamiento se realiza pulsos de corticoides. La biopsia pulmonar informa daño alveolar difuso. Se retira de ECMO al sexto día.

Presenta durante la internación múltiples episodios infectológicos, realiza rehabilitación neuromuscular y respiratoria, lográndose

weaning, decanulación y alta hospitalaria.

Discusión: El uso de ECMO se está expandiendo a medida que su fiabilidad mejora. Se ha documentado el empleo temprano en DGP o tardío por infección y fracaso de injerto, que son las principales causas de mortalidad al precipitar insuficiencia respiratoria severa e hipoxemia. La reutilización de ECMO es tratamiento de salvataje cuando la causa desencadenante es reversible.

Conclusión: El apoyo postquirúrgico con ECMO en el trasplante de pulmón es cada vez más reconocido como un medio que ayuda a mejorar los resultados particularmente en aquellos pacientes con edema post-implante y DGP. Sin embargo, su uso tardío se asocia con malos resultados y mayor mortalidad; sólo debe utilizarse en casos selectos y con probabilidad de éxito. Este reporte de caso propone abrir a discusión sobre el reconocimiento de pacientes que se logren beneficiar con la reutilización de ECMO.

0178 RECHAZO CRÓNICO DE TRASPLANTE BIPULMONAR DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE CASO.

CG VIDELA(2), CG VIDELA(1), K MENA MORENO(2), D GARCIA GIRALDO(2), S VILLARROEL(2), S VENUTI(2), S GIANNASI(2), E SAN ROMAN(2)

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

Introducción: El aumento de la sobrevida luego del trasplante pulmonar hizo que las mujeres trasplantadas en edad fértil vean la maternidad como un hecho posible. Sin embargo los eventos relacionados con el embarazo provocan consecuencias serias en estas pacientes. Los cambios inmunológicos propios del embarazo y la falta de experiencia en el manejo gestacional hacen que aumente el riesgo de rechazo y de morbimortalidad materno-fetal hasta los 2 años posteriores al parto. Además, los inmunosupresores generan riesgo de teratogenicidad y concentraciones séricas lábiles por los cambios en el metabolismo del embarazo y puerperio.

Presentación de caso: Paciente de 30 años con 25 semanas de gestación y antecedente de trasplante bipulmonar por hipertensión pulmonar primaria, derivada por sospecha de rechazo en contexto de suspensión de inmunosupresión.

Al ingreso se indican pulsos de corticoides, maduración pulmonar y neuroprotección. Intercurre con hipoxemia moderada, requerimiento de cánula de alto flujo por 20 días y antibioticoterapia (aislamiento de *Haemophilus Influenzae*). Reinicia inmunosupresión con labilidad para mantener concentraciones séricas óptimas. Recibe tocolíticos por amenaza de parto pre-término. Cesárea a las 32 semanas sin complicaciones. Alta a los 15 días del puerperio, continuando con inmunosupresión.

A los dos meses del alta presenta falla de injerto irreversible y fallece.

Discusión: e interpreta como cuadro de insuficiencia respiratoria reagudizada en paciente con rechazo agudo y crónico durante el embarazo por desarrollo de respuesta inmunológica deletérea y dificultad para mantener los niveles de inmunosupresión.

Dado que la experiencia sobre embarazo y parto en postrasplante pulmonar es menor a la de otros órganos sólidos, las complicaciones materno-fetales y del injerto son mayores. Se recomienda desde el trasplante hasta el embarazo un tiempo superior a 5 años, con función pulmonar normal estable, sin comorbilidad ni rechazo agudo previo.

Conclusión: Por tratarse del primer caso de embarazo viable con rechazo de trasplante bipulmonar, que evoluciona en el puerperio con pérdida irreversible del injerto, hacemos mención la importancia de la detección precoz y manejo multidisciplinario oportuno, ya que el riesgo de complicaciones materno-fetales y relacionadas con el injerto es mayor.

Se recomienda evitar el embarazo por elevado riesgo existente.

0179 ENDOCARDITIS MITRAL MÍCOTICA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

MJ ARAMBURU(1), A CORNAGLIA(1), M FIGUEROA(1), J BRONZI(1), O GIL(1), E MINOLDO(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) micótica es poco frecuente, representa alrededor del 0-2% del total, y aún más en trasplantes de órganos. Se asociada a mortalidad alta 30 a 80%. Las tasas de fungemia han aumentado en los últimos años, lo que resulta en un número creciente de pacientes en riesgo. Más de la mitad de las infecciones son adquiridas en el hospital. Presentamos un caso de EI por *Candida* en una mujer a los 11 días post trasplante hepático en quien se realizó reemplazo valvular mitral con válvula protésica mecánica, además de tratamiento médico correspondiente.

Caso clínico: Mujer de 38 años con trasplante hepático cadavérico. Antecedentes de reemplazo de cadera derecha por osteoporosis, enfermedad celíaca, cirrosis hepática por hepatitis autoinmune y 3 cesáreas. Estuvo en lista de espera durante 7 años internada por neumonía por *E. coli* BLEE y pancitopenia semanas antes de trasplante. Se realizó trasplante hepático ortotópico, complicado con shock hipovolémico, hematoma hepático y hemorragia digestiva alta, requirió re-laparotomía para el retiro del packing, altas dosis de vasopresores y hemodiálisis debido a insuficiencia renal aguda. A 11 días post trasplante debido a hemocultivos positivos para *Candida albicans* y ecocardiograma transesofágico confirmando la presencia de vegetaciones en la válvula mitral, se decidió sustitución valvular. La válvula nativa presentó degeneración de aspecto mixomatosa, con vegetación amarillentas. El procedimiento quirúrgico se desarrolló sin complicaciones, La paciente presentó una evolución postoperatoria compleja que requirió ventilación prolongada, fármacos vasopresores, hemodiálisis y terapia antibiótica y antifúngica extendida. Fue dada de alta en el día 100 de la cirugía cardíaca y 113 del trasplante de hígado.

Discusión - Conclusiones: La endocarditis fúngica en el período postoperatorio inicial de pacientes que reciben trasplante de hígado es una complicación rara que amenaza la vida. Aún cuando se propone la terapia médica sola como alternativa, en el momento actual se recomienda un abordaje combinado que utiliza agentes antifúngicos y reemplazo valvular. Este es factible aún en paciente severamente comprometidos.

0180 ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO PARA LA PREVENCIÓN DE LA LESIÓN PULMONAR POST ESOFAGECTOMÍA

I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), M LAS HERAS(1), C VIDELA(1), A RIVERA(1), D CAVADAS(1), D IGLESIA(1), MS VENUTI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La esofagectomía constituye un pilar fundamental en el tratamiento del cáncer esofágico y de la unión gastroesofágica. Una complicación frecuente es la lesión pulmonar posoperatoria (LPP). Presentamos una serie de casos en los que se realizó prevención de la LPP mediante un manejo multidisciplinario protocolizado en quirófano y en la UCI.

Objetivo: El objetivo principal fue analizar la incidencia del requerimiento de IOT luego de la cirugía en pacientes que presentaron LPP.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de 20 pacientes desde septiembre del 2015 a Abril del 2017. La evaluación preoperatoria del riesgo de LPP incluyó test cardiopulmonar, espirometría, ecocardiograma transtorácico y evaluación nutricional. Se colocó catéter de analgesia peridural y CPAP en recuperación anestésica. Los pacientes de alto riesgo realizaron VNI profiláctica por 24 horas en la UCI. En aquellos que presentaron LPP se utilizó VNI como tratamiento inicial.

Resultados: La media de edad fue 60±8,9 años, siendo el 75% de sexo masculino. La media de APACHE II y Charlson fue de 6± 3,5 y

4,2± 2,1 respectivamente. En el 25% de los casos se detectó desnutrición, en los cuales se realizó soporte nutricional preoperatorio. El abordaje quirúrgico fue transtorácico en el 75% de los casos. El 15% de los pacientes fue clasificado como de alto riesgo. Ninguno de ellos presentó IPP.

La IPP se evidenció en 2 pacientes (10%) de bajo riesgo, requiriendo IOT en uno de los casos (5%).

En total, dos pacientes requirieron IOT (10%), uno por falla en la VNI y uno por complicación intraquirúrgica.

Otras complicaciones observadas: Síndrome de distrés respiratorio agudo (5%), dehiscencia de la anastomosis (10%), fistula cervical (5%), neumotórax (15%), arritmias (25%).

Todos los pacientes fueron dados de alta, con una estadía en terapia intensiva y hospitalaria de 6,2 ± 8,2 y 10,7 ± 8,8 días respectivamente.

Conclusiones: El abordaje multidisciplinario en los pacientes a los que se les realizó esofagectomía en el HIBA presentó una intubación oro-traqueal del 10% de los casos. No se observó LPP en pacientes de alto riesgo que utilizaron VNI en forma profiláctica.

0181 SHOCK TÓXICO SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE POR *S. PYOGENES*

A CORNAGLIA(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende Nueva Córdoba.

Introducción: El síndrome de shock tóxico (TSS), es un trastorno poco frecuente provocado por una toxina bacteriana. Entre las más comunes, se encuentran el *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*). La Fascitis Necrotizante (FN) es una infección de los tejidos blandos, con importante afectación de tejido celular subcutáneo o fascia superficial que puede extenderse a la piel, fascia profunda e incluso músculo, con síntomas sistémicos graves, atribuido a *Streptococo beta Hemolítico del Grupo A (SBHGA)* también llamado *Streptococo pyogenes (S. pyogenes)*, solo o conjuntamente con otros gérmenes, que en los últimos años ha aumentado en frecuencia y gravedad. Alto índice de mortalidad, cuya evolución depende de un tratamiento antibiótico-quirúrgico precoz y adecuado. En la mayoría de los casos se encuentra alguna enfermedad subyacente que favorece su presentación, pero también se han descrito casos en pacientes previamente sanos.

Caso clínico: Paciente masculino de 59 años, con antecedentes de hipertensión arterial Consulta dolor y flictenas en miembro inferior derecho, asociado a colección plantar derecha, dolor en miembros superiores. Ingres a UTI con diagnóstico de shock séptico asociado a infección de partes blandas. Evolucion a requerimiento de vasopresores, ARM, intercorre con FAARV. Edema, flictenas y mala perfusión de miembros superiores e inferiores, se realiza fasciotomía de inmediato. Aislamiento en hemocultivos y líquido de material quirúrgico de *S. pyogenes*. Cumplió tratamiento antibiótico, correcta evolución clínica.

Discusión - Conclusiones: La fascitis necrotizante por *S. Pyogenes* es una emergencia quirúrgica con una tasa de mortalidad elevada por la rápida progresión a shock y fallo multiorgánico. El reto supone realizar un diagnóstico precoz, ya que suele ser confundido con una infección leve de tejidos blandos.

El manejo óptimo incluye un desbridamiento quirúrgico agresivo, antibioterapia y soporte hemodinámico.

La prevalencia de estas infecciones invasivas según estudios prospectivos poblacionales se establece entre 1-5 casos por cada 100.000 habitantes. En torno a un tercio de ellas se complican con el llamado Síndrome de Shock Tóxico Estreptocócico definido por la presencia de una infección invasiva asociada a shock y fallo multiorgánico, presentando una tasa de mortalidad que oscila entre el 30% y el 70% de los casos según las series publicadas.

0182 SINDROME ANTI GQ1-B: REPORTE DE UN CASO

D CARRANZA(1), M GARCIA(1), L MACHUCA(1), M BUE-MO(1), C FERREYRA(1), A QUINTEROS(1), J ORTEGA(1), S ROJAS(1), J FERNANDEZ(1), S PEZZI(1), S CARRIZO(1), N BONNETTO(1), J CELIA(1), M MORENO(1), J SILVA(1)
(1) Regional Victor Sanguinetti.

Introducción: Yuki et al describen pacientes con superposición clínica entre los Síndromes de Guillain Barré (SGB), Síndrome de Miller Fisher (SMF) y la Encefalitis de Birkerstaff (EB); demostrando que éstos síndromes poseen un sustrato inmunopatológico común: anticuerpos anti GB1-b (+), denominándolos: Síndrome anti GQ1-b. Actualmente la incidencia global de este síndrome permanece incierta.

Presentación del caso: Masculino de 27 años de edad, que ingresa a guardia por cefalea holocraneana de 48hrs de evolución, parálisis de III y IV par craneano, estrabismo divergente, pupila izquierda mediana arreflexia y pupila derecha intermedia reactiva, alteración de reflejo tusígeno y deglutorio, moviliza cuatro extremidades sin dificultad. ROT superiores e inferiores (+) hiporreflécticos. GCS15/15. Una hora posterior al ingreso presenta episodio convulsivo tónico-clónico generalizado, sin recuperación de estado de conciencia previo. Se conecta a AVM. TAC encéfalo normal; Punción lumbar con disociación albumino citológica. Evoluciona con anisocoria (midriasis izquierda/mediana derecha), hipotonía de cuatro miembros, ptosis palpebral y ROT (-) en cuatro miembros. Dosaje de anticuerpos: Anti GQ1-b (+) 19 (VN<12). Electromiografía: polineuropatía motora, axono mielínica de cuatro miembros.

Se realiza tratamiento con inmunoglobulina (al 5to día de internación). Evoluciona tórpidamente, se realiza nuevo pulso de inmunoglobulina mientras se espera derivación para plasmaféresis el 20vo día.

A los 40días de ingreso, revierte completamente ptosis palpebral, GCS (O4V1M6)11/15, mejora contractilidad de miembros.

A los 100días, reversión de parálisis de II y IV par, reflejo deglutorio (+), ROT (+) en cuatro miembros. Moviliza miembros sobre plano de apoyo, destete de AVM y alta de UCI.

Discusión: La cefalea no es común en el SGB, SMF o EB, aunque existe claro solapamiento clínico en el resto del cuadro, la disociación albumino citológica puede ser un factor común.

La determinación de anticuerpo GQ1-b junto con la presentación mixta hace el diagnóstico de Síndrome AntiGQ1-b. La electromiografía apoya el diagnóstico.

El tratamiento con Inmunoglobulina o plasmaféresis solo demostró beneficios en etapas tempranas (<24hrs), en este caso tuvo un retraso significativo.

La evolución es la descrita para el síndrome, recuperación a 90-120días.

Conclusiones: Debemos entender al SGB, SMF y EB como una entidad fisiopatológica común, de curso benigno, que plantean desafíos en su diagnóstico y que se podrían beneficiar con tratamiento temprano.

0183 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES. REPORTE DE DOS CASOS

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), R SANTOS(1), M CHAMADOIRA(1), F KIRYLUK(1), E ROSSI(1), A PEREZ(1)
(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: La trombosis venosa cerebral es una enfermedad de incidencia desconocida, frecuentemente subdiagnosticada, que se presenta con manifestaciones neurológicas diversas y que pueden desorientar el diagnóstico inicial. Está favorecida por múltiples condiciones que alteran el balance protrombótico y fibrinolítico del organismo.

Caso 1: Paciente masculino de 39 años, sin antecedentes, que presenta 48 hs previos al ingreso paresia braquial izquierda que agrega luego paresia braquial derecha. Ingres a la Guardia por

convulsiones tónico-clónicas generalizadas, se realiza Tomografía cerebral constatando lesión hiperdensa de 15 mm cortical parietal alta izquierda y lesión hipodensa parietal derecha alta. Se realiza doppler carotideo normal y ecocardiograma transesofágico normal. Se realiza Resonancia cerebral donde se observa imagen frontoparietal derecha irregular, hiperintensidad en T2 y Flair, que provoca leve efecto de masa y otra imagen contralateral.

Se realiza angio-tomografía, observando signos de trombosis oclusiva del seno transversal, sigmoides derecho y reperfusión parcial del seno longitudinal.

Se realiza Anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, evolucionando con mejoría significativa del déficit motor.

Caso 2: Paciente masculino de 41 años, con antecedentes de cirugía ocular y consumidor de marihuana. Presenta 20 días antes de la consulta cefaleas frontales y fiebre motivo por el cual consulta al Servicio de guardia donde se realiza tomografía de cerebro sin evidenciar lesiones. Ingres a Servicio de Terapia Intensiva con cuadro de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, sin déficit motor ni signos menígeos. Se realiza Tomografía cerebral constatando hematoma subcortical frontal izquierdo de 15 mm con edema perilesional.

Se realiza Resonancia cerebral constatando hiperintensidad en T2 e hipointensidad en T1 frontal izquierda de 38 mm con leve efecto de masa. Se realiza venoresonancia cerebral donde se observa ausencia de señal del seno longitudinal superior, seno transversal derecho y seno sigmoideo.

Se inicia tratamiento con anticoagulación con heparina de bajo peso molecular con buena evolución.

Conclusión: La trombosis de los senos venosos cerebrales se presenta como un cuadro poco definido, donde el elemento central sintomático es la cefalea y las convulsiones generalizadas como en nuestros pacientes. Actualmente la mortalidad ha disminuido por el diagnóstico precoz e inicio temprano del tratamiento anticoagulante.

0189 INFECCIONES FÚNGICAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA

SA SABIDO HERBAS(1)
(1) Ramos Mejia.

Introducción: Los hongos son organismos considerados oportunistas, pasaron a tener una gran importancia en los últimos años, debido a su aumento progresivo y las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Normalmente afectan a pacientes inmunosuprimidos (terapia corticoide, postquirúrgicos, etc.).

Objetivos:

1. Describir las micosis y sitios de aislamiento más frecuentes en la terapia intensiva.
2. Describir las características clínicas de los pacientes con infecciones fúngicas.
3. Describir las comorbilidades asociadas a las infecciones fúngicas.

Material y método: Diseño del estudio: observacional, descriptivo, retrospectivo.

Población de estudio: varones y mujeres mayores de 18 años, internados en Terapia Intensiva del Hospital Ramos Mejía de marzo 2016 - marzo 2017. Variables: edad, sexo, sitio de aislamiento, score APACHE, SOFA y comorbilidades.

Criterios de inclusión: Cultivos positivos para micosis en pacientes mayores de 18 años, con comorbilidades, usando candida y sevilla score, recolectados en la Terapia Intensiva.

Criterios de exclusión: Pacientes derivados de otros hospitales, embarazadas, paciente con diagnóstico de infección fúngica previa al ingreso a UTI.

Análisis estadístico: Epi Info 7©.

Resultados: Ingresaron a UTI 419 pacientes, 28 pacientes con infección por hongos, dando una prevalencia de 6,7%, la edad media fue 53 años (rango 25 a 80 años). La distribución por sexo fue 23

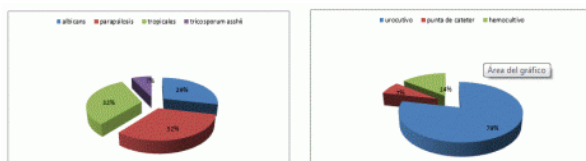
■ Resúmenes

varones y 8 mujeres. La comorbilidad más frecuente: pacientes post quirúrgicos. La mediana del score APACHE al ingreso fue 17 (rango 9 a 26) y score SOFA fue 6 (rango 3 a 12). Los hongos aislados fueron: *C. tropicalis* (32%) *C. parapsilosis* (32%) y *C. albicans* (29%). Las comorbilidades más frecuentes fueron: post quirúrgico (75%) hipertensión arterial (25%), diabetes mellitus (17%), obesidad (17%) y pacientes con inmunocompromiso (10%). Los sitios de aislamientos predominantes fueron el urocultivo (79%), hemocultivo (14%) Punta de catéter (7%).

Conclusiones: La prevalencia de infecciones fúngicas en la Unidad de Terapia Intensiva fue 6.7%.

Los aislamientos más frecuentemente fueron: *C. tropicalis* y *C. parapsilosis*.

La comorbilidad más frecuente fue el paciente post quirúrgico y el sitio de aislamiento más frecuente el urocultivo.



0190 BOTULISMO ALIMENTARIO EN PACIENTE ADULTO: REPORTE DE UN CASO

I CARBONI BISSO(1), M GARBARINI(1), S DI STEFANO(1), F CARINI(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(2)

(1) Hospital Italiano. (2) Hospital Italináo.

Introducción: El botulismo alimentario es una intoxicación grave que ocurre por la ingesta de la neurotoxina producida por *Clostridium botulinum*, presente en alimentos contaminados. Se manifiesta con parálisis flácida generalizada y disfunción autonómica. Presentamos el caso de botulismo alimentario en paciente adulto.

Caso clínico: Paciente de 73 años consulta por presentar trastornos gastrointestinales de 12 horas de evolución luego de ingerir conserva de elaboración casera. Evoluciona en 6 horas con inestabilidad de la marcha, debilidad en miembros inferiores. Intercurre con disfonía, alteración de la deglución y dificultad respiratoria con requerimiento intubación oro-traqueal.

Se realiza tomografía de cerebro que no evidenció lesiones agudas, y PL sin alteraciones en LCR. Al ingreso se constata midriasis, ptosis palpebral bilateral, ausencia de drive respiratorio, cuadriparesia flácida a predominio proximal con leve movilidad distal en cuatro miembros, ausencia de reflejo nauseoso y tusígeno, íleo funcional, sin presentar alteraciones de sensibilidad, ni disautonomías. Respondía a órdenes, comunicándose con movimiento en mano izquierda.

Se administró antitoxina botulínica a las 24 horas de iniciados los síntomas. Se aisló *Clostridium Botulinum* cepa productora de neurotoxina tipo A en muestras de materia fecal y alimento ingerido. Como complicaciones presentó íleo con requerimiento de alimentación parenteral prolongada, neumonía asociada a la ventilación mecánica, sepsis a catéter y falla renal con soporte dialítico.

Actualmente tiene 130 días de internación en UCI. Presenta leve apertura ocular con movimientos faciales, movilizándose en forma leve las extremidades distales.

Discusión: El botulismo es una enfermedad infecciosa poco frecuente para la cual existe un antídoto. La administración del mismo no revierte la enfermedad, sino que evita la progresión de la misma, siendo crucial realizarla lo antes posible. El tratamiento de sostén es requerido hasta que se regenere la sinapsis a nivel de la placa neuromuscular.

Conclusión: Presentamos el caso por tratarse de una enfermedad poco frecuente, potencialmente letal, tratable y prevenible. En Ar-

gentina se confirmaron 46 casos, siendo éste el primero desde 2008 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El rápido diagnóstico y la administración oportuna de la antitoxina reducen su letalidad y la adecuada identificación del alimento contaminado, ayudan a prevenir casos secundarios.

0191 LEPTOSPIROSIS GRAVE, A PROPÓSITO DE UN CASO

MS MARINSALDA(1), CG GALLETI(2), ME IGLESIAS(2), E MINOLDO(2), MJ ARAMBURU(2), C GIROTTI(2)

(1) Sanatorio Allende. (2) Sanatorio Allende Nva Cordoba.

Introducción: La Leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial, predomina en regiones tropicales y subtropicales, producida por *Leptospira interrogans*. Antropozoonosis más frecuente. La Argentina tiene una incidencia media-elevada. La *Leptospira* compromete una gran variedad de animales, los reservorios más importantes de infección para el hombre son roedores, animales salvajes, domésticos y ganado. Algunas actividades o profesiones representan un riesgo mayor, como trabajadores de áreas rurales. Puede presentarse de varias formas, desde una inaparente enfermedad hasta grave con fallo multiorgánico y muerte. La forma pulmonar grave es una entidad emergente.

Caso Clínico: Paciente sexo masculino, 33 años de edad, sin Antecedentes, productor ganadero, consulta por Guardia Central por fiebre, malestar, ictericia y dolor en HCD, evoluciona con shock séptico, necesidad de vasopresores y ventilación mecánica por SDRA. Cultivos sin desarrollo. Serología viral y autoinmune negativas. TAC Abdomen y Pelvis que informan pequeños ganglios linfáticos retroperitoneales. TAC Tórax con múltiples nódulos alveolares, con centro denso, algunas cavidades, vidrio esmerilado perisférico. Ganglios linfáticos en mediastino superior y pretraqueal inferior. Laboratorio con anemia, leucocitosis, creatinina en ascenso y bilirrubina total elevada. Cumple tratamiento antibiótico, buena evolución clínica. IgM (+) *Leptospira* – IgG zona gris, se otorga alta con Doxiciclina.

Discusión - Conclusiones: La *Leptospira* se disemina por vía hematológica y alcanza diversos tejidos, fase leptospirémica, una semana, seguida de la fase inmune. En su forma grave produce una vasculitis diseminada (capilaritis) responsable de las lesiones orgánicas. El 70% son infecciones leves, y sólo el 5 – 10% graves: síndrome de Weil, compuesto por ictericia, hemorragias y fallo renal no oligúrico, la afección pulmonar grave en este síndrome es una entidad emergente y causa más frecuente de ingreso a UTI. En estos casos la mortalidad puede llegar al 40%, y si hay Hemorragia Pulmonar puede superar el 50%. Los factores asociados a mal pronóstico son edad >40 años, alteración del estado mental, IR con oliguria, hiperpotasemia y creatinina >3, insuficiencia respiratoria, shock y arritmia. Si bien nos encontramos frente a un caso grave de leptospirosis, el compromiso respiratorio en este paciente fue leve a moderado, sin hemorragia, con función renal escasamente alterada y sin oliguria.

0192 ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA HEPÁTICA EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

E PRADO(1), EM PRADO(1), F ORTEGA(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), S DI STEFANO(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La enfermedad veno-oclusiva hepática (EVOH) se caracteriza por presentar alteración en la permeabilidad de los sinusoides hepáticos, extravasación de elementos formes sanguíneos hacia el espacio de Disse con obliteración de la luz de las venas centrolobulillares. Este fenómeno genera obstrucción del flujo sinusoidal e hipertensión portal post-sinusoidal. Se reporta en el 5% de pacientes con trasplante de médula ósea (TMO), y se manifiesta con hiperbilirrubinemia, hepatomegalia dolorosa, aumento de peso y ascitis.

Posee una mortalidad del 20%, siendo hasta del 100% en las formas severas.

Dado que no posee un tratamiento específico, el tratamiento consiste en infusión de trombolíticos, anticoagulación e incluso trasplante hepático.

Caso clínico: Paciente masculino de 43 años con TMO haploideéntico por leucemia linfoblástica aguda (LLA) que ingresa por shock séptico secundario a colitis pseudomembranosa.

Evoluciona con alteración del hepatograma con patrón colestásico, por lo que se realiza ecografía abdominal sin evidencia de alteración de la vía biliar intra ni extrahepática.

Las serologías para infección por virus hepatotrópos fueron negativas. Por presentar plaquetopenia crítica se contraindica la toma de biopsia hepática.

Ante la sospecha de enfermedad injerto contra huésped (EICH) se indica corticoides empíricos en altas dosis y se optimiza la inmunosupresión.

El paciente evoluciona en forma desfavorable con progresión de la alteración del hepatograma, falla multi-orgánica asociada a shock refractario y paro cardio-respiratorio.

Muestra hepática post mortem evidencia anatomía patológica compatible con EVOH.

Conclusión: La EVOH es una entidad poco frecuente, que sin diagnóstico y tratamiento precoz es casi siempre fatal. Resaltamos la importancia como diagnóstico diferencial en pacientes que reciben TMO y presentan alteración del hepatograma (hiperbilirrubinemia), hepatomegalia dolorosa y ganancia de peso como síntomas precoces.

0193 TROMBOLISIS LOCAL Y ULTRASONOGRAFÍA DE ARTERIA PULMONAR EN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO Y COMPROMISO HEMODINÁMICO: REPORTE DE CASO

F ORTEGA(1), M LAS HERAS(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), A RIVERA(1), MS VENUTI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El tratamiento de elección del tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo con compromiso hemodinámico es la infusión sistémica de trombolíticos, y en casos especiales la trombectomía mecánica. Una contraindicación relativa es la reciente cirugía de resección pulmonar.

Una alternativa terapéutica es la colocación de un catéter de trombólisis con ultrasonografía local que permite mejorar la velocidad de acción y penetración del agente fibrinolítico, presentando un menor riesgo de sangrado mayor.

Caso clínico: Mujer de 62 años, que ingresa en el postoperatorio de lobectomía superior izquierda, e intercorre a las 48 horas con disnea súbita, bradicardia e hipotensión. Se realiza ecocardiograma transesofágico (ETT) que evidencia alteración moderada de la función sistólica del ventrículo derecho (FSVD), presión sistólica pulmonar (PSP) moderada (63 mmHg) y trombo a nivel de la bifurcación de la arteria pulmonar. Por presentar síndrome de bajo gasto cardíaco se inicia infusión de dobutamina y noradrenalina.

Ante la imposibilidad de iniciar trombólisis sistémica se realiza angiografía pulmonar que evidencia TEP bilateral con mayor afectación de la perfusión de la arteria pulmonar izquierda.

Se decide colocar un catéter de trombólisis local con ultrasonido en arteria pulmonar izquierda.

Luego de 20 horas se realiza segundo cateterismo que mostró disminución de las PSP (30 mmHg sistólica), con la consiguiente estabilidad hemodinámica.

En el ETT posterior se observó mejoría de la función del VD con ausencia de hipertensión pulmonar.

Discusión: En pacientes que intercorren con TEP agudo y compromiso hemodinámico en el postoperatorio de resección pulmonar, el uso de trombolíticos locales asociado a ultrasonografía es una alternativa a la utilización de trombolíticos sistémicos.

Conclusión: La utilización de catéter de fibrinólisis local asociado a ultrasonografía logró una rápida mejoría del estado hemodinámico, de la FSVD, disminución de la HTP, sin intercurrir con sangrado mayor.

0194 ESÓFAGO NEGRO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. REPORTE DE CASO

A FERRERO(1), K MENA(1), S DI STEFANO(1), S VENUTI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El esófago negro es una entidad rara que se caracteriza por el aspecto negro de la mucosa, mayormente distal y terminando de manera abrupta en la unión gastro esofágica. Con una prevalencia estimada de 0.2% en series de autopsias y endoscopias. Aproximadamente el 70% de los casos se presenta como hemorragia digestiva alta.

Su etiología es multifactorial, y predisponen el sexo masculino, la edad avanzada y el alcoholismo, en asociación con hipoperfusión tisular, inmunodeficiencia e infecciones activas.

Presentación del caso: Hombre de 79 años de edad con antecedentes de Hipertensión arterial, Hiperplasia benigna de próstata e infecciones urinarias a repetición. Ingresó a la Central de Emergencias con cuadro de infección urinaria con insuficiencia renal aguda obstructiva por retención de orina. Intercurre con episodio de hematemesis y melena con shock hemorrágico, requiriendo intubación orotraqueal, reanimación con cristaloides e infusión de vasopresores.

Se realiza Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA), que informa mucosa esofágica de aspecto negruzco (en su totalidad) y friable con escaso sangrado difuso, desde la unión gastroesofágica hasta el tercio proximal del esófago, compatible con esófago negro. Se efectúa Tomografía Computada de abdomen y tórax, que informa engrosamiento parietal del tercio medio y distal del esófago, descartando mediastinitis.

Evoluciona con mejoría de los parámetros hemodinámicos logrando la extubación a las 72 horas de su ingreso. Cumple 5 días de tratamiento antibiótico por urosepsis con rescate de Pseudomona aeruginosa. A los 15 días se realiza nueva VEDA que informa: úlcera pequeña con fondo de fibrina por encima de la unión gastroesofágica, y pequeñas áreas eritematosas cubiertas de fibrina en tercio distal y medio, sin necrosis.

Discusión: Se interpreta como necrosis aguda del esófago por hipoxia tisular secundario a urosepsis. Si bien en primera instancia el cuadro infectológico no impresionó de suficiente severidad como para justificar la patología digestiva, se la atribuye como una causa desencadenante.

Conclusión: Por tratarse de una patología poco frecuente, se hace mención del diagnóstico y manejo de la misma. Sabiendo que los índices de mortalidad pueden variar entre 13 y 35%, las medidas de soporte logran la resolución endoscópica en la mayoría de los pacientes.

0195 NEUROINFECCION POR ASPERGILLUS EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

F MALDONADO(1), C GALLETTI(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), A CORNAGLIA(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: Los trasplantes de órganos han aumentado exponencialmente en el mundo. Infecciones y malignidad se han convertido en las principales barreras para la supervivencia después del trasplante. El Aspergillus, es un hongo ubicuo en la naturaleza. La invasión es poco común, ocurre en contexto de inmunosupresión por terapia de neoplasias hematológicas, trasplante de células hematopoyéticas u órganos sólidos.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, 64 años de edad, tras-

plantado renal en marzo/2016, bajo inmunosupresión. Ingresó el 14/05/16 por fiebre, sin síntomas asociados, signos vitales conservados; en analítica aumento de productos nitrogenados y proteína C reactiva. Se solicitan cultivos y se comienza antibioticoterapia. Pasa a sala, evoluciona febril y con desorientación temporoespacial sin meningismo, se realiza resonancia magnética de cerebro presentando múltiples lesiones hiperintensas en flair y T2, hipointensas en T1, algunas con centro hipodenso y captación de contraste en anillo, infra y supratentorial. Pasa a terapia intensiva el 19/05/16. Se realiza punción lumbar que presenta líquido cefalorraquídeo (LCR) con 65 leucocitos/mm³, consumo de glucosa y proteinorraquia elevada. Tratamiento con cobertura para bacterias, parásitos y hongos con Anidulafungina. El 23/05/16 se recibe bacteriológico del LCR, con desarrollo de elementos fúngicos, se rota de Anidulafungina a Anfotericina B liposomal. Evoluciona con depresión del sensorio, y requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. Hongos tipificados como *Aspergillus* spp. Se suma Voriconazol. Escasa respuesta neurológica, nuevo impacto séptico, paro cardiopulmonar sin respuesta a maniobras de reanimación. Se constata óbito el 02/06/2016.

Discusión: La infección del sistema nervioso central (SNC) por *Aspergillus* puede ocurrir eventualmente en una infección diseminada. Pueden presentar convulsiones o signos focales. En imágenes pueden detectarse: abscesos cerebrales con realce en anillo, infarto cerebral con o sin hematomas superpuestos o engrosamiento de mucosas de senos paranasales con realce meníngeo. Voriconazol da eficacia y supervivencia superior en aspergilosis invasiva, en contraste con otros antifúngicos, penetra bien en SNC.

Conclusión: La severidad de infección por *Aspergillus* en SNC nos obliga a agudizar el diagnóstico y realizar un tratamiento más agresivo si buscamos disminuir su pobre pronóstico.

0196 CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ESENCIAL NO ASOCIADA A HEPATITIS C: REPORTE DE UN CASO

Y FERNANDEZ(1), L CASTRO(1), J ARROYO(1), C SALGUEIRO(1)

(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: Las crioglobulinas son inmunoglobulinas monoclonales o policlonales que precipitan a bajas temperaturas y se disuelven con el calentamiento, su incidencia es de 1 cada 100.000 pero solo en 2 a 5% presenta manifestaciones clínicas, el 60% está asociado a una infección viral por hepatitis C, se asocia en un 90% a esta y cuando no se relaciona, presenta un curso más agresivo.

Caso clínico: Hombre de 67 años, con antecedentes de HTA y alcoholismo, ingresa al servicio de terapia intensiva por shock de causa no aclarada observándose FC: 110 L/mto, FR: 35 R/mto, y una temperatura axilar de 35 °C, sin poderse constatar saturación periférica de oxígeno, deterioro del estado conciencia, escala de Glasgow de 3 puntos, requiriendo intubación oro-traqueal e inicio de noradrenalina; se observan, lesiones necróticas distales en ambos miembros inferiores (MMII), acompañado de cianosis y frialdad distal en Miembros superiores, los ruidos cardíacos hipo-fonéticos, con disminución de la amplitud de los pulsos distales.

Se realizan pruebas de laboratorio, se observa una disociación citológica del hematocrito (Hto) de 17.4%, y la hemoglobina (Hb) de 13.2gr/dl, con presencia de crioglobulinas macroscópicas y fenómeno de aglutinación, leucocitosis de 17.400/mm³, plaquetas de 348000/mm³, urea: 56 mg/dl, creatinina: 1.53 mg/dl, LDH: 1174 U/L; se realiza una ecografía abdominal: disminución de tamaño renal bilateral, ecodoppler de MMII sin alteraciones, presencia de hemoglobinuria en orina. Serología: HIV, CMV, VDRL, Huddelson, Hepatitis B y C, todos resultados negativos, colagenograma: C4 disminuido, FR elevado; hemograma luego de incubación de muestra a 37°, con Hto de 14.7 g/dl y Hto de 48.9%.

El paciente evoluciona con fallo multiorgánico, persistencia de shock refractario sin respuesta al tratamiento médico con corticoides, produciéndose muerte al 7 día del ingreso.

Discusión: La Crioglobulinemia mixta esencial, es una patología de rara presentación, y su discusión en la literatura es escasa, sin la existencia de protocolos estandarizado de tratamiento.

El reporte de un caso de presentación atípica, resulta en un beneficio para incluirla en causas de shock, al evaluar pacientes que ingresan a nuestras unidades, el manejo y reconocimiento rápido permite iniciar el tratamiento oportuno con inmunosupresores, plasmáferesis o corticoides y no demorar el tratamiento.

0197 SÍNDROME CONVULSIVO EN PACIENTES CRÍTICOS

A MIRANDA(1), R DIAZ(1), D OVALLE(1), S ALBACETE(1), M OLMOS(1), B TABOADA(1), N MARINI(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1), D VARELA(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Objetivo: Analizar las características clínicas y pronóstico de pacientes que presentan convulsiones en la Unidad de Terapia Intensiva.

Material y Métodos: Se analizaron todos los pacientes que presentaron convulsiones entre aquellos que se internaron en UTI desde 01/06/2015 hasta el 30/03/2017. Su análisis se realizó categorizándolos entre aquellos con y sin status epiléptico y dentro de éstos últimos, aquellos con status epiléptico convulsivo y no convulsivo. Se tuvieron en cuenta la edad, sexo, Apache II, SAPS II, requerimiento y días de ARM, estadía en UTI, requerimiento de vasopresores y sedoanalgesia, presencia de delirium, fallo renal agudo y mortalidad. Se registró la historia previa de convulsiones, la presencia de patología neurológica subyacente y la presencia de sepsis. Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas, y como porcentaje en las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t y el Fisher según corresponda. Se consideró significativa una p < 0.05.

Resultados: Se incluyeron 1500 pacientes consecutivos de los cuales 57 (3.6 %) presentaron convulsiones de los cuales el 14 % presentaba historia de convulsiones previas con el 86 % restante presentando su debut convulsivo en la internación. De los pacientes que presentaron status epiléptico el 43.7 % fue no convulsivo mientras que el 56.3 % fue convulsivo.

Conclusión: En la mayoría de los casos, los pacientes que presentaron convulsiones lo hicieron como debut convulsivo con menos de la mitad presentando una patología neurológica asociada. En el grupo status epiléptico predominó el sexo masculino, con similares scores de gravedad al resto y una mayor incidencia de delirium y sepsis, con mayores requerimientos de ARM y estadía en UTI más prolongadas. Si bien este grupo mostró una tendencia a una mayor mortalidad, ésta diferencia no fue significativa.

	Con Convulsiones	Sin Status Epiléptico	Con Status Epiléptico	P
N	57	43	14	
Edad	58.9 (15.7)	58.7 (16.3)	59.4 (14.2)	0.88
Sexo Masculino	56.1 (52)	46.5 (20)	85.7 (12)	0.01
Estadía en UTI	20.3 (20.4)	15.5 (17.9)	34.8 (21.7)	0.00
Apache II	13.4 (8.3)	12.3 (8.3)	16.4 (8.7)	0.11
SAPS II	28.6 (16)	27.3 (16.1)	32.6 (15.8)	0.28
Requerimiento de ARM	61.4 % (55)	53.5 % (23)	85.7 (12)	0.01
Días de ARM	13.2 (15)	11.4 (15)	16 (15.1)	0.32
Sedación				
Tasa	52.6 (50)	46.5 (20)	71.4 (10)	0.13
Días	2.1 (6.7)	5.8 (6.2)	3.25 (7.9)	0.21
Analgesia				
Tasa	52.6 (50)	46.5 (20)	71.4 (10)	0.13
Días	4.2 (9.2)	6.3 (4.9)	7.25 (13.8)	0.7
Delirium				
Incidencia	78.9 (45)	72.1 (31)	100 (14)	0.02
Días	13 (14.9)	10.3 (12.5)	25.4 (17.9)	0.00
Sepsis	49.1 % (28)	39.5 % (17)	78.6 % (11)	0.01
Patología Neurológica Subyacente	40.3 % (23)	44.2 % (19)	28.6 % (4)	0.36
Vasopresores				
Tasa	50.9 % (29)	39.5 % (17)	85.7 (12)	0.005
Días	10.4 (10.8)	7 (10)	9.3 (12.3)	0.48
Insuficiencia Renal Aguda	19.3 % (11)	18.6 % (8)	21.4 (3)	1
Mortalidad	17.5 % (10)	14 % (6)	28.6 (4)	0.24

0198 LA DIFERENCIA DE PRESIÓN TIENE BAJA CORRELACION CON EL VOLUMEN PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA VENTILADOS CON BAJO VOLUMEN CORRIENTE

N TIRIBELLI(1), S FREDDES(1), M LOMPIZANO(1), D ROSSI(1), D CANTO(1), E SALA(1), A FELDMAN(1), S WELSH(1), N POZO(1), D QUARANTA(1), G SIBILA(1), L NAVEIRO(1), D VARELA(1), M GUAYMAS(1)
(1) Hospital Churrucá Visca.

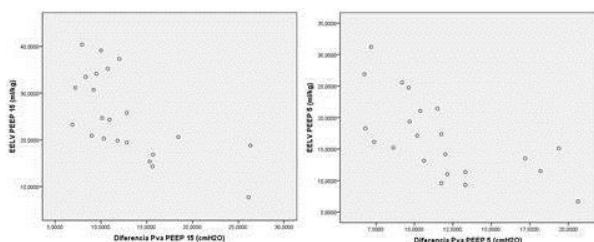
Introducción: En pacientes con síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA), en ventilación mecánica (VM) con una estrategia de protección pulmonar, la diferencia de presión (ΔP) es una variable que depende del volumen corriente (VT) y la distensibilidad del sistema respiratorio, y podría estar relacionada con el volumen pulmonar de fin de espiración (EELV). Sin embargo, la correlación entre el ΔP y el EELV no ha sido ampliamente estudiada. El objetivo de este trabajo es evaluar la correlación entre ΔP y EELV con distintos niveles de PEEP en una cohorte de pacientes con SDRA.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con SDRA moderado y severo, con VM protectora (VC-CMC, VT 6 ml/kg), evaluados con PEEP decremental para valorar la función pulmonar dentro de las primeras 48 hs. del diagnóstico. Se registraron con PEEP 15 y 5 cmH₂O los valores de presión plateau (Ppl), PEEP total (PEEPt), presión esofágica inspiratoria (Pesi), presión esofágica espiratoria (Pese), y EELV por dilución de gases (ml/kg). Se calcularon ΔP de la vía aérea (ΔP_{va}) y ΔP transpulmonar (ΔP_{tp}). Los valores se reportan como número y proporción (n, %), media y desvío standard (DS) o mediana y rango intercuartil (RIC). Se compararon las diferencias con test de T apareado. Las correlaciones se evaluaron con regresión lineal. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes con SDRA moderado o severo entre marzo 2015 y diciembre 2016: edad 59 años (46-66), hombres 19 (66), SAPSII 40,5 (32-47), mortalidad 36%. Los valores de mecánica respiratoria se describen en la tabla.

La correlación entre ΔP_{va} y EELV con PEEP 15 y 5 fue -0,64 ($p=0,001$) y -0,64 ($p=0,001$) (Gráfico). La correlación entre ΔP_{tp} y EELV con PEEP 15 y 5 fue -0,65 ($p=0,001$) y -0,62 ($p=0,002$).

Conclusiones: La correlación entre la ΔP_{va} y la ΔP_{tp} con el EELV es moderada en las condiciones estudiadas. La utilidad de estas variables para estimar el volumen pulmonar es cuestionable, debido a la gran dispersión de los datos.



Variable	PEEP 5 cmH ₂ O	PEEP 15 cmH ₂ O	p
Presión plateau (media, DS)	17,5 (3,7)	27,6 (4,6)	< 0,01
PEEP total (media, DS)	6,3 (1,2)	15,7 (0,6)	< 0,01
Presión esofágica inspiratoria (media, DS)	15,1 (2,8)	17,5 (2,5)	< 0,01
Presión esofágica espiratoria (media, DS)	12,4 (3,1)	15,1 (2,5)	< 0,01
Δ Presión vía aérea (media, DS)	11,2 (3,6)	11,9 (4,8)	0,18
Δ Presión transpulmonar (media, DS)	8,5 (3,9)	9,4 (5,1)	0,05
EELV (ml/kg)	16,8 (6,3)	25,15 (8,85)	< 0,01

0199 STROKE ISQUEMICO EN PACIENTE JOVEN: DEMORA DIAGNOSTICA Y RETRASO EN EL MANEJO INICIAL. REPORTE DE UN CASO

LM GONZALEZ BREGA(1), JR BARTOLI(1), AL NISNIK(1), MB HEREDIA(1), M GUERESCHY(1), L BIELSA(1), CJ BARREDA(1)
(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

Introducción: Aunque más común en adultos mayores el stroke puede presentarse en pacientes jóvenes resultando en una significativa morbi-mortalidad. La incidencia anual de eventos isquémicos en adultos jóvenes menores de 45 años es aproximadamente 11.3 cada 100.000 habitantes en la población blanca, mientras que en la población de color es de 22.8 cada 100.000 habitantes. Las etiologías y factores de riesgo son distintas en los pacientes jóvenes de aquellas típicas en pacientes mayores.

Presentación de caso clínico: Mujer de 30 años tabaquista severa con antecedentes familiares de stroke a edades tempranas es valorada por servicio de emergencias y dejada en observación domiciliar por presentar cefalea y hemiparesia faciobraquiocrural derecha, es reevaluada a las 7 horas donde se constata depresión del sensorio (Glasgow 9/15) y profundización del foco neurológico a hemiplejía faciobraquiocrural derecha, por lo que es derivada a nuestra institución.

Se realiza angio-tomografía de cerebro y doppler de vasos de cuello, donde se visualizan imágenes compatibles con disección carotídea e isquemia hemisférica extensa izquierdas. En la angiografía cerebral de 4 vasos se confirma disección y estenosis carotídea interna izquierda en su porción extra e intracraneal sin posibilidad de angioplastia. Se inicia tratamiento médico y se espera colocación de captor de presión intracraneana, presentando en el transcurso signos de Hipertensión endocraneana con herniación uncal efectuándose craniectomía descompresiva de emergencia. Presenta posterior transformación hemorrágica del área isquémica y evolución hacia la muerte encefálica. Se inicia mantenimiento del donante, ablación y donación de órganos.

Discusión: En adultos jóvenes con depresión del sensorio con foco neurológico siempre debemos pensar en stroke como causa subyacente, siendo las vasculopatías y malformaciones cardíacas embolizantes las causas más comunes, siendo responsables del 20 y el 15% de los eventos isquémicos respectivamente en algunas series de estudios.

Conclusión: La demora diagnóstica y el retraso en el manejo inicial por la baja sospecha diagnóstica de ACV en el paciente joven evitaron la realización del tratamiento óptimo y oportuno del mismo llevando a un desenlace ominoso.

0200 CAVERNOMATOSIS CEREBRAL MULTIPLE NO FAMILIAR CON HEMORRAGIA SIMULTÁNEA

E MINOLDO(1), MJ ARAMBURU(1), A CORNAGLIA(1), C GALLETI(1)
(1) Sanatorio Allende Nueva Córdoba.

Introducción: Los Cavernomas (C) del cerebro son lesiones congénitas clínicamente divididas en formas hereditarias y esporádicas. Los múltiples (CM) se observan generalmente en la forma familiar, siendo raros en la variante esporádica. Afectan al 0,4-0,8% de la población y representan el 5-13% de las malformaciones vasculares.

Usualmente los patrones de presentación incluyen: crisis epilépticas, déficit neurológico focal y cefalea.

En la Resonancia Magnética (RM) cerebral, se identifican típicas lesiones en pop-corn, en T2 caracterizadas por zonas redondeadas hipointensas, circunscritas por un halo hiperintenso de hemosiderina. Los estudios angiográficos son de escasa utilidad por el lento flujo sanguíneo que exhiben.

Se presenta un caso de CM presuntamente esporádico, con coexistencia de lesión hemorrágica.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 31 años de edad sin antecedentes previos. Ingresa post caída de propia altura previo episodio de desorientación temporoespacial, sudoración, seguida rigidez de miembros superiores. Se interpretó como episodio de convulsión.

Al examen físico, no presentó signos de focalización neurológica u otra manifestación clínica resaltante. Los exámenes bioquímicos fueron normales.

La RM mostró: Foco hiperintenso en T1 con halo hipointenso en secuencias eco T2, sugestivo de hemorragia frontal izquierda. Múltiples focos hipointensos corticosubcorticales frontales bilaterales y occipitales bilaterales compatibles con cavernomas.

Discusión - Conclusiones: Los CM del cerebro son infrecuentes. En grandes series de RM en la población general, la incidencia de C fue del 0,4%. De éstos el 18,7% eran CM, por lo debe ser considerada como un posible diagnóstico en caso de múltiples lesiones cerebrales en la RM. Una base hereditaria siempre debe ser asumida ya que CM esporádica es rara, el 75% de los casos que muestran lesiones múltiples son hereditarias. CM es una entidad poco diagnosticada, que debe sospecharse en pacientes sin antecedentes de riesgo vascular que debutan con hemorragias intracerebrales o crisis epilépticas constituyendo la RM cerebral en protocolo T2-eco gradiente, el estudio indicado para el diagnóstico. En el caso que se presenta la secuencia más probable es sangrado, seguido de convulsión y caída.

0201 SÍNDROME PULMÓN – RIÑÓN (SPR) COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

G FALCHETO(1)
(1) San Roque.

Introducción: El SPM es un síndrome catastrófico con alta mortalidad (30 al 70%)Consta de la presentación en forma conjunta de hemorragia alveolar difusa (HAD)+glomerulonefritis y se presenta en enfermedades con distintos mecanismos fisiopatogénicos;siendo las vasculitis sistémicas primarias y el síndrome de Goodpasture las más frecuentes.Un tercio de los pacientes se diagnostican en UTI,por tanto es un cuadro que requiere sospecha clínica temprana y tratamiento oportuno,aun sin resultados de biopsias y serologías,para lograr mejorar su pronóstico.

Presentación: Mujer,de 36 años.Ingresa por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (PAFio2 123),hemoptisis,shock y compromiso difuso en RX de tórax;requiriendo VM con ventilación protectora y vasoactivos. Laboratorio:Anemia+plaquetopenia+Insuficiencia Renal(IR).D2:pulsos de metilprednisolona+ATB(AMS+ Claritro),D4 sin mejoría inicia plasmáferesis x 5. Serología+cultivos.VM por 10 días.Extubación exitosa-inicia ciclofosfamida.Se confirma diagnóstico de LES por laboratorio.IR:proteinuria-normaliza cifras.D16 intercorre con Sepsis por catéter a Klebsiella BLEE,recibiendo tratamiento antibiótico completo.Nuevo episodio de HAD,en contexto de infección,se reinicia plasmáferesis,respuesta favorable,mejoría radiográfica.Pasa a sala.

Discusión: El diagnóstico basado en la clínica,imágenes,laboratorio e histopatología permite el tratamiento oportuno y la disminución de la mortalidad; no fue posible realizar biopsias debido de a las condiciones del paciente crítico,pero los resultados de estudios inmunológicos fueron concluyentes.El paso inicial para el diagnóstico de estos pacientes en la UTI es el alto índice de sospecha y la historia clínica.La presencia de más de un órgano afectado debe plantear el diagnóstico de vasculitis sistémica.Debe ser considerado el tratamiento empírico inicial a la espera de resultados,dado el curso fulminante de la enfermedad,y una vez completo el diagnostico el tratamiento debe seguir las guías según la enfermedad. La paciente evolucionó en forma favorable, ubicándose entre el 10 a 30% de pacientes que sobreviven.Existen recurrencias y los efectos adversos del tratamiento son una carga de morbimortalidad.

Conclusiones: Este caso fue seleccionado debido a la baja frecuencia de este síndrome a nivel mundial.El SPR es una manifestación rara pero potencialmente fatal en pacientes con LES,cuya patogenia

es desconocida.Diversos factores se asocian a mortalidad,como la ventilación mecánica,falla renal e infecciones.El tratamiento del SPR se basa en pulsos de metilprednisolona;pueden ser útiles también,ciclofosfamida,plasmáfesis,inmunoglobulina y rituximab.El alto índice de sospecha marca el pronóstico de estos pacientes,esto debe determinar la iniciación en forma agresiva y temprana el tratamiento.

0202 ISQUEMIA CEREBRAL POR VASCULITIS EN PACIENTE CON SIDA: REPORTE DE CASO

HG CARBALLO(1), C GALLETI(1), E MINOLDO(1), MJ ARAMBURU(1), F MINOLDO(1), A CORNAGLIA(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: En los pacientes adultos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la vasculitis o arteritis cerebral es poco frecuente y se asocia a menudo con una neuroinfección o un proceso linfoproliferativo cerebral concomitante. Reportamos un caso de una paciente con isquemia cerebral aguda por vasculitis de arterias cerebrales que se presenta posterior a una patología marcada del SIDA.

Caso Clínico: Paciente femenina de 30 años, con estadio C3 de la enfermedad, con antecedentes recientes de neumonía por Citomegalovirus bajo tratamiento con valganciclovir y Toxoplasmosis cerebral temporal izquierda tratada con pirimetamina y clindamicina. Ingres a terapia intensiva por presentar cefalea intensa temporal izquierda, afasia de comprensión, hemianopsia homónima derecha y estado confusional (NIHSS 2). Se realiza RNM cerebral donde se informa en las secuencias de difusión una imagen hiperintensa subcortical temporoparietal izquierda, de morfología irregular e hipointensa en el mapa de ADC que plantea el diagnóstico diferencial entre una lesión isquémica versus una lesión leucoencefalopática, además de la imagen de neurotoxoplasmosis. Por angiografía digital se constatan imágenes compatibles con vasculitis de la arteria cerebral anterior bilateral y de la cerebral media izquierda. Ecocardiograma transesofágico normal. Recibe tratamiento con aspirina y atorvastatina y 3 dosis de 500 mg de metilprednisolona en días sucesivos. Durante el tratamiento se observa franca mejoría neurológica (NIHSS 0), en angioTC cerebral no se evidencian signos de vasculitis y se da el alta sanatorial a los pocos días.

Discusión: De acuerdo a los antecedentes patológicos, la sintomatología y los estudios imagenológicos realizados se establece el diagnóstico de una isquemia cerebral aguda secundaria a vasculitis de las arterias cerebrales en una paciente en estadio de SIDA, con una neuroinfección por toxoplasmosis. Se establece como tratamiento las dosis altas de corticoides endovenosos, a pesar de permanecer como controversial en la literatura.

Conclusión: En presencia de una isquemia cerebral en pacientes con SIDA y una neuroinfección, la vasculitis debe considerarse como un diagnóstico probable y el tratamiento con corticoides, una terapia posible de acuerdo al estado clínico e inmunológico del paciente.

0204 INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS: SÍNDROME INTERMEDIO, USO DE ATROPINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Y FERNANDEZ(1), L CASTRO(1), J ARROYO(1), C SALGUEIRO(1)
(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: La intoxicación con pesticidas organofosforados es un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo. Varios estudios atribuyen cerca de 200.000 - 300.000 muertes por año por envenenamiento con estos agentes, la ingesta intencional es la causa más frecuente.

El síndrome intermedio se presenta en el 18% de los casos, entre las 12 y 96 horas después de la intoxicación, refleja la acción prolongada de la acetilcolina sobre los receptores nicotínicos, generando

parálisis progresiva sin afectación sensorial con recuperación total entre los 4 y 18 días.

Caso clínico: Femenino de 31 años ingresa al servicio de Terapia Intensiva (UTI) con depresión del estado de conciencia escala de Glasgow de 3 puntos, secundaria a ingesta voluntaria, de insecticida organofosforado, veneno para hormigas (Clorpirifos, 0,0-dietilfosforotioato de 0-3,5,6-tricloro-2 piridilo) (Fig. 1), 9 horas previas categoría toxicológica tipo III, asociado con alcohol, ingresa con TAM: 55 mmHg, con buena respuesta a expansión con cristaloides, FC: 126 lpm, FR: 25 rpm, con saturación periférica de O₂ del 98, a la auscultación se objetiva estertores crepitantes pulmonares, las pupilas puntiformes con nistagmus no agotables universal, con importante sialorrea, se interconsulta con servicio de toxicología, no estando indicado el uso de oximas por el tiempo de evolución; se inicia soporte hemodinámico, pero con imposibilidad de realización de atropina por la taquicardia sinusal, a las 24 hs persiste con deterioro del estado de conciencia, presentado movimiento anormales interpretados como convulsiones mioclónicas, se inicia tratamiento con benzodiacepinas (Midazolán), cursa internación prolongada en UTI con debilidad flácida de los cuatro miembros, en tratamiento actual con rehabilitación.

Discusión: La intoxicación por organofosforados es una urgencia neuro-toxicológica, el presente reporte muestra una paciente que presenta taquicardia por estimulación nicotínica, lo cual no es una presentación típica y plantea el dilema de soporte con atropina, la cual muchas veces está contraindicado, otro punto de discusión resulta el tratamiento con oximas resulta aún controversial, más allá de 6 hs de la intoxicación, además la estandarización de EEG continuo o seriado en estos pacientes, debe ser incorporado en el algoritmo diagnóstico para guiar el tratamiento.



0205 MUCORMICOSIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

M CASI(1), CA SANCHEZ GONZALEZ(1), FF MUÑOZ CASTILLO(1), LN VARGAS(1)
(1) Policlínico Neuquén.

Introducción: La Mucormicosis es una rara infección oportunista. Afecta principalmente a pacientes diabéticos, HIV, quemados, leucémicos, uso de esteroides.

Causada por hongos MUCORALES (clase Zigomycetes), encontrados en el suelo y en vegetación descompuesta. Afecta a 1.7 casos por millón de habitantes en EE.UU.

La mortalidad global es de aproximadamente el 40%. La supervivencia depende de la localización de la micosis.

Caso clínico: Paciente femenino de 61 años.

En Mendoza sufre autovuelco el día 7/10/2016. Viajaba sin cinturón de seguridad y es despedida del vehículo.

Presentó trauma cerrado de tórax y abdomen. Se realiza esplenectomía, resección y anastomosis de intestino delgado. El 13/10, presenta fistula entérica que requiere de ileostomía.

Evoluciona con foco motor parético B-C derecho. TAC de cráneo con isquemia temporo-parietal izquierda.

En nuestra Unidad presenta insuficiencia ventilatoria, requerimiento de AVIM. Anisocoria. TAC de control sin lesiones, la arteriografía informa trombosis de seno cavernoso en forma bilateral y disección carotídea izquierda.

Presenta lesión con necrosis en región frontal, ambas orbitas, región paranasal y maxilar. Se sospecha mucormicosis. Se recoge muestra de piel cuyo cultivo confirma el diagnóstico. Se trata con Anfotericina B liposomal. Familiares limitan procedimiento de desbridamiento quirúrgico. Evoluciona desfavorablemente y obita.

Discusión: La mucormicosis es una infección oportunista y de muy mal pronóstico. Típicamente afecta a inmunocomprometidos.

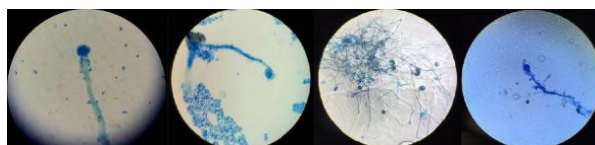
Existen varias formas clínicas, pero la rinocerebral, es la más frecuente.

El caso presentado enmarca dentro de las formas rinocerebrales, sin haber podido encontrar factores predisponentes. El método más confiable para lograr el diagnóstico, es identificar las hifas por medio del examen directo y cultivo del tejido infectado.

La sobrevida es rara cuando existe compromiso endocraneano. El pronóstico depende de un diagnóstico temprano, control de la patología de fondo, desbridamiento quirúrgico suficientemente amplio y tratamiento antimicótico adecuado.

Ante neoplasias rinosinuales, enfermedades granulomatosas, pseudotumor orbitario y trombosis del seno cavernoso debe plantearse como diagnóstico diferencial en pacientes inmunocompetentes.

Conclusiones: El tratamiento con Anfotericina B liposomal y el manejo quirúrgico agresivo consiguió la erradicación de la infección fúngica invasiva en los casos documentados. Alertamos de la necesidad de mantener un mayor grado de sospecha clínica y de realizar técnicas de diagnóstico precoz en pacientes no inmunodeprimidos para evitar la diseminación de la enfermedad y el mal pronóstico asociado.



0206 NEUMONÍA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD, REPORTE DE CASOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

P ARIANA(1), C GARCIA(1), K NOGUERA(1), F PECORARO(1), S STOVER(1), E VALENCIA(1), L DE BARI(1), S DE ESTRADA(1), Y DE ROSA(1), A DIEZ DE TEJADA(1), N LANGUIDEY(1), ML LUDUENA(1), I AVERSA(1), N RAIMONDI(1)
(1) Fernandez.

Introducción: Las infecciones por Staphylococcus Aureus Meticilino-resistente de la comunidad (SAMR-Co) fueron descritas a mediados de los '90. Su incidencia ha aumentado en infecciones de piel y partes blandas (IPPB) y menos frecuentemente en neumonías de jóvenes previamente sanos.

Reporte de casos: Este estudio se realizó en una Unidad de Cuidados Intensivos de CABA con quince camas. Se analizaron de manera retrospectiva 8 casos de adultos (dos femeninas y seis masculinos) con diagnóstico de NAC por SAMR-Co, entre enero de 2016 a abril de 2017. El 25% no presentaba comorbilidades (Tabla 1). Las principales características clínicas fueron tos, fiebre (100%) y disnea (88%). Se aisló SAMR de: hemocultivos (75%), muestras respiratorias (38%), líquido pleural (25%) y hueso (13%). Las complicaciones más frecuentes fueron aquellas asociadas a neumonía, falla multiorgánica y embolias sépticas. El tratamiento consistió en Vancomicina (88%). Al 85% de estos pacientes se les realizó dosaje en sangre. El 66% se encontraba por debajo del dosaje mínimo, de los cuales un 75% presentaba un clearance de creatinina en 24 horas mayor a 125 ml/min (compatible con riñón hiperfiltrante) por lo que se utilizó como estrategia la infusión continua de vancomicina, logrando superar el dosaje mínimo requerido en un 66%. El tratamiento se asoció en un 88% a TMS. El tiempo de estadía en UCI fue de 11±4 días y el tiempo de asistencia respiratoria mecánica no superó los 14 días. El APACHE 2 y SOFA al ingreso fue de 13±5 y 5±3 respectivamente y la sobrevida a corto plazo fue del 75%.

Discusión: Los casos analizados se presentaron en jóvenes previamente sanos con neumonía necrotizante, asociada o no a derrame pleural, que evolucionaron posteriormente a insuficiencia respiratoria, requiriendo ARM.

Conclusión: Las infecciones por SAMRCo presentan una alta mortalidad y adecuada respuesta al tratamiento. Su incidencia ha aumentado en los últimos años, por lo que debería ser sospechada en pacientes jóvenes que presenten neumonía necrotizante de rápida evolución, asociada en su mayoría a IPPB.

Columna1	Columna2	Columna3
VARIABLE	PACIENTES (n=8)	%
EPIDEMIOLOGIA	8	
EDAD MEDIA	38±19	
SEXO MASCULINO	6	75%
TBQ	2	25%
HIV	2	25%
DIABETES MIELLITUS	1	13%
HEPATOPATIA	1	13%
OH	2	25%
SOFA	5±3	
APACHE	13±5	
Columna1	Columna2	Columna3
VARIABLE	PACIENTES (n=8)	%
CLINICA	8	
TOS	8	100%
DISNEA	7	88%
PIEBRE	8	100%
SHOCK	4	50%
IPPB	3	38%
Columna1	Columna2	Columna3
VARIABLE	PACIENTES (n=8)	%
COMPLICACIONES	8	
NEUMONIA NECROTIZANT	6	75%
DERRAME PLEURAL	3	38%
ENDOCARDITIS	0	0%
EMBOLIAS SEPTICAS	2	25%
FALLA MULTIORGANICA	6	75%

Columna1	Columna2	Columna3	
VARIABLE	PACIENTES (N=8)	%	
RATAMIENTO ANTIBIOTIC	8		
VANCOMICINA	7	88%	
TMS	7	88%	
RIFAMPICINA	0	0%	
CLINDAMICINA	2	25%	
DAPTOMICINA	1	13%	
AMS	2	25%	
CLARITROMICINA	2	25%	
IMIPENEM	1	13%	
COLISTIN	1	13%	
OSELTAMIVIR	1	13%	
PTZ	1	13%	
LINEZOLID	2	25%	
Columna1	Columna2	Columna3	Columna4
vancocinemia	clearance creatinina	IC	edad
29	-	-	78
28	-	-	50
ND/12	250/166	si	27
ND/12	120	-	24
-	-	-	21
-	8/12	-	32
6.6/20	153	si	26
20/24	125	si	38

0207 MUCORMICOSIS: UNA ENFERMEDAD RARA Y MORTAL REPORTE DE UN CASO

C SANCHEZ(1), M CASI(1), F MUÑOZ(1), E PEREZ(1)
(1) Policlínico Neuquén.

Introducción: Mucormicosis, como infección oportunista poco frecuente, común en inmunocomprometidos.

Causada por hongos del orden de los MUCORALES (clase Zigomyces), se encuentra en el suelo y vegetación descompuesta.

Incidencia de 1.7 casos por millón de habitantes en EE.UU y mortalidad del 40% y cuya supervivencia depende de la localización de la micosis.

Presentación del caso: Femenina, 61 años de edad y antecedentes de depresión (tratada con Venlafaxina).

Sufre politraumatismo en accidente de tránsito por auto-vuelco en provincia de Mendoza. Se objetiva:

- Trauma de tórax con fractura de arcos costales anteriores, hemotorax izquierdo resuelto con tubo pleural.

- Traumatismo abdominal con esplenectomía, resección y anastomosis T-T de intestino delgado mas drenajes abdominales, evoluciona a fistula entérica requiriendo ileostomía.

En terapia Intercurre con deterioro neurológico, paresia braquiocrural derecha, anisocoria, con TAC de cráneo y columna cervical evidenciando disección carotídea.

Arteriografía cerebral y de vasos del cuello con trombosis de seno cavernoso bilateral, disección carotídea bilateral.

Evidencia necrosis peri-orbitaria, peri-frontal bilateral, compromiso de orbitas, región paranasal y maxilar. Sospecha de MUCORMICOSIS indicándose tratamiento con anfotericina B.

Cultivos de lesión muestran hongos, familiares limitan esfuerzos terapéuticos al no permitir debridamiento quirúrgico de lesiones, evolución desfavorable y finalmente obita.

Discusión: Paciente inmunocomprometida, con Mucormicosis en presentación rinocerebral.

Se documentaron las hifas por medio del examen directo y cultivo del tejido infectado.

Así como en este caso la sobrevida es rara cuando existe compromiso endocraneal y el tratamiento limitado sin que este afecte el pronóstico.

Conclusión: La Mucormicosis es una infección oportunista y que se observa en inmunocomprometidos, es producida por hongos del orden de los mucorales y de muy mal pronóstico, que depende de un diagnóstico temprano, control de la patología de fondo, amplio debridamiento quirúrgico y tratamiento antimicótico.

Existen varias formas clínicas de la enfermedad, pero la rinocerebral es la más importante por su frecuencia haciéndose diagnóstico diferencial con neoplasias rinosinuales, enfermedades granulomatosas, pseudotumor orbitario y trombosis del seno cavernoso. El método más confiable para lograr el diagnóstico, es identificar las hifas por medio del examen directo y cultivo del tejido infectado.



0208 SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS: REPORTE DE UN CASO FATAL EN EL PRIMER CORDÓN DEL CONURBANO BONAERENSE

R SANCHEZ(1), M ALVAREZ(1), S BAJCAR(1), A RIMA(1), D SZTOKHAMER(1)
(1) Higa Evita Lanus.

Introducción: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) es una enfermedad emergente de origen viral, que genera en el hombre un cuadro respiratorio grave. En Buenos Aires se reportaron 15 casos por año en el período de 2009-2014 con una letalidad del 25%. Es una enfermedad de baja frecuencia, vigilancia intensificada, notificación obligatoria e inmediata.

Presentamos un reporte de caso de SCPH con evolución rápidamente fatal a 3 horas del ingreso del paciente.

Presentación del caso: En diciembre de 2016 ingresa masculino de 30 años presentando fiebre, dolor abdominal, vómitos y malestar general de 5 días de evolución. Residente en el partido de Lanús, vendedor en la Feria de La Salada. Al ingreso se constata hipotermia, hipoxemia, hipotensión arterial. Se indican cristaloides, hidrocortisona en bolo y laboratorio: recuento de blancos 25.300, hematocrito 66% hemoglobina 22,5g/dl, plaquetas 26.000, TGO 509u/l, TGP 214u/l, bilirrubina total 3,02mg/dl, bilirrubina directa 1,75mg/dl tiempo de protrombina 15% kptt 91.1seg, pH 7,33 pCO₂ 26mmhg, pO₂ 69mmhg, exceso de bases -9,1 mmol/l, HCO₃ 13,7 mmol/l, lactato 7,8 mmol/l. ECG: sin alteraciones. Oligúrico con microhematuria. Progresó rápidamente con signos de edema agudo de pulmón, shock e hipoxemia por lo que se decide intubación orotraqueal y ARM, vasopresores (noradrenalina 1γ) vancomicina 1gr y diurético endovenoso. Se realiza ecocast que evidencia disfunción diastólica, se indica dobutamina (25γ). Evolucionó al shock refractario, se aspiran de 2litros de secreción serosa continua por tubo orotraqueal. Se indica bicarbonato, albúmina, adrenalina (0,7γ) sin respuesta, falleciendo luego de tres horas del ingreso.

Se recibe informe IgM, IgG y RT-PCR positivos para hantavirus.

Se da aviso a través del módulo C2 del SNVS.

Discusión: Presentamos un caso de SCPH fatal en una zona de baja incidencia. Nuestro paciente presentó en sus laboratorios alteraciones poco específicas, con evolución tórpida y rápidamente fatal siendo indistinguible de otras infecciones que cursan con falla multiorgánica, evidenciándose escasos reportes en la literatura de una evolución tan acotada.

Conclusión: Es importante su sospecha temprana teniendo en cuenta los reportes aislados que se registran de este tipo de infección en esta zona. Siendo importante el inicio precoz del tratamiento de sostén debido a su alta mortalidad y falta de tratamiento específico.

0209 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA EN PACIENTES EMBARAZADAS, REPORTE DE 4 CASOS

YJ NIEVES MARQUEZ(1), NM CIARROCCHI(1), FM RIVERO(1), JF CHAUCA CORONEL(1), RG BAEZ(1), M ALCIVAR(1), JE SAN ROMAN(1), FD GOLDENBERG(1)
(1) Italiano.

Introducción: La HIC durante el embarazo es poco frecuente con una incidencia del 0.01-0.05%. Más de la mitad de los casos se presentan durante el último trimestre. Se presume que el riesgo se debe a las alteraciones en los vasos sanguíneos producidos por el cambio hormonal y al estado hiperdinámico propio de la gestación.

Casos Clínicos: **Caso 1:** Paciente de 40 años con embarazo de 30 semanas, consulta por hemiparesia izquierda, trastornos visuales y deglutorios. Presenta resonancia magnética (RMN) con hematoma protuberancial subagudo y lesión sugestiva de cavernoma. Evolucionó con progresión de foco neurológico y signos de insuficiencia ventilatoria, se evidencia expansión de hematoma, se realiza cesárea de urgencia y 72 horas más tarde exéresis de cavernoma sin complicaciones. **Caso 2:** Paciente de 33 años cursa embarazo de 28 semanas, ingresa por afasia mixta y hemiparesia derecha de inicio súbito. RMN con hematoma temporal izquierdo. Angiografía con aneurisma fusiforme de 3x2 mm distal de arteria cerebral media. Ecocardiograma y hemocultivos negativos para endocarditis. Se realiza test de waday posterior embolización aneurismática. Se externó con leves parafasias. **Caso 3:** Paciente de 43 años con embarazo de 11 semanas, ingresa por afasia de expresión secundario a hematoma temporoparietal izquierdo evidenciado en RMN, angiografías lesiones vasculares. Nueva RMN que informa probable cavernoma. Se decide interrupción del embarazo por alto riesgo de resangrado, evolucionó con mejoría de foco neurológico externándose a los 30 días con afasia de expresión leve. **Caso 4:** Paciente de 40 años con antecedentes de malformación vascular (MAV) temporal derecha que cursa embarazo de 26 semanas. Derivada por status convulsivo. Ingresa con pupilas anisocóricas, RMN con hematoma temporoinular derecho con volcado ventricular e hidrocefalia requiriendo DVE de urgencia. Angiografía con MAV temporal derecha Spetzler Martin III-IV que se emboliza. Evolucionó con hipertensión endocraneana refractaria requiriendo craniectomía descompresiva. Por signos de sufrimiento fetal se realiza cesárea de urgencia. 2 meses más tarde egresa a tercer nivel con estado de mínima conciencia.

Conclusión: Varios estudios indican que el embarazo eleva el riesgo de HIC. Las causas más frecuentes se deben a ruptura de aneurismas y MAV. La mejor opción terapéutica es controversial, debiendo tomarse cada caso en forma individual.

0210 CUIDADOS EN RECUPERACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN ADULTO: ADAPTACIÓN DE UN GPC

MF QUINTEROS(1), RA CÓRDOBA(1)
(1) San Roque.

Introducción: La cirugía cardíaca requiere atención con el propósito de obtener óptimos resultados. La tarea de cuidar al paciente en UTI es una actividad distributiva entre todos los miembros del equipo de salud y de esta forma también es una atribución del enfermer@, pues la naturaleza del trabajo del mismo exige diferentes demandas de atención que están relacionadas a la complejidad de la asistencia prestada y al ambiente de trabajo, favoreciendo una estrecha relación con el paciente y consecuentemente contribuyendo para una asistencia de calidad y una prestación directa de atención de mayor complejidad al paciente adulto en los cuidados posoperatorio cardiovascular. Es por ello que se realiza una búsqueda bibliográfica con revisión sistemática para brindar intervenciones de enfermería para el cuidado de los pacientes en esta etapa.

Objetivo: Adaptar una GPC basada en evidencias científicas, que provee información confiable sobre las intervenciones de enfermería fundamentales para el cuidado de pacientes adultos en etapa posoperatoria inmediata.

Material y método: A partir de la metodología de Enfermería Basada en Evidencia, se identificaron 7 temas de interés y se formularon 21 preguntas clínicas. Se realiza una búsqueda de literatura en bases científicas con palabras claves en inglés, español y portugués.

Resultados: Se encontraron 157 documentos vinculados con el tema, se aplicó lectura crítica del cual se seleccionaron 54 artículos relacionados con cuidados pos operatorio cardiovascular, donde la mayor dificultad fue encontrar en pacientes adultos ya que la mayoría se hallaron en pediatría. Existen distintos cuidados estandarizados que son adaptables a adultos. No solo se aplican las recomendaciones basadas en evidencias sino también la mayoría son recomendaciones tipo C. Finalmente se elaboró una matriz de evidencias con las que se redactaron las recomendaciones para las preguntas PICO.

Conclusiones: Cabe destacar que la mayoría de las publicaciones, son productos de investigaciones médicas y en menor cantidad son los reportes de enfermeras. Las recomendaciones de la guía de práctica clínica son para que las enfermeras dedicadas al cuidado del paciente adulto con cirugía cardiovascular puedan acceder fácilmente al conocimiento actualizado derivado de la investigación.

0211 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA Y ADULTOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE AGUDOS. ESTUDIO PROSPECTIVO DESCRIPTIVO ANTES-DESPUÉS

N VIDAL(1), R DEHEZA(2), I VILTRE(2), C BIANCHINI(2), L BERON(2), H HERRERA(2), C QUIROGA(2), D DRAGO(2), L AGUILAR(2)

(1) Hospital Nacional Alejandro Posadas. (2) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: Úlcera por presión (UPP) es una lesión de piel y tejidos adyacentes por presión sobre un plano óseo. La valoración del riesgo es por escala de Braden Q. Los puntajes son riesgo alto menor 12, moderado menor 16, bajo mayor 17. Es posible reducir las UPP en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) y adultos (UCIA) con estrategias de prevención.

Objetivos: Implementar estrategias de prevención de UPP actuando sobre el personal.

Determinar la reducción de la incidencia de UPP pos intervención.

Material y método: Diseño: Descriptivo prospectivo, transversal, intervención, antes-después.

Inclusión: Ingresos con Braden \leq 16.

Exclusión Braden mayor 17, condiciones predisponentes previas.

Intervención: estrategias: docente, comunicativa y operativa.

La comparación de datos continuos fue el "test de T de student" o "test de Man - Whitney", datos categóricos "Chi cuadrado" o "Test de exacto de Fisher". La comparación de tasas test de comparación de proporciones. Se consideraron diferencias significativas p valores menores de 0,05.

Resultados: Estrategia docente: Capacitación de 169 agentes de ambas terapias en cursos, talleres y jornadas. La evaluación demostró alto grado de aprovechamiento y satisfacción.

Estrategia comunicativa: Colocación de 24 infografías evaluadas como visibles y útiles.

Estrategia operativa: Capacitación de 86 agentes de mantenimiento con talleres para confección e introducción de kits de posicionamiento.

Pacientes ingresados: Etapa 1 63 (26 UCIP y 37 UCIA) y Etapa 2 81 (40 UCIP y 41 UCIA).

En las Etapas 1 y 2 en UCIP se encontraron diferencias en diagnósticos de ingreso (médico 60% vs 81% y quirúrgico 40% vs 19% p 0,02) y la incidencia de UPP disminuyó sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa (57% vs 35% p 0,059). En UCIA la incidencia de UPP disminuyó de 78% a 44% con p 0,002. También se observó un retardo de aparición de la primer UPP (curva de Kaplan Meyer test de Mantel Cox 0,045).

Conclusiones: Las estrategias implementadas fueron evaluadas satisfactoriamente por el personal.

La incidencia de UPP en UCIP disminuyó sin alcanzar significación estadística.

La incidencia de UPP en UCIA disminuyó significativamente con retraso de aparición de la primer UPP.

0212 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE LA EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS BECA "RAMÓN CARRILLO-ARTURO OÑATIVIA", MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, COMISIÓN NACIONAL SALUD INVESTIGA.2011

N VIDAL(1), R DEHEZA(2), M SOKIRANSKI(2), N GUADAGNA(2), G TURON(2)

(1) Hospital Nacional Alejandro Posadas. (2) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La Extubación No Planeada (ENP) es un evento adverso de la ventilación mecánica (VM) (de 0,11 a 2,4 cada 100 días de VM), la mayoría prevenible y susceptible de ser mejorado con implementación de estrategias de mejora continua de la calidad.

Objetivo: Implementar una intervención para disminuir la incidencia de ENP y evaluar la adherencia a los cambios propuestos en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Métodos: La estrategia de intervención consistió desarrollar un protocolo con estandarización de procesos claves, una intervención educativa y evaluación de indicadores pre y post intervención. Los procesos claves fueron: fijación del Tubo endo traqueal (TET), optimización de sedación y destete de VM. Post intervención se evaluó la incidencia ENP y el grado de adherencia al protocolo.

Resultados: Se capacitó al 80% del personal para la aplicación del protocolo en 8 talleres. Se evaluó mediante una encuesta, el grado de satisfacción con el modelo de entrenamiento, obteniéndose resultados con alto nivel de aprobación del personal capacitado. (Máx de 4 puntos en una rango de 1 a 5).

El rango de adherencia al protocolo fue 86 % al 99%. Se incluyeron 160 pacientes en el grupo pre intervención (grupo control) y 136 en el grupo post intervención. No hubo diferencias poblacionales significativas entre los grupos. La Tasa Estandarizada ENP fue de: 1.28 en el grupo control y 0.41 en el pos intervención. La diferencia de la tasa entre grupos resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$) y un OR 0,34 (IC 0,12-0,92) p valor 0,034 lo que significa una reducción del riesgo 66% de sufrir ENP en el periodo pos intervención.

Conclusión: La estrategia de intervención implementada logró capacitar a más del 80% del personal, el grado de adherencia alcanzó 86 a 99 %. La tasa estandarizada de ENP en el grupo post intervención fue significativamente menor a la registrada en el grupo pre intervención.

0213 DETERMINACIÓN DE LA DOSIMETRÍA PERSONAL POR EXPOSICIÓN A RADIACIÓN IONIZANTE POR EL USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS PORTÁTILES EN EL RECURSO HUMANO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

N VIDAL(1), R DEHEZA(1), R DILEMME(1), Y GUERRA(1), L RODAS(1), L DIAZ(1), R CUFRE(1), N GUADAGNA(1), SM TORRES(1)

(1) Hospital Nacional Alejandro Posadas.

Introducción: Normalmente recibimos Radiación Ionizante (RI) natural de fondo equivalente a 0,01 mili Sievert (mSv) por día presentando variaciones regionales. Cada estudio que utiliza RI tiene una dosis efectiva característica toma como unidad equivalente una Radiografía de Tórax (RxTx) con dosis efectiva de 0,02 mSv equivalente a 3 días de radiación natural.

La lectura de dosímetros expuestos y el análisis de tendencias dosimétricas ocupacionales permiten optimizar las RI. La exposición ocupacional del trabajador se controla con dosimetría personal y la dosis efectiva debe ser menor 20 mSv por año. Es útil para determinar una intervención inmediata si la lectura no fuese satisfactoria. No se encontraron publicaciones acerca de dosimetrías realizadas en personal de UCIP donde es frecuente el uso de RI con equipos portátiles. Este trabajo aporta los datos de las dosimetrías del recurso humano de nuestra UCIP que accedió voluntariamente a su realización.

Objetivos: Determinar la dosis de RI recibida por el recurso humano de UCIP en un periodo de tres meses.

Determinar si existe riesgo ocupacional por RI en UCIP.

Material y método: Para determinar la dosis de RI recibida se realizó dosimetría personal a 4 integrantes de UCIP (3 enfermeros: 1 por turno y 1 médico residente.) Los mismos accedieron en forma voluntaria realizando su tarea habitual en UCIP. Se tuvieron en cuenta la cantidad de horas de exposición de acuerdo a la permanencia en UCIP. Los dosímetros utilizados fueron los disponibles en la institución (marca RIAS).

Resultados: La médica residente tuvo mayor cantidad de horas exposición en los 3 meses (total 784 hs) respecto a los tres enfermeros de UCIP (promedio 298 hs) Los valores de dosimetría fueron promedio 0,09 mSv (rango 0,02 y 0,18) menores a 0,5 mSv mes en todos los casos.

Conclusiones: La determinación de la irradiación recibida por el personal de UCIP mantiene parámetros considerados sin riesgo para la afectación de la salud del agente, esto permite destacar que los procedimientos radiográficos y el equipamiento cumplen con parámetros de calidad de obtención, destacando la importancia del registro dosimétrico para comprobar y cotejar las bajas dosis absorbidas.

0214 DISTRES RESPIRATORIO DEBIDO A HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS

M NANO(1), D GRAZIANO(2), C DERHN(3), A FERNANDEZ, JP CAMINOS(2), R DURE(4), S CARBALLADA(2), M GUTIERREZ(2), J CAÑAVERA, H SABINO

(1) San Jose - Exaltación De La Cruz. (2) San Jose- Exaltación De La Cruz. (3) San Jose-exaltación De La Cruz. (4) Francisco Muñiz - Caba.

Introducción: La leptospirosis es una enfermedad zoonótica de potencial epidémico con distribución mundial, afectando a los humanos que la adquieren por contacto directo con la orina de roedores y perros, importantes en el mantenimiento de esta zoonosis en la región. Presenta forma leve, grave y a veces fatal, con fiebre inespecífica similar influenza, o síndrome de Weil con ictericia, nefropatía, meningitis aséptica, neumonía atípica, hemorragias de mucosas con letalidad menor al 1%, menos frecuente falla renal grave, hemorragias viscerales, ictericia, neumonías graves y SDRA. Se presenta caso de infección humana por leptospirosis en Exaltación de la Cruz, Bs As. Caso: Paciente masculino, 39 años, consulta por sdrme febril de una semana de evolución, asociado a hemoptisis, tabaquista severo, refiere poliartalgias, se interna. Laboratorio: Hto 38% glucemia 138mg/dl, GB 9200, plaquetas 20000, uremia 23 mg/dl, creatinina 1,22 mg/dl, TGO 32, TGP 35, Fal 111, EAB 7,54/28/62/25/-2,4 ingresa a UTI por presentar hipoxemia, desaturación 83%, 40 FR, se realiza IOT y ARM, inicia Ceftriaxona, Claritromicina, Oseltamivir, Rx torax: infiltrado intersticio alveolar bilateral. Tac de Torax: imagen exudativa alveolar en 4 cuadrantes, Pafi 120, SDRA. Se agrega Vancomicina. FBC: sangrado intraalveolar, coagulos, paciente disminuye curva térmica. PAFI 190, HIV/VHB/VHC/VDR/LH1N1 negativos. Hemocultivos x 3, urocultivo de ingreso negativos. FBC parásitos, micológico, baar, bacteriológico negativos, realizo 3 pulsos de solumedrol. Hemocultivo x 2 positivo para enterobacter cloacae Blee+, se agrega piperacilina tazobactam. Hipercapnia nueva FBC para toilette de via aérea. Se traqueostomiza, mejora gasometría, se extuba, presenta evolución favorable. Se recibe serología + para leptospira spp (MAT) Zoonosis Hospital Muñiz. Hantavirus negativo. Paciente sin secuelas.

Discusión: Paciente con epidemiología vive próximo al Rio Lujan donde ocurrieron inundaciones, con presencia de roedores. Es importante la anamnesis para sospechar este agente etiológico en pacientes con SDRA y la importancia de dx diferenciales con hantavirus, fiebre hemorrágica, dengue.

Conclusión: En las últimas dos décadas se conocieron en el sudeste asiático casos de SDRA causado por hemorragia pulmonar en ausencia de ictericia y daño renal, como nuestro caso presentado. Mortalidad 10% en graves. SDRA por hemorragia pulmonar sin ictericia no fue comunicado en esta área. Se rescata la importancia epidemiológica para alertar al equipo de salud, se vio el aumento por las condiciones de vulnerabilidad e inundaciones.

0215 FRACTURA RENAL TRAUMÁTICA POR PATADA DE KICK BOXING

G WERBER(1), G BADARIOTTI(1), M GONZALEZ MORALES(1), I PARDO(1), J GOTBETER(1), S BELTRAMINO(1), B DE DIEGO(1) (1) Mater Dei.

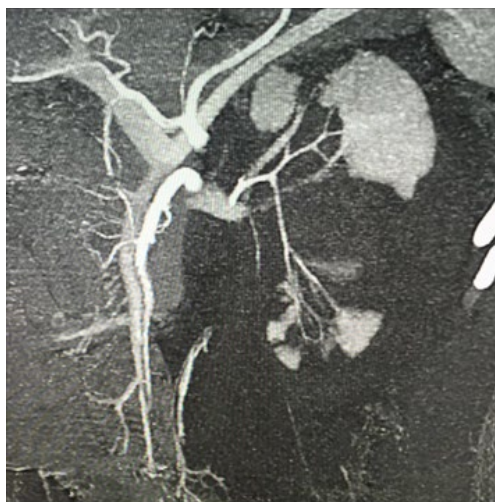
Introducción: El trauma renal cerrado es una causa frecuente de consulta al servicio de emergencia secundario a politraumatismo. La fractura renal en contexto de práctica deportiva de artes marciales no está reportada en la literatura.

Caso clínico: Paciente se sexo masculino, 18 años de edad. Recibe patada en flanco izquierdo en contexto de práctica deportiva de Kick Boxing. Refiere 1 hora después evolucionar con hematuria, por lo cual consulta al servicio de emergencias. Se presenta normotenso, signos vitales normales, dolor 10/10 en flanco izquierdo, evoluciona con desasosiego. ECO FAST evidencia presencia de líquido libre peri esplénico.

En la TC se evidencia fractura del polo inferior del riñón izquierdo. Evoluciona con shock hipovolémico. Es llevado a quirófano se evidencia la total escisión del polo renal inferior izquierdo, realizándose nefrectomía izquierda. Evoluciona adecuadamente, se otorga alta.

Discusión: La fractura renal traumática por patada de Kick Boxing es una entidad no reportada, y resulta interesante por el mecanismo del trauma. En este caso la hematuria orientó al diagnóstico precoz. El tratamiento y reanimación son semejantes al traumatismo por otras causas.

Conclusión: El trauma renal debe ser pensado y evaluado en diversos mecanismos mas allá de los clásicos. La patada en contexto de práctica de artes marciales debe ser considerada por cinética y fuerza como potencial responsable de trauma renal cerrado grave.





0216 UTILIZACION DE RADIOGRAFIAS PORTATILES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS

N VIDAL(1), R DEHEZA(1), R DILEMME(1), MC MONJES(1), L RODAS(1), N GUADAGNA(1), SM TORRES(1)
(1) Hospital Nacional Alejandro Posadas.

Introducción: La realización de Radiografías (RX) con equipo portátil es muy frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Los principios de radioprotección son la justificación de la práctica, la optimización del estudio y la reducción de la dosis. La radiación ionizante emitida en cada RX de tórax equivale a tres días de radiación natural. Hay escasa bibliografía que aborde el uso adecuado de radiaciones ionizantes en UCIP. Se plantea realizar una medición basal de la utilización de RX para establecer mejoras con la aplicación de los principios de radioprotección en nuestra UCIP.

Objetivo: Describir la utilización de RX portátiles en nuestra UCIP durante un periodo de un año
Determinar el promedio de RX portátiles por paciente internado en UCIP

Material y método: Estudio Retrospectivo Descriptivo
Registros de RX de planta y guardia Servicio de Diagnóstico por Imágenes del año 2011.

Registro de pacientes Base de datos del Departamento de Estadística del año 2011

Estadística descriptiva cuantitativa se utilizarán medidas de frecuencia, posición (media, mediana) y dispersión (DS o IC).

Resultados: Durante el años 2011 se realizaron 2808 RX portátiles el 1764 (63%) se realizaron durante el horario de planta.

El promedio de RX portátiles por mes fue de 255 (DS 108) Se observó un incremento de RX en UCIP correspondientes a los meses de junio, julio y agosto coincidentes con el pico de demanda

La mayoría de las RX realizadas fueron de tórax 2578 (92%)

Se internaron en UCIP 945 niños con un promedio de 4,5 RX por paciente (DS 1,63).

Se calculó un promedio de 1,77 (DS 0,33) por día / paciente durante su estadía en UCIP

Conclusiones: La mayoría de las RX realizadas en nuestra UCIP son realizadas en horario de planta y se observa un pico estacional durante los meses de invierno

Las RX de tórax son las más utilizadas en nuestra UCIP

Se obtuvo un valor basal de RX por paciente y por paciente/día para las futuras intervenciones de mejora y reducción de dosis de radiación ionizante en nuestra UCIP.

0218 MEDIASINITIS POR FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA SECUNDARIA A INGESTA PILA BOTON A PROPOSITO DE UN CASO SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ

V MOGRO(1), M GAREA(1), C BERRONDO(1)
(1) Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños es un accidente evitable, se observa en niños menores de 3 años, estos impactan en esófago. Los más frecuentes: monedas, objetos grandes, afilados o tóxicos (pila botón), esta última requiere su extracción urgente debido a las lesiones que pueden causar la muerte.

Presentamos el caso de un lactante que ingreso por ingestión de pila de botón de manera accidental presentando como complicación mediastinitis por fistula traqueo-esofágica.

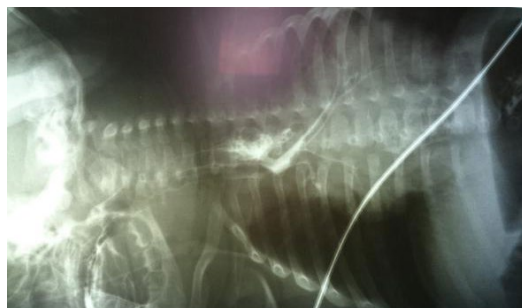
Presentación de caso: Paciente de dos meses de edad, ingresa con diagnóstico de síndrome bronco-obstructivo secundario a ingestión de cuerpo extraño (pila botón) con más de 12 horas de permanencia. Se realiza endoscopia con extracción de pila botón sulfatada sin pérdida de solución de continuidad, esofagograma sin evidencia de fístula, posteriormente presenta descompensación hemodinámica ingresando a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica con requerimiento de ventilación mecánica e inotrópicos, presenta nueva descompensación hemodinámica sospechando mediastinitis, confirmado por esofagograma: fístula traqueo-esofágica a 3 cm de la carina traqueal. Paciente con evolución tórpida, se realiza cierre quirúrgico de fístula, se retira asistencia mecánica, colocación de gastrostomía, egreso hospitalario y control ambulatorio.

Discusión: La pila botón libera su contenido y puede causar intoxicación cáustica. El manejo recomienda: no inducir vómitos, ayuno, líquidos parenterales.

Una radiografía inicial es necesaria, la endoscopia es la mejor herramienta para observar la intensidad del daño. Las complicaciones son fístulas traqueo-esofágicas, la más fatal es la fistulización. Se debe determinar duración de la observación, reposo esofágico y la necesidad de imágenes sobre la base de la gravedad de la lesión y la ubicación.

Conclusión: Ingestiones graves y fatales de la pila botón ocurren con frecuencia, el mecanismo de producción son: derramamiento del corrosivo, absorción de sustancias tóxicas, necrosis por presión y quemadura. En el caso de la fístula traqueo-esofágica, se genera el daño que intercomunica a la tráquea con la vía digestiva.

Los profesionales deben tener en cuenta el diagnóstico, retirar inmediatamente porque lesiones graves pueden ocurrir en sólo 2 horas y anticipar complicaciones. Intensificar en la prevención primaria.



0219 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ASOCIADA A TROMBOSIS DE VENAS SUPRAHEPATICAS EN CONTEXTO DE EMBARAZO: EL DESAFIO DE ENCONTRAR UN EQUILIBRIO
 MA BARRIENTOS(1), D VERA(1), B ANABEL(1), E DE LORENZO(1), L MILEI(1), R PANTANO(1)
 (1) Naval Pedro Mallo.

Introducción: Se reporta el caso de una embarazada que presenta hemorragia digestiva alta como manifestación de hipertensión portal con hallazgo de trombosis venosa suprahepática y esplénica.

Caso clínico: Mujer de 33 años embarazada de 24 semanas, presenta varices esofágicas evidenciadas en endoscopia, se realiza banding. A pesar de ello presentó dos episodios de hemorragia digestiva, el último con descompensación hemodinámica por lo que requiere colocación de sonda de Sengstaken-Blakemor. Se realiza endoscopia que muestra varices sangrantes se decide aplicar tratamiento esclerosante. Presenta por doppler venoso trombosis en venas suprahepáticas y vena porta.

Requiere tratamiento de anticoagulación por la trombosis portal lo que conlleva a hipertensión y riesgo aumentado de sangrado varicial, se decide realizar estudio angiográfico para intentar tromboaspiración o colocación de stent para de esta manera disminuir la presión en las varices esofágicas.

Se realiza shunt portosistémico intrahepático trasjugular, el control angiográfico muestra trombo en el stent por lo que se tromboaspira lográndose buen flujo.

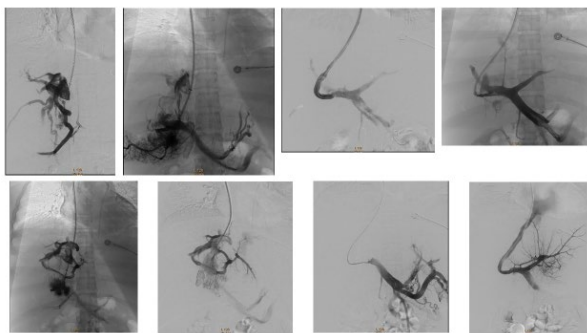
Recibe anticoagulación con enoxaparina y clopidogrel.

En la semana 37 se procede a cesárea; nace feto femenino vivo; ambas en buen estado general sin complicaciones.

Se otorgó alta hospitalaria, continuó anticoagulada con warfarina y clopidogrel; luego de 9 meses fue estudiada por hematología hallándose déficit de proteína S; se interpreta el resultado como posible causa de trastorno hematológico.

Discusión: Se nos plantean varios desafíos, por un lado el manejo de la hemorragia digestiva varicial en el embarazo, el estado de hipervolemia propio de la gravidez que podría asociarse con aumento de la presión en el sistema portal, y la alteración de los factores de coagulación inherente al embarazo como posible causa de la trombosis del sistema venoso espleno portal; el requerimiento de anticoagulación y al mismo tiempo la necesidad de resolución de las varices esofágicas para disminuir el riesgo de sangrado digestivo.

Conclusión: La mortalidad materna representa un buen indicador de la calidad asistencial. Fomentamos la aproximación multidisciplinaria, que permita una actuación rápida y secuencial, y que evite omisiones o errores de estrategias que podrían ocurrir en una situación desafortunada como es la de la hemorragia en el embarazo.



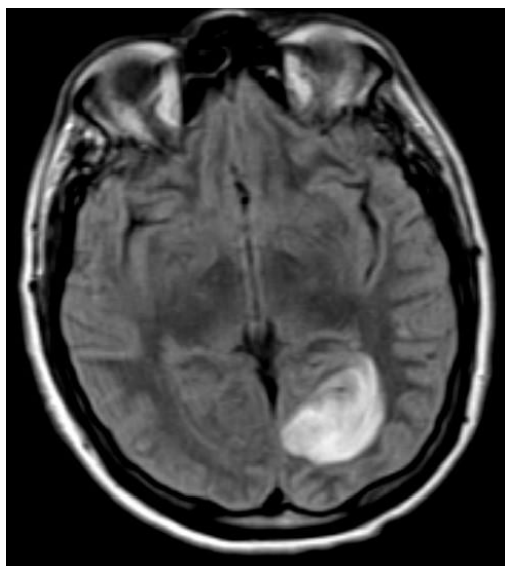
0220 AMEBIASIS CEREBRAL: PRESENTACION DE CASO DE UN PACIENTE URIONDO DEL CHACO SALTEÑO
 CJ ARCE PAREDES(1), E GARCIA, F RASSI, M ENGEL
 (1) Instituto Cenesa.

Introducción: La infección cerebral por amebas de vida libre constituye un evento inusual. *Naegleria fowleri* es la causa de meningitis amebiana primaria, mientras que *Acanthamoeba* sp, *Balamuthia mandrillaris* y *Sappina diploidea* son responsables de meningoencefalitis amebiana granulomatosa. La ACP se puede presentar en individuos inmunocompetentes, tiene un curso agudo, rápidamente desarrolla meningoencefalitis y muerte en poco tiempo. Las amebas de vida libre viven en el suelo y en agua estancada con temperatura cálida, ingresan al organismo a través de la piel en la región nasal, alcanzan el neuroepitelio olfatorio, el bulbo olfatorio, parénquima y corteza cerebral.

Resumen: Paciente masculino de 36 años de edad inmunocompetente proveniente de Santa Victoria Oeste, provincia de Salta, sin antecedentes patológicos personales que trabaja con animales de granja. Consulta por cefalea intensa, con RM de cerebro con contraste que presenta LOE de 26 x 44mm, de contornos irregulares sin realce de contraste, en región temporo-occipital izquierda, sospecha de proceso neoplásico vs inflamatorio infeccioso, se solicita serología en búsqueda de inmunosupresión, toma muestra de punción, inicia tratamiento con Metronidazol y Ceftriaxona, neurocirugía realiza toma de biopsia por punción. Paciente evoluciona con fiebre depresión del sensorio, desorientación temporoespacial, y foco motor contralateral a la lesión, TC y RM con edema cerebral, desviación de la línea media, mayor efecto de masa, ingresa a sala de UTI, colagenograma, serología HIV y hepatitis con resultado negativo. Se realiza tratamiento médico, medidas anti edema cerebral, se rota esquema antimicrobiano a Meropenem + Vancomicina + Trimetoprim/Sulfametoxazol + Aciclovir + Anfotericina. Se recibe virológico, Ziehl Neelsen y tinta china negativos. Anatomía patológica de biopsia de cerebro determinó el hallazgo de amebas. Paciente presenta mayor deterioro neurológico con requerimientos de ARM, sepsis con FMO, con Hipertensión endocraneana y óbito a los 15 días de inicio de sintomatología.

Conclusión: Las infecciones por amebas de vida libre constituyen una de las infecciones oportunistas emergentes, a pesar de la frecuencia baja, es fundamental la sospecha clínica y pesquisa anatómica.





0221 ULTRASONOGRAFIA CRITICA, UNA HERRAMIENTA DE CAMBIO: NEUMOTÓRAX DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFÍA PULMONAR, REPORTE DE CASOS

C FERREYRA(1), C FERREYRA(2), L MACHUCA(2), ML BUEMO(2), D CARRANZA(2), P TABORDA(2), M GARCIA(2), A QUINTEROS(2), J FERNANDEZ(2), J CELIA(2), J ORTEGA(2), S ROJAS(2), S CARRIZO(2), N BONETTO(2), M RUIZ
(1) Regional Victor Sanguinetti. (2) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Victor Sanguinetti.

Introducción: La ecografía pulmonar representa una técnica emergente, en la última década ha demostrado su utilidad en el manejo agudo de patologías pulmonares. La ecografía pulmonar a la cabecera del paciente, "point of care", como herramienta diagnóstica ha cambiado el paradigma tradicional en nuestra unidad de cuidados intensivos. Una de sus principales aplicaciones es el diagnóstico de neumotórax.

Presentación de caso: Paciente masculino de 63 años con antecedentes de EPOC, insuficiencia cardíaca con afectación de cavidades derechas, cursando internación por shock cardiogénico, presenta 4 horas después de toracocentesis con drenaje de líquido pleural, disnea súbita, aumento del trabajo respiratorio y shock con aumento de dosis de vasoactivos. Se procede a intubación orotraqueal y conexión a asistencia ventilatoria mecánica. Se realiza ecografía pulmonar, observando, en modo bidimensional, ausencia de deslizamiento pleural y de líneas B, sin encontrar el signo del punto pulmonar. En modo M, detectan "signo código de barras". Se coloca drenaje pleural, se realiza ecografía de control y se observa expansión pulmonar y mejoría del estado clínico del paciente. Este caso clínico es el 6° caso de diagnóstico de neumotorax por método ecográfico en el último año. En pacientes estables hemodinámicamente se corroboró con tomografía. Solo hubo un caso falso positivo, una paciente con secuela pleuro-pulmonar.

Discusión: El entrenamiento en ecografía pleuro-pulmonar nos permitió realizar el diagnóstico de la etiología de la insuficiencia respiratoria sin esperar la confirmación por radiología convencional. La ecografía pulmonar, el signo del punto pulmonar, y la ausencia de líneas B poseen una sensibilidad del 100%, 66%, 97% y una especificidad del 91%, 100% y 97% respectivamente. En contraste, la radiografía de tórax tiene una sensibilidad del 36%. El reporte de este y otros casos, están generando un cambio de paradigma respecto del uso de la ultrasonografía pulmonar.

Conclusión: La utilización de la ultrasonografía, permitió obtener una imagen dinámica del pulmón a la cabecera del paciente, ob-

teniendo una rápida intervención diagnóstica terapéutica. El algoritmo diagnóstico de neumotórax en nuestra unidad, se modificó, incluyendo a la ultrasonografía como herramienta principal en estos casos.

0222 PSICOSIS REVERSIBLE EPILEPTICA, COMPLICADO CON SINDROME NEUROLEPTICO. A PROPOSITO DE UN CASO

Y FERNANDEZ(1), J ARROYO(1), L CASTRO(1), K GUEVARA(1), C SALGUERO(1)
(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: Los síntomas psicóticos son una expresión poco frecuente de estatus epiléptico, entre el 0,7 y 7% de los casos y cuando se aparece representa un verdadero desafío diagnóstico.

El síndrome neuroléptico maligno ocurre en el 0.2% de los pacientes tratados con neurolépticos constituye la complicación farmacológica más severa, presenta una mortalidad del 13 al 38%.

Caso clínico: Masculino de 22 años sin antecedentes conocidos, se presenta a la consulta, por cuadro de alucinaciones auditivas, delirios persecutorios y excitación psicomotriz, asociado a cefalea retro-auricular izquierda, recibe tratamientos con 50 mg de clorpromazina, 10 mg de diazepam, sin respuesta terapéutica, en una guardia de emergencias, el cuadro se interpreta como brote psicótico, por lo que es derivado a guardia de psiquiatría donde se realiza, 50 mg de clorpromazina, más 50 mg de haloperidol decanoato, 24 hs posteriores el paciente presenta, hipertermia de 40°C, sialorrea, y diaforesis, con taquicardia de 140 lpm, por lo que traslada a Unidad de Cuidados Críticos (UCI), rigidez generalizada en rueda dentada, y movimientos oculares lentos tipo nistagmus global, se realiza RNM de cerebro normal, laboratorio: GB: 16.2007mm³ Hb 13.7% Hto 41.3 mg/dl, plaq 267000/mm³, CPK: 852 U/l hepatograma normal; presentado a las 48hs movimientos tónico clónicos generalizados, con necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, se realiza EEG con evidencia de estatus epiléptico, ante la sospecha de encefalitis se realiza PL: recuento celular de 3 leucocitos por campo, Glucorraquia de 78 mg/dl, (Plasma: 92 Mg/dl) Proteínas totales de 25 mg%, se inicia tratamiento con benzodiazepinas y Fenitoína, con alteración de las enzimas hepáticas a las 72 hs se rota esquema anticomicial a Levetiracetam, al no contar con Dantrolene para tratamiento específico de síndrome neuroléptico se realiza tratamiento con biperideno, cursó 45 días de internación en UCI con buena evolución clínica.

Conclusión: La presentación con psicosis de un estatus epiléptico, representa un verdadero desafío diagnóstico, ya que clínicamente es indistinguible de un brote psicótico psiquiátrico y dado que ambos procesos tienen un tratamiento muy diferente, se debe descartar causa neurológica de este síndrome antes de realizar tratamientos, además de estandarizar el uso de EEG en la urgencia neurológica.

0224 ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE SEDACIÓN PROFUNDA TEMPRANA Y MORTALIDAD EN PACIENTES ADULTOS RECIBIENDO VENTILACIÓN MECÁNICA

A GOLDBERG(1), T POLITI(1), G AVACA(1), M BOSSO(1), A GARCÍA(1), G GARCÍA(1), F GHELLINAZA(1), ML GIMENEZ(1), P GIMENEZ(1), K MIRALLES(1), G NAHMÍAS(1), M OJEDA(1), E STEIMBERG(1), N TIRIBELLI(1), S FREDDES(1), A SANTA MARÍA(1), M BERTÉ(1), A PALAZZO(1), D NOVAL(1), N SEGUERA(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio Trinidad Mitre.

Introducción: Diversos trabajos han demostrado el impacto que tiene en la evolución de los pacientes el manejo inicial de la sedación. Sin embargo, sigue siendo frecuente la indicación de sedación profunda al inicio de la ventilación mecánica.

El objetivo del presente trabajo es analizar la asociación entre el uso temprano de sedación profunda y la mortalidad en la UCI de los pacientes adultos que reciben ventilación mecánica (VM).

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo sobre los datos de los pacientes adultos sometidos a VM en una UCI privada, médico-quirúrgica, docente de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con VM mayor a 12 hs. Se excluyeron los pacientes que iniciaron VM por PCR o por coma, pacientes con sedación paliativa, pacientes con VM mayor a 28 días y quienes tenían registros incompletos.

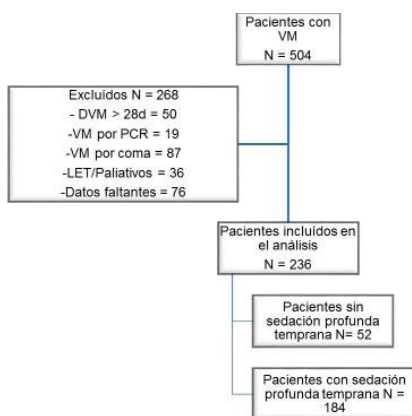
Las características poblacionales se analizaron mediante estadística descriptiva. Para el análisis del desenlace primario se realizó una regresión logística multivariada. Se consideró como límite de significancia una $p=0,05$.

Resultados: 504 pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva entre enero de 2015 y diciembre de 2016, de los cuales se excluyeron 268, habiendo sido analizados los datos de 236 pacientes. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el uso de sedación profunda temprana y la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos, utilizando un modelo univariado (OR 7.17; $p = 0.008$; CI95% 1.67 a 30.72) y en el análisis multivariado ajustado por edad, SAPSII y motivo de ventilación mecánica (OR 5.26; $p = 0.028$; CI95% 1.20 a 23.046).

Conclusión: En el presente trabajo se encontró una asociación significativa entre el uso de sedación profunda durante las primeras 12 a 24 hs de VM y un aumento en la mortalidad.

VARIABLE	Población general	NoSP	SP0	P
Sexo femenino (N, %)	110 (46.6%)	31 (59.6%)	79 (43.9%)	0,0332
Edad (Media \pm SD)	62 \pm 17	59 \pm 18	62 \pm 17	0,2140
SAPSII (Media \pm SD)	43.8 \pm 19.4	37 \pm 17	46 \pm 20	0,0021
CausaVM				
Sepsis (N, %)	94 (39.8%)	10 (19.2%)	84 (45.6%)	0,000#
POP (N, %)	84 (35.6%)	28 (53.8%)	56 (30.4%)	
Otras (N, %)	58 (24.6%)	14 (27%)	44 (24%)	0,240#
DVM _t (Mediana, RIC)	5(2-8)	2 (1-5)	6 (3-9)	0,0000
Liberado VM (N, %)	191 (80.9%)	47 (90.3%)	144 (78.2%)	0,0494
TQT (N, %)	39 (16.5%)	5 (9.6%)	34 (18.4%)	0,1287
Mortalidad UCI (N, %)	43 (18.2%)	2 (3.84%)	41 (22.2%)	0,0024
LOS UCI (Mediana, RIC)	12 (7-22)	10 (6-19)	13 (8-23)	0,2787
Shock (N, %)	171 (72.4%)	21 (40.3%)	150 (81.5%)	0,0000
Días Shock (Mediana, RIC)	3 (1-4)	2 (1-3)	3 (1-5)	0,1176
Delirium (N, %)	167(70.7%)	25 (48%)	142 (77.1%)	0,0000
Días delirium (Mediana, RIC)	2 (1-4)	2 (1-2)	2 (1-5)	0,0301

Tabla 2. Características de la población general y los grupos estudiados. **Referencias:** NoSP: pacientes que no tuvieron sedación profunda dentro de las primeras 24 hs. SP0: Pacientes que tuvieron sedación profunda temprana. SD: desvío estándar. VM: Ventilación mecánica. DVM_t: días totales de ventilación mecánica. RIC: rango intercuartílico. TQT: traqueostomizados. LOS UCI: estadía en unidad de cuidados intensivos. * Valor de p entre SP0 y NoSP para significancia en 0.05. Las variables continuas de distribución normal fueron evaluadas con test de Student, las de distribución no normal con el test de U de Mann Whitney. Las variables categóricas fueron evaluadas con test de chi cuadrado. # Regresión logística usando como variable indicador la causa postquirúrgica.



0225 PERFORACION DUODENAL EN UN LACTANTE. REPORTE DE UN CASO

A COSTAS(1), VD CELLER MENDOZA(1), MA FRANCAVILLA(1), P NEIRA(1), C BERRONDO(1), M GAREA(1), R POTERALA(1)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: La perforación duodenal es un evento raro en pediatría, en general es debido a traumatismo abdominal o a úlcera.

La perforación espontánea es excepcional y el diagnóstico es en general tardío.

Presentación del caso: Paciente de 6 meses, sin antecedentes patológicos relevantes, que ingresa a la guardia del hospital por fiebre persistente de 10 días de evolución, distensión abdominal y deposiciones desligadas en las 24 horas previas. Se lo valora séptico, se expande a 60ml/kg, se realizan HMCx2, urocultivo y punción lumbar por presentar sensorio alterado. El servicio de cirugía general interpreta el cuadro como abdomen agudo médico. Pasa a terapia intensiva para monitoreo. Paciente ingresa eucárdico, eupneico, reactivo, con abdomen tenso, ruidos hidroaéreos presentes y deposiciones desligadas escasas. Radiografía de tórax normal y radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos. En la ecografía se observa imagen de paredes finas con contenido líquido particulado de 57mm x 25mm, sin movilidad, en hipocondrio derecho. Se realiza tomografía donde se evidencia abundante líquido ascítico e imagen quística debajo del reborde hepático. Se decide exploración quirúrgica evidenciándose abundante líquido purulento, plastrón/colección a nivel del píloro, y perforación de la segunda parte del duodeno, se realiza cierre de la misma y doble exclusión pilórica con anastomosis latero-lateral gastro-yeyunal. En post operatorio inmediato el paciente permanece en asistencia respiratoria mecánica por 72 horas sin complicaciones. Inotrópicos por 24 horas. Recibe antibióticos cubriendo foco abdominal. Cultivos negativos. A los 7 días egresa con buena evolución.

Discusión: La perforación duodenal en el lactante es una entidad sumamente rara. En este caso resultó de difícil diagnóstico presentando una clínica insidiosa debido a encontrarse aplastrada. Hay muy pocos reportes de perforaciones duodenales en lactantes con disímiles sintomatologías, lo que hace importante el conocimiento de esta entidad para poder sospecharla.

Conclusión: Es una enfermedad muy rara y grave que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico oportuno.

0227 DENGUE GRAVE CON MANIFESTACIONES INUSUALES EN INMUNOCOMPETENTE

D ZULUAGA(1), A RUIZ(1), C LARROSA(1), F PALIZAS(1)
(1) Clínica Santa Isabel.

Introducción: El 40% de la población mundial presenta riesgo de contraer la infección por el virus del dengue con posibilidad de presentar formas graves de la enfermedad. Cincuenta millones de personas adquieren dicha infección por año de las cuales 500.000 presentan dengue grave y un 2,5% fallecen.

El dengue grave puede presentarse con manifestaciones inusuales en un 20%, con encefalitis, miocarditis y hepatitis. La identificación precoz de los signos de alarma y la intervención médica temprana reducen las tasas de mortalidad.

Resumen: Paciente mujer de 20 años, Consultó por cuadro de 4 días de evolución de fiebre 39°, astenia, dolor retroocular, cefalea, mialgias y artralgias con episodios de hematemesis a las 24 horas del ingreso a la UTI. En el laboratorio: leucopenia, plaquetopenia, elevación de transaminasas y LDH. La veda informa gastropatía hemorrágica Evolucionó a las 48 horas de internación con derrame pleural bilateral e hipoxemia refractaria, requiriendo ARM y un ciclo de decúbito prono, inestabilidad hemodinámica, se interpretándose shock secundario a dengue grave con insuficiencia renal aguda (IRA), rabdiomiólisis y deterioro cognitivo.

El Ag NS1 (Elisa) y la IGM para dengue fueron positivos.

La tomografía mostró derrame pleural bilateral, líquido perihepático y esplénico secundario a leak capilar.

El motivo de presentación del caso es reportar la evolución favorable de dengue grave en una paciente joven y sin comorbilidades, teniendo en cuenta la alta mortalidad de esta patología.

Discusión: La paciente Evolucionó con criterios de dengue grave: extravasación de plasma con shock hipovolémico, distress respiratorio, IRA, persistencia de hematemesis y afectación de otros órganos (hepatitis, encefalitis). Las manifestaciones inusuales de esta infección

constituyen varios diagnósticos diferenciales con otras patologías con compromiso sistémico. La IgM y Ag NS1 permitieron arribar al diagnóstico de certeza.

Conclusión: La infección por el virus del Dengue presenta una evolución dinámica y en pocas horas puede progresar a formas graves. Las manifestaciones inusuales deben ser detectadas precozmente para instaurar las medidas terapéuticas apropiadas.

0228 TROMBOLISIS DE STROKE AGUDO EN PACIENTE GESTANTE

D ZULUAGA(1), A RUIZ(1), C LARROSA(1), B DORFMAN(1)
(1) Clínica Santa Isabel.

Introducción: El stroke en el embarazo no es una patología común, una vez instaurada sugiere potencial riesgo de morbi-mortalidad. **Presentación del caso:** Paciente mujer de 43 años con antecedentes de trombosis venosa profunda a los 25 años, cursando embarazo de 11 semanas, ingresa por cuadro clínico de dos horas y media de evolución caracterizado por hemiplejía facial-braquial-crural derecha con afasia de expresión, NIH 13. Se inicia tratamiento con rt-PA, sin complicaciones.

Se realiza RMN de encéfalo donde se evidencia a nivel cortico-subcortical en región fronto temporal, insular y parietal izquierdo imagen compatible con evento vascular isquémico en fase subaguda. Paciente con sospecha de enfermedad trombofilia, se solicita perfil protrombotico obteniendo resultado positivo para mutación del gen 20210.

Paciente evoluciona gradualmente con mejoría del foco inicial, presentando disartría leve secular, se realizó monitoreo fetal sin alteraciones. Se externa de la unidad de terapia intensiva a los 12 días del ingreso. indicaciones al egreso con heparina de bajo peso molecular, aspirina y seguimiento por neurología y hematología.

Discusión: La realización de trombolisis en stroke agudo en pacientes embarazadas es un criterio de exclusión. Se realizó la búsqueda de casos similares hallando en la bibliografía reportes de casos.

El stroke durante el embarazo es una patología infrecuente, pero cuando se presenta puede estar asociado a causas como diabetes, hipertensión, disección aórtica, síndrome antifosfolipidico, trombofilias o cardiopatías.

Conclusión: Presentamos un caso aislado de stroke isquémico en paciente embarazada en primer trimestre, a la cual se realizó tratamiento con fibrinolíticos, sin complicaciones maternas ni fetales.

0230 EVALUACION DEL FLUJO DE PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

J SAGARDIA(1), D DRAGO(1), D BIENZOBAS(1), E ROMERO(1), F LOIACONO(1), R RUIZ(1), S PUTRUELE(1), O PERALTA(1), L BUSSOT(1), S BACIGALUPO(1), D PEZZOLA(1)
(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Objetivos: 1-Evaluar el flujo de pacientes críticos (pc) desde el servicio de urgencia (SU) a UCI, 2-Determinar en qué etapas del proceso de gestión de camas hay problemas de flujo. 3- Analizar el comportamiento de las líneas de espera utilizando la Teoría de Colas.

Métodos: Estudio Descriptivo, de diseño Transversal. Sin intervención.

Resultados: 1015 pacientes ingresaron al SR: 232 pc fueron a UCI con un promedio de espera de 20 h y 45 min. El 79% (183 pc) tuvieron un ingreso NORMAL SR→UCI mientras que el 21% restante (49 pc), que estaban en sala o en quirófano, fueron trasladados al SR o Recuperación anestésica antes de su ingreso a UCI (Gráfico 1). Altas de UCI: el tiempo de salida de la unidad en minutos fue 240. No hubo diferencias al comparar pc con cama libre vs los pc que esperaban la liberación de la cama por altas de sala (p=0.06). El tiempo de salida de los óbitos fue de 240 minutos.

Teoría de Líneas de espera (Gráfico 2). El porcentaje de saturación de cada uno de los 26 canales (camas) fue del 91%. El largo prome-

dio de la cola de 5,5 pc. La probabilidad de que a la llegada de un nuevo pc no hubiese camas disponibles en UCI fue de un 54,4%.

El tiempo promedio de espera CALCULADO para llegar a la UCI tanto en guardia como en piso o en la sala de recuperación anestésica fue 2 días y 18 horas, significativamente mayor que el real, mostrando que existe una gestión-presión para lograr un pronto ingreso a UCI.

Conclusiones: El principal CUELLO DE BOTELLA se genera en el SU. El retraso en el egreso de los pacientes (UCI/Sala), y número insuficiente de camas constituyeron las principales causas del fenómeno. En la UCI existen dos situaciones en las que se demuestra la necesidad de mejora del proceso de EGRESO: Altas y Traslado de Óbitos. La reducción de los retrasos y homogeneización del flujo depende de la evaluación y mejora del mismo a través del diseño de procesos de alta y egresos, e involucra a todo el hospital.

Gráfico N° 1: Comportamientos de los ingresos desde el SR a la UCI.

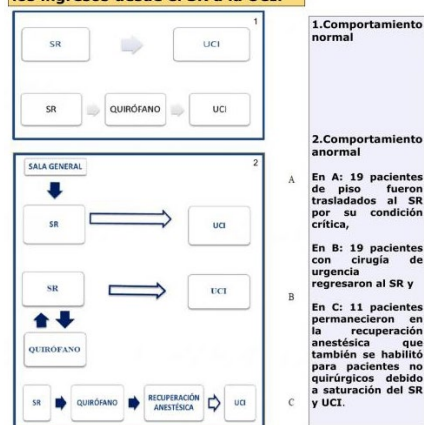


Gráfico 2: Teoría de colas para 26 camas de UCI versus 30 y 34.

UCI	RESULTADOS		
	M/M/26	M/M/30	M/M/34
Tasa de llegada de clientes por día	2,0244	2,0244	2,0244
Tasa de servicio por día	0,0855	0,0855	0,0855
Tasa de llegada efectiva por día	2,0244	2,0244	2,0244
Tasa de servicio efectiva por día	2,0244	2,0244	2,0244
Utilización global del sistema	91,09%	78,95%	69,66%
Promedio de número de cliente en el sistema	29,2600	34,2583	23,7568
Promedio de número de cliente en la cola	5,5745	0,5728	0,0713
Promedio de número de cliente en la sala	10,2335	3,7510	2,2963
Tiempo promedio que los clientes pasan en el sistema	14,4537 días	11,9830 días	11,7852 días
Tiempo promedio que los clientes pasan en la sala	2,7537 días	0,2829 días	0,0352 días
Tiempo promedio que los clientes pasan en la sala mientras el sistema está ocupado	5,0551 días	1,8529 días	1,1343 días
Probabilidad de que todos los servidores estén inactivos	0%	0%	0%
Probabilidad de que el cliente espere o que el sistema este ocupado.	54,4727%	15,2703%	3,1040%

0232 ABSCESO HEPATICO: PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

AI ACOSTA RODRIGUEZ(1), V CEJAS(1), A DEL MORAL(1), A PANETTA(1), C CAMPOS(1), A MORALES(1), G MENDIVIL(1), S PAEZ(1), D MAZCISONEK(1), J AKERMAN(1), L MELETA(1), E ROMBOLA(1), G BASUALDO(1)

(1) Clínica Privada Eri.

Introducción: El Absceso Hepático (AH) es una colección (©) de pus rodeado de cápsula fibrosa. Se divide en: piógenos (AHP), amebianos (AHA) y micóticos (AHM). Es infrecuente en países desarrollados (8:100.000), y en persona joven e inmunocompetente (PJI). La localización(L): lóbulo derecho del hígado (LDH) 60% y 15% en el

lóbulo izquierdo (LIH),únicos o múltiples (U O M).El diagnóstico (DX) y tratamiento (TTO) antibiótico (ATB) y quirúrgico (CX),debe ser temprano, debido a la alta morbilidad (MM) en países subdesarrollados, con escasas publicaciones en nuestro medio.

Caso clínico: PJI de 19 años ingresa el 29/12/2016 con síndrome febril (38°C),FC 100 lpm,FR 20 rpm,TA 90/50mmHg,SO₂ 98%,deshidratación moderada-severa y diarrea de 3 semanas de evolución, acompañada de malestar general y pérdida de peso, sin APP, con consultas previas con TTO: ciprofloxacina (CIP). Examen físico (dolor en hipocondrio derecho). CTA INICIAL: expansión con cristaloideos, antitérmicos y ATB (CIP y metronidazol). LABORATORIO (LAB). ECO. ABD. (EA): © inhomogénea LDH. El día 31/12/2017 paciente febril, con inestabilidad hemodinámica. Se solicita nueva EA Y TAC DE ABD. Se realiza drenaje CX de AH, rotando ATB (Impipenem). CUL-TIVO: del AH (-). Cumple ATB por 32 días. Evolución favorable y seguimiento a 60 días sin complicaciones.

Discusión: El AHP, con clínica inicial: fiebre, dolor en HD, pérdida de peso, escalofríos, hepatomegalia, hipersensibilidad a la palpación en hígado, como en el caso clínico. TTO ATB ambulatorio, con DX presuntivo de una gastroenteritis invasiva (GEAI), la cual se consideró el origen del AH en este caso. La mitad de los casos presentan hemocultivos (+). Hasta en un 25% no se identifica la fuente. En el AH, se recomienda DX temprano y TTO oportuno: ATB (2-4 semanas), y el uso de DP, en relación a la CC, debido a la elevada MM y riesgo de C.

Conclusión: AHP es infrecuente, en PJI, lactantes y niños. El AHP se da H de 30 a 60 años.La L: LDH (60%) y, <15% en el LIH, U O M. En el 25% aprox. no se descubre la causa de infección. Es esencial DX temprano, para poder determinar si el TTO es médico y/o CX, reduciendo así, la MM.



0233 ESPACIO MUERTO DE BOHR Y PRESIÓN TRANSPULMONAR A DISTINTOS NIVELES DE PEEP EN UN MODELO ANIMAL DE SINDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

E GOGNIAT(1), J DIANTI(1), I FERNANDEZ(1), M CEBALLOS(2), M MADORNO(3), N ROUX(1), N VERDIER(2), P OTERO(2), A MIDLEY(1), P RODRÍGUEZ(4), G TUSMAN(5), E SAN ROMÁN(1), S GIANNASI(1)

(1) Hospital Italiano De Bs As. (2) Facultad De Ciencias Veterinarias. Uba. (3) Instituto Tecnológico Bs As. (4) Cemic. (5) Hospital Privado De Comunidad.

Introducción: Niveles moderados a altos de PEEP son habitualmente utilizados durante la ventilación mecánica en pacientes con distrés respiratorio agudo (SDRA). Los cambios que produce PEEP en el espacio muerto y su relación con la presión transpulmonar no ha sido descripta hasta la actualidad.

Objetivo: Describir la relación entre el espacio muerto (Vd/Vt) de Bohr y la presión transpulmonar (PTP), a diferentes niveles de PEEP en un modelo animal de SDRA hecho en cerdos mediante lavado de surfactante.

Materiales y métodos: Las relaciones entre variables se evaluaron con modelos de efecto mixto con predictores de efecto fijo polinómicos de segundo grado para evaluar la presencia de relaciones no lineales. Se utilizó cada animal como variable de efecto aleatorio. Se incluyeron 10 cerdos.

Resultados: En condición basal se observaron los siguientes parámetros: PaFiO₂=129.75±72.57 mmHg, pH=7.2±0.06, PaCO₂=64.7±11.1 mmHg, presión meseta=31.46±4.37 cmH₂O, compliance=14.55±5.78 ml/cmH₂O. La figura 1 ilustra la relación entre las PTP y la PEEP aplicada durante las maniobras, se observa un incremento no lineal de la inspiratoria, fundamentalmente por encima de los 20 cmH₂O (P=9.351×10⁻⁴ y P=7.985×10⁻⁷ para términos lineal y cuadráticos en regresión). Al evaluar el efecto de variar PEEP sobre el Vd/Vt y sus componentes (figura 2) en función de la PTP espiratoria se observa que la medición total muestra un incremento no lineal con la PTP espiratoria (P=4.003×10⁻¹⁴ y P=6.417×10⁻⁵ para los coeficientes lineal y cuadrático). El componente alveolar presenta también una relación no lineal (P=0.001734 y P=0.004776 para ambos coeficientes). Los valores 1 y 2 muestran los mínimos locales de las funciones definidas por la regresión. Conclusión: Niveles incrementales de PTP espiratoria por encima de un punto crítico inducen aumentos en Vd/Vt alveolar. Esto sería consecuencia del aumento en la relación ventilación/perfusión. La mecánica transpulmonar indicaría sobre-distensión con valores más altos (≥20cmH₂O). El Vd/Vt total no permite discriminar esto último, ya que resultó ser expresión del componente vía aérea.

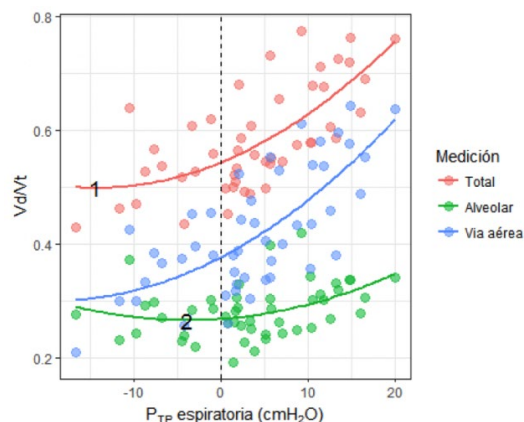


Figura 1: Relación entre Vd/Vt y la PTP con la PEEP aplicada durante la maniobra.

Resúmenes

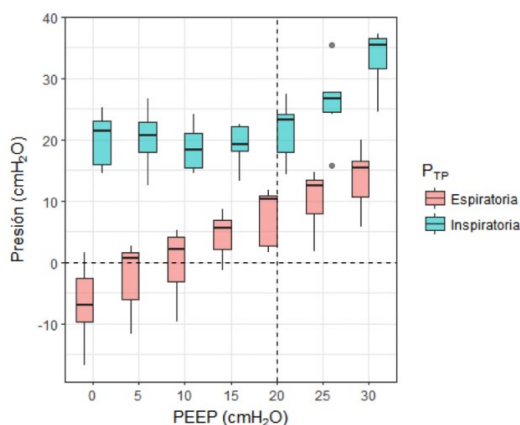


Figura 2: Relación entre Vd/Vt y sus componentes con la PTP espiratoria.

0234 USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN LACTANTES MENORES DE 2 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS

C SALGADO(1), M ZUCOTTI(1)
(1) Clínica Del Sol.

Introducción: La oxigenoterapia de alto flujo (OTAF) es una modalidad de oxigenoterapia cuyo uso ha incrementado recientemente como tratamiento de insuficiencia respiratoria aguda.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia con OTAF en lactantes con insuficiencia respiratoria por IRAB.

Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo en lactantes con IRAB atendidos en Clínica del Sol desde abril '16 hasta abril '17.

Criterios de inclusión: Pacientes <7,25; PCO₂ <60; desaturación <90%; no respondedores a oxigenoterapia con flujos bajos. Se excluyeron: Traqueostomizados, hemodinámicamente inestables, con pH ≤7,25 y PCO₂ >60% o depresión del sensorio. Se inició tratamiento ajustando el flujo de 8 a 10 veces el volumen minuto. Se valoró a los 60-90 min, incrementando el flujo lentamente; si tenían una disminución > 20% en la FR y FC sobre la inicial, no requerían una escalada en el apoyo respiratorio. Flujos máximos: 12 lpm en 1 año.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, el 37% presentó PCR(+) para virus respiratorio sincitial. Estuvieron internados en promedio 9 días, con 5 de OTAF. El promedio TAL de 8 al colocar. No se reportaron reacciones adversas. Cinco pacientes fracasaron, recibiendo ARM.

Conclusiones: Encontramos buena respuesta a OTAF, bajo índice de fracaso (12%). Es un método de fácil aplicación, requiere menos controles que otras estrategias, permitiendo realimentación precoz. Los pacientes requirieron pocos días de OTAF e internación y no se observó ningún efecto adverso. Se requieren más estudios para evaluar este promisorio tratamiento y sus posibles beneficios a largo plazo.

Bibliografía:

1. Pilar Orive FJ, López Fernández YM. Oxigenoterapia de alto flujo. AnPediatriContin. 2014;12(1):25-9
2. Vincent JL. High-flow oxygen cannula: a very effective method to correct severe hypoxemia. J Thorac Dis. 2015 Aug;7(8):E207-8.
3. Mikalsen IB, Davis P, Øymar K. High flow nasal cannula in children. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016 Jul 12;24:93
4. Calvano TP, Sill JM, Kemp KR, Chung KK. Use of a high-flow oxygen delivery system in a critically ill patient with dementia. Respir Care. 2008 Dec;53(12):1739-43.
5. Franklin D, Dalziel S, Schlabach LJ, Babl FE, Oakley E, Craig SS, Furryk JS, Neutze J, Sinn K, Whitty JA, Gibbons K, Fraser J, Schibler A; PARIS and PREDICT. Early high flow nasal cannula therapy in bronchiolitis, a prospective randomised control trial (protocol): A Paediatric Acute Respiratory Intervention Study (PARIS). BMC Pediatr. 2015 Nov 14;15:183.

0235 COMPARACIÓN TEMPORAL DE VARIABLES CLÍNICAS HEMODINÁMICAS Y METABÓLICAS Y SU CORRELACIÓN CON MORTALIDAD EN SHOCK SÉPTICO

A PEREZ SARRIGUREN(1), A CHENA(1), F GALIOTTI(1), F ARMENTANO(1), C PELLEGRINI(1), A MARTIN(1), JL MARENGO(1), G PAGELLA(1)
(1) Lagomaggiore.

Introducción: Los parámetros clínicos hemodinámicos y metabólicos son utilizados como metas en la reanimación en pacientes con shock séptico. Dichos parámetros incluyen el comportamiento temporal de: delta de temperatura, saturación venosa central, lactato, delta de dióxido de carbono, exceso de bases, bicarbonato y pH. La evolución de dichas variables se modifica en respuesta a la reanimación.

Objetivo: Describir la evolución de marcadores clínicos hemodinámicos y metabólicos, su comportamiento temporal y su correlación como predictores de mortalidad.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, que ingresaron a UTI con diagnóstico de shock séptico o lo desarrollaron durante su estadía, en el período julio de 2011 a marzo de 2017. Se registró edad, sexo, APACHE II, variables clínicas, hemodinámicas y metabólicas, dichas variables se midieron a la hora 0,3,6, se analizó volumen de cristaloideos, presencia de bacteriemia y estado al alta. Las variables cualitativas se expresan como frecuencia y porcentajes o proporciones, con sus respectivos Intervalos de Confianza 95%. Para su análisis se utilizó Chi cuadrado, test de Fisher. Las variables cuantitativas se expresan como medias ± desvío estándar. Su distribución fue examinada mediante test de Kolmogorov-Smirnov. Para su análisis se utilizó U de Mann-Whitney para muestras independientes y test de Friedman para medidas repetidas. Se consideró significativa estadísticamente $p \leq 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 106 pacientes en los que se registraron 108 episodios de shock séptico. El 61,7%, (66 pacientes) pertenecían al sexo femenino, con un promedio de edad de $50,4 \pm 17,9$ años. La media de APACHE II al ingreso fue de $20,31 \pm 8,58$ y la mortalidad global observada fue de 53,3%. Conclusiones: En la población estudiada puede concluirse que Dentro de las variables hemodinámicas, solo la PVC mostró cambios significativos entre los valores basales, 3 y 6 horas desde el inicio de la reanimación tanto para sobrevivientes como en fallecidos. La Temperatura a las 6 hs fue significativamente menor en los pacientes sobrevivientes. Solo los valores de pH, SatO₂, y SVO₂ mostraron diferencia significativa en el análisis univariado, al inicio, 3 o 6 horas de iniciado el tratamiento, en pacientes fallecidos.

0236 TITULACION DE PEEP DECREMENTAL Y CORRELACION ENTRE VARIABLES DE MECANICA PULMONAR E INTERCAMBIO GASEOSO

F GALIOTTI(1), JL MARENGO(1), A CHENA(1), G PAGELLA(1), A PEREZ SARRIGUREN(1), C PELLEGRINI(1), A MARTIN(1)
(1) Lagomaggiore.

Introducción: Las estrategias ventilatorias actuales en el SDRA están dirigidas a proteger el "baby lung". No es claro cuál es el mejor método para la titulación de PEEP. Siendo de suma importancia el seguimiento de variables de mecánica pulmonar e intercambio gaseoso.

Objetivos: Encontrar correlación entre diferentes variables de mecánica pulmonar e intercambio gaseoso posterior a maniobra de reclutamiento alveolar.

Material y método: Se realizó estudio prospectivo observacional descriptivo bi-variado en el cual se incluyeron 35 pacientes con SDRA, entre Marzo 2015-2017. Se utilizaron respiradores Puritan Bennett 840 guía arterial y venosa central. 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 realizó gasometría arterial y medición de mecánica respiratoria. Se

inició maniobra de reclutamiento en ventilación controlada por presión con P_i 15 F_{iO_2} 100% frecuencia respiratoria de 18 y ascenso de PEEP de 5 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 mecánica pulmonar e intercambio gaseoso hasta PEEP de 10 cmH₂O.

Resultados: Se analizaron un total de 35 pacientes que presentaron SDRA. Dentro de la población analizada se encontró que el promedio basal de complacencia presión plateau driving pressure PaO_2/FiO_2 fueron: 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. Posteriormente se correlacionaron las variables de mecánica pulmonar e intercambio gaseoso con el nivel óptimo de peep, donde se evidenció fuerte correlación entre complacencia y driving pressure obteniendo estadísticamente significativa; al relacionar intercambio gaseoso con driving pressure se observó que el nivel de $r = -0.457$ y p significativa de 0.02. Al analizar complacencia e intercambio gaseoso se obtuvo $r = 0.75$ con un valor de p significativo.

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 variables de mecánica pulmonar e intercambio gaseoso.

0237 HEMOPTISIS, CONVULSIONES Y NEUMOENCEFALO, UNA TRIADA POCO FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO

MA BARRIENTOS(1), D VERA(1), B ANABEL(1), M ALEJANDRA(1), E MARTINA(1), M HELENA(1), R GUILLERMO(1)
(1) Naval Pedro Mallo.

Introducción: Se reporta el caso de un paciente varón con episodios de convulsiones a repetición con período postictal prolongado, asociados a hemoptisis, fiebre y presencia de neumoencefalo.

Caso clínico: Paciente varón de 21 años con antecedentes de tabaquismo y hemoptisis leve de 2 meses de evolución, refiriendo en la última semana fiebre, tos y expectoración hemoptoica. Ingresó a Terapia Intensiva por convulsiones tónico-clónicas generalizadas con período postictal prolongado, presenta además paresia severa braquiocrural izquierda.

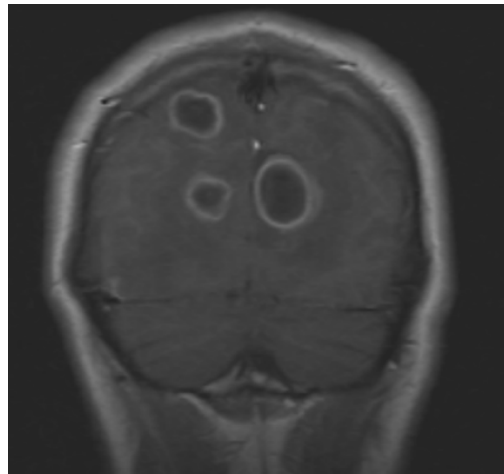
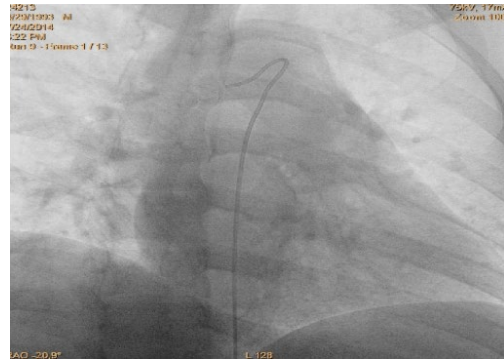
Se realiza tomografía de tórax hallándose consolidación en base pulmonar izquierda; y tomografía de encéfalo donde se evidencian múltiples imágenes aéreas en la región frontoparietal derecha. Se realiza punción lumbar con líquido cefalorraquídeo sin particularidades. Se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 gramos cada 12 horas y difenilhidantoína.

Evoluciona a las 48 horas con nuevo episodio convulsivo tras un acceso de tos por lo se realiza resonancia donde se informan imágenes aéreas en región fronto-parieto-occipital bilateral compatibles con embolias gaseosas. Ante la sospecha de fistula broncopulmonar se completan estudios con ecodoppler cardíaco con burbuja que no evidencia cortocircuito de derecha-izquierda; angiografía de vasos pulmonares sin hallazgo patológicos y angiografía de vasos bronquiales donde se comprueba la presencia de una arteria bronquial única que irriga lesiones pulmonares bibasales con fistulas de bajo flujo con desagüe en venas pulmonares, a lo que se realiza embolización selectiva con coils.

Por persistencia de fiebre se decide biopsia de lesiones cerebrales evidenciándose múltiples abscesos con desarrollo de *Clostridium symbiosum* y *Fusobacterium russi* en cultivos, por lo que recibe tratamiento antibiótico dirigido, lográndose mejoría del cuadro.

Discusión: La embolia aérea corresponde a la oclusión de un vaso sanguíneo cerebral por burbujas de aire y debe ser considerada como diagnóstico diferencial de cualquier ataque cerebrovascular. El infarto encefálico debido a una embolia aérea es una condición grave e infrecuente con elevada morbimortalidad. Las causas más frecuentes descriptas en la literatura son de origen iatrogénicas. La sospecha clínica debe ser precoz para garantizar un tratamiento oportuno.

Conclusión: Presentamos una causa infrecuente de formación de abscesos cerebrales múltiples por diseminación hematogénica durante la evolución de embolias gaseosas formadas a partir de una fistula bronco venosa.



0238 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), S TOMEZ(1), M LOMPINZANO(1), P CRISTIAN(1), N GUMIELA(1), L NAVEIRO(1), C PINO(1), R OCHOA(1), D VARELA(1), C CANESSA(1), D QUARANTA(1), S FREDES(1), N FALCON PEREZ(1), G SIBILA(1), E ARISTA(1), V NUNES(1), A PERAZZI(1), R ALVARADO(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: El sistema PiCCO es un método de monitoreo hemodinámico, que mide el GC (Gasto Cardíaco) por termo dilución transpulmonar (TDTP) y estima la precarga por medio del volumen sanguíneo intratorácico (ITBV).

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 distress respiratorio desde el 1/01/2015 hasta el 1/04/2017 que requirieron monitoreo PiCCO. Las variables registradas fueron edad, sexo, PEEP, duración de ARM, APACHE II, variación del volumen sistólico (VVS), PVC, fracción de eyección global (FEG), Índice de permeabilidad pulmonar (PVPi), Agua pulmonar extravascular (EVLW), balance, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 1572 pacientes, 44 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 %. El 60 % tenían SDRA severo y el 40 % moderado. En 34 pacientes se realizó balance hídrico negativo (BHN) la PaO₂/FiO₂ pasó de 140 (RI 106-200) a 210 (RI 164-248) mmHg ($p < 0.001$), el EVLWI descendió de 14 (11-18) a 10 (8-14) ml/kg ($p < 0.001$). En 10 pacientes se realizó balance hídrico positivo (grupo BHP), el EVLWI descendió de 11(10, 14) a 10 (8, 14) ml/kg ($p = 0.004$). Los días de ARM 4 [1-6] en los fallecidos y de 12 (10-19) en vivos, la estadía en UTI 16 [5-16] días y la mortalidad del 26 %.

Conclusión: Los únicos resultados que tuvieron correlato ($p < 0,03147$) con la mortalidad fue un IP promedio 3.5 de los fallecidos con respecto a los sobrevivientes 2.4. En el grupo BHN la PaO₂/FiO₂ pasó de 145 (RI 106-200) a 210 (RI 164-248) mmHg ($p < 0.001$), el EVLWI descendió de 14 (11-18) a 10 (8-14) ml/kg ($p < 0.001$) pero no mejoró la mortalidad.

N 44 pacientes	Balance hídrico negativo (BHN) n34	Balance hídrico positivo (BHP) n 10	p
PaO ₂ /FiO ₂ mmHg	140	210	0.001
EVLWI	14	10	0.001
PEEP (cm H ₂ O)	18	14	0.002
Plateau pressure (cm H ₂ O)	29	25	0.003
CI (L/min/m ²)	3	3.2	0.04
GEDI (ml/m ²)	856	750	0.003
SVRI (dyn × s × cm ⁻⁵ × m ²)	1700	1800	0.1
Nora drenalina	0.003 gamas	0.02 gamas	0.04
PVPI	3.9	2.5	0.001
Lactato	2	2	0.2

0239 ENTEROBACTERIAS KPC EN EL INGRESO A UTI

A FELDMAN(1), A PASQUINI(1), M LOMPINZANO(1), S TOMEZ(1), R OCHOA(1), L NAVIRO(1), D VARELA(1), N GUMIELA(1), C PINO(1), C POZO(1), P REVEL CHION(1), M MOLINA(1), C CANESSA(1), A PERAZZI(1), M GUAYMAS(1) (1) Churrua.

Introducción: La KPC es un germen multirresistente que produce colonización e infección de pacientes críticos con gran morbilidad y mortalidad.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de infección en pacientes que ingresan a UTI.

Materiales y Métodos: Pacientes ingresados a la UTI del Hospital Churrua desde 01/01/15 a 31/3/17 que tengan estancia hospitalaria mayor a 7 días. Las variables evaluadas fueron las epidemiológicas, scores de gravedad, y de resultado. Se realizó hisopados rectales al ingreso de pacientes y semanalmente en UTI. Los datos se expresan en media \pm DS, Mediana, RI, y %.

Resultados: Durante el período estudiado ingresaron 1268 pacientes con más de 7 días de estancia hospitalaria, 33 (3 %) pacientes presentaron infección al ingreso por enterobacterias KPC. Los datos epidemiológicos de los positivos y negativos se presentan en la tabla 1.

	KPC positivos	KPC negativos	p
Días de UTI	11 [5.5-27]	6 [2-7]	0.003
Edad	66 \pm 18	60 \pm 16	NS
Masculinos	10%	90%	NS
Apache II	18 \pm 7	15 \pm 6	0.01
Mortalidad	11[5.5-27]	6 [2-7]	0.003

Conclusiones: El 3% de los pacientes que ingresan a UTI tuvieron infección por enterobacterias KPC, con mayor gravedad al ingreso, más tiempo de internación y mayor mortalidad aunque este resultado no es estadísticamente significativo seguramente por una n pequeña.

0240 REANIMACION CON FLUIDOS GUIADA POR MONITOREO PICCO EN PACIENTES POST OPERATORIOS CON SHOCK SEPTICO

A FELDMAN(1), D VARELA(1), D QUARANTA(1), G SIBILA(1), L NAVIRO(1), L GRIECO(1), M MOLINA(1), N CAPELLA(1), P REVEL CHION(1), S FREDDES(1), N TIRIBELLI(1), C POZO(1), C CANESSA(1), R SANCHEZ(1), M VAZQUEZ(1), V NUNES(1), S TOMEZ(1), C PINO(1), N GUMIELA(1), R OCHOA(1), A PERAZZI(1), J YALOSKE(1), R ALVARADO(1), A MARINO(1), P CORONADO(1), C VILLARREAL(1), M DE GUARDIA(1), H MAMANI(1), D ROSSI(1), M LOMPINZANO(1), M GUAYMAS(1) (1) Churrua.

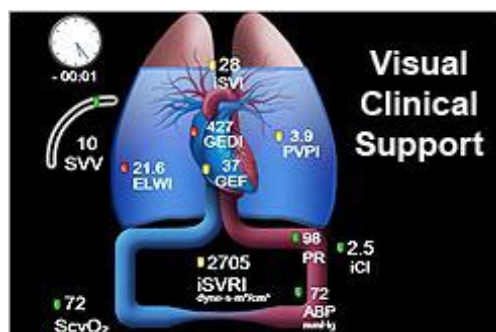
Introducción: La resucitación temprana dirigida es imprescindible para mantener la circulación del paciente con shock séptico. La falta de líquido puede causar hipoperfusión en los tejidos y la disfunción de órganos.

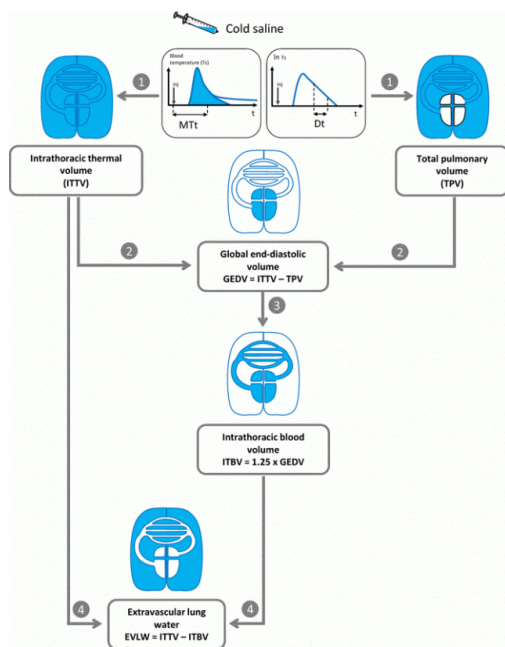
Objetivo: Medición de la precarga (volumen global telediastólico indexado, GEDI) y del (índice de agua extravascular pulmonar, EVLWI) a través del sistema de monitoreo PICCO como guía para la administración de fluidos en las primeras 48 horas de ingreso a UTI de pacientes post operatorios con shock séptico.

Material y Metodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en pacientes post operatorios ingresados a UTI con Shock séptico desde el 1/01/2014 hasta el 1/03/2017 que requirieron (ARM) por más de 24 hs. Las variables registradas fueron edad, sexo, modo ventilatorio, volumen corriente (Vt), presión positiva espiratoria final (PEEP), duración de ARM, APACHE II, motivo de ingreso, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 60 pacientes postoperatorios con Shock séptico. Se realizó reanimación con líquidos a pacientes con hipovolemia (GEDVI). El 60% hombres con una edad media de 66 ± 16 años. Presentaron Shock séptico de origen abdominal 58 pacientes (94, 11%) y 2 (5,99%) de origen torácico. De los 60 pacientes con sepsis de origen abdominal, 50 fueron por peritonitis extrahospitalaria y 10 fueron por peritonitis intrahospitalaria (fallo de sutura). Los días de ARM 7 [3-9], la estadía en UTI 14 [5-16] días y la mortalidad fue del 33%.

Conclusiones: Los pacientes con un EVLWI inicial alto (EVLWI) > 10ml/Kg se asociaron a más días de estancia hospitalaria, presentaron mayor mortalidad (33%) que los enfermos con un EVLWI inicial bajo (EVLWI) < 10ml/Kg (22%), no hallamos diferencias significativas entre ambos grupos.





0241 REDUCCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA Y DE LA PRESCRIPCIÓN APROPIADA OMITIDA DE MEDICAMENTOS MEDIANTE LA INTERVENCIÓN DEL FARMACEUTICO CLÍNICO

A FAJRELDINES(1), E SCHNITZLER(2), J INSUA(2), L DAVIDE(2), M VALERIO(2), M PELLIZZARI(2)
(1) Aleman. (2) Austral.

La prescripción inapropiada y la prescripción apropiada omitida son problemas sanitarios que deben ser analizados con enfoques sistémicos para reducir su magnitud, por otro lado originan eventos adversos y con ello re-admisiones de los pacientes ancianos que los expone a mayor morbilidad y mortalidad. El objetivo de este estudio fue evaluar la prescripción inapropiada de medicamentos (PIM) y la prescripción apropiada omitida (PPO) con las herramientas STOPP y START respectivamente, los eventos adversos a medicamentos y las re-admisiones, antes y después de la intervención del farmacéutico clínico sobre la prescripción del médico.

Material y métodos: Estudio de tipo pre post. La intervención fue la recomendación estandarizada y sistemática del farmacéutico sobre la prescripción del médico en el paciente anciano.

Resultados: Se analizaron 1262 pacientes y un total de fármacos de 16542. Se comprobó antes de la intervención, una PIM con STOPP de 48,90 al ingreso y 46,09 al egreso. Luego de la intervención los valores fueron 47,43% al ingreso y 16,72% al egreso. Con START la PPO al ingreso fue 10% y al egreso 7,65% antes de la intervención, después de la intervención los valores fueron 12,21% y 7,87% al ingreso y egreso, respectivamente. Los pacientes con EAM fueron 50,93% y 34,4%, antes y después, respectivamente. Los pacientes con error de conciliación fueron 20,15% y 5,3%, antes y después, respectivamente. Se comprobó interacción medicamentosa clínicamente relevante en un 24,38% de los pacientes y 17,36% antes y después respectivamente. Los pacientes con delirio fueron 16,71% y 5,3% antes y después, las re admisiones a la hospitalización 7,5% y 6,1 antes y después respectivamente. Las re-admisiones a emergencias fueron 12,18% y 4,66% antes y después, respectivamente. Las PIM, los EAM, el error de conciliación, la interacción medicamentosa clínicamente grave y el delirio, fueron reducidos con niveles de significación.

Conclusiones: La intervención fue positiva y lo comprobado coincide con la literatura internacional como lo consignan las revisiones de Hanlon y Hill Taylor entre otros.

0242 FACTORES BIOQUÍMICOS PREDICTORES DE MAL PROGNÓSTICO EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE NEOPLASIA GASTROINTESTINAL

A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), M OROZCO(2), K SAIBAL(1), JM VARGAS(1), A NUÑEZ(1)
(1) Cmic. (2) Cmc.

Introducción: Las cirugías por neoplasias de tubo digestivo (CNTD), presentan una alta incidencia de complicaciones graves, relacionada su aparición a la técnica quirúrgica, a la patología oncológica, reanimación intra-operatoria (RIOP) y al estado nutricional previo del paciente. Se buscara analizar en este trabajo la presencia de alteraciones bioquímicas ligadas a la nutrición y a presencia de acidosis metabólica post-operatoria (PO).

Objetivo: 1) Incidencia de complicaciones en el PO de CNTD. 2) Incidencia de las alteraciones bioquímicas específicas (ABE): hiposelenemia, prealbumina baja y acidosis metabólica, 3) Asociación de estas alteraciones respecto de complicaciones y mortalidad en estas CNTD.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo, prospectivo, realizado en una UCI polivalente, incluyendo pacientes que ingresaron en el PO CNTD, periodo año 2016. A todos los cuales se les solicitó Selenio, prealbumina y EAB al ingreso a la unidad.

Desarrollo: Durante el estudio ingresaron a UCI 500 pacientes, de los cuales 33 cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio de 52,5±14 años, en su mayoría mujeres (54,5%), Apache II 9,8±3,7, índice de comorbilidad de charlson (ICC) de 3,2±2,4. La estadía promedio en UCI fue de 13 días (min 2 max 69), días totales de internación 25,5 (min 4 máximo 267). Los diagnóstico quirúrgicos por orden de frecuencia: 1) Ca colorectal (60,6%), 2) tumor páncreas y vía biliar 15,2%, 3) otros tumores 24%. La estrategia quirúrgica fue videolaparoscópica (72,7%), requiriendo conversión a laparotomía el restante de la muestra. El tiempo quirúrgico promedio fue de 3,3±1,5hs.

La mortalidad global fue 9,1%, presentaron complicaciones el 57,6%, las complicaciones se distribuyeron de la siguiente manera: 1) Dehiscencia de sutura 36,8%, 2) Infecciones 26,3%, 3) Ilio postoperatorio 21,1% 4) hemorragia digestiva 10,5% e 5) isquemia intestinal 5,3%. La incidencia de hipo-prealbuminemia fue de 75,8%, hiposelenemia fue de 60,6% y la presencia de acidosis metabólica posoperatoria fue de 51,5%, siendo más frecuente la acidosis metabólica hipercloremica con 52,9%.

Conclusiones: Hay alta incidencia de complicaciones en este grupo de pacientes, no condicionan alta mortalidad. La mortalidad fue baja y esta se correlaciona a la esperada por el apache. La presencia de ABE fue alta, la que más se asociaba a malos resultados fue la hiposelenemia.

	COMPLICADOS (N19)	NO COMPLICADOS (N14)
Prealbumina baja	78,9% (15/19) Odds ratio: 1.5 IC 95 0,3-7,4	71,4% (10/14)
Selenio menor a 80	73,3% (14/19) Odds ratio: 3,77 IC 95 0,85-16	42,9% (6/14)
ACIDOSIS METABÓLICA	52,6% (10/19) Odds ratio: 1,1 IC 95 0,27 - 4,4	50% (7/14)

	COMPLICADO	NO COMPLICADO
EDAD	49,8±13	56±16
APACHE II	10,4±4	9±3,3
ICC	3,4±2,7	3±1,9
DIAS UTI	20±20	4,7±2,7
DIAS HTAL	37±58	9,4±4,7
HORAS CIRUGIA	3,7±1,6	2,9±1,2
ESTRATEGIA QUIRÚRGICA	Laparoscópica 68,4 Laparotomía 31,6	Laparoscópica 78,6% Laparotomía 22,4%
SELENIO	70±36	78±20
PREALBUMINA	15,6±5	15,9±6

0243 ENCUESTA SOBRE SEDACION Y ANALGESIA EN PACIENTES CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA.

P TAFFAREL(1), G BONETTO(2), F JORRO BARÓN(3), C MERGALLI(3)

(1) Pedro De Elizalde. (2) Sanatorio Allende. (3) General De Niños Pedro Elizalde.

Introducción: Los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) están expuestos a padecer dolor, estrés y ansiedad como consecuencia de su enfermedad, del tratamiento o del ambiente. La sedación y la analgesia son componentes fundamentales en su cuidado, especialmente en aquellos pacientes que requieren asistencia ventilatoria mecánica (AVM).

Objetivo: Determinar la práctica habitual en el manejo de la sedación y analgesia en los pacientes que requieren AVM en UCIPs de Argentina.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, realizado a través de encuestas con muestreo por conveniencia, enviadas por correo electrónico a 45 UCIPs de 43 Instituciones de Argentina en marzo de 2017. La frecuencia de uso de una determinada droga, se clasificó en ocasional, frecuente o siempre; si la misma fue utilizada en < del 50%, entre el 50% y el 80%, o en más del 80% de los pacientes, respectivamente.

Resultados: Se encuestaron 45 UCIPs, el 49% (21/45) de las mismas forman parte del sistema público de salud y el 33% (15/45) se encuentran en centros pediátricos o materno infantiles. La mediana de camas de las UCIPs fue de 8 (IQ: 6 – 12).

El 18% (8/45) de las UCIPs utilizan un protocolo de sedoanalgesia de seguimiento estricto, mientras que el 58% (26/45), se guían por un protocolo "tácito" producto de la automatización en la práctica. Las drogas más utilizadas son el midazolam para sedación y el fentanilo para analgesia, y su combinación la asociación más frecuente. El 31% (14/45) de las UCIPs monitorizan la sedación con escalas de valoración (Ramsay modificada y/o Comfort). Solo el 4% (2/45) de las unidades realizan interrupción diaria de sedación en forma programada. En pacientes de difícil sedación, la dexmedetomidina es la droga más utilizada como coadyuvante. El 73% (33/45) de las unidades utilizan bloqueantes neuromusculares ante indicaciones precisas, y su monitorización es clínica. El 20% (9/45) de las UCIPs cuentan con un protocolo de destete para la sedoanalgesia, siendo la morfina y el lorazepam las drogas más frecuentemente utilizadas. **Conclusión:** Existe un bajo porcentaje de protocolización en la práctica habitual del manejo de sedoanalgesia en paciente en AVM en las UCIPs encuestadas de Argentina.

0244 REPRODUCIBILIDAD DE LAS DETERMINACIONES DEL ÍNDICE DE DISTENSIBILIDAD DE LA VENA CAVA INFERIOR EN PACIENTES CRÍTICOS: EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO

WO ECHEVERRÍA MORA(1), M MUGNO(1), D BANEGAS(1), LC ALVAREZ ARISTIZABAL(1), M PIZZI(1), P RINGELMANN(1), M FURCHE(1), F BERDAGUER(1), F ZECNER(1), F MOTTA(1), PN RUBATTO BIRRI(1), A RISSO VAZQUEZ(1), A DUBIN(1), ED VALENZUELA ESPINOZA(1)

(1) Sanatorio Otamendi Miroli.

Introducción: El índice de distensibilidad de la vena cava inferior (VCI) es un método dinámico para la evaluación de la respuesta a fluidos. Sin embargo, la reproducibilidad de sus mediciones por operadores en proceso de entrenamiento, no está suficientemente estudiada.

Objetivos: Determinar la concordancia de determinaciones del índice de distensibilidad de la VCI, entre diferentes observadores, luego de una fase de entrenamiento básica y después de 6 meses de experiencia.

Material y método: Se estudiaron 45 pacientes críticos ventilados mecánicamente. Las evaluaciones de VCI se realizaron mediante

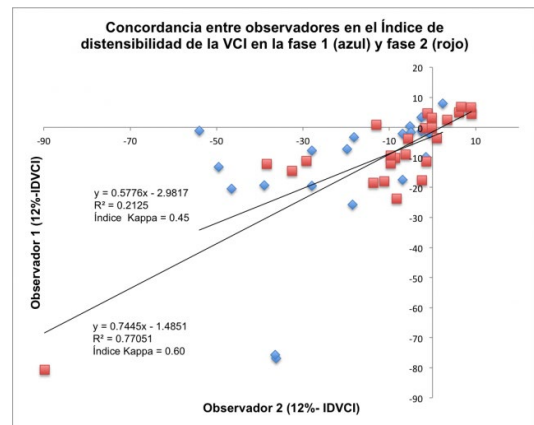
observación directa de la ventana subxifoidea ecográfica, a 1 cm distalmente a la vena suprahepática. Se utilizó el modo M para la medición de la variación del diámetro en un ciclo respiratorio. Dos diferentes observadores efectuaron mediciones de los diámetros máximo y mínimo, y el cálculo del índice de distensibilidad de la VCI. Se compararon los resultados obtenidos en dos fases del entrenamiento. La fase 1 comprendía observadores con más de 30 mediciones de experiencia y la fase 2 involucraba más de 6 meses de práctica. La concordancia entre dos observadores fue evaluada con el método de Bland y Altman, correlación intra-clase para concordancia absoluta e índice Kappa de Cohen.

Resultados: Se evaluaron 45 pacientes, 20 durante la fase 1 y 25 durante fase 2. Los límites de concordancia del 95% y la correlación intra-clase se muestran en la tabla. En el gráfico de cuatro cuadrantes se muestra la concordancia entre observadores de la medición de la VCI mediante el método de Feissel.

Conclusiones: La medición del índice de distensibilidad de la VCI presenta amplios límites de concordancia entre observadores en la fase de aprendizaje. Aunque la reproducibilidad del método mejora luego de entrenamiento especializado, continúa siendo solamente moderada.

Mediciones de la vena cava inferior	Correlación Intra-clase	P	Límites de concordancia del 95%
Fase 1			
Diámetro máximo, cm	0.17 (-1.22,0.68)	0.345	1.64
Diámetro mínimo, cm	0.60 (0.08,0.84)	0.025	1.40
Diámetro máximo – Diámetro mínimo, cm	0.59 (0.01,0.83)	0.027	1.13
Índice de distensibilidad (Feissel y col.), %	0.61 (0.05,0.84)	0.020	85
Índice de distensibilidad (Barbiere y col.), %	0.51 (-0.24,0.81)	0.064	164
Fase 2			
Diámetro máximo, cm	0.93 (0.85,0.97)	0.001	0.89
Diámetro mínimo, cm	0.94 (0.78, 0.95)	0.001	0.89
Diámetro máximo – Diámetro mínimo, cm	0.92 (0.83, 0.96)	0.001	0.48
Índice de distensibilidad (Feissel y col.), %	0.93 (0.84,0.96)	0.001	38
Índice de distensibilidad (Barbiere y col.), %	0.95 (0.90,0.98)	0.001	59

Índice de distensibilidad de Feissel y cols (100 x (Diámetro máximo – Diámetro mínimo)/Promedio de Diámetros), Barbiere y cols (100 x (Diámetro máximo – Diámetro mínimo)/Diámetro mínimo).



0245 ENCEFALITIS POR EPSTEIN BARR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

R BAEZ(1), N CIARROCCI(1), F RIVERO(1), J NIEVES(1), J CHAUCA(1), E SAN ROMAN(1), F GOLDEMBERG(1)

(1) Italiano.

Introducción: El virus de Epstein Barr (VEB) es un virus linfotrópico del grupo de los herpes virus humanos, generalmente produce una primoinfección asintomática o se manifiesta como mononucleosis infecciosa y luego de la cual sobreviene un estado de portador crónico.

La afección neurológica es infrecuente y generalmente tiene un curso autolimitado, con buen pronóstico en la mayoría de los casos.

Caso clínico: Paciente femenina de 84 años que presentó deterioro cognitivo un mes previo a su internación asumido como demencia vascular y que por mayor compromiso neurológico e hipotensión

es evaluada en otro centro donde fue internada inicialmente requiriendo intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica, punción lumbar con líquido cefalorraquídeo patológico, se inició antibiótico, luego de 3 días es derivada a nuestro hospital con diagnóstico presuntivo de sepsis a foco meníngeo, la tomografía computada (TC) de cerebro inicial no demostró alteraciones agudas. Al quinto día de ingreso presentó movimientos clónicos en hemicuerpo izquierdo por lo que se repite TC de cerebro informándose una hipodensidad difusa con pérdida de la interface sustancia gris/blanca a nivel temporal izquierdo e insular homolateral e hipodensidad insular derecha. Se profundiza estudio con Resonancia magnética nuclear de cerebro que evidenció múltiples lesiones hiperintensas cortico-subcorticales a nivel temporal bilateral a predominio izquierdo, insular bilateral, y frontal y parietal izquierdos en FLAIR, con restricción de la difusión; en secuencia eco gradiente (GRE) la lesión parietal izquierda evidenció focos de hemorragia. Por alta sospecha de encefalitis viral a pesar de resultado inicial negativo para HSV, se realizó nueva PL, con un LCR de características similares al anterior y se solicitó PCR para otros virus neurotrópicos obteniendo un resultado positivo para virus Epstein Barr, se decidió continuar con aciclovir. No hubo mejorías en el estado clínico de la paciente, presentando paro cardíaco a los 26 días de evolución.

Conclusión: Presentamos una paciente añosa e inmunocompetente con diagnóstico de Encefalitis por VEB que presentó mioclonías y lesiones en RMN similares a la producida en las encefalitis herpéticas con un pequeño foco hemorrágico en región parietal izquierda, su evolución fue tórpida y no respondió al tratamiento con aciclovir presentando un desenlace fatal.

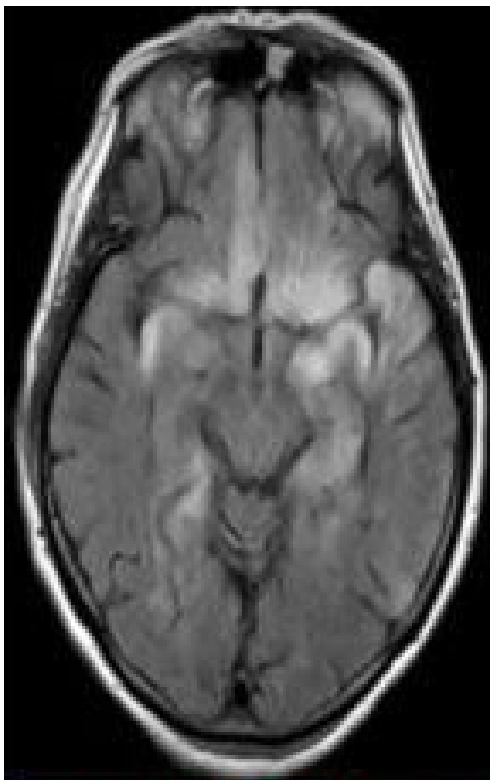


Figura 1. Hiperintensidad en secuencia FLAIR en región temporomesial bilateral a predominio izquierdo.

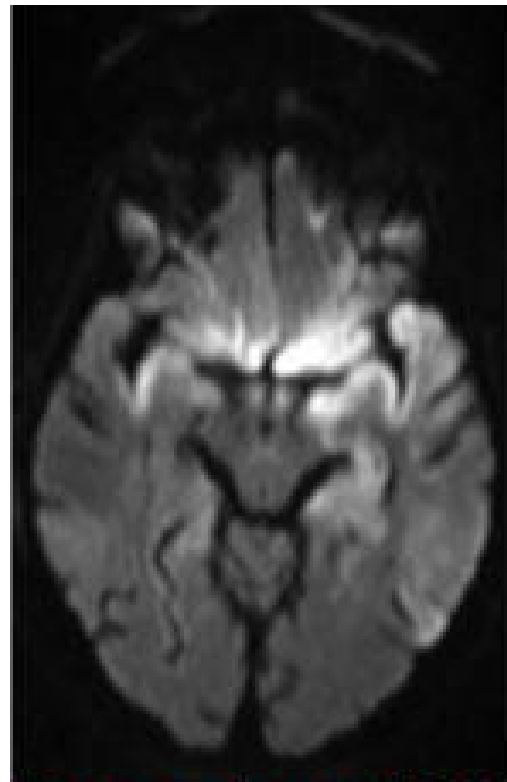


Figura 2. Secuencia DWI con difusión positiva en región temporomesial bilateral a predominio izquierdo.

0247 COMPLICACIÓN DE COLOCACIÓN DE ACCESO VENOSOS CENTRAL POR PRESENCIA DE VENA CAVA IZQUIERDA PERSISTENTE

GA GUANCA(1), D VERA GONZALEZ(1), F TRAVERSO(1), N ROMANO(1), C ARIAS(1), D PIEZNY(1), ED PEZZOLA(1), L AGUILAR(1), F RIOS(1)

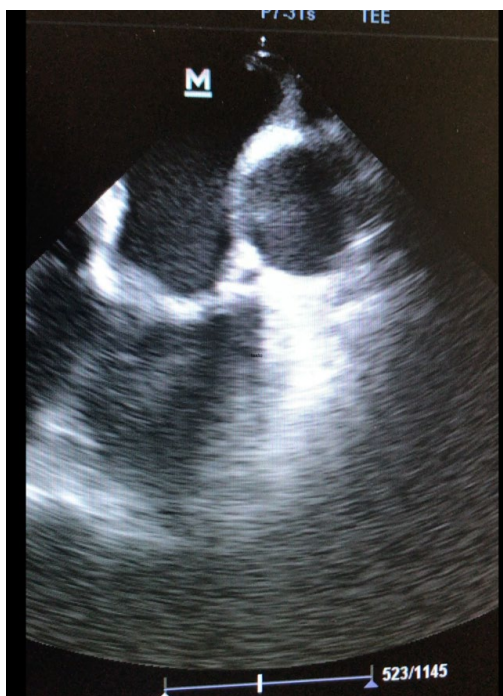
(1) Hospital Nacional Profesor A Posadas.

Introducción: La vena cava superior izquierda persistente (VCSIP) es la anomalía más común del drenaje venoso del tórax. Generalmente, su hallazgo es incidental durante la inserción de catéteres venosos centrales. Su diagnóstico puede hacerse por medio de múltiples técnicas de imagen. El principal hallazgo ecocardiográfico es un seno coronario dilatado que sugiere la presencia de vena cava superior izquierda persistente.

Caso Clínico: Paciente masculino de 82 años de edad con diagnóstico reciente de insuficiencia renal por glomerulonefritis rápidamente progresiva secundaria, para iniciar hemodiálisis ingresa a quirófano para colocación de catéter doble lumen, dicho procedimiento fue imposible por vía derecha, con colocación de catéter en confluente yugulosubclavio izquierdo, post procedimiento inmediato intercorre con paro cardiorrespiratorio, requiriendo RCP avanzada en quirófano. Ingres a UCI en post-PCR con shock y DMO, realizó hemodiálisis por catéter colocado en vena femoral izquierda. En Rx torax se observa cateter en posición izquierda respecto la silueta cardiaca, y en TAC tórax que evidencia catéter que desemboca en VCSIP, no se observa presencia de VCS derecha. ETT: dilatación de la AI con IM y presencia de seno coronario dilatado. Paciente evoluciona con hipoxemia y shock con requerimientos de altas dosis de noradrenalina. Fallece las 72 hs de su ingreso a UCI.

Discusión: La VCSIP se observa en el 0,3% al 0,5% de la población general y en el 12% de pacientes con cardiopatías congénitas. Explica la mayoría de anomalías del drenaje venoso del tórax. En la literatura casi todos los hallazgos son incidentales durante el paso de catéteres venosos centrales. En el 80% al 90% de los casos, la VCSIP coexiste con la VCSD. Habitualmente (80% al 92%) la VCSIP desemboca en la aurícula derecha a través del seno coronario, cursando sin manifestaciones clínicas secundarias a esta anomalía; sin embargo, en el 10% al 20% puede drenar directamente en la aurícula izquierda. La VCSIP per se es asintomática la colocación de catéteres centrales, tiene repercusiones hemodinámicas en los casos que drene a la aurícula izquierda. Como el paciente aquí presentado.

Conclusiones: Si bien poco frecuente, las anomalías venosas pueden ser un problema en pacientes adultos e implicar complicaciones potencialmente graves.



0249 ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVA DE VALIDACIÓN DE LA DEFINICIÓN SEPSIS-3 EN LA ARGENTINA: SATISEP-SIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E INFECCIOLOGICOS

E ESTENSSORO(1), C LOUDET(1), V KANOORE EDUL(2), J OSATNIK(3), F RIOS(4), A DUBIN(5), C GROER(6), L CORZO(6), C MARCHENA(6), G SAENZ(6), E MINOLDO(6), M SAN-CHEZ(6), OI GRUPO SATI-SEPSIS(7)

(1) San Martín. (2) Juan A Fernández. (3) Hospital Alemán. (4) Nacional Profesor A Posadas. (5) Sanatorio Otamendi Miroli. (6) Xx. (7) Sati.

Introducción: Las definiciones Sepsis-3 publicadas recientemente (Singer M, JAMA 2016) no han sido validadas en países con economías de ingresos medianos y bajos (World Bank, 2016). Adicionalmente, no se dispone de datos sobre la epidemiología, manejo y pronóstico de la sepsis en Argentina. Para responder estas cuestiones, desde la SATI, se diseñó un estudio prospectivo de cohorte, con el soporte del Ministerio de Salud de la Nación (2014).

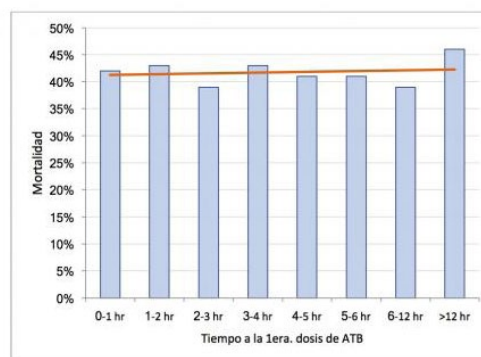
Métodos: Estudio nacional, multicéntrico, cohorte prospectiva. SATI envió invitaciones periódicas a sus miembros vía mail, Newsletter y Facebook, y se diseñó una base electrónica de datos para cargar los datos vía web. Entre 1/7 y el 1/9/16, se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a la UCI con sospecha de infección que determinó que se hemocultivaran y administraran antibióticos. Los ingresos fueron considerados en una de las siguientes categorías: 1. Infección; 2. Sepsis (infección + cambio en el SOFA \geq 2); 3. Shock séptico (vasopresores + lactato \geq 2 mmol/L); 4. Disfunción Cardiovascular (lactato).

Resultados: Se incluyeron 809 pacientes de 48 UCIs; 44% presentaron infecciones respiratorias, 19% UTI, 9% intraabdominales, 6% partes blandas y 3% relacionadas a catéter. 28% de los cultivos fueron negativos. En la Tabla 1 y Fig. 1 se muestran diferentes variables para la población total, comparaciones entre categorías, y curvas de Kaplan Meier. La mortalidad general fue de 38%, y según categorías: 13%, 20%, 38%, 51% y 39% respectivamente; sus predictores independientes se observan en la Tabla 2. Los valores de AUROC para SIRS, qSOFA y SOFA fueron 0.51[0.47-0.55], 0.52[0.48-0.55] y 0.73[0.79-0.77] respectivamente (P=0.000).

Conclusiones: El aumento creciente de gravedad en las categorías de la definición Sepsis-3 se asocia a un aumento progresivo de la mortalidad, lo que refleja su validez pronóstica.

-La medición del lactato no fue un impedimento para el diagnóstico del shock séptico, ya que estuvo disponible en 97% de los pacientes. -Como fue publicado recientemente, SOFA muestra una validez pronóstica adecuada en los pacientes admitidos a la UCI, mientras que SIRS y qSOFA poseen bajo poder discriminativo (Seymour 2016, Raith 2017).

-Los hallazgos de este estudio, el primero efectuado prospectivamente en un país de ingresos intermedios, avalan la utilidad de la definición Sepsis-3.



	Todos (n=809)	Sobrevivientes (n = 506)	No sobrevivientes (n = 303)	P
Edad	62 [46-74]	60 [43-74]	64 [54-74]	0.001
Genero (femenino)	354/809 (44)	233/506 (46)	121/303 (40)	0.09
Charlson score	2 [0-3]	1 [0-3]	2 [3-4]	0.000
APACHE II	19 ± 8	17 ± 7	23 ± 9	0.000
SOFA 24 h	7 [4-10]	6 [3-8]	9 [7-11]	0.000
Categoría de admisión (%) (infección/sepsis/ shock séptico /vasopresores con lactato normal/ vasopresores y lactato no medido)	(8/28/41/11/3)	(11/35/37/16/2)	(3/15/59/18/5)	0.000
Lactato (mmol/L)	2.1 [1.3-3.4]	1.9 [1.1-3.0]	2.4 [1.6-4.1]	0.000
Duración de síntomas previos relacionados a la sepsis (horas)	48 [12-96]	39 [12-72]	48 [18-96]	0.0054
Internación previa en otro hospital	183/789 (23)	114/495 (23)	69/294 (23)	0.88
Tipo de ingreso	(74/7/19)	(78/6/16)	(72/7/21)	0.18
Hospitales públicos y de Obras Sociales*	401/809 (50)	208/506 (41)	193/303 (64)	0.000
Epidemiología de la sepsis				0.01
Adquirida en la comunidad	431/787 (55)	283/494 (57)	148/293 (51)	
En el Hospital	252/787 (32)	140/494 (28)	112/293 (38)	
En la UCI	80/787 (10)	59/494 (12)	21/293 (7)	
Institución de 3er nivel/desconocido	24/787 (2)	12/494 (2)	12/293 (2)	
Indicación de ATB (%) (no adecuados, adecuados, cultivos negativos)	(13/59/28)	(11/59/30)	(13/58/29)	0.53
Tiempo a la primera dosis de ATB (hs)	2.0 [1-5]	2.0 [1-5]	2 [1-6]	0.13
Gérmenes de elevada mortalidad	182/809 (22)	99/506 (20)	83/303 (27)	0.01

*Hospitales Públicos vs. Privados APACHE II: 2019 vs. 18 17, P=0.000; SOFA 814 vs. 614, P=0.000

0250 CONCORDANCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN PERIFÉRICA EN VOLUNTARIOS SANOS Y EN PACIENTES SÉPTICOS

P RINGELMANN(1), M FURCHE(1), M PIZZI(1), WO ECHEVERRÍA MORA(1), M MUGNO(1), D BANEGAS(1), LC ALVAREZ ARISTIZABAL(1), F BERDAGUER(1), F ZECNER(1), F MOTTA(1), PN RUBATTO BIRRI(1), A RISSO VAZQUEZ(1), A DUBIN(1), ED VALENZUELA ESPINOZA(1)
(1) Sanatorio Otamendi Mirolli.

Introducción: Las alteraciones de la perfusión periférica son una de las manifestaciones clínicas más relevantes del shock. El enlentecimiento del tiempo de relleno capilar (TRC) es uno de los signos más comúnmente empleados para objetivar la hipoperfusión tisular.

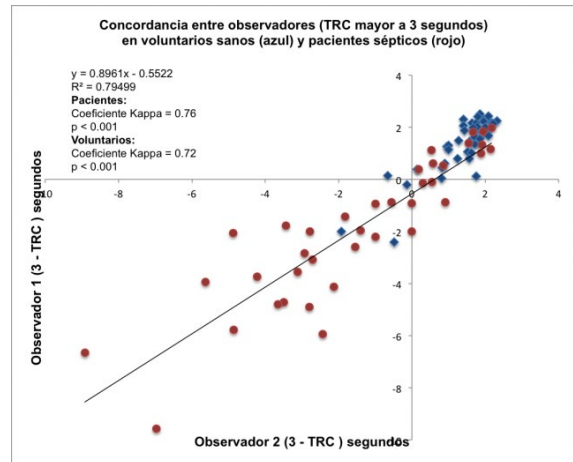
Objetivos: Determinar el límite de concordancia entre diferentes observadores del TRC y la correlación con otros parámetros de perfusión periférica.

Material y método: 176 mediciones del TRC por medio de la visión directa, cronometrada por dos observadores fue realizada en voluntarios sanos y pacientes sépticos. El índice de perfusión (IP) derivado de la pletismografía de pulso, temperaturas axilar (T°axilar), central (T°central) y del pulpejo del dedo índice (T°periférica), diferencia entre T°central y T°periférica (ΔT°) y presión arterial media y frecuencia cardíaca fueron medidas en una habitación a 25°C. La concordancia entre dos observadores fue evaluada con el método de Bland y Altman e índice Kappa de Cohen. Se realizaron correlaciones por la prueba de Pearson. Se consideraron significativos valores de P

Resultados: 34 voluntarios sanos y 28 pacientes sépticos fueron incluidos, la edad media fue 36 ± 10 y 65 ± 15 , respectivamente. En 49 mediciones el límite de concordancia del 95% del TRC fueron de 2,0 segundos en voluntarios y en 39 mediciones el límite de concordancia fue 4.9 segundos en pacientes sépticos. El índice Kappa fue 0.72 para TRC > 3 segundos en voluntarios y 0.76 en pacientes sépticos. El promedio del TRC presentó correlaciones significativas con T°periférica (R = -0.67), ΔT° (R = 0.67) e IP (R = -0.43) pero no con presión arterial media (R = -0.08), T°central (R=0.14), frecuencia cardíaca (R=0.28) en los pacientes sépticos.

Conclusiones: La medición del TRC capilar por distintos observadores presenta altos límites de concordancia, sin embargo detectar un TRC > 3 segundos es confiable por ambos observadores (Kappa =

0.76, P<0.001). Además, el TRC se correlaciona con otros parámetros de perfusión periférica (T°periférica, ΔT° e IP).



0251 USO DE MILLRINONA PARA TRATAMIENTO DE VASOESPASMO INTRAOPERATORIO

UPP RIOS PARRAGA(1), F RIOJA(1), E BENITEZ(1)
(1) Los Lapachos.

Se realizó infusión de Milrrinona en 4 pacientes que padecieron vaso espasmo debido a hemorragia subaracnoidea por ruptura aneurismática, durante el tratamiento endovascular. Evidenciando efecto vasodilatador en 2 de los mismos, generando beneficio en la resolución por esa vía.

Introducción: El vasoespasmo cerebral luego de una hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) plantea una dificultad adicional durante el procedimiento de embolización y exclusión del saco aneurismático roto. La milrrinona, droga inhibidora de la fosfodiesterasa con efectos vasodilatadores, puede mejorar la accesibilidad en el vaso a tratar.

Material y método: Trabajo de investigación aplicada, de campo, cuantitativo, sincrónico y descriptivo. Realizado entre los meses de Enero 2015 a Diciembre 2016, en Servicio de Anestesiología y Terapia Intensiva del Sanatorio Los Lapachos, San Salvador de Jujuy, Jujuy. Con aprobación del Comité de Ética y consentimiento de las pacientes y familiares.

Criterio de inclusión paciente de cualquier sexo y edad con HSA por ruptura aneurismática, sin uso previo de vasodilatadores.

Luego de que el cirujano confirma vasoespasmo por visualización directa por angiografía se realiza la infusión de Milrrinona, dosis de carga 0,1mg/kg e inicio de infusión continua de 0,75mcg/kg/min durante 30 minutos y luego aumento de la dosis a 1,25mcg/kg/min. En simultáneo se utiliza infusión continua de NAD mantener una PAM de 90mmHg aproximadamente. Se aguarda 30 min para continuar el procedimiento quirúrgico.

Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica permite una mejor navegación del micro catéter, por consiguiente disminuye las complicaciones intraoperatoria como ser la formación de trombos, daños intinales, ruptura del saco y disminuye la probabilidad de no llegar al aneurisma. El efecto deseado de la milrrinona beneficiaría el acto quirúrgico.

Dos de los pacientes tuvieron un efecto positivo en la reversión del vasoespasmo.

En una paciente no hubo efecto esperado. Mientras que en otra no se realizó método de infusión determinando completamente, debido a hipotensión arterial que no respondió a inotropicos.

Conclusión: El uso de Milrrinona parecería mejorar técnicamente el abordaje del tratamiento intrarterial de los aneurismas rotos. Aun-

que hacen falta trabajos multicéntricos y que midan la mortalidad y eficacia en mayor escala de dicho fármaco.

0252 ANALISIS DE 64 FIBROBRONCOSCOPIAS FLEXIBLES REALIZADAS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA

A FELDMAN(1), S TOMEZ(1), M LOMPINZANO(1), R OCHOA(1), N FALCON PEREZ(1), N GUMIELA(1), C PINO(1), D QUARANTA(1), G SIBILA(1), D VARELA(1), L GRIECO(1), L NAVERO(1), E ARISTA(1), A PASQUINI(1), C POZO(1), C CANESSA(1), S FREDES(1), N TIRIBELLI(1), A MARINO(1), V GIUBIS(1), M PASTOR(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churrucá.

Introducción: La fibrobroncoscopia (FBC) es una técnica en el estudio de las enfermedades respiratorias, permite la visualización de la vía aérea superior y las primeras divisiones del árbol traqueobronquial, así como la toma de muestras.

Objetivos: Describir las principales indicaciones, resultados clínicos, efectividad del lavado broncoalveolar y complicaciones de la fibrobroncoscopia (FBC) en enfermos críticos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de 64 pacientes en quienes se realizó FBC entre el 12/01/2013 hasta 1/02/2017. Se recogieron los siguientes datos sexo y edad, factores de exposición laboral, hábito tabáquico, enfermedad de base, tratamientos previos, datos clinicorradiológicos (síntomas, radiografía de tórax, tomografía computarizada), gasometría arterial, indicaciones de FBC así como las complicaciones derivadas de la técnica y análisis citológico y microbiológico del BAL para el diagnóstico etiológico y precoz de la neumonía nosocomial o asociada al ventilador. El BAL se consideró positivo con crecimiento de más de 10 4 (ufc/ml). Todos los procedimientos fueron realizados por intensivistas especialistas en Neumología. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Se han realizado 64 fibrobroncoscopias, 50 (78,1%) recibían ventilación mecánica invasiva y 10 (15,6 %) VNI. La edad media 63 ± 14 años y el 53% eran hombres y el APACHE II 16 ± 7 . Las indicaciones más frecuentes fueron en 40 (62,5%) casos por sospecha clínica de neumonía y en 10 (15,6%) para resolución de atelectasias. La mortalidad fue del 11,3%. Las principales indicaciones de FBC están expuestas en la tabla 2. Se obtuvo resultado positivo de los cultivos en 86,4% de los casos con sospecha de neumonía. Las complicaciones más frecuentes fueron taquicardia supraventricular (3,8%), hipoxemia transitoria (6,7%) y hemorragia leve de la mucosa bronquial (2,4%).

Total n=64	ARM n=54	VNI=10
Sospecha de Neumonía	40	10
Atelectasias	10	
Hemorragia alveolar	3	
Control de traqueostomía	1	

Conclusiones: El diagnóstico microbiológico de neumonías y la resolución de atelectasias fueron las indicaciones más frecuentes. La FBC realizada por especialistas de Medicina Intensiva es un procedimiento eficaz y seguro. El BAL, junto a los datos clinicorradiológicos, ayudan a discriminar entre las distintas etiologías de las neumonías. Debe considerarse una técnica de gran utilidad en el manejo clínico, sobre todo cuando la biopsia pulmonar no resulta diagnóstica o no es posible realizarla.

0253 LACTANCIA MATERNA EN UCI OBSTETRICA

L VILLAFANE(1), D GARCIA(1), MN LLANOS(1), R REARTE(1), PA JUAREZ(1)

(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

Los objetivos de esta Unidad de Terapia Intensiva son: manejo de la patología obstétrica severa, disminuir la morbimortalidad materna, atención HUMANIZADA (Proyecto HUCI) y minimizar los efectos del despegue de la madre con el neonato. Por eso se construye esta guía de ejecución de la Lactancia Materna dentro de la UTIO.

Beneficios:

Favorece el vínculo y el apego.

Aporta nutriente.

Reduce la posibilidad de contraer enfermedades.

Contiene factores moduladores del organismo y la respuesta inmunológica.

Transporta anticuerpos.

Ayuda a reducir el riesgo de hemorragia pos parto.

Tiene efecto protector contra la muerte súbita del lactante.

Guía de ejecución:

1. Preguntar a la Madre si tiene intención de amamantar.
2. Tomar precauciones infectológica del servicio.
3. Establecer junto a Obstetricia, si la paciente está en condiciones de amamantar.
4. Solicitar al servicio de Neonatología información sobre el estado del recién nacido.
5. Coordinar con neonatología horario de alimentación.
6. La enfermera a cargo del neonato lo traslada hacia la UTIO.
7. El neonato, ingresa y egresa a UTIO por transferencia, donde es recibido por el enfermero a cargo de la madre.
8. Permanente asistencia y participación del padre (pareja) o familiar directo de la paciente (padres)
9. Enfermería de UTIO Y Neonatología trabajan en equipo empleando técnicas para lograr una lactancia eficaz, permitiendo la participación de la familia.
10. El tiempo de permanencia del niño, lo determina Neonatología.
11. El neonato regresa a su servicio, acompañado de su enfermero de cabecera y de su padre.

Medición de los resultados en dos periodos:

Lógica de investigación: Cuantitativa- Cualitativa.

Tipo de investigación: Observacional descriptiva.

Dimensión temporal: Transversal.

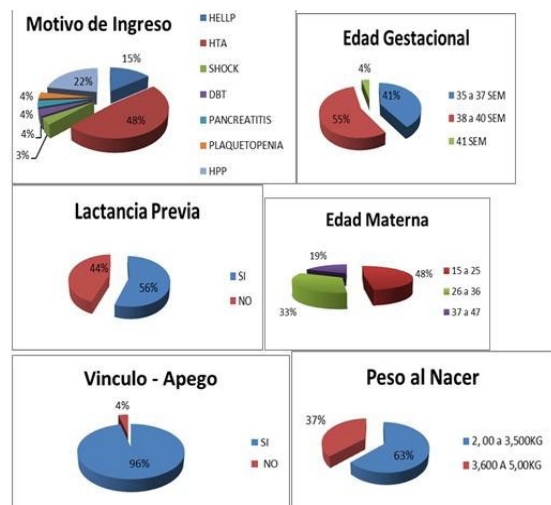
Ocurrencia de los hechos: Retrospectivo Observacional.

Universo: 253 pacientes

Área de estudio: Unidad de Terapia Intensiva Obstétrica. Hospital de la Madre y el Niño « La Rioja Capital.

Periodo: Mayo a Noviembre del 2014 / Enero a Septiembre 2016

Instrumento de recolección de datos: OD e HC.



0254 INFECCIÓN DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO RELACIONADA A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE CINCO AÑOS

R VILLCA JAVIER(1), HAEDO, A LUQUETTI(1), HAEDO, E LUCCHESI(1), HAEDO, H QUINTELA(1), HAEDO, P SCHOON(1), HAEDO, L BENITO MORI(1), HAEDO
(1) Hospital Interzonal General De Agudos "profesor Dr. Luis Güemes". (2) Haedo.

Introducción: La Infección de Líquido Cefalorraquídeo (LCR) asociada a Drenaje Ventricular Externo (DVE) en pacientes con patología neurocrítica es causa de aumento de morbilidad, mortalidad y tiempo de estadía. El análisis de los factores asociados con el uso de DVE podría ayudar a reducir su incidencia y mejorar los resultados.

Objetivo: Determinar la incidencia de infección y conocer aspectos epidemiológicos relacionados al uso de DVE en pacientes neurocríticos.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes ingresados en UTI a quienes se colocó DVE entre 01/01/2012 al 31/12/2016. Se excluyeron: permanencia DVE \leq tres días o infección del SNC pre-existente. Se analizaron 60 pacientes, de quienes se obtuvo muestra de LCR ante la sospecha de infección. Se categorizó el cuadro según criterios clínicos, bioquímicos y microbiológicos.

Contaminación:	Cultivo y/o tinción de Gram LCR positivo + análisis citobioquímico de LCR no patológico.
Colonización:	Múltiples cultivos y/o tinción de Gram LCR positivo + análisis citobioquímico LCR no patológico.
Sospecha de infección asociada DVE:	Hipoglucorraquia, pleocitosis + cultivo y/o tinción de Gram negativo.
Ventriculitis:	Glucorraquia $<10\text{mmol/l}$, Lactato $>4\text{mmol/l}$, pleocitosis + fiebre $>38^\circ\text{C}$ y/o presencia de un signo clínico (convulsiones, deterioro neurológico) + cultivo y/o tinción de Gram positivo.

El análisis estadístico se realizó mediante t test considerando un nivel de significación del 5%.

Resultados: Pacientes DVE nro: 89.

Excluidos: 29	Analizados: 60
Meningitis pre-existente = 21	HSA = 41.6%
Retiro accidental/óbito = 7	HIPE = 35%
Derivación a otra institución = 1	TEC = 15%
	Proceso neoplásico = 6.6%

La incidencia de infección relacionada a DVE fue 26.6%, contaminación 1.6%, colonización 1.6%, sospecha de infección asociada DVE 3.3%. La media del tiempo inserción DVE/diagnóstico infección fue 9 días (4-15), media de estadía en UTI 19 días (4-77) y mortalidad en UTI 53%. Se observó una diferencia significativa de mayor permanencia de la DVE y estadía en UTI en pacientes con ventriculitis ($p < 0.001$ y 0.0006 respectivamente).

Aislamiento de gérmenes multirresistentes 69%. Por mala evolución al tratamiento sistémico 37.5% requirieron tratamiento intratecal.

Conclusiones: Debido a la alta incidencia observada creemos importante relevar prospectivamente todos los factores de riesgo, además de la permanencia de la DVE, con el objetivo de obtener mejores resultados en estos pacientes.

0256 ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVA DE VALIDACIÓN DE LA DEFINICIÓN SEPSIS-3 EN LA ARGENTINA: SATISEP-SIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E INFECTOLÓGICOS.

E ESTENSORO(1), C LOUDET(1), V KANOORE EDUL(2), J OSATNIK(3), F RIOS(4), A DUBIN(5), JC PENDINO(6), C GONZALEZ(6), M GARCIA(6), A GARCIA(6), A GOMEZ(7), E MINOLDO(6), A FERNANDEZ(8), A RISSO(5), OI GRUPO SATISEP-SIS(9)

(1) San Martin. (2) Juan A Fernandez. (3) Hospital Aleman. (4) Nacional Prof A Posadas. (5) Sanatorio Otamendi Miroli. (6) Xx. (7) Sanatorio Los Arcos. (8) Nacional Profesor A Posadas. (9) Sati.

Introducción: No se dispone de datos sobre la epidemiología, manejo y pronóstico de la sepsis en Argentina. Para responder estas cuestiones, desde la SATI, se diseñó un estudio de cohorte prospectivo, con el soporte del Ministerio de Salud de la Nación (2014).

Métodos: Estudio nacional, multicéntrico (1/7 - 1/9/16), pacientes consecutivos que ingresaron a UCI con sospecha de infección. Se registraron las definiciones Sepsis-3 y datos epidemiológicos e infectológicos; adecuación de la antibioticoterapia empírica inicial, horas en recibir la 1er. dosis de antibióticos en el shock séptico, y los principales esquemas antibióticos según sitio de infección. Las variables que difirieron entre sobrevivientes y no sobrevivientes fueron ingresadas a un modelo de regresión logística en que la variable de resultado principal fue la mortalidad hospitalaria. Una $p < 0.05$ fue considerado significativa.

Resultados: Se incluyeron 809 pacientes de 48 UCIs. En las Tablas 1-3 se observan y diferencias entre sobrevivientes y no sobrevivientes, infecciones y esquemas ATB más frecuentes, y predictores independientes de mortalidad; y en las Figuras 1-2 los gérmenes más frecuentes y la mortalidad relacionada con el inicio de los ATB.

Conclusiones:

-Los no sobrevivientes presentaron mayor gravedad al ingreso, según APACHE II; SOFA, incidencia de shock séptico y de comorbilidades; junto con mayor duración de sintomatología previa al ingreso y mayor incidencia de sepsis intrahospitalaria (pero no intra-UCI).
-Sorprendentemente, los no sobrevivientes no presentaron mayor retraso en la administración de la 1er dosis de ATB, ni mayor incidencia de uso antibióticos inadecuados, o de cultivos positivos, reflejando hallazgos recientes (Sterling CCM 2015, Pouwels JHI 2017) aunque es un tema controvertido.

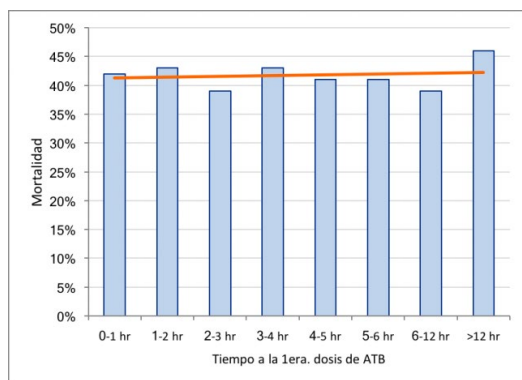
-El foco de origen más frecuente fue la neumonía adquirida en la comunidad, tal como se reporta en la mayoría de los estudios; pero el germen más frecuentemente aislado fue la E. coli. El ATB más utilizado fue PTZ, coincidiendo con reportes recientes (Liu, AJRCCM; 2017).

-El único determinante infectológico asociado independientemente a la mortalidad fue la infección por gérmenes multirresistentes.

	OR	IC 95%	p
SOFA	1,14	1,08-1,21	0,000
Lactato	1,22	1,17-1,33	0,000
Score de Charlson	1,21	1,17-1,32	0,000
Gérmenes asociados a mortalidad elevada	1,64	1,06-2,52	0,011
Ventilación mecánica	9,00	5,44-14,88	0,000

Auroc 0.8327 [0.80646-0.86896] *SAMR; p aeruginosa, KPC, otros gérmenes productores de carbapenemasas, virus de la influenza A

TABLA 2
Predictores independientes de mortalidad (regresión logística)



	Todos (n=809)	Sobrevivientes (n=506)	No sobrevivientes (n=303)	P
Edad	62 [46-74]	60 [43-74]	64 [54-74]	0.001
Genero (femenino)	354/809 (44)	233/506 (46)	121/303 (40)	0.09
Charlson score	2 [0-3]	1 [0-3]	2 [1-4]	0.000
APACHE II	19 ± 8	17 ± 7	23 ± 9	0.000
SOFA 24 h	7 [4-10]	6 [3-8]	9 [7-11]	0.000
Categoría de admisión (%) (infección/sepsis/shock séptico /vasopresores con lactato normal/ vasopresores y lactato no medido)	(8/28/41/17/3)	(11/35/37/16/2)	(3/15/59/18/5)	0.000
Lactato (mmol/L)	2.1 [1.3-3.4]	1.9 [1.1-3.0]	2.4 [1.6-4.1]	0.000
Duración de síntomas previos relacionados a la sepsis (horas)	48 [12-96]	39 [12-72]	48 [18-96]	0.0054
Internación previa en otro hospital	183/789 (23)	114/495 (23)	69/294 (23)	0.88
Tipo de ingreso	(74/7/19)	(78/6/16)	(72/7/21)	0.18
Hospitales públicos y de Obras Sociales*	401/809 (50)	208/506 (41)	193/303 (64)	0.000
Epidemiología de la sepsis				0.01
Adquirida en la comunidad	431/787 (55)	283/494 (57)	148/293 (51)	
En el Hospital	252/787 (32)	140/494 (28)	112/293 (38)	
En la UCI	80/787 (10)	59/494 (12)	21/293 (7)	
Institución de 3er nivel/desconocido	24/787 (2)	12/494 (2)	12/293 (2)	
Indicación de ATB (%) (no adecuados, adecuados, cultivos negativos)	(13/59/28)	(11/59/30)	(13/58/29)	0.53
Tiempo a la primera dosis de ATB (hs)	2.0 [1-5]	2.0 [1-5]	2 [1-6]	0.13
Gérmenes de elevada mortalidad	182/809 (22)	99/506 (20)	83/303 (27)	0.01

*Hospitales Públicos vs. Privados APACHE II: 2019 vs. 18 ±7, P=0.000; SOFA 8±4 vs. 6±4, P=0.000

0257 MORTALIDAD MATERNA EN AMBATO, ECUADOR

G MORENO MARTÍN(2), R MARTÍNEZ MARTÍNEZ(1), M MORENO MARTÍN(2), MI FERNÁNDEZ NIETO(2)

(1) Universidad Regional Autónoma De Los Andes. (2) Universidad Técnica De Ambato.

Introducción: La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, siendo un problema de salud en los países en vía de desarrollo donde ocurren el 99% de las muertes maternas que se presentan en el mundo.

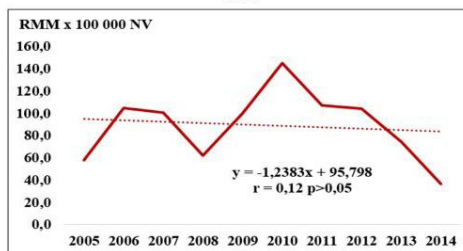
Objetivo: Exponer la magnitud y la tendencia de la mortalidad materna en el cantón Ambato en el período comprendido entre los años 2005 al 2014.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de base poblacional. El universo de estudio estuvo constituido por todas las muertes maternas directas e indirectas (n=46) y nacidos vivos (n=51947) registrados en el cantón Ambato (capital de la provincia Tungurahua, Ecuador) entre los años 2005 al 2014. La población de base fue la declarada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), según los datos reportados de nacimientos ocurridos en el cantón Ambato en el período analizado.

Resultados: Se observó un ascenso significativo de la natalidad ($r = 0,652$ $p < 0,05$) situación que contrasta con la tendencia a nivel nacional; así como de los nacidos vivos con asistencia profesional ($r = 0,894$ $p < 0,05$); la razón de mortalidad materna acumulada en el período fue de 88,6 con una tendencia al descenso no significativa ($r = 0,12$ $p > 0,05$); la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo fue la primera causa directa de mortalidad materna (n=17, 41,3%); a continuación se ubicó la hemorragia posparto (n=10, 24,4%).

Conclusiones: Durante el período estudiado la natalidad ha ido en ascenso y cada vez son más los nuevos nacimientos con asistencia profesional, lo cual constituye una fortaleza de las políticas del Ministerio de Salud Pública hacia la salud materno-infantil. La tendencia decreciente de la mortalidad materna aun es débil, toda vez que ha disminuido desde el año 2011. La enfermedad hipertensiva del embarazo ha sido por mucho la principal causa de mortalidad materna, por lo cual un enfoque preventivo desde la Atención Primaria de Salud podrá impactar favorablemente esta realidad.

Figura 2. Serie temporal de la razón de mortalidad materna y tendencia, Ambato 2005 a 2014.



Fuente: Tabla 2.
RMM: Razón de mortalidad materna
NV: Nacidos vivos.

Tabla 2. Distribución de muertes maternas por tipo y razón, Ambato 2005 a 2014.

Año	NV	MMD	TMMD	MMI	TMMI	MM	TMM
2005	5215	3	57,5	0	0,0	3	57,5
2006	4788	5	104,4	0	0,0	5	104,4
2007	4979	4	80,3	1	20,1	5	100,4
2008	4840	2	41,3	1	20,7	3	62,0
2009	5022	4	79,6	1	19,9	5	99,6
2010	4834	6	124,1	1	20,7	7	144,8
2011	5628	6	106,6	0	0,0	6	106,6
2012	5783	5	86,5	1	17,3	6	103,8
2013	5391	4	74,2	0	0,0	4	74,2
2014	5467	2	36,6	0	0,0	2	36,6
Total	51947	41	78,9	5	9,6	46	88,6

Fuente: Anuarios de nacimientos y defunciones del INEC y registros de la Gerencia Institucional de la Disminución de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública.

0258 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DE PACIENTES OBSTÉTRICAS ADMITIDAS A UCI

H BONGIOANNI(1), A FERNANDEZ(1), D VERA GONZALEZ(1), N ROMANO(1), FA TRAVERSO(1), L AGUILAR(1), ED PEZZOLA(1), F RIOS(1), GA GUANCA(1)
(1) Hospital Nacional Profesor A Posadas.

Introducción: Las pacientes obstétricas gravemente enfermas son un desafío, implica a pacientes jóvenes con morbi-mortalidad importante y la evolución es diferente según el motivo de ingreso.

Objetivo: Describir y analizar el subgrupo de pacientes obstétricos que requiere de admisión en UCI de un hospital público de Buenos Aires, Argentina.

Método: Estudio de cohortes retrospectivo realizado en la unidad de cuidados críticos (unicentrico) Se analizaron los registros de todos los pacientes obstétricos admitidos a UCI en un lapso de 6 años.

Resultados: Durante el estudio, 141 (2,8%) pacientes obstétricos fueron admitidos con una tasa de 7,1 por 1000 partos. La edad fue 28 ± 6 años. La mediana de la duración del embarazo fue de 36 semanas ([IQR] 33-38). Solo 83 (58,9%) tenían controles previos de su gesta. APACHE II al ingreso fue de 9 ± 2 , el SOFA 3 ± 1 . La ventilación invasiva fue necesaria en 47 (33%) de los pacientes, y la mortalidad fue de 7 (4,9%). La duración de la ventilación invasiva fue de 2 [IQR] 1-7), y estancia (en días) fue de 5 (IQR 3-9), la estadía en el Hospital fue 12 [IQR] 5-15 Las principales razones la admisión en UCI fueron los trastornos hipertensivos, seguidos de hemorragia postparto y sepsis. Más de un tercio (39,7%) cursaba su primer embarazo. La principal razón no obstétrica para la admisión fue neumonía. La estancia para las admisiones de causa obstétricas vs las no obstétricas fue 2 vs 5 días (rango, 2-3 días vs 2-8 días) ($P < 0,001$).

Conclusión: La hemorragia postparto y los trastornos hipertensivos fueron las razones más comunes para admitir a las mujeres embarazadas en la UCI, seguidas de sepsis y neumonía. Las causas no obstétricas de admisión se asociaron con mayores tasas de morbilidad y mortalidad.

0259 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 NAVEIRO(1), C CANESSA(1), C POZO(1), A PERAZZI(1), J YALOSKE(1), R ALVARADO(1), E ARISTA(1), R SANCHEZ(1), M VAZQUEZ(1), V NUNES(1), A MARINO(1), H MAMANI(1), M DE GUARDIA(1), P CORONADO(1), C VILLAREAL(1), D ROSSI(1), N TIRIBELLI(1), S TOMEZ(1), R OCHOA(1), G SIBILA(1), N FALCON PEREZ(1), V GIUBIS(1), M PASTOR(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 1/03/2017 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 2100 pacientes, 16 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 (pancreatitis moderada) ($p < 0,0049$). Los datos se expresan en la siguiente tabla:

	PAG n=14	PAM n=2	P
ELW	18	14	NS
PVPI	3.5	2.4	($p < 0,0314$)
VVS	11	8	NS
PAFI	155	220	NS
Días UTI	14	12	($p < 0,0414$)
PEEP	16	12	NS
GEF	29	33	NS
Lactato	4	2	($P < 0,0239$)
IVS	37	41	NS
Mortalidad	66%	34%	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.

0260 CASO REPORTE: ACTINOMICOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CEREBRAL

JA ZAPATA HERNANDEZ(1), MA ORTIZ(1), G CABRERA(1), T SIERRA(1), JI MORENO(1), MA FLORES MONTES(1), J VOSS(1), M NAHARA(1), J COGORNO(1), E CORTEZ(1)
(1) Hospital Español De Buenos Aires.

Introducción: La manifestación más común de la actinomicosis del sistema nervioso cerebral es el absceso cerebral solitario, seguido de meningitis, empiema subdural y abscesos epidurales.

El absceso cerebral es una colección localizada de pus en el parénquima cerebral. Es infrecuente, de evolución prolongada. La fiebre, cefalea y el compromiso de conciencia son las manifestaciones principales y la localización más frecuente es temporal o frontal.

Presentación del caso: Masculino de 70 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, retinopatía diabética, hipoacusia neurosensorial bilateral diagnosticada por audiometría y otitis media a repetición con múltiples tratamientos antibióticos. Ingresó a clínica médica por cefalea y otalgia derecha de 2 meses de evolución. Otorrinolaringología: membrana timpánica eritematosa. Evoluciona con paresia de miembros superiores de predominio izquierdo. Tc encéfalo: formación heterogénea en lóbulo temporal derecho y edema vasogénico. RM encéfalo con gadolinio, proceso infeccioso/inflamatorio temporal derecho. Intercurre con fiebre, vómitos y Glasgow 11/15 (O4, V3, M4) y leucocitosis. Pasa a UTI interpretándose secundario a LOE. Inicia ciprofloxacina /ceftriaxona y corticoides. Se drena absceso cerebral con 3 cultivos con actinomicosis israeli. Intercurre con meningitis posquirúrgica (FSQMC: celularidad: 275mm³, PMN: 47%, lac: 5.7, Cl.: 113, hipoglucorraquia: 21, glucemia: 69, hiperproteinorraquia: 173) indicando tratamiento con vancomicina/meropenem, evolucionando favorablemente sin foco neurológico, se le da alta hospitalaria.

Conclusión: La actinomicosis es una enfermedad infecciosa aguda

y crónica caracterizada por lesiones supuradas, absceso y fistulas. Se presenta habitualmente en regiones cervicofacial, torácico, abdominal, pélvica. Si bien el paciente tiene varias comorbilidades como otitis media crónica, diabetes mellitus, el actinomicosis israeli no es habitual en la formación de absceso cerebral.

0261 INFARTO DE LA ARTERIA DE PERCHERON

G GALINDEZ(1), O GALLINI(1), MJ SAINTOUT(1), C RUANO(1), E ANALIA(1)

(1) Hospital Zonal General De Agudos "san Roque" Gonnet.

Introducción: El infarto talámico paramediano bilateral sincrónico, conocido como infarto de la arteria de Percherón, se considera infrecuente y de difícil diagnóstico clínico.

La compleja irrigación talámica y la variabilidad individual hacen que las lesiones isquémicas puedan presentarse en forma de lesiones bilaterales y confieren importancia a este cuadro.

Presentación del Caso: Paciente de 63 años ingresa derivado a UTI por deterioro de sensorio, de aparición brusca según refiere familiar, sin antecedentes de relevancia previos.

Al ingreso examen físico GCS 6/15 (M4 V1 O1) desde el inicio, pupilas isocóricas intermedias reactivas, presenta gestos faciales de dolor ante estímulos dolorosos no presenta apertura ocular, retira ante estímulos, reflejo tusígeno, reflejo corneano conservados. Resto del examen físico sin particularidades.

TAC de encéfalo al ingreso y control a las 24 hs, sin evidencia de patología aguda.

PL al ingreso a UTI cristal de roca, Glucosa 71 mg/dl Proteínas 41 mg/dl células 1 leucocito/mm³.

A las 48 hs se complementó estudios con TAC Cerebral lesión hipodensas a nivel talámico bilateral y AngioTAC cerebral donde se evidencia hipoflujo de arteria vértebral izquierda cervical e intracerebral.

Ecodoppler cardiaco: s/p, ETT con burbujas: s/p.

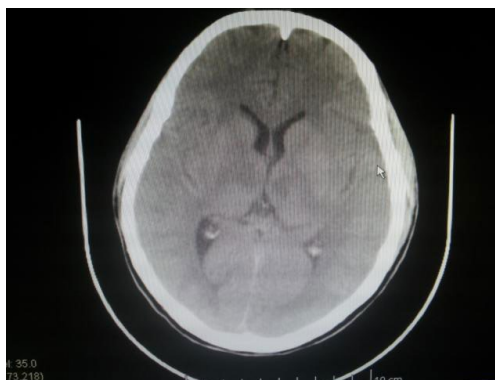
Luego de 7 días de internación se logra extubar con mejoría neurológica, obedece órdenes simples, moviliza 4 miembros sin pérdida de fuerza muscular, pupilas isocóricas intermedias reactivas, reflejo corneano, reflejo tusígeno y ROT conservados.

Tratamiento con AAS, Clopidogrel, Sinvastatina, HBPM y Nimodipina.

Derivado a centro de rehabilitación neurológica por trastornos en la deglución.

Discusión: El infarto de la arteria de Percherón es infrecuente, el predominio de las alteraciones del nivel de conciencia, la ausencia de datos de focalidad y el escaso aporte del TAC de urgencias acompañada de una ANGIO TAC, suelen orientar en muchos casos hacia un juicio clínico, tóxico, infeccioso o metabólico lo que contribuye al retraso diagnóstico.

Conclusión: Constituye un síndrome de presentación variable, con TAC cerebral inicial de baja sensibilidad, que requiere resonancia magnética cerebral para su tipificación. Ello explica la dificultad diagnóstica y la probable infraestimación de su frecuencia.



0262 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA CON LUPUS SISTEMICO REFRACTARIO CON BUENA RESPUESTA AL RITUXIMAB

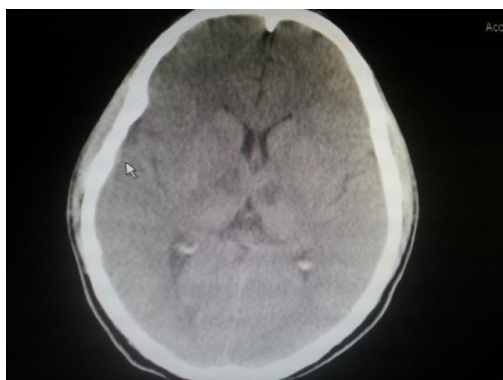
A FELDMAN(1), D VARELA(1), M LOMPINZANO(1), S TO-MEZ(1), R OCHOA(1), C CANESSA(1), L NAVEIRO(1), L GRIECO(1), G SIBILA(1), P REVEL CHION(1), N GUMIELA(1), C PINO(1), A MARINO(1), V NUNES(1), A PASQUINI(1), M GUAYMAS(1)

(1) Churruca.

Introducción: La leucoencefalopatía posterior reversible (SLPR) presenta autorregulación cerebral alterada y disfunción endotelial desarrollando edema vasogénico. En la mayoría de los casos los cambios se localizan en el territorio de la irrigación cerebral posterior.

Caso clínico: Paciente de 20 años sin antecedentes patológicos previos que cursó internación en UTI en provincia de Tucumán del 26/09 al 20/10 por síndrome nefrótico (proteinuria de 14gr). Por sospecha de glomerulonefritis rápidamente progresiva realizó 3 pulsos de metilprednisolona. Evolucionó con anuria por lo que inició hemodiálisis. Es derivada a nuestra institución donde se realiza el diagnóstico de lupus: FAN 1/160 patrón moteado, Hipocomplementemia C3 y C4, FR >50, Anticuerpos: antiDNA -, antiMBG +, anticitrulina +, antiTPO y antiTG -, antireticulina +. TAC torax: derrame pleural bilateral a predominio izquierdo y derrame pericárdico. Se realiza biopsia renal izquierda que evidencia glomerulonefritis proliferativa endo y extracapsular difusa en evolución a esclerosis difusa. Realizó 8 ciclos de plasmáferesis, finalizada ésta realizó 1 ciclo de ciclofosfamida cumpliendo durante ambos tratamientos con 3 pulsos de metilprednisolona continuando desde ese momento con meprednisona. Evoluciona con HTA y convulsiones por lo cual se realiza RMN que evidencia leucoencefalopatía posterior reversible y encefalomiелitis diseminada aguda. Ecocardiograma: FSVI conservada (FEV 50%), derrame pericárdico moderado a severo. Evoluciona somnolienta, con tendencia a la excitación psicomotriz, responde órdenes. Inicia tratamiento antihipertensivo con 4 drogas asociado a tratamiento con nitroprusiato. Realiza 3 pulsos más de metilprednisolona sin mejoría del status neurológico. Dado que evoluciona refractaria a diferentes líneas de agentes inmunosupresores se indica rituximab con buena evolución de su sensorio y de su encefalopatía hipertensiva.

Conclusiones: En esta comunicación, presentamos el caso clínico de una paciente joven con LES refractario y de muy difícil manejo que fue tratada exitosamente con rituximab. A pesar de que no existen trabajos clínicos randomizados controlados que demuestren el beneficio de rituximab en LES, existe evidencia que apoya su uso en pacientes que no han respondido a otras terapias, con buena efectividad y sin reacciones adversas importantes.



0263 SOPORTE CON MEMBRANA DE OXIGENACION EXTRA-CORPÓREA (ECMO) COMO PUENTE A LA PROCURACION DE ORGANOS EN UN DONANTE CON MUERTE ENCEFALICA (ME)

L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), D VARELA(1), F MOS(1), S MESQUIDA(1), A BERTOLOTTI(1), F KLEIN(1), M OLMOS(2)

(1) Fundación Favaloro. (2) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: La escasez de órganos para trasplante exige considerar nuevas alternativas para ampliar la disponibilidad de órganos. Aún con manejo óptimo del donante hay hasta un 15% de pérdidas por inestabilidad hemodinámica.

Caso: Masculino de 18 años portador de bronquiectasias secundarias a episodios de neumonía aspirativa por reflujo gastroesofágico. Antecedentes: cirugía de Nissen, múltiples episodios de reagudización infecciosa, hipertensión pulmonar, O2 domiciliario. Enfermedad actual: ingresa por cuadro de somnolencia, asterixis, mayores requerimientos de O2 e hipoxemia a mínimos movimientos.

Se inicia ventilación no invasiva, se incluye en emergencia nacional para trasplante bipulmonar.

Evoluciona con empeoramiento de la hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha. Se inicia infusión de milrinone.

A las 48 hs requiere ARM y se inicia soporte con ECMO veno-arterial (V-A) como puente al trasplante pulmonar lográndose extubar con soporte con cánula de alto flujo.

Día 24: Implante de ECMO V-A central por toracotomía (recambio de membrana)

Día 30: Trombosis del circuito y membrana de ECMO. Recambio de urgencia.

En postoperatorio se constata foco motor derecho, hiperreflexia en miembros inferiores, anisocoria con pupila izquierda midriática arreactiva, parálisis facial central derecha además de parálisis del III y IV par ipsilateral.

Se realiza TAC de encéfalo: hipodensidad de hemisferio cerebral izquierdo compatible con isquemia aguda con signos de edema maligno.

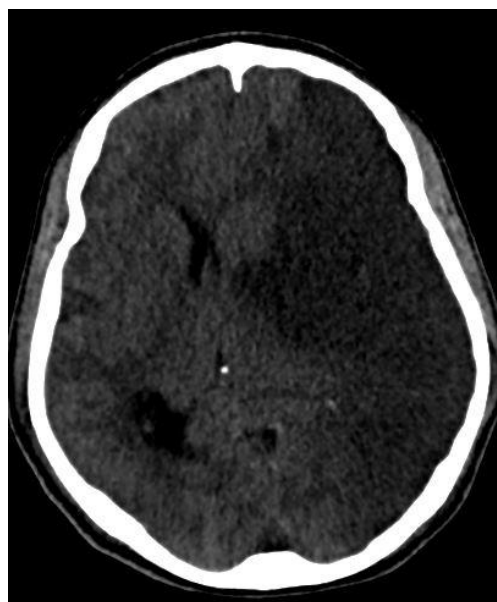
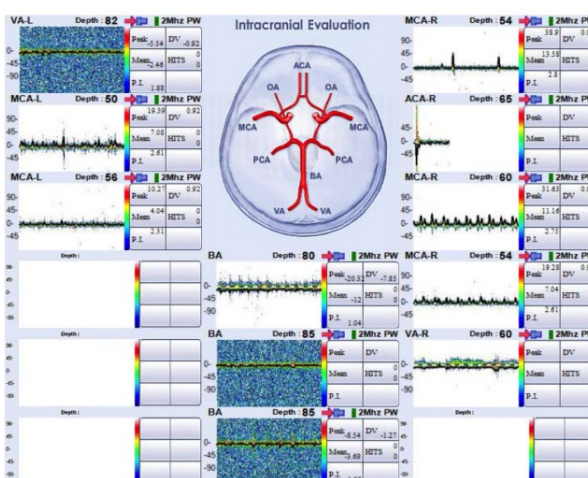
Evoluciona en 24 hs con ausencia de reflejos troncales, cumple con los criterios clínicos de ME. Se confirma con Doppler transcraneal. Posteriormente continúa bajo soporte hemodinámico y respiratorio con ECMO V-A manteniendo adecuada oxigenación y estabilidad hemodinámica hasta la ablación.

Se realiza procuración de ambas corneas e hígado.

El receptor del trasplante hepático presentó postoperatorio sin complicaciones con adecuada función del injerto hasta la actualidad.

Discusión: Aunque hay reportadas series en otros países de sostén hemodinámico y respiratorio de donantes con ME, se trata del primer reporte en Argentina de procuración e implante efectivo de órganos a partir de un paciente bajo soporte vital avanzado con ECMO.

Conclusión: En pacientes con ME e inestables hemodinámicamente el uso de ECMO puede proveer estabilidad hemodinámica, mejorar la calidad de los órganos procurados y así expandir la cantidad de donantes efectivos.



0264 COINFECCIÓN ENTRE HANTAVIRUS Y LEPTOSPIROSIS, REPORTE DE CASO

E VALGOLIO(1), G QUINTANA(1), I ZOILO(1), C MARCHENA(1), S TAL BENCECRY(1), L GATTI(1), L MILANESIO(1), A COLOMBINI(1), L TUMINO(1), M KENAR(1)

(1) Clínica San Camilo.

Introducción: Se presente un caso de coinfección por enfermedades zoonóticas emergentes en el cono sur, Hantavirus y Leptospirosis, cuyo diagnóstico diferencial se plantea en pacientes con compromiso severo de la función respiratoria, ya que ambas enfermedades comparten características epidemiológicas y clínicas.

Caso clínico: Paciente de 25 años que ingresa con signos insuficiencia respiratoria, inicialmente con ventilación espontánea y SpO2 93%. Examen físico: hipoventilación bibasal, taquicardia, erupción eritematosa con vitropresión (+) y petequias. Derrame

pleural bilateral moderado. TC: múltiples áreas con atenuación en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares, tendencia a la consolidación, algunas con aspecto pseudonodular más engrosamiento de septos interlobulillares. Realizó múltiples viajes previos al inicio de sus síntomas. El paciente comienza a presentar signo sintomatología "flu like". Evoluciona con diarrea, fiebre, cefalea, mialgias difusas, astenia marcada y dolor abdominal tipo cólico. Radiografía de tórax, infiltrado intersticial se interpreta como neumonitis inicia claritromicina. Posteriormente mayor compromiso del estado general, fiebre persistente, vómitos y tos. La familia consulta con un neumonólogo quien adiciona ciprofloxacina y sugiere internación. Se solicitan pancultivos (a descartar sepsis de la comunidad) y perfil serológico, ante alta sospecha clínica de SPH, se incluye serología para Hantavirus. (Otras: dengue, leptospirosis, FHA) panel virus respiratorios. Empíricamente inicia triple esquema ATB más oseltamivir. Evoluciona con shock refractario y disfunción multiorgánica. Fallece 16hs después del ingreso. Se recibe serologías positivas para Hantavirus y Leptospirosis. La coinfección de estas dos patologías, potencialmente graves, es un evento infrecuente que habitualmente tienen una evolución desfavorable. Ante un paciente con insuficiencia respiratoria y datos epidemiológicos compatibles se deben plantear como diagnósticos diferenciales y solicitar los estudios complementarios indicados.

Discusión: La coinfección es una circunstancia infrecuente caracterizado por síntomas inespecíficos que se presentan al inicio de la enfermedad, por lo que al ingreso el sostén vital y tratamiento específico deben de tenerse en cuenta.

0265 NEUROMONITOREO: DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS PARA INTENSIVISTA DE ARGENTINA

L TUMINO, S CARINO(1), A TORO(1), MG VIDAL(1), F GONZALEZ(1), J CONDE(1), S BARRIOS(1), A PAGLIA(1), R REINA(1), E ESTENSORO(1), C BALASINI(1)
(1) Higa San Martín.

Objetivos: Evaluar los métodos de diagnóstico y monitoreo disponibles para intensivistas de Argentina, comparando centros públicos vs privados. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal mediante encuesta realizada a intensivistas argentinos. Se realizaron preguntas sobre disponibilidad de métodos diagnóstico y monitoreo. Datos presentado como porcentajes, comparaciones realizadas con Chi2, significativo $p < 0,05$

Resultados: Fueron contestadas 150 encuestas: 70% trabajan en centros público y 30% en privado. Las patologías neurocrítica más informadas: Trauma de cráneo grave (TECG) 89(59%), postoperatorios 19(13%), Stroke 10(7%), Hemorragia subaracnoidea 10(7%) y Hemorragia intracerebral 6(4%). 54% tienen protocolos escritos de tratamiento de HTE. Neuromonitoreo: disponibilidad de sensores presión intracraneal (PIC): siempre 116(77%), intermitente 23(15%), nunca 9(6%). Tipo de sensor: intraparenquimatosos 48(33%), Intraventricular 28(19%), subdural 13(9%), todos 43(29%). Otros monitoreos: tomografía 132(88%), saturación yugular de oxígeno 40(27%), doppler transcraneal (DTC) 90(60%), presión tisular de oxígeno 26(4%), medición de la vaina del nervio óptico 28(19%), BIS 15(10%), NIRS 2(1%) y microdialisis cerebral ninguno. Las comparaciones entre intensivistas de centros públicos y privados se observan en Tabla 1.

Conclusiones: La encuesta fue respondida mayoritariamente por médicos de hospitales público. La patología neurocrítica más frecuente es el TECG. Solo 54% tienen protocolos escritos de actuación de tratamiento de HTE. El 9% no cuenta con monitoreo de PIC, mientras que el 29% cuenta disponibilidad de varios tipos sensores. El 88% cuentan con tomografía computada, el 60% cuentan con DTC y en menor medida S_jO₂ y medición de la vaina de los óptico. No hubo diferencias significativas entre públicos y privados.

	PUBLICO N= 105	PRIVADO N=45	P
TEC	70(66%)	19(42%)	0.016
PIC SIEMPRE DISPONIBLE	79(75%)	37(82%)	0.06
PIC INTERMITENTE	19(18%)	5(11%)	0.19
PIC NO DISPONIBLE	9(9%)	1(2%)	0.23
SAYO2	31(30%)	9(20%)	0.21
DOPPLER	61(58%)	29(64%)	0.47
TC	91(87%)	41(91%)	0.44
PROTOSCOLOS ESCRITOS	38(36%)	19(42%)	0.48

0266 UTILIZACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA POR EL INTENSIVISTA ARGENTINO

L TUMINO, S CARINO(1), R ROJAS(1), P LORAN(1), B FRANCO(1), G ZUNA(1), MC MARCHENA(1), MG VIDAL(1), R REINA(1), E ESTENSORO(1), C BALASINI(1)
(1) Higa San Martín.

Objetivos: Conocer las medidas terapéuticas empleadas en la hipertensión endocraneana (HTE) por intensivistas argentinos.

Material y métodos: Estudio transversal mediante una encuesta a intensivistas de Argentina. Se realizaron preguntas sobre tratamiento de la HTE. Consideramos empleo adecuado de una estrategia terapéutica cuando supera el 75% de las respuestas. Los datos se presentan como porcentajes.

Resultados: Se respondieron 150 encuestas: 30(20%) residentes, 81(54%) menos de 15 años de especialista y 39(26%) más de 15 años; 105(70%) trabajan en centros público y 45(30%) en privado. Consideran HTE con cráneo cerrado 20 ± 3 mmHg y con cráneo abierto 15 ± 6 mmHg. En la tabla 1 se muestran las medidas utilizadas en cada línea de tratamiento. Tabla 1.

Conclusiones: Se observa un buen empleo de las medidas generales de tratamiento. Dentro de la primera línea se observa una mayor utilización de SSH. Se observa una utilización heterogénea de las medidas de segunda línea, con mayor utilización de coma barbitúrico. Consideramos indispensable para el tratamiento de la HTE el conocimiento de cada una de las medidas terapéuticas, resaltando la necesidad de mayor educación sobre el tratamiento escalonado de la HTE.

	Medidas Generales	Primera Línea	Segunda Línea
Cabecera 30°	142(97%)	11(8%)	1(1%)
T < 38°	132(90%)	6(4%)	4(2%)
Saturación > 92%	128(87%)	12(8%)	2(1%)
CO2 35-45 mmHg	118(80%)	24(16%)	3(2%)
Normovolemia	111(76%)	9(6%)	2(1%)
PPC 50-70 mmHg	106(72%)	29(20%)	3(2%)
Sedación y analgesia	125(85%)	34(23%)	4(3%)
Na > 135 mEq/l	107(72%)	24(14%)	1(1%)
Manitol	17(12%)	98(67%)	15(10%)
Sol. salina hipertónica (SSH)	26(18%)	116(80%)	6(4%)
Descompresiva	9(6%)	20(14%)	98(67%)
Coma barbitúrico	8(5%)	22(15%)	109(74%)
Hipotermia	7(5%)	13(9%)	48(33%)
Indometacina	2(1%)	9(6%)	43(29%)

0267 OSMOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA

L TUMINO, S CARINO(1), A PASARELLI(1), L CHOQUE(1), D JUAREZ(1), N ZULJEVIC(1), C LOUDET(1), F GONZALEZ(1), R REINA(1), C BALASINI(1), E ESTENSORO(1)
(1) Higa San Martín.

Objetivos: Evaluar la utilización de soluciones hiperosmolares y percepción de complicaciones en la hipertensión endocraneana (HTE) por intensivistas argentinos.

Material y métodos: Estudio transversal mediante una encuesta. Se realizaron preguntas sobre tratamiento de la HTE con osmoterapia: concentración utilizada, volumen administrado y complicaciones. Los datos se presentan como porcentajes.

Resultados: Fueron contestadas 147 encuestas. Todos los encuestados utilizan soluciones hipertónicas para el tratamiento de la HTE, siendo la más usada la solución salina hipertónica(SSH) 116(79%). El 91% disponen de SSH y manitol(M), 7% solo SSH y 1% solo M. Solución salina hipertónica: La concentración utilizada es 3%: 123(84%), 7,5%: 19(13%), >14,3%: 4(3%). Volumen administrado: <100: 29(20%), 100-200: 65(45%), 200-300: 34(23%), >300: 17(12%). Complicaciones percividas por 119(81%): Hipernatremia: 114(78%), HTE rebote 2(1%), Hipotensión arterial 2(1%), Insuficiencia renal aguda: 6(4%), Mielinolisis pontina central 7(13%), Hiponatremia 1(1%), Hipopotasemia 6(6%), Acidosis 19(54%), sobrecarga de volumen 30(64%). Limitación del uso: Natremia 102(69%), Osmolaridad plasmática 19(13%), Gap osmolar 2(1%), PIC 14(9%), Ninguno 14 (9%). MANITOL: El volumen administrado fue <100: 17(12%), 100-200: 79(54%), 200-300: 40(27%), > 300: 9(6%). El 69% percivió complicaciones relacionadas con el uso de M: Hipernatremia: 60(41%), Hipotensión 27(18%), HTE rebote 22(15%), Sobrecarga de volumen 21(14%), Hipopotasemia 17(12%), Hiponatremia 13(9%), Insuficiencia renal aguda 10(7%), Acidosis 10(7%) y Mielinolisis pontina central 4(3%). La limitación del uso de M referido fue por: Osmolaridad 57(39%), Natremia 33(22%), PIC 24(16%).

Conclusiones: La solución hipertónica más utilizada es la solución salina, en una concentración de 3 y 7,5%. El 81% percive complicaciones, siendo la más frecuente la hipernatremia, siendo esta, también su limitante en el uso.

0268 UTILIZACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LA FALLA RESPIRATORIA AGUDA ASOCIADA A EPOC: REPORTE DE UN CASO

E STEINBERG(1), E GOGNIAT(1), R FAMILIETTI(1), P EZCURRA(1), N ROUX(1), S GIANNASI(1)
(1) Hospital Italiano.

Introducción: La cánula nasal de alto flujo de O₂ (CNAFO2) ganó terreno en la falla respiratoria aguda (FRA), con beneficios en FRA hipoxémica. Sus potenciales efectos fisiológicos la muestran prometedora en otro tipo de FRA.

El Gold estándar para la FRA por EPOC reagudizado es la ventilación mecánica no invasiva (VNI), no exenta de complicaciones, siendo la intolerancia a la interface la más común.

Presentación del caso: Mujer, 65 años, ex tabaquista, EPOC (GOLD D), tomografía axial computada con enfisema panlobulillar bilateral.

Ingresó a UTI con signos de aumento del trabajo respiratorio, frecuencia respiratoria 22 c/m, somnolienta, con acidosis respiratoria. Inició broncodilatadores inhalados, corticoterapia endovenosa y VNI con máscara facial total, modalidad PC-CSV (8/6 cmH₂O), con aceptable respuesta. A las 24 hs con buena respuesta clínica, persistió con hipercapnia y regular tolerancia a la interface. Se decidió colocar CNAFO2 (flujo 50 l/min, FiO₂ 30%) como estrategia para disminuir las horas de VNI y mejorar tolerancia. La excelente respuesta clínica y gasométrica determinó un cambio de tratamiento a CNAFO2 (Tabla 1).

TABLA 1
Evolución de las variables

	Ingreso UTI	UTI 2 hs	UTI 24 hs	UTI 32 hs	UTI 36 hs	UTI 42 hs	UTI 54 hs
Tiempo Tto	VNI Hora 0	VNI 2hs	VNI 24hs	CNAFO2 2hs	CNAFO2 6hs	CNAFO2 12hs	CNAFO2 24hs
pH	7,38	sid	7,37	sid	7,50	7,47	7,47
HCO ₃	35	sid	37	sid	35	37	38
PaCO ₂	59	sid	64	sid	46	51	53
SpO ₂ /FiO ₂	320	323	320	235	230	269	303
FR c/min	22	17	26	18	12	18	18
Musc acc	Si	Si	No	No	No	No	No

Discusión: El estándar de tratamiento para la FRA en EPOC reagudizado es la VNI, pero los inconvenientes asociados a la misma abren una puerta a CNAFO2. No existe evidencia para la aplicación de CNAFO2 en FRA por EPOC reagudizado, solo el reporte de 2 casos. A diferencia de lo publicado por Plotnikow y por Lepere, nuestra paciente inició CNAFO2 para mejorar el confort en contexto de buena respuesta a VNI. Los excelentes resultados prontamente conseguidos determinaron el cambio de tratamiento hacia CNAFO2. De los efectos fisiológicos propuestos creemos que el más importante fue la disminución en la reinhalación de CO₂, que conlleva un descenso de PaCO₂ y de Fr, lo que podría tener un marcado beneficio sobre la hiperinsuflación dinámica.

Conclusión: La aplicación de CNAFO2 en pacientes con reagudización de EPOC podría ser una alternativa o un adyuvante al soporte convencional con VNI. Nuestros resultados deberían confirmarse mediante un estudio de mayor escala.

0269 REPORTE DE CASO CLINICO BOTULISMO

C FERNANDEZ(1), D FERNANDEZ(2), M RUFFO(3)

(1) Dr. Guillermo Rawson. (2) R Guillermo Rawson. (3) Dr Guillermo Rawson.

Introducción: Paciente masculino, 51 años, APP tabaquismo severo presenta mareos, vómitos y diplopía, paresia de MMII de 12 hs de evolución ingresa SMU, excitación psicomotriz con TA 200/130, alteración del sensorio y mala mecánica ventilatoria requiere IOT pasa STIA.

Presentación del Caso: (día 1) pupilas arreactivas, parálisis flácida simétrica descendente, hipoventilación bibasal, rales crepitantes bilaterales. Sospecha de ACV, Encefalopatía hipertensiva, Botulismo. Procedimiento: NTG, ARM, ECG, Pancultivo, TAC cerebro, Rx tórax. (Día 2) Descartado ACV, ARM en forma PCV, Toxina botulínica +. (Día 4) febril, meropenem. ARM con soporte CPAP, H. influenzae +, diagnóstico NAVM. (Día 9) pupilas midriáticas arreactivas, cuadriparesia, traqueostomía precoz. (Día 30) Apertura ocular parcial, leve sostén cefálico y de tronco. Se aísla pseudomona, cumple tto ciprofloxacina y Metronidazol (toxina clostridium) (Día 54) Apertura ocular espontánea, aumento de fuerza MMSS 5/5. Sostén cefálico y de tronco. Presenta insomnio se suspende clonazepam, se indica zolpidem y fluoxetina. Comienza con deambulacion, pafi 312, se progresa destete, se alterna PCV noche y en día soporte. (Día 65) Presenta Bacteriemia y leucocitosis, cumple tto Meropenem + Colistin + metronidazol + fluconazol (Hemocultivo acinetobacter + Urocultivo pseudomona, retrocultivo + klebsiella). Presenta deterioro función sistólica FEV 35% cursando sepsis, requiere dobutamina (cumple 7 días) NTG y dexmedetomidina. Aumento urea y creatinina, índices urinarios IRA Renal. Ecocardiograma FEV 42%. Se rota linezolid + tigeciclina + Colistin. (Día 91) Realiza nueva bacteriemia (HMC + y retrocultivo + klebsiella) cumple tto Meropenem + Colistin + caspofungina y Linezolid. (Día 96) Se rota a Ciprofloxacina por sensibilidad del germen. Ecocardiograma transtorácico FEV 60%, se descarta endocarditis. Buena evolución a 124 días pasa a sala clínica médica. Diagnóstico de egreso: Botulismo y NAVM por pseudomona.

Discusión: Según sgs clínicos patognomónicos, se debe confirmar la presencia de toxina. Basado en anamnesis, ingesta de pickles crudos fue la fuente de intoxicación. La recuperación es 1 a 4 meses comenzado el tto, en nuestro caso ocurrió a los 4 meses, debido a la ingesta de gran cantidad de alimento contaminado.

Conclusión: Con los datos epidemiológicos, sgs clínicos y hallazgos microbiológicos, fue posible confirmar el diag de botulismo debido a la toxina tipo A.

0270 NEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO VERSUS TRAUMATICO A PROPOSITO DE UN CASO

T HUANCA(1), A TAMAYO(1), G RODRIGUEZ, J ALBARRACIN, W VIDETTA, B FERNANDEZ, M WILCHES, F CARVAJAL, R GARNICA(2)

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

El Neumomediastino Espontaneo es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de aire en el espacio mediastínico sin que exista una causa traumática. El neumomediastino espontáneo sobreviene luego de una ruptura de los alvéolos terminales, secundario a hiperinsuflación pulmonar. La frecuencia de esta alteración va de 2 casos por cada 1,000 a 1 caso por cada 12,000. Afecta más a los hombres que a las mujeres, en una relación 8:1.4. las manifestaciones clínicas son: dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo en el tórax, cuello o la cara.

Paciente masculino de 16 años de edad acude a nuestro hospital por disnea clase funcional III-IV de una semana de evolución, se instaura tratamiento médico de urgencia se cataloga como crisis asmática severa la cual no resuelve, e intercorre con dolor torácico posterior a un acceso de tos evoluciona con mala mecánica ventilatoria, diaforesis y palidez se decide IOT-ARM. Se evidencia enfisema subcutáneo en cuello y región anterior de torax se realiza tomografía computada de torax-abdomen se evidencia neumotórax bilateral, neumomediastino, neumoperitoneo, evolución tórpida del paciente con requerimiento de vasoactivos y colocación de tubos de avenamiento pleural bilateral. Se realiza fibrobroncoscopia y se desplaza el tubo orotraqueal 2 cm.

Se realiza manejo hemodinámico, ventilatorio adecuado, se obtiene una evolución favorable del paciente con extubación del mismo. En conclusión el neumomediastino espontaneo es poco frecuente y la ventilación mecánica de inicio perjudicial pero necesaria para otorgarle soporte respiratorio.

0274 PANCREATITIS AGUDA, DETERMINANTES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.

A RAMOS(2), A DOGLIOTTI(1), D LATASA(2), M PEREZLINDO(2), F ACHARTA(2), C BOZICOVICH(2), G ALESSIO(3), C LOVESIO(2)

(1) Grupo Oroño. (2) Sanatorio Parque. (3) Sanatorio Rosendo García.

Introducción: La inflamación aguda del parénquima pancreático puede evolucionar a formas fatales. El objetivo de este estudio fue hallar predictores de muerte intrahospitalaria y validar el poder de discriminación de 3 escalas pronósticas en nuestra población.

Métodos: Se relevaron retrospectivamente los casos ingresados a la unidad de cuidados críticos por pancreatitis aguda entre enero de 2007 y marzo de 2017. Se adjudicaron las escalas de Atlanta (1992), Atlanta Revisada, Determinantes de Mortalidad, score de Ranson, APACHE II, SOFA, y los valores de uremia, hematocrito al ingreso y a las 48 hs. Se registró el balance hídrico a las 48 horas. Utilizamos un modelo de regresión logística incluyendo en el análisis a las variables que en el univariado mostraron un valor de $p \leq 0,2$, una prevalencia $>2\%$, y las sugeridas en la literatura.

Resultados: De los 86 pacientes con pancreatitis aguda, 40 eran mujeres (46%). Diez pacientes murieron (8,6%). Integraron el modelo multivariado: edad ($p=0,0002$), sexo ($p=0,01$), APACHE II ($p=0,0007$), SOFA ($p=0,009$), Atlanta 92 ($p=0,05$), Atlanta Revisada ($p=0,02$), De-

terminantes de Severidad ($p=0,1$), hematocrito al ingreso ($p=0,01$) y a las 48 horas ($p=0,05$) y uremia al ingreso ($p=0,003$) y a las 48 horas ($p=0,01$). En el modelo multivariado, por cada punto de incremento en la clasificación de Atlanta Revisada y Determinantes de Severidad aumenta el 3,7% ($p=0,04$) y más de 300 veces la mortalidad ($p=0,01$), respectivamente.

Los scores APACHE y Determinantes de Severidad mostraron un buen poder de discriminación: Área bajo la curva ROC 0,8 (Intervalo de confianza del 95% 0,70-0,88) y 0,72 (0,61-0,81) respectivamente, sin diferencias significativas entre ambas ($p=0,4$).

Conclusión: La clasificación de Atlanta Revisada y Determinantes de Severidad fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. Determinantes de Severidad y el score APACHE II mostraron un buen poder de discriminación para mortalidad en nuestra cohorte de pacientes con pancreatitis aguda.

0275 USO DE DAPTOMICINA EN PEDIATRÍA, A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO

V CÉLLERI(1), A COSTAS(2), MA FRANCAVILLA(2), C BERRONDO(2), M GAREA(2), R POTERALA(2), P NEIRA(2), A GATARI(2)

(1) Hospital Gutierrez. (2) Gutierrez.

Introducción: La Daptomicina es un antimicrobiano de la familia de los lipopéptidos cíclicos con gran acción bactericida y espectro antimicrobiano hacia cocos Gram Positivos de importancia clínica, cuyo uso en pediatría esta poco estudiado y tiene evidencia C-III. Presentaremos un caso clínico de una infección invasiva grave por *Stafilococo Aureus* meticilino resistente (SAMR) que no respondió al tratamiento de primera línea.

Presentación del caso: Paciente de 17 meses de edad, internado en hospital zonal por cuadro de fiebre de una semana de evolución, edema, petequias y equimosis en extremidades. Se toman hemocultivos y punción lumbar (citoquímico normal), y se medica con Ceftriaxona y Aciclovir. Por mala evolución clínica es derivado a hospital regional donde se toman nuevos hemocultivos (HMC) y se rota esquema agregándose Vancomicina. En 48 horas por empeoramiento clínico ingresa a asistencia respiratoria mecánica (ARM) por derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco (HMC positivos para *Staphilococo A*). En este contexto ingresa a nuestro hospital en mal estado general, en ARM, anasarca, derrame pleural y taponamiento cardíaco, con requerimiento de inotrópicos. Se realiza toracotomía con drenaje pericárdico obteniéndose 450 ml seropurulento. En la ecocardiografía control se evidencia una vegetación móvil en el tracto de salida de ventrículo derecho, por lo que se evalúa conducta quirúrgica, la cual no se lleva a cabo por persistir con HMC de control positivos. Ecodoopler de vasos muestra TVP femoral derecha. Persiste con hemocultivos seriados positivos para SAMR por lo que se requieren varios cambios de esquemas antibióticos Vancomicina/TMS, ceftarolina, Daptomicina/Rifampicina (este último esquema previa aprobación de los padres para su uso), siendo este último tratamiento el que logra negativizar los cultivos y mejorar el cuadro clínico del paciente.

Conclusión: La importancia de las infecciones por cocos Gram positivos son relevantes, en parte por un aumento en su incidencia en el rescate de SAMR y la relación de esta con una morbi – mortalidad considerable. Dentro del esquema antibiótico la daptomicina es un antibiótico que si bien todavía no está aprobado su uso en edad pediátrica demuestra su utilidad para este germen en series de adultos.

0276 EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS Y VALIDACIÓN DE LAS DEFINICIONES SEPSIS-3 EN UN PAÍS CON UNA ECONOMÍA CON INGRESOS PER CAPITA MEDIANO-ALTO: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI) IN 809 PACIENTES

E ESTENSSORO(1), C LOUDET(1), F RIOS(2), J OSATNIK(3), A DUBIN(8), V KANOORE EDUL(4), M POZO(5), B LATANZIO(6), F PALIZAS(6), G ZAKALIK(7), A SANTAMARIA, N RUBATTO(8), C ARIAS(9), D VASQUEZ(10), F KLEIN(11), OI GRUPO SATI-SEPSIS(12)

(1) San Martín. (2) Hospital Nacional Prof A Posadas. (3) Hospital Aleman. (4) Juan A Fernandez. (5) Clínica Bazterrica. (6) Clínica Bazterrica. (7) Lagomaggiore. (8) Sanatorio Otamendi-miroli. (9) Nacional Prof A Posadas. (10) L San Martín. (11) Favaloro. (12) Sati.

Introducción: Las definiciones Sepsis-3 publicadas recientemente no han sido validadas en países con economías de ingresos medianos y bajos, no se dispone de datos sobre la epidemiología, manejo y pronóstico de la sepsis en Argentina.

Métodos: Estudio nacional, multicéntrico, cohorte prospectiva, se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a la UCI con sospecha de infección. se agruparon como: 1. Infección; 2.Sepsis (infección+SOFA≥2); 3. Shock séptico (vasopresores +lactato ≥2 mmol/L); 4. Disfunción Cardiovascular (lactato).

Resultados: Se incluyeron 809 pacientes de 48 UCIs; 44% presentaron infecciones respiratorias, 19% UTI, 9% intraabdominales, 6% partes blandas y 3% relacionadas a catéter. 28% de los cultivos fueron negativos. En Tabla 1 y Fig. 1 se muestran características de la población total, y comparaciones entre subgrupos. La mortalidad general fue de 38%, y según categorías: 13%, 20%, 38%, 51% y 39% respectivamente; sus predictores independientes se observan en la Tabla 2. Los valores de AUROC para SIRS, qSOFA y SOFA fueron 0.54[0.47-0.55], 0.52[0.48-0.55] y 0.73[0.79-0.77] (P=0.000).

Conclusiones: - El aumento creciente de gravedad en las categorías de la definición Sepsis-3 se asocia a un aumento progresivo de la mortalidad, lo que refleja su validez pronostica.

- La medición del lactato no obstaculizó el diagnóstico del shock séptico: estuvo disponible en 97% de los pacientes.

- Como fue publicado recientemente, SOFA muestra una validez pronostica adecuada en los pacientes admitidos a la UCI, mientras que SIRS y qSOFA poseen bajo poder discriminativo (Seymour 2016, Raith 2017).

- La mortalidad estuvo independientemente asociada a variables habituales como la gravedad al ingreso, comorbilidades y uso de VM, pero también la duración previa de los síntomas y a la infección por gérmenes multirresistentes.

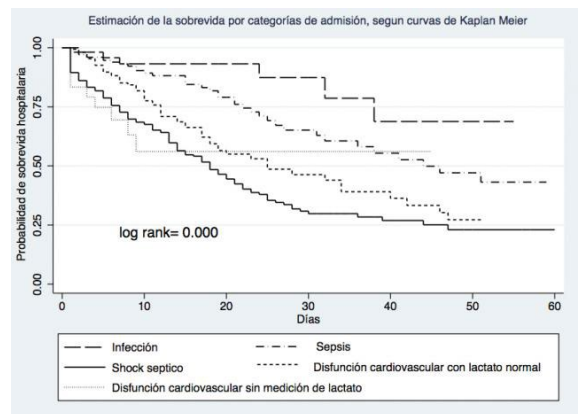
- Los hallazgos de este estudio, el primero efectuado prospectivamente en un país de ingresos intermedios, avalan la utilidad de la definición Sepsis-3.

	OR	IC 95%	p
SOFA	1,13	(1,05-1,21)	0,000
Lactato	1,28	(1,16-1,43)	0,000
Score de Charlson	1,28	(1,15-1,42)	0,000
Ventilación mecánica	16,70	(8,48-32,91)	0,000
Duración previa de síntomas (hs)	1,005	(1,001-1,01)	0,028
Gérmenes asociados a mortalidad elevada	1,78	(1,06-3,02)	0,030

AUROC 0.8628 [0.8319-0.8936] *SAMR; P aeruginosa, KPC, otros gérmenes productores de carbapenemasas, virus de la influenza A

	Todos N=809	1.Infección	2. Sepsis	3. Shock Séptico	4. Disfunción Cardiovascular con lactato normal 164/804 (20)	5. Disfunción Cardiovascular sin medición de lactato 28/809 (3)	P (corrección para comparaciones múltiples)
Edad	60±20	48±21	57±18	63±39	62±18	57±17	0.000
Sexo Femenino	354/809(44)	35/62(56)	91/225(40)	135/324(42)	69/164(42)	14/28(50)	0.154
Score de comorbilidad de Charlson	2[0-3]	0[0-2]	1[0-3]	2[1-4]	2[0-4]	0.5[0-2]	0.001
Estado de salud previa autoevaluado (100-puntos, EQ-VAS)	69±23	83±22	72±22	66±23	65±29	70±27	0.000
Origen de la sepsis: Comunidad/Intrahospital/ICU/otros	55/32/10/3	38/35/25/2	63/26/11/3	57/33/8/3	47/37/9/7	56/30/11/0	0.000
Condición al ingreso Medica/Cirugía programada/de urgencia	74/7/19	60/7/17	79/6/15	75/6/19	73/8/19	75/0/6	
APACHE II	19±8	15±8	15±6	22±8	20±7	18±8	0.000
Presencia de SIRS	726/788(92)	59/60(98)	200/219(91)	299/320(93)	145/160(90)	22/27(81)	0.57
SOFA ≥ 2 criterios	406/497(82)	28/35(80)	87/127(69)	205/237(87)	74/85(87)	12/13(92)	0.000
Lactato (mmol/L)	2.1[1.3-3.4]	1.2[0.9-2.1]	1.8[1.2-2.8]	3.2[2.5-4.7]	1.4[1.1-1.7]	0[0-0]	0.000
SOFA _{28h}	7[4-10]	3[0-3]	4[3-6]	9[7-11]	8[6-10]	8[6-11]	0.000
Mortalidad	303/809 (38)	8/62(13)	44/225(20)	166/324(51)	63/164(38)	11/28(39)	0.000
Requerimiento de ventilación mecánica	468/744(33)	21/56(38)	88/209(42)	224/300(75)	113/151(75)	22/25(88)	0.000
Hemodilísis	128/750(17)	4/5(8)	26/207(13)	65/305(21)	26/152(17)	6/26(23)	0.61
ARDS	181/809(22)	2/60(3)	39/219(18)	93/320(29)	39/160(24)	8/27(28)	0.000

Los datos se presentan como media ± desvío estándar; Mediana [percentilos 0.25-0.75] o n(%)
EQ-VAS: Escala Analogo-Visual de EuroQol-5 Dimensiones



0277 PARALISIS PERIODICA TIROTOXICA HIPOPOTASEMICA: REPORTE DE UN CASO

PD LUCERO, AB VAQUERA(1), MD SCAPPINI(1), FM BALLESTERO(1), ED SOLOAGA(1), MÁ BLASCO(1), JF CHERTCOFF(1) (1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: La parálisis periódica tirotóxica hipopotasémica (PPTH) es una complicación rara asociada al hipertiroidismo, o la forma de presentación del mismo. Se caracteriza por episodios de debilidad muscular e hipocalcemia. Es poco frecuente en occidente, el 90 % de los casos reportados son de hombres jóvenes orientales entre 20 a 40 años. Se caracterizan por la entrada de potasio del espacio extracelular al intracelular por incremento de la actividad de la bomba sodio/potasio ATPasa, provocada por catecolaminas, hiperrinsulinismo y la testosterona lo cual explicaría la mayor prevalencia en varones. Las hormonas tiroideas se encuentran moderadamente elevadas pero no se asocian con la severidad del cuadro clínico. A menudo puede no ser reconocido en el primer ataque debido a la baja prevalencia en la población caucásica y generalmente mínimos o ausentes síntomas de hipertiroidismo, por lo cual el diagnóstico resulta difícil si no se lo tiene en cuenta.

Caso clínico: Paciente masculino caucásico de 35 años de edad con diagnóstico reciente de hipertiroidismo, con mala adherencia al tratamiento con propanolol y metimazol.

Ingresa a UTI por cuadriparesia severa de 5 hs de evolución asociado a hipocalcemia severa. Al examen físico, lucido con cuadriparesia severa simétrica a predominio de músculos proximales de cuatro miembros que progresa a cuádruplejía flácida y reflejos osteotendinosos profundos disminuidos. En el electrocardiograma se describe frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto asociado a bloqueo

de rama izquierda y salvas de taquicardia ventricular, sin descompensación hemodinámica. En laboratorio se evidencia potasio de 1.7 mEq/l, TSH menor a 0.02mU/l, T4: 19.3 nmol/l y T4L: 59 pmol/l. Se inicia reposición de potasio e inicia tratamiento con metimazol y propranolol presentando mejoría clínica reversión del bloqueo de rama izquierda con posterior egreso a domicilio.

Discusión: Hay que tener presente a esta entidad como diagnóstico diferencial de debilidad muscular aguda en pacientes jóvenes. Los episodios de PPTH por lo general preceden el diagnóstico de hipertiroidismo. Debe sospecharse y evaluar función tiroidea ya que su incidencia está en aumento. El grado de hipopotasemia se correlaciona con la severidad de la parálisis y podría provocar arritmias ventriculares fatales.

0278 PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR QUE PRESENTA VASCULITIS CEREBRAL

MA ORTIZ GUTIERREZ(1), J ZAPATA(1), G CABRERA(1), T SIERRA(1), L BIANCHI(1), M FLORES(1), JI MORENO(1), J VOSS(1), M NAHRA(1), J COGORNO(1), E CORTEZ(1)
(1) Hospital Español De Buenos Aires.

Introducción: Las Vasculitis Cerebrales se caracterizan por la inflamación de la pared de los vasos del sistema nervioso central (SNC) produciendo oclusión de la luz o formación de aneurismas con alteraciones isquémico-hemorrágicas. Las enfermedades sistémicas infecciosas o tumorales, las vasculitis sistémicas y el síndrome de vasoconstricción reversible pueden presentar la misma signo sintomatología, por lo cual, es de importancia conocer los diagnósticos diferenciales ya que varían en cuanto al tratamiento y pronóstico del paciente.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 17 años con epidemiología para TBC consulta a guardia por cefalea, paresia braquial leve, paraparesia leve, retención aguda de orina, hiperreflexia, hipotonía del esfínter anal. RNM de encéfalo y columna dorsal: lesión en región lenticular y talámica derecha, mesencefalo, pedúnculos cerebelosos y protuberancia a predominio derecho, desviación de línea media hacia izquierda y placas hiperintensas en C4-C8. TC de tórax: infiltrado intersticial bilateral y cavitaciones bilaterales. PL: proteínas 33.9 mg/dL, células 50%, 35/mm³ predominio mononuclear.

Evoluciona con paroplejía, plejía braquial izquierda, disartria, ptosis palpebral, hiperreflexia, babinsky positivo bilateral, clonus.

Ingres a UTI, presenta deterioro del sensorio requiriendo OIT/ARM, Fibrobroncoscopia con BAL BAAR (+), KOCH (+) y anatomía patológica: granuloma tuberculoso, Ziehl-Neelsen (+). Se interpreta cuadro como vasculitis secundaria a proceso infeccioso. Tratamiento con ampicilina/sulbactam, drogas antifímicas y metilprednisolona. Intercurrencias: SDRA, Shock séptico, neumotórax espontáneo bilateral, traqueotomía. Desvinculación de ARM, pasa a terapia intermedia. Se realiza gastrostomía percutánea. Intercurre con movimientos tónicos clónicos, tratados con levetiracetam, EEG sin status. Se decanula, retiro de gastrostomía. Lucido, con paresia leve braquiocrural izquierda. Se deriva a centro de rehabilitación.

Conclusión: La TBC es una de las principales enfermedades causante de muertes en el mundo. Las formas extrapulmonares, ganglionares y cerebrales, son las más comunes. El Mycobacterium Tuberculosis puede causar desde un síndrome meníngeo con parálisis de nervios craneales, hipertensión intracraneal y accidentes vasculares generando secuelas incapacitantes o muerte.

Nuestro paciente presentó una complicación neurológica de rápida evolución desde el inicio de la sintomatología hasta la presentación del cuadro neurológico, que dado al diagnóstico rápido fundamentado en el criterio epidemiológico de TBC y el tratamiento adecuado tuvo una evolución favorable.

0279 ATROPINIZACIÓN PROLONGADA EN INTOXICACION AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS. REPORTE DE UN CASO

L PEREIRA(1), M MORAES(1), M ESPAÑA(1), A PASCALE(1)
(1) Policial.

Introducción: Las intoxicaciones agudas por plaguicidas son las intoxicaciones graves más frecuentes en Uruguay, requiriendo con frecuencia ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos. El tratamiento antidótico con atropina constituye un pilar terapéutico fundamental, cuya duración depende de diversos factores, incluidas las características toxicocinéticas del plaguicida.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 3 años, sana, procedente de Canelones. Cuatro horas antes del ingreso al Hospital ingirió en forma no intencional un sorbo de plaguicida agrícola en su domicilio, identificado como clorpirifos (formulación líquida al 48 %). Presentó miosis y dolor abdominal, realizándose carbón activado v/o por Unidad de Emergencia Móvil. Ingreso reactiva, eúneica, apirética, sin sudoración, no estertores, se administraron 0,8 mg i/v de atropina (0,05 mg/kg). A la hora, en la Unidad, midriasis bilateral, frecuencia cardíaca 173 cpm, PA 145/108/86 mmHg, colinesterasa plasmática 173 U/L, Sat O2 99% VEA, nueva dosis de atropina i/v 0,5 mg (0,03mg/kg), iniciándose infusión a 20% de la dosis administrada (0,02mg/kg/h). Presentó en la evolución elementos de intoxicación atropínica con descenso de dosis, ante lo cual reinstalaba diarrea, miosis y descenso de FC. En la evolución valores de colinesterasas en ascenso con descenso gradual de atropina (0,02, 0,016, 0,013, 0,01, 0,008, 0,006, 0,005 mg/kg/h) suspendiéndose a los 21 días del inicio del tratamiento. Al alta de la Unidad colinesterasa plasmática 3946 U/L.

Discusión: La clínica fue compatible con la exposición referida, con predominio inicial de síndrome nicotínico (taquicardia, hipertensión arterial). El descenso de las colinesterasas plasmáticas confirmó la exposición. La duración del tratamiento con atropina en intoxicaciones agudas por clorpirifos puede explicarse por su larga vida media de eliminación, compuesto altamente lipofílico tendencia a acumularse en tejido adiposo. La lenta liberación de clorpirifos de los tejidos grasos puede explicar la reaparición de elementos colinérgicos aún semanas después del inicio del cuadro, fenómeno conocido como "reintoxicación endógena".

Conclusión: La identificación del plaguicida resultó fundamental para sostener un tratamiento prolongado con atropina, teniendo en cuenta aspectos toxicocinéticos del mismo. Se recomienda en estos casos el descenso lento y gradual de la dosis de atropina frente a la ausencia de síndrome colinérgico y colinesterasas en franco ascenso.

0280 ANÁLISIS DEL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ATAQUE CEREBRAL ISQUÉMICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS POLIVALENTES

S SVAMPA(1), P ROEL(1), K SAIBAL(1), M OROZCO(1), JM VARGAS(1), M CORNU(1), A MARTINUZZI(1)
(1) Cmic.

Introducción: El Ataque Cerebral Isquémico (SI) es la 3ª causa de Muerte en el mundo y la 1ª de Discapacidad. Pocos pacientes consultan dentro del periodo ventana para trombolíticos, internándose con el cuadro neurológico evolucionado. Una de las mayores dificultades durante el periodo agudo es el control de la presión arterial (PA).

Objetivo: Describir el manejo de la PA y el uso de drogas Antihipertensivas (DA) la 1ª semana de internación del SI durante 1 año en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) y si tuvo algún impacto sobre el Outcome al Alta.

Material y Métodos: Trabajo observacional retrospectivo, análisis de los pacientes internados por SI durante el año 2016, en una UCI polivalente. Registro fecha de Ingreso y egreso; edad, GSC, NIHSS, Factores de Riesgo (FR), Tiempo de evolución, Trombolisis, Etiolo-

gía y territorio afectado. PA Sistólica, Media y Diastólica a las 24, 48 horas y semana. Descenso de la PAM y tiempo; DA utilizadas y Esquema, complicaciones; evolución, Escala de Rankin Modificada (RM), Días de internación en UCIP y Totales, APACHE II, Índice de Charlson. Los resultados se expresan media, DS y porcentaje según corresponda.

Resultados: Se internaron 520 pacientes; 7,3% Stroke, de estos SI 30%; edad: 65 ± 17 ; NIHSS: 4 SI Menores, 1 SI Mayor, y 6 NIHSS $> 5 < 20$. FR más frecuentes: HTA y Diabetes. Solo 1 ingresó en período de ventana extendida, con transformación hemorrágica. Territorios afectados: Anterior 96%, posterior 3%; mecanismo más frecuente trombótico. Ninguno requirió DA al ingreso, 5 iniciaron el 1° día; DA más elegidas: enalapril y Nitroglicerina, logrando el descenso: 3/24, 1/48 y 1/72 horas. Complicaciones: neurológicas 18% (transformaciones hemorrágicas) y Extraneurológicas 36% (Infecciosas). Resultados: Obitos 18,1%, Alta 63,6%, Centro de Rehabilitación 18,1%.

Conclusiones: Se observó que no se han respetado las recomendaciones de las Guías AHA, al iniciar DA durante las primeras 24 horas, como así la selección de DA. Es interesante remarcar que los valores de PA en nuestros pacientes no parecen tener impacto sobre su outcome. La no adhesión a las recomendaciones, obliga a iniciar un proceso de mejora y capacitación al respecto.

0282 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: CURSO CLÍNICO Y RESPUESTA TERAPÉUTICA

RE GILL CASTIGLIONI(1), S VARGAS(1), A AGUAYO(1), H BIANCO(1), F FERREIRA(1), M PEDERZANI(1), L FONTCLARA(1)

(1) Hospital De Clínicas.

Introducción: La Necrólisis epidérmica tóxica es una reacción cutánea severa y poco frecuente, asociada a una elevada morbi-mortalidad. De etiopatogenia multifactorial, genética, inmunológica, medicamentosa e infecciosa. Existe una falta de ensayos clínicos controlados y randomizados que evalúen los resultados de los tratamientos propuestos. Se presenta el caso de una reacción adversa severa a fenitoína, su curso clínico, tratamiento realizado y evolución en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Hospital de Clínicas, San Lorenzo - Paraguay.

Presentación del caso: Masculino, 39 años, portador epilepsia secundaria tras clipado de aneurisma cerebral hace 11 años, recibía carbamazepina y abandona medicación. Ingresó a emergencias por convulsiones tónico-clónicas generalizadas, se administra fenitoína y a las 4hs desarrolla un eritema generalizado, lesiones ampollares, con áreas denudadas, signo de Nikolski positivo y afectación de mucosas oral y genital. Ingresó a UCIA ante requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, se establece diagnóstico de NET confirmado por histopatología de causa medicamentosa con un SCORTEN de 3 (mortalidad estimada de 35,3%). El paciente se mantuvo aislado, se realizó resucitación inicial con fluidos, normotermia, analgesia adecuada y nutricional enteral temprana. Recibió metilprednisolona a 1g/kg/día durante 4 días y pentoxifilina, presentó empeoramiento de las lesiones, se indica inmunoglobulina intravenosa 1g/kg/día por tres días, constatándose mejoría clínica a los 3 días. Además recibió medidas de barrera cutánea. Durante su estadía desarrolló falla renal aguda y una sepsis a punto de partida de piel con bacteremia a un A. baumannii complex sensible a colistina. Fue dado de alta tras 10 días.

Discusión: La causa de la reacción suponemos es la fenitoína debido a su relación en tiempo tras la administración del fármaco, presentó un score de predictor de mortalidad elevado. Considerando la base inmunológica del NET, se proponen como tratamiento inmunomoduladores. Recibió corticosteroides que no modificaron el curso clínico, sin embargo tras la administración de IG presentó mejoría de lesiones cutáneas en coincidencia con reportes internacionales del beneficio de las IGs.

Conclusión: La NET requiere un manejo multidisciplinario. Consiste en el reconocimiento precoz, la supresión de la droga y terapia de

soporte apropiado. Faltan estudios randomizados para estandarizar protocolos sobre el beneficio de las IGs.



0283 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO ANEURISMÁTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE. REPORTE DE UN CASO

A HERNANDEZ(1)

(1) Sagrado Corazón.

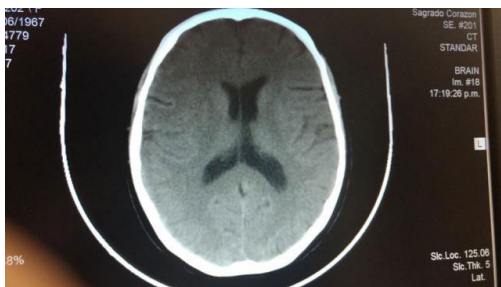
Introducción: Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible es una entidad caracterizada por cefalea, náuseas, fotofobia con una incidencia mayor en mujeres entre los 20 - 50 años, sin etiología clara. En general, de características benignas, puede estar asociado a déficit neurológico (hemorragia subaracnoidea o intracerebral, isquemia y convulsiones).

Presentación del caso: Paciente de 49 años, consulta por cefalea de 6 días de evolución de inicio súbito (en trueno), pulsátil con irradiación a región cervical, de 10/10. Tomografía de cerebro con evidencia de hemorragia subaracnoidea cortical parietal derecha. Ingresó lúcida sin déficit neurológico, estable, con cefalea 7/10. Recibe analgesia, calcio antagonistas y anti cósmicos. Se realiza angiografía digital encontrando estenosis segmentarias compatibles con vasoespasmos a nivel de arterias cerebral anterior y media bilateral, también en algunos vasos intracerebrales de ambas vertebrales. Se diagnostica hemorragia subaracnoidea no aneurismática asociado a síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. Presentó mejoría de síntomas, tratamiento con nimodipina y posteriormente se externa.

Discusión: Síndrome de vasoconstricción cerebral, es una entidad subdiagnosticada con etiología poco estudiada, que sugiere un dis-

balance en la regulación del tono vascular cerebral. El caso presentado, de una paciente que fue internada por las características de la cefalea, que sugieren un probable proceso vascular, con estudios que apuntaban a una hemorragia subaracnoidea de características atípicas. Con el hallazgo final de estenosis arterial segmentaria generalizada y el diagnóstico de síndrome de vasoconstricción cerebral. El tratamiento está basado en información observacional y paneles de expertos, dada la rareza de la identidad, la dificultad para ser diagnosticada y su naturaleza autorresolutiva. Se recomienda el uso de calcioantagonistas, con evidencia que sugiere que su uso no acorta el tiempo de vasoconstricción. El pronóstico es bueno, la mayoría de los casos resuelven espontáneamente, y la reincidencia es rara.

Conclusión: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible es una entidad que debería tenerse en cuenta al momento de realizar diagnósticos diferenciales en paciente con cefalea de características vasculares. La mayoría de los casos resuelven sin intervención y un pequeño porcentaje puede evolucionar a eventos vasculares con secuelas neurológicas como consecuencia.



0284 NEUMONIA GRAVE POR CHLAMYDOPHILA PSITTACI, RESPUESTA FAVORABLE A LA LEVOFLOXACINA

V CHEDIACK(1), R GREGORI SABELLI(1), E CORTEZ(1), P SAUL(1), C DOMINGUEZ(1), C BISPO(1), N CHACON(1), JM FERNANDEZ(1), M NANO(1), Y LAMBERTO(1), S CACERES(1), L GONZALEZ(1), O VILLAR(1), E CUNTO(1)
(1) Hospital De Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: La infección por *Chlamydomphila psittaci* (CP) es una zoonosis. Se clasifica como enfermedad profesional (contacto con aves). La transmisión es por vía respiratoria, contacto directo o inhalación de aerosoles de secreciones o polvo. El curso varía, asintomática y leve en la mayoría de los casos (like-influenza). Se describen formas graves (distres). El tratamiento de elección es la doxiciclina. Se presenta el caso a fin de alertar sobre su presencia como causa neumonía grave de la comunidad (NGC) y el uso de levofloxacina

como alternativa en casos graves en los que no se puede usar la vía oral.

Reporte de caso: Mujer sana, 37 años, hospitalizada 24/12/16 por NGC. Antecedente: contacto con psitácidos muertos a mediados de noviembre. Comienza 7 días previos al ingreso con hipertermia (39°C), tos no productiva, mialgias, cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal y disnea. Ingres con insuficiencia respiratoria y radiografía de tórax con neumonía grave, tratamiento: ampicilina-sulbactam, vancomicina, levofloxacina y oseltamivir. Evolución con requerimiento de ventilación mecánica (ventilación protectora) por distrés (afectación de 4 cuadrantes y PAFI 154).

Evolución favorable sin intercurencias, extubada el 04/01/17.

Concluye tratamiento con levofloxacina. Alta el 10/01/17.

Resultados: Análisis clínicos sin particularidades. Serología VIH no reactiva, test de embarazo no reactivo. Panel viral respiratorio negativo. Cultivo bacteriológico negativo, Ziehl-Neelsen negativo. PCR positiva para *Chlamydomphila psittaci* en aspirado traqueal (Serología primer muestra negativa). Ecografía abdominal, ginecológica y cardíaca sin patología

Discusión y diagnóstico diferenciales: La tasa de mortalidad de los pacientes graves puede llegar al 15-20% en ausencia de terapia antimicrobiana, desciende a 1% con tratamiento adecuado. Las formas graves se vinculan a factores predisponentes. Los diagnósticos diferenciales incluyen infecciones por *Coxiella burnetti*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *legionella spp.* y virus respiratorios como influenza. Indicios de utilidad para el diagnóstico son: bradicardia relativa, exantema, hemoptisis, epistaxis y esplenomegalia, ausentes en el reporte, que presento evolución rápida al distrés respiratorio.

Conclusión: CP es capaz de producir NGC y distrés respiratorio; tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. Pensarla acorta demora diagnóstica y mejora resultados.

La levofloxacina podría ser una alternativa en casos como el presentado en que no se podía administrar doxiciclina por vía oral y sobrevivió con el tratamiento antibiótico implementado.

0286 EVALUACIÓN DE FACTORES TEMPORALES EN EL MANEJO DEL ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR ISQUÉMICO, EN LA PROVINCIA DE LA RIOJA

JA ARROYO(1), C ARGANARÁS(1), Y FERNANDEZ(1), C SALGUERO(1)

(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: En las guías de la Sociedad Americana de Cardiología y de Enfermedad Cerebrovascular (AHA/ASA), se establecen objetivos temporales en el manejo del Accidente Cerebral Vascular isquémico (ACVi), con el fin de optimizar la realización de terapia trombolítica (TT), este tratamiento no se encuentra disponible en muchos lugares de Latinoamérica y tampoco en la provincia de La Rioja, por lo cual estudiar los mismos da un panorama de los pacientes, que se beneficiarían de la TT y del impacto en salud.

Métodos y Pacientes: Informe Preliminar: Estudio de cohorte prospectivo y observacional, llevado adelante en la ciudad de la Rioja desde Enero de 2017, Se incluyeron 20 pacientes con diagnóstico de ACVi agudo.

Resultados: La tasa de ACVi fue del 3,08 por 1000 consultas, el 60% (n: 12) de los pacientes consultó antes de las 3 hs, el tiempo promedio en llegada de la ambulancia al domicilio fue de 43 minutos, 3 (15%) de los casos fueron dados de alta desde un servicio de guardia aun presentando los síntomas que lo llevaron a la internación, el tiempo estimado en ingreso a servicio de internación desde el inicio de los síntomas fue de 7:16 hs, los días de internación promedio fueron de 8,15 días, y la escala de Rankin promedio al egreso hospitalario fue de 3 puntos.

Conclusiones: El dato relevante del estudio es que 12 de los pacientes ingresaron antes de las 3 horas de iniciado los síntomas, teniendo en cuenta que aproximadamente un 30% de los paciente se benefician con la TT, 4 consultantes de esta cohorte se hubieran

beneficiado de la misma. Estos datos no son representativos todavía de la realidad provincial, pero arrojan evidencia para presumir que la instauración de TT en la Rioja tendría un alto impacto en salud.

0287 ENFERMEDAD DE STEINERT

NM FUNES NELSON(1), EM ABEGAO(1), JM MIRANDA(1)
(1) Hzga Dr. Alberto Balestrini.

Introducción: Distrofia miotónica, afectación multisistémica que se manifiesta en el músculo esquelético, siendo característica clínica la debilidad muscular progresiva, la miotonía y la atrofia muscular. Autosómica dominante. Gran variabilidad en su expresión clínica, fenómeno observable dentro de una misma familia. Diagnóstico clínico y electrofisiológico. El estudio de familiares directos, es fundamental para el diagnóstico precoz.

Presentación del caso: Paciente de 40 años, autoválido, antecedentes de TBQ, sobrepeso, comienza en los últimos meses con debilidad muscular progresiva, dificultad en la marcha, apraxia y miotonía.

Discusión: Paciente con disnea de días de evolución, ingresa por disnea CF III-IV, leucocitosis y fiebre. Se realiza TAC que muestra infiltrados bilaterales a predominio derecho. Se realiza IOT y ARM, soporte vasopresor, pancultivos y antibiocioterapia. Además de leucocitosis se objetiva CPK (1200) y procalcitonina en rango de shock séptico.

Ante la dificultad para el destete y habiendo pasado el periodo de shock, se buscan otras causas relacionadas a sus síntomas previos. Se interroga a la hermana quien refiere síntomas motores similares. Ante la sospecha de enfermedad miopática se realiza EMG explorando: deltoides, bíceps, tríceps, abductor del pulgar, cuádriceps, tibial anterior, y pedios, (bilaterales). El EMG mostro PUM anormales y reclutamiento reducido durante el esfuerzo máximo. Velocidades de conducción disminuidas. Daño muscular primario compatible con Distrofia Miotónica.

Con diagnóstico confirmado y la baja posibilidad de extubación del paciente por su patología de base, se programa traqueostomía y pedido de BIPAP al ministerio, además de pedido de EMG e interconsulta con neurología para su hermana de 30 años con síntomas similares.

Conclusión: La enfermedad de Steinert, (DM) tipo I, es la forma más frecuente de distrofia muscular en los adultos, tiene tres hallazgos médicos fundamentales: debilidad muscular, atrofia muscular y miotonía. A nivel etiológico, tiene origen genético relacionado fundamentalmente con la presencia de alteraciones en el gen DMPK, situado en el cromosoma 19. Se estima que tiene una prevalencia de 1 caso por cada 8.000-12.000 habitantes en la población general. En este caso fue fundamental un interrogatorio dirigido, logrando obtener datos positivos luego de varias entrevistas con la familia, además de las facies características.

0288 EVIDENCIA DE CONTRASTE ECOGRÁFICO ESPONTÁNEO INTRACARDÍACO Y SU EVOLUCIÓN DURANTE EL PARO CARDIACO Y LA RECUPERACIÓN DE LA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA

J NUNEZ(1), P KABLAN(1), L MIGUELES(1), J AMARILLO(1), R LUDUEÑO(1), F ALMADA(1), R MADRID(1), B VASSALLO(1), E OSMAN(1), M CARBONI BISSO(1)
(1) San Antonio.

Introducción: La utilización de la ecocardiografía durante el paro cardíaco orienta al diagnóstico y tratamiento sumando en forma progresiva evidencia para su utilización.

Presentación del caso: Se trata de un varón de 54 años con antecedentes de tabaquismo e HTA que ingresó a nuestro hospital por un paro cardíaco secundario a una descarga eléctrica de media tensión. El ritmo de ingreso fue asistolia y durante las maniobras de reanimación se realizó una ecocardiografía seriada evidenciando y registrando el desarrollo la presencia de contraste espontáneo

intracavitario durante el paro con la desaparición del mismo luego de la recuperación de la circulación espontánea (RCE).

Conclusión: El desarrollo de contraste ecográfico espontáneo se evidencia en condiciones de bajo flujo. En el paro cardíaco es un fenómeno no descrito así como su implicancia en cuanto a pronóstico en cuanto a la probabilidad de RCE así como de la evolución posterior a la misma.

Conclusión: El desarrollo de contraste espontáneo durante el paro cardíaco y su desaparición tras la RCE es un fenómeno no descrito hasta el momento y su implicancia no está establecida.

0289 IMPLEMENTACIÓN DE BUNDLES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADA A DISPOSITIVOS

MA SALAS(1), A NOVAU(1), L FABBRO(1), M AMAYA(1), A PARISOTTO(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: Las infecciones asociadas a dispositivos (IAD) y la colonización de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa (KPC) tienen un fuerte impacto asistencial y económico, aumentando la morbimortalidad en los pacientes críticos, los costos y la carga laboral.

Objetivos: Prevenir las IAD a partir de la implementación de los bundles en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) de un hospital de la provincia de Buenos Aires.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal basado en datos de vigilancia epidemiológica de pacientes con dispositivos invasivos internados en la UCIA entre enero de 2016 y enero de 2017. La implementación del bundle de IAD consistió en elegir 10 enfermeros para el rol de agentes de prevención de infecciones (A-PDI), realizar intervenciones educativas - presenciales y virtuales - al personal de enfermería incluyendo una jornada multidisciplinaria ("bacteriemia cero") y el seguimiento del proceso en sí mismo.

Resultados: Se alcanzó capacitar al 90% del personal de enfermería. Se observó disminución de casos de KPC comparando el primer semestre de 2015 al de 2016 (15.87% vs 8.71%). Las tasas de BAVC disminuyeron de 9.91% a 4.00% y las tasas de ITU de 3.27% a 0.00%. En cuanto a la NAVM no se logró el objetivo propuesto.

Conclusión: Los hallazgos apuntan a que la implementación del bundle de IAD colaboro para la disminución de la IAD, además de ser una herramienta de sistematización de proceso que impactaría en la calidad de la atención y en la seguridad del paciente como muestra la evidencia.

0290 EOSINOPENIA COMO MARCADOR DE INFECCIÓN EN PACIENTES QUE INGRESAN A TERAPIA INTENSIVA: UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y VALOR PRONÓSTICO

A IUNGMAN(1), GL ECHAVARRÍA(1), NB PEZZI(1), B GARCÍA GINER(1), JP SUÁREZ(1), G ESTRADA(1), G BENCHETRIT(1), R LÓPEZ LUPPO(1)
(1) Instituto De Investigaciones Médicas Alfredo Lanari.

Introducción: La eosinopenia fue propuesta como un marcador precoz y de bajo costo de infección en terapia intensiva (TI).

Objetivo: Evaluar la relación de eosinopenia e infección en la unidad de TI.

Material y métodos: Se registraron en forma prospectiva los ingresos a TI con más de 24 hs de estadía de agosto de 2016 a marzo de 2017. Se calcularon al ingreso SOFA, Apache II, proteína C reactiva (PCR) y eosinófilos (Eos1). Eosinófilos al día 3 (Eos3) y al día 5 (Eos5). Un observador independientemente definió los pacientes al final de su estadía en TI en dos grupos: con o sin infección.

Se analizaron los datos utilizando t-test y ranksum test para variables continuas paramétricas y no paramétricas respectivamente. Se utilizó prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Se tomó una p<0.05 para considerar significación estadística.

Resultados: Se analizaron 113 ingresos a TI en el período. El diag-

nóstico fue de infección (Inf) en 29 Pacientes (25,66%) y sin infección (SinInf) en 84 (74,34%). No hubo diferencias significativas en edad y sexo. Los Eos1 fueron más bajos en el grupo de infección sin alcanzar significancia estadística. Mediana Eos1 Inf/sinInf: 10 / 30 ($p=0.06$). La mortalidad fue de 31.03% en el grupo Inf y de 20.24 % en el grupo sinInf, ($p=0.36$).

Hubo diferencia entre grupos en cuanto a Sofa, Apachell, días de estadía y PCR. Mediana Sofa Inf/sinInf: 5 / 3 ($p=0.005$) Mediana Apache II Inf/sinInf 17 / 12 ($p=0.0005$). Mediana días de estadía Inf/sinInf: 5 / 2 ($p=0.0025$) Mediana Pcr inf/sininf: 6.92 / 2.29 ($p=0.0000$). No se encontró relación entre la presencia de bacteremia y eosinopenia ($p=0,24$).

En el análisis univariado la persistencia de eosinopenia al día 5 (Eos5), mostró asociación estadísticamente significativa con la mortalidad ($p=0,05$).

Conclusiones: El recuento de eosinófilos fue menor en el grupo de infección sin alcanzar significancia estadística. Esto puede deberse a la baja cantidad de pacientes ingresados. La eosinopenia al día 5 podría ser un marcador de mal pronóstico, debiendo realizarse un estudio con mayor número de pacientes para ajustar por otras variables. Se observó diferencias significativas en los valores de PCR al ingreso entre grupos.

0291 ETIOLOGIA POCO FRECUENTE DE MENINGITIS AGUDA DE LA COMUNIDAD EN EL ADULTO

C DOMINGUEZ(1), R GREGORI SABELLI(1), E CORTEZ(1), P SAUL(1), N CHACON(1), P LOPEZ VELASQUEZ(1), S CACERES(1), G MEDINA(1), L GONZALEZ(1), O VILLAR(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1)

(1) Hospital De Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: Meningitis aguda de la comunidad por Escherichia Coli (EC) es rara en adultos (1%). Presenta alta morbimortalidad, requiere urgente diagnóstico y terapéutica. Existen factores predisponentes: diabetes, alcoholismo e inmunodepresión como uso crónico de corticoides, observado en el reporte presentado.

Sugerimos tener en cuenta este agente etiológico en inmunodeprimidos y expectantes al aumento de resistencia en bacilos Gram negativos (BGN)

Reporte de caso: Varón, 38 años. Antecedentes hipertensión arterial, litiasis renal y psoriasis tratada con corticoides de depósito; recibió antibióticos previos (ceftriaxona). Hospitalizado 26/03 por síndrome meningeo de 72 horas de evolución. Ingresó: Glasgow 15/15, sin signos de foco, tomografía axial computada de cerebro sin alteraciones y punción lumbar (PL) evidenció líquido cefalorraquídeo (LCR): presión apertura (PA) 40 cmH₂O, proteínas 0,80 mg/dl, glucorraquia 49 mg/dl (glucemia 76mg/dl) y 500 células (80 % mononuclear). Tratamiento: ceftriaxona, ampicilina, aciclovir y dexametasona.

PL 28/03: PA 23 cmH₂O, proteínas 1,89 mg/dl, glucorraquia 68 mg/dl (glucemia 138mg/dl) y 900 células (80% mononuclear). El 01/05 agregamos drogas antibacilares y continua con corticoides.

PL 02/04: PA 20 cmH₂O, proteínas 0,97 mg/dl, glucorraquia 67 mg/dl (glucemia 87 mg/dl) y células 600 (60% mononuclear). Cultivo positivo.

PL 05/04 por cefalea, franco meningismo y fiebre persistente cuyo LCR: PA 21 cmH₂O, proteínas 1,30 mg/dl glucorraquia 21 mg/dl (glucemia 86 mg/dl) y 4000 células (90% polimorfonuclear). Iniciamos meropenem, ivermectina y albendazol, suspendemos tratamiento anterior.

Resultados: Hemocultivos y urocultivo negativos. LCR: Directo negativo y Cultivo: EC sensible a meropenem y amikacina del 02/04; VDRL, Ziehl-Neelsen, micológico y parasitológico LCR negativo. VIH no reactivo. Parasitológico de materia fecal: *Áscaris lumbricoides*. Hipogammaglobulinemia relativa. Ecografías de abdomen y cardíaca sin alteraciones.

Evolución favorable, alta de cuidados intensivos.

Discusion y diagnostico diferenciales: Se sospechó meningitis aguda bacteriana parcialmente tratada y por características licuorales y antecedentes iniciamos tratamiento para meningitis tuberculosa, listeriosis y herpética. Descartamos otros factores predisponentes

Conclusión: En este caso la parasitosis y la enfermedad renal pudieron ser foco de origen para la bacteriemia; la hipogammaglobulinemia y el uso crónico de corticoides estuvieron relacionados con inmunodepresión

Los antibióticos elegidos para tratamiento empírico de BGN se ha vuelto más difícil. En nuestro reporte EC resultó resistente a cefalosporinas usadas habitualmente como tratamiento empírico para meningitis aguda de la comunidad en el adulto.

0292 ANÁLISIS DE LA HOMOGENEIDAD DE LA COMPLIANCE DEL SISTEMA RESPIRATORIO A DIFERENTES NIVELES DE PEEP

M MADORNO(1), E GOGNIAT(2), P CELORIA(1), F NANNI(1), I TELIAS(3), J DIANTI(2), I FERNANDEZ(2), P OTERO(4), M CEBALLOS(4), N VERDIER(4), P RODRIGUEZ(5), G TUSMAN(6), E SAN ROMAN(2)

(1) Itba. (2) Hospital Italiano De Buenos Aries. (3) St. Michael's Hospital. (4) Facultad De Ciencias Veterinarias. Uba. (5) Cemic. (6) Hospital Privado De Comunidad.

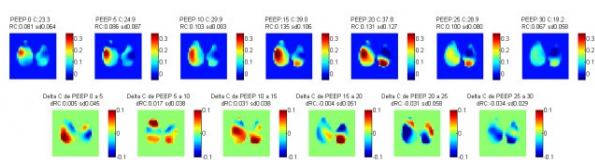
Introducción: Los parámetros de la mecánica respiratoria son mediciones globales. Utilizando la tomografía por impedancia eléctrica (TIE) es posible obtener información regional. Sincronizando las señales de mecánica respiratoria y las imágenes de TIE, es posible generar información regional de la mecánica del paciente.

Objetivos: Determinar cuán homogénea es la compliance regional del sistema respiratorio en un modelo animal de SDRA a distintos niveles de PEEP.

Material y método: Se ventilaron a 10 cerdos anestesados con un modelo de SDRA con 7 niveles de PEEP en orden aleatorio. Se tomaron mediciones de mecánica estática del sistema respiratorio y de TIE en cada condición. La compliance se midió como la variación de volumen respecto a la variación de presión en el ciclo inspiratorio. Se sincronizaron temporalmente y escalaron las amplitudes de las señales de volumen medido en la vía aérea con la señal de variación total de la impedancia de las regiones pulmonares tomado de la señal de TIE. Conociendo cuánto es la variación de volumen por unidad de variación de impedancia, se calculó la variación de volumen por cada pixel de las regiones pulmonares. Asumiendo que la presión de la vía aérea es igual a la presión alveolar cuando el flujo es cero y que la columna de aire es despreciable, la variación de presión de presión de la vía aérea se asume igual en todo el pulmón. La compliance de cada pixel (compliance regional) se midió como la variación de volumen en dicha unidad respecto a la variación de presión. Se evaluó la homogeneidad de la compliance regional para cada nivel de PEEP y la variación de la compliance de cada pixel entre un nivel de PEEP y el siguiente.

Resultados: Las mediciones de compliance regional mostraron que es heterogénea, con un mayor desvío estándar en los valores centrales de PEEP donde la compliance global es mayor. Las variaciones de los desvíos estándar para los diferentes niveles de PEEP fueron estadísticamente significativas (ver Figura 1).

Conclusiones: En el modelo de SDRA estudiado, al aumentar la compliance, aumenta la heterogeneidad del comportamiento elástico del sistema respiratorio.



0293 EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO: MÉTODO NO INVASIVO PARA MEDIR HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA, REPORTE DE CASO

C FERREYRA(1), L MACHUCA(1), M BUENO(1), D CARRANZA(1), P TABORDA(1), M GARCIA(1), A QUINTEROS(1), S ROJAS(1), J ORTEGA(1), J CELIA(1), J FERNANDEZ(1), M RUIZ(1), N BONETTO(1), S PEZZI(1), S CARRIZO(1)
(1) Regional Víctor Sanguinetti.

Introducción: La HTEC es una complicación frecuente en pacientes con lesión cerebral aguda, que se asocia a elevada morbilidad. La implementación del monitoreo neurológico multimodal, tiene la tendencia en los últimos años, a ser mínimamente invasiva. Proponemos la medición del DVNO en la lesión neurológica aguda, como método no invasivo de monitorización de PIC.

Presentación de caso: Paciente masculino de 52 años, ingresa por TEC grave, la tomografía de encéfalo evidencia hematoma intracerebral más HSD izquierdo con desviación de la línea media. Se realiza craniectomía descompresiva, drenaje de HSD y colocación de catéter de PIC. Con medidas anti edema cerebral, vasoactivos, PIC 10 - 15 mmhg en las primeras 48 horas, P1 > P2. A las 72 horas la medición del DVNO a 3mm de profundidad retrobulbar, OD: 5,3mm, OI: 5,6mm, correlacionando valores de PIC de 16 mmhg, tomografía de encéfalo presentando hematoma intracerebral izquierdo con isquemia perilesional, edema difuso, desviación de la línea media y múltiples focos contusos. Se optimiza tratamiento con barbitúricos. Medición DVNO 12 horas posteriores, OD: 0,41 mm, OI: 0,46 mm, con PIC 11 mmhg.

Discusión: En este escenario se propone la medición del DVNO como método no invasivo de monitoreo de PIC. El DVNO es una técnica de bajo costo y dinámica, con una curva de aprendizaje baja. Permite observar tendencias al pie de la cama y tomar decisiones objetivamente, al demostrar un buen nivel de precisión diagnóstica para detección de HTEC. Se ha observado que valores de DVNO mayores de 5,8 mm son concordantes con la presencia de PIC mayor de 20 en cráneo cerrado con una especificidad (85%) y sensibilidad (90%).

Conclusión: El caso clínico que describimos, se evidencia la utilidad del DVNO para estimar indirectamente PIC. La medición del DVNO, realizada por especialistas no radiólogos, se está posicionando como un procedimiento no invasivo para evaluar PIC en situaciones que condicionan la colocación de catéter para su medición. Debemos considerar PIC elevada en presencia de un DVNO mayor de 5 mm, y si es superior a 5,5 mm, considerar el manejo médico.

0294 FÍSTULA BRONCO-PLEURAL TRAUMÁTICA

J CONDE(1), A PAGLIA(2), B FRANCO(3), G ZUNA(3), D JUAREZ(3), L PABLO(3), S BARRIOS(3), L CHOQUE(3), A PASARELLI(3), R ROJAS(3), N ZULJEVIC(3)

(1) Higa San Martín De La Plata. (2) Higa San Martín. (3) Higa San Martín.

Introducción: Describir la presentación y evolución de un caso de fístula bronco pleural (FBQ) traumática en mujer joven víctima de incidente de tránsito en febrero de 2017

Presentación del caso: Ingresa a emergencias mujer de 22 años tras incidente de tránsito moto con casco auto, Glasgow 14/15, TC Marshall II (contusiones frontales y hsa frontal izq.), fx escapula izq., fx esternón, hemoneumotorax izq., contusiones pulmonares. Se coloca TAP izq. evoluciona con inestabilidad hemodinámica (0.4 g/k/min noradrenalina) por lo que se la conecta a arm. Nuevo eco-fast (-), hto estable, TAP funcional. Se coloca sensor de pic (apertura 7mmhg). Pasa a UTI. hde, TAP con mínima oscilación sin burbu-

jeo, en arm con soporte mínimo. Se suspende sedoanalgesia para weaning. Se autoextuba a las 24hs de ingreso a uti, no tolera y se reintuba. Se retira sensor de pic a las 48hs de colocado.

Presenta deterioro gasométrico, con progresión de contusiones pulmonares, por lo que se aumenta soporte ventilatorio. Desarrolla FBQ de entre 80 y 100ml al 4to día del trauma. Segundo TAP para drenar neumotórax. SDRA. PRONO, con mejoría. Nuevo deterioro gasométrico sin respuesta a prono. Tiempo prolongado con FIO2 al 100%. Empiema y VAP por Klebsiella KPC. Meduri. Cirujano torácico decidió al inicio del cuadro conducta expectante; luego, por la tórpida evolución, no consideró oportuna ninguna intervención. Cirugía general, realiza cirugía e rescate. Paciente fallece en el post operatorio.

Discusión: La FBP se define como la comunicación entre el árbol bronquial y el espacio pleural. Son infrecuentes. Se asocian a posoperatorio, trauma o enfermedad pulmonar necrotizante. Tienen alta morbi-mortalidad. Su tratamiento se basa en TAP para drenar neumotórax y expandir el pulmón, generar el menor gradiente de presiones posible entre vía aérea y pleura el tratamiento de la patología subyacente y el soporte general. El tratamiento específico de esta patología, carece de evidencia científica fuerte que lo avale, solo reporte de casos o series de casos. Consideramos de suma relevancia, para el manejo de esta patología, contar con cirujanos de tórax y broncoscopistas para realizar oportunamente el cierre de la misma.

0295 INTOXICACION POR ORGANOFOSFORADOS PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPOSITO DE UN CASO

JA ARROYO(1), Y FERNADEZ(1), C SALGUERO(1)
(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: La intoxicación con organofosforados es un importante problema de salud pública. Varios estudios atribuyen cerca de 200.000 - 300.000 muertes por año por envenenamiento con estos agentes, la ingesta intencional es la causa más frecuente, pero no siempre el diagnóstico resulta ser de simple resolución, por lo cual presentamos caso de presentación atípica.

Caso clínico: Masculino de 23 años ingresa al servicio de Terapia Intensiva (UTI), intubado, por presentar en domicilio episodio de convulsión de tipo tónica, en 5 oportunidades, luego de la ingesta de alimento.

Según refieren familiares al ingreso, el joven comienza con clínica de rigidez generalizada proseguida por movimientos clónicos y deterioro del estado de conciencia, al realizar ingesta de media porción de una empanada, la cual fue compartida con dos familiares, que presentan vómitos, dolor abdominal y confusión, también el mismo alimento es consumido por animales en el domicilio los cuales fallecen minutos después de la misma con necesidad de evacuación de la vivienda, encontrando deceso de varias aves de corral en el mismo domicilio.

El paciente ingresa con TAM: 135 mmhg, pupilas mióticas hiporreactivas, y desviación tónica de la mirada primaria a la derecha, FC: 166 lpm, se inicia infusión de midazolán a dosis anticonvulsivantes y se realiza tratamiento con fenitoína endovenosa, el EEG realizado no muestra evidencias de estatus epiléptico no convulsivo, se realiza TAC de cerebro normal, se deriva muestra a centro de referencia toxicológica, que informan valores de 45% de actividad de colinesterasa eritrocitaria.

Discusión: La intoxicación por organofosforados es quizás la urgencia toxicológica más desafiante de la práctica clínica, y muchas veces la forma de presentación no orienta al diagnóstico, por lo cual los datos epidemiológicos y anamnesis toman un valor decisivo para detectarla y realizar el tratamiento óptimo, como se demuestra en el presente caso clínico.

0296 SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL RECURRENTE

J CONDE(1), D JUAREZ(2), G ZUNA(2), A PAGLIA(2), L PABLO(2), S BARRIOS(2), L CHOQUE(2), A PASARELLI(2), R ROJAS(2), N ZULJEVIC(2)

(1) Higa San Martín De La Plata. (2) Higa San Martín.

Introducción: Describir la presentación y evolución de síndrome compartimental recurrente secundario a herida de arma de fuego en paciente ingresado en UCI médico-quirúrgica en agosto del 2016

Descripción del caso: Ingresó al servicio de emergencias paciente masculino de 27 años de edad, sin antecedentes personales, tras recibir herida de arma de fuego en región paracardiaca derecha. Se constata en ECO FAST, extensa lesión del parénquima hepático, derrame pleural derecho; y en TC de abdomen, hemo neumotórax derecho, hematoma hepático, esplénico, líquido libre multicompartmental y proyectil retroperitoneal. Se coloca TAP derecho con aerorrugia y abundante débito hemático. Evoluciona con shock hipovolemico. En laparotomía exploradora se evidencia 2 l de hemo peritoneo, lesión hepática en segmento V y VIII, hematoma retroperitoneal, y orificio en hemidiafragma derecho. Control de daño, packing subhepático y subdiafragmático. Queda con AAC (Abdomen Abierto Contenido) Bolsa Bogotá. Progresión del shock, nueva laparotomía, nuevo packing supra e infra hepático sin visión directa del sitio de sangrado. Pasa a UTI. Ingresó HDI, oligoanurico, PIA 12 mmHg, que sube a 26 mmHg. diagnosticándose Compartimental Abdominal (SCA) Nueva laparotomía, se amplía herida qx, Pese a presentar abdomen abierto y contenido con laparotomía amplia, evisceración grado IV y bolsa de Bogotá abierta, persiste con PIA 23mmHg (SCA recurrente) asas desvitalizadas, con necrosis de forma difusa. Shock persistente, FMO. Fallece a 72 hs de ingreso.

Discusión: La hipertensión abdominal se define como el aumento sostenido o repetido de la presión intraabdominal (PIA) por arriba de 12mmHg. Cuando la PIA supera los 20mmHg, acompañado de presión de perfusión abdominal \leq 60mmHg y nueva disfunción orgánica, hablamos de SCA. Primario, de origen abdominal, y secundario cuando no lo es. Un nuevo evento de SCA luego de la resolución de un primer episodio, se denomina SCA Recurrente o Terciario. Dentro de las medidas de tratamiento, la última instancia es la cirugía descompresiva con AAC, con respuesta favorable. En nuestro caso no respondió, a pesar de tener una laparotomía ampliada. Consideramos que ha sido en respuesta a un retraso en esta medida, poniendo de manifiesto la importancia de actuar rápidamente ante dicha patología.

0297 DE LA MENINGITIS A LA ENDOCARDITIS: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO

D BARACAT(1), J ARROYO(1), C SALGUERO(1), I KAEN(1)

(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: La endocarditis es la afectación del endotelio cardíaco por organismos infecciosos, que por vía hematogena lo invaden, se inicia un proceso inflamatorio con formación de vegetaciones que son la lesión típica, la presentación no siempre sigue el patrón clásico.

Caso clínico: Masculino de 19 años comienza con diarrea, dolor abdominal, síndrome febril, artralgias, mialgias y dolor cervical, tratado en forma empírica con ciprofloxacina sin respuesta, por una semana, ingresa a un servicio de medicina interna donde a las 24 hs deprime su estado de conciencia, Glasgow 14 puntos, se realiza TAC de cerebro, (Fig. 1) se evidencian tres áreas hiodensas, una de las cuales presenta sangrado, por lo cual ingresa al servicio de terapia intensiva.

El familiar refiere lesión foruncular en área pelviana la semana previa al inicio de los síntomas, se ausculta soplo diastólico 2/6 aórtico; a la inspección (Fig. 2) se pueden palpar nódulos dolorosos, redondeados en dedos; maculas-pápulas, eritematosas, en región plantar, rodillas, hemorragia subungueal y macula en conjuntiva; Fondo de ojo se observan dos hemorragias redondeadas; punción

lumbar: LCR, Turbio; proteínas: 173 mg/dl; GLUCOSA: 27 mg/dl (glucemia:129mg/dl); recuento celular: 210 Cel/mm³; predominio, PMN, al realizarse la inspección directa del mismo se observan: diplococos arriñonados, por lo que se inicia ATB con ceftriaxona, vancomicina, gentamicina.

Ecocardiograma trans-esofágico: dos vegetaciones de 6x3mm y 2mm a nivel de valva anterior aortica; El joven es derivado a institución de referencia donde se realiza recambio valvular aórtico.

Conclusiones: La endocarditis infecciosa es una patología grave con potenciales complicaciones que pueden llevar a la muerte o severas discapacidad, y no siempre la presentación clínica es típica lo que pondera en este caso.

**0299 TRAUMA Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO DE RUP-TURA UTERINA**

VO OLIVERA(1), MH PUGLIESE(1), MN LLANOS(1), PA JUAREZ(1)

(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

Introducción: Una de cada 12 embarazadas sufre algún tipo de trauma. Las causas más frecuentes son colisiones vehiculares y violencia doméstica. En nuestro medio el 90% requiere asistencia de las cuales el 3 % ingresara UTI. Requiere manejo multidisciplinario.

Caso clínico: Mujer de 22 años, embarazo de 25 semanas presenta accidente en motocicleta con impacto abdominal. Al ingreso TA 90/60 mmHg, FC 55 x'.

Examen GO: Cuello uterino cerrado, no se palpa fondo uterino. Luego de 2 hs presenta TA 70/40 mmHg, abdomen doloroso con defensa y caída de HTO 7 puntos.

Ecografía ginecológica: no se visualiza unidad fetoplacentaria. Se solicita Rx directa de abdomen donde se observa feto fuera de cavidad pelviana (foto) e ingresa a quirófano. Recibe intra operatorio: 5 PFC y 3 GRS. Ingres a servicio de UTIO.

Discusión: En shock hipovolémico, los signos y síntomas de shock no aparecen hasta una etapa avanzada. El útero grávido dificulta el examen y hace menos evidentes los signos de irritación peritoneal, por lo que suelen ser necesarios métodos complementarios.

Conclusión: En el trauma considerar a toda mujer en edad fértil como embarazada hasta descartarlo mediante Sub Unidad B HGC o ecografía.

No debe limitarse estudios radiológicos.

La ruptura uterina es poco frecuente y su sospecha motiva laparotomía de urgencia para control del sangrado.



0300 COMPARACION DE NIVELES DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON Y SIN SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO EN TERAPIA INTENSIVA

AB ROJAS(1), M ANDRETTI(2), D MENDIETA(2), D REYNOSO(2), R MELÉNDEZ(2), N LUNA(2), JC VERGOTTINI(2)

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

Introducción: La Alfa 1 Antitripsina (AAT) modula la respuesta inflamatoria del endotelio pulmonar al Factor de Necrosis Tumoral Alfa (FNT- α), y disminuye la concentración de citoquinas proinflamatorias, atenuando la inflamación, la injuria tisular y la fibrosis (1,2,5). En el SDRA (Síndrome de Distres Respiratorio Agudo) la elevación de AAT se eleva en relación a la acción inflamatoria mediada por citoquinas (2,3,4). La determinación de AAT no es costosa, a diferencia de las citoquinas.

Objetivos: Determinar y comparar los niveles de AAT plasmática entre pacientes sin SDRA y con SDRA e identificar la correlación entre otras patologías y los niveles de AAT.

Material y Método: Se incluyeron 28 pacientes. 14 con diagnóstico de SDRA, que se compararon con un lote control (sin distres) (n=14). A todos se les consignó la edad, sexo, antecedentes patológicos, diagnóstico de ingreso, nivel de PaO₂/FIO₂ (Presión arterial de O₂/Fracción Inspirada de O₂), Score de Murray, de SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) y tiempo de AVIM (Asistencia Ventilatoria Mecánica). En las muestras sanguíneas se determinó el nivel de AAT, el valor de Glóbulos Blancos y los valores de Gases Arteriales.

Resultados: La edad promedio del Grupo con distres fue de 59±5,41 años y del grupo control 60±5,56 años (NS). Los diagnósticos de ingreso a Terapia Intensiva en el grupo distres fueron: 35,71% con NAC (Neumonía Aguda de la Comunidad), 14,29% NAVM (Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica) y el 14,29% sepsis. La media de AAT plasmática del grupo con SDRA fue de 322±22,4 (R 152-440) mgr/dl y del grupo control de 133,6 ± 13,46 (R 64-240) mgr/dl (p <0,01).

Conclusiones: Los niveles de AAT plasmática en los pacientes con SDRA fueron mayores y se correlacionaron con SDRA. La AAT es un marcador de inflamación sistémico indirecto.

Bibliografía:

- 1) Lockett DA, Kimani S, Ddungu W, Wrenger S, Tuder RM, Janiauskienė SM, et al. α -1 Antitrypsin Modulate Lung Endothelial Cell Inflammatory Responses to TNF- α . Am J Respir Cell Mol Biol 2013;49:143-150.
- 2) Stoller JK, Aboussouan LS. A review of alpha-1 Antitrypsin Deficiency. Am J Respir Crit Care Med 2012;185:246-259.
- 3) Fujishima S. Pathophysiology and biomarkers of acute respiratory distress syndrome. J Intensive Care 2014;2:32.
- 4) Koh Y. Update in acute respiratory distress syndrome. J Intensive Care 2014;2:2.
- 5) Griese M, Latzin P, Kappler M, Weckerle K, Heinzlmaier, T, Bernhardt T, et al. Alpha-1 Antitrypsin Inhalation reduces airway inflammation in cystic fibrosis patients. Eur Respir J 2007;29:240-250.

0301 PATRONES DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN CASI AHO-GAMIENTO: SERIE DE CASOS

LV FIGUEROA(1), M TASSIN(1), G KALTENBACH(1), P LLARENA(1)

(1) Castro Rendon.

Introducción: El casi ahogamiento es un problema serio de salud pública en todo el mundo, es la segunda causa de muerte accidental en niños.

El Doppler transcraneal (DTC), puede ser una herramienta que permita detectar y tratar la isquemia cerebral secundaria en víctimas de casi ahogamiento.

Nuestro objetivo es presentar los patrones sonográficos de tres pacientes víctimas de casi ahogamiento luego de la recuperación de la circulación espontánea.

Presentación de los casos: Se presentan 3 pacientes pediátricos víctimas de casi ahogamiento con Glasgow menor de 8/15, que ingresaron a nuestro servicio entre 2014-2016. Se monitorizó PIC y PPC con DTC.

El primer DTC se realizó dentro de las primeras 6 hs del evento y el segundo dentro de las 24 hs del evento.

En dos pacientes se observó un patrón de hipoperfusión severa con Velocidades medias (VM) y Velocidades Diastólicas (VD) bajas e Índice de Pulsatilidad (IP) alto en el primer registro doppler. El 3° paciente presentó un patrón de velocidades normales a bajas, con alta resistencia, signo indirecto de Hipertensión Endocraneana. Todos tenían la autorregulación cerebral abolida al ingreso.

Discusión: El patrón de hipoperfusión se caracteriza por velocidades medias y velocidades diastólicas bajas para la edad, con IP altos. Estos patrones se describen en estudios realizados en pacientes pediátricos con TEC en los cuales se ha demostrado que una velocidad diastólica menor de 25 cm/seg y un IP mayor de 1,3 al ingreso se asocian con peor pronóstico neurológico.

No encontramos estudios que utilicen el DTC en niños con casi ahogamiento.

Un pequeño estudio prospectivo de casi-ahogamiento no mostró ningún beneficio con el monitoreo y control estricto de la PIC, sin embargo, en un contexto de hipoperfusión cerebral, se utilizaba la hiperventilación preventiva durante las primeras 24 hs, lo que empeoraría el resultado neurológico.

Conclusión: El monitoreo con DTC nos mostró que hay patrones de perfusión cerebral característicos.

Resúmenes

No podemos afirmar si el patrón de hipoperfusión que observamos durante las primeras horas, librado al azar, o con tratamiento PPC dirigidó conlleva a iguales resultados neurológicos. Con esta serie de casos intentamos dar el puntapié inicial en la búsqueda de un neuromonitoreo óptimo y posibles terapéuticas orientadas a mejorar los resultados neurológicos en niños víctimas de casi-ahogamiento.

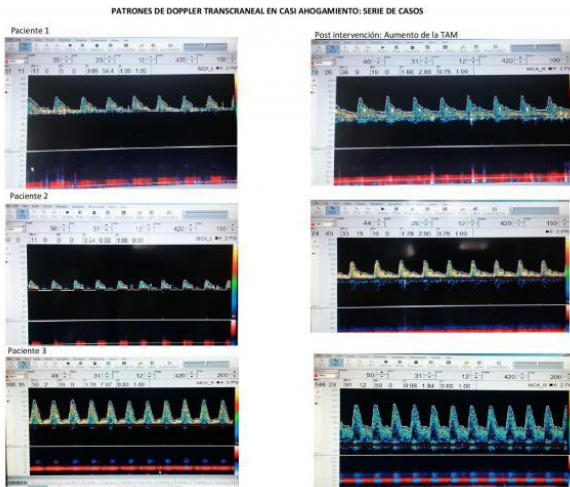


Tabla n°1: Características de los pacientes al ingreso

Edad	Tiempo de sumersión	RCP en el lugar	Tiempo de PCR	Tª al Ingreso Hospital	Pupilas	Glasgow	Ac. láctico	1º doppler	2º doppler	
P1	16 m	Desconocido	No	45	31,9	Mióticas Arreactivas	4/15	16,6	3 hs	16 hs
P2	22 m	Desconocido	No	40	32,4	Miántricas Arreactivas	3/15	9,7	2 hs	15 hs
P3	22 m	desconocido	10 min	15	38,2	Mióticas reactivas	6/15	4,2	6 hs	24 hs

Tabla 2

1º Doppler

	VM d	VM i	VD d	VD i	IP	PIC	TAM	PPC	PCO2
P 1	23	22	0	0	2,6	27	75	14	35
P 2	15	11	0	0	3,3	35	70	14	39
P 3	50	80	18	24	1,8	18	65	37	42

Post intervención : Aumento de la TAM

	VM d	VM i	VD d	VD i	IP	PIC	TAM	PPC	PCO2
P 1	41	40	21	21	1,6	15	84	58	39
P 2	38	24	25	15	1,2	11	80	66	40
P 3	91	108	59	61	1	9	75	62	38

VMd:Velocidad Media derecha, VMi:Velocidad Media izquierda, VDd:Velocidad diastolica derecha, VDi:Velocidad Disastolica izquierda, IP: Índice de Pulsatilidad, TAM:tension arterial media, PPC: presión de perfusión cerebral, PCO2:

Tabla 3 2º Doppler

	VM d	VM i	VD d	VD i	IP	PIC	TAM	PPC
P 1	79	77	43	43	1,1	10	57	45
P 2	108	94	70	66	0,7	6	99	78
P 3	86	107	54	58	0,8	7	56	49

Tabla 4 Escala Pediátrica de categorización de desempeño cerebral PCPCS

PSCP	ALTA	6 MESES	1 AÑO
P 1	5	3	3
P 2	5	5	
P 3	1	1	1

0302 EXACTITUD Y PRECISIÓN DE P0.1 MEDIDA POR LOS RESPIRADORES MODERNOS – DE LA SIMULACIÓN A LOS PACIENTES

I TELIAS(2), D JUNHASAVADIKUL(2), N RITTAYAMAI(1), L CHEN(2), D GRIECO(2), M DRES(2), M SKLAR(2), E GOLIGHER(3), L BROCHARD(2)

(1) Siriraj Hospital. (2) St. Michael’s Hospital. (3) University Health Network.

Introducción: La presión de oclusión (P0.1) es una medición no invasiva del drive. Hay interés en la influencia de esfuerzo inspiratorio en el daño pulmonar agudo. P0.1 podría ser una herramienta de

monitoreo de pacientes respirando espontáneamente durante la ventilación mecánica. Respiradores modernos proveen P0.1, pero su exactitud y precisión es desconocida.

Objetivo: Comparar la P0.1 medida por 5 respiradores (P0.1vent) y la P0.1 medida de la señal de presión en la vía aérea (P0.1ref) 1)en una simulación y 2)en pacientes.

Métodos:

1) **Simulación:** Un simulador (ASL 5000) se conectó a 5 ventiladores (Maquet_SERVO-i, SERVO-u, GE_Engström, Draeger_Evita-XL and Puritan-Bennett 840). Un pulmón normal y obstructivo se combinaron con patrones de esfuerzo inspiratorio. SERVO-i y SERVO-u proveen un valor de P0.1 por respiración: se grabaron 5 P0.1vent consecutivos y realizaron 3 oclusiones. En los otros, una función se activa para medir la P0.1: se activaron 3 por condición.

2) **Pacientes:** Se analizaron 2 estudios en pacientes ventilados (STUDY1 Evita-XL, STUDY2 840). La función de P0.1 se activó de forma aleatoria, se grabó la P0.1vent y midió P0.1ref para cada una. Se analizó la variabilidad de la P0.1.

El método de Bland y Altman se utilizó para evaluar exactitud y precisión.

Resultados:

1) **Simulación (Figura 1):** El bias para SERVO-u, SERVO-i, Engström fue similar y pequeño. Los SERVO infraestimaron la P0.1ref, más cuanto mayor la P0.1. Para Engström el bias fue positivo y estable. Los límites de acuerdo para los SERVO y Engström fueron amplios. La performance de SERVO mejoró usando trigger de presión. Para Evita-XL y 840, exactitud y precisión fue buena.

2) **Pacientes (Figura 2):** Los dos ventiladores tuvieron un bias pequeño. Los límites de acuerdo para las comparaciones de cada P0.1 fue mayor que en la simulación. Haciendo el promedio de 3 P0.1 consecutivos, los límites de acuerdo fueron más pequeños. El coeficiente de variación de P0.1ref fueron del 20%(10-80%) y 40%(10-90%).

Conclusión: El bias para todos fue aceptablemente bajo. La precisión de SERVO y Engström fue baja. Los ventiladores SERVO infraestimaron la P0.1, principalmente a valores más altos; mejor usando trigger de presión. La precisión de 840 y Evita-XL fue mejor, pero disminuyó en pacientes. La variabilidad de la P0.1 en pacientes fue alta.

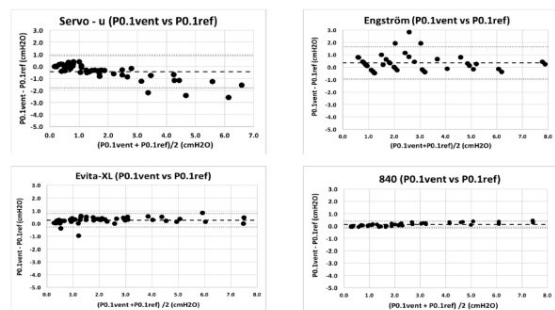


FIGURA 1 SIMULACION. Diagrama de Bland y Altman diagram para cada respirador.

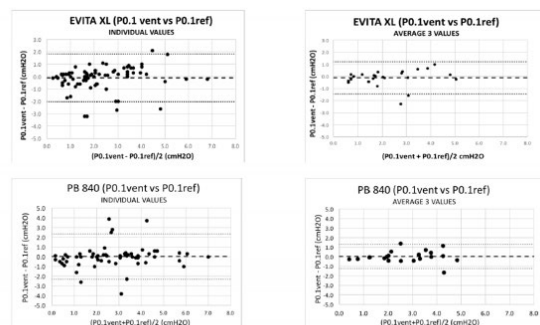


FIGURA 2 PACIENTES. Diagrama de Bland y Altman diagram para Evita-XL (STUDY1) y PB 840 (STUDY2)

0303 ARRITMIA VENTRICULAR COMPLEJA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CRANEOFARINGIOMA: REPORTE DE CASO

VS CUBILLA(1), E AMUNDARAIN(1), M CASANOVA(2), P CASTELLUCCIO(1), B DORFMAN(3), MDLA GARCÍA(1), J MARIANI(1), M MURAL(1), ME NANNI(4), MA QUIROGA(1), J POTITO(3), E SALAS(3)

(1) Hospital El Cruce Samic. (2) Hospital E Cruce Samic. (3) Hospital El Cruce. (4) Hospita El Cruce Samic.

Introducción: La asociación entre compromiso cardíaco y patologías neurológicas ha evidenciado mayor mortalidad y peores resultados funcionales.

Las complicaciones cardíacas asociadas a craneofaringiomas son reportes aislados.

Se describe un caso de arritmia ventricular compleja en post operatorio inmediato de un craneofaringioma, su impacto en la mortalidad, su correlación con la lesión y opciones terapéuticas

Presentación del caso: Paciente masculino 46 años de edad, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, resección endoscópica de craneofaringioma en 2015. Sin antecedentes cardíacos conocidos. Ingres a UTI en post operatorio inmediato de exéresis completa por vía endoscópica de craneofaringioma por recidiva del mismo. Intercurre en post operatorio inmediato con Diabetes Insípida que fue tratada.

A las 48 hs del post operatorio presenta Torsada de punta con prolongación intervalo QT en el electrocardiograma sin trastornos hidroelectrolíticos que se trató con cardioversión eléctrica. Ecocardiograma: Fracción eyección 74%, sin trastornos en la motilidad. Marcadores enzimáticos negativos para isquemia miocárdica.

Repitió en cuatro oportunidades taquicardia ventricular con intervalo QT prolongado en la semana subsiguiente al primer evento que revirtieron con cardioversión eléctrica e isoproterenol. Fue evaluado por Electrofisiología quienes realizaron Holter de 24 hs con evaluación dinámica del QT, estimulación auricular a 90 latidos por minuto por 48 hs presentando acortamiento del intervalo QT no repitiendo arritmia. Por todo lo antedicho se colocó cardiodesfibrilador implantable bicameral.

Discusión: El paciente aquí descrito tenía un QT normal en un electrocardiograma previo a la primera cirugía, por lo tanto, el alargamiento del intervalo QT podría estar vinculado al desarrollo del craneofaringioma y su proximidad al hipotálamo.

Conclusión: Las arritmias ventriculares graves asociados a craneofaringioma son infrecuentes y hay escasa evidencia informadas en la literatura, sin embargo, sus consecuencias pueden ser fatales.

0304 TROMBOLISIS CEREBRAL EN ACVI INTRAHOSPITALARIO

G REPETTO(1), JE ALFONSO(1), ML BRACCINI(1), AE PIACENZA(1), HJ ALVAREZ(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

Introducción: El ACV Isquemico es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo. Actualmente la fibrinolisis es un tratamiento seguro y eficaz. El resultado de este tratamiento depende de varios factores, siendo el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la administración del mismo uno de los mas determinante.

Objetivo: Reportar un caso de aplicación precoz de tratamiento fibrinolítico en paciente que presenta un ACVi intra internación.

Presentación del caso: Hombre de 71 años, hipertenso, portador de cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica. Consulta el 01/04/17 al Servicio de Emergencia del Instituto de Cardiología por dolor precordial atípico, con ECG: Ritmo Sinusal y secuela anterior e inferior. Se solicita biomarcadores (TnT US) que resultan de 13.59 ug/

dl y 16.81 ug/dl, asumiéndose como síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Se realiza Cinecoronariografía que informa lesión severa en TCI y 3 vasos, permaneciendo internado hasta resolución quirúrgica. El 07/04/2017 presenta a las 08:30 hs de la mañana, hemiplejía fascio-braquío crural derecha, disartria, sin pérdida de la conciencia. Se realiza RNM de cerebro con secuencia difusión que evidencia múltiples lesiones isquémicas <1cm en región temporo occipital bilateral a predominio izquierdo, tronco y hemisferios cerebeloso.

Discusión: Se decide su internación en el Servicio de UTI ingresando con un APACHE II: 12 Puntos, SOFA 1 punto, NIHSS de 11 puntos. Se asume el cuadro clínico como ACV isquémico en curso con ventana terapéutica <3hs por lo que se decide la administración de rTPA (Actylise) a 0.9mg/kg en dosis de carga y mantenimiento, sin complicaciones, con restitución ad Integrum de los síntomas motores a los 20 minutos presentando posteriormente NIHSS 0, RANKIN modificado 0. El 08/04/17 se decide su pase a sala general.

Conclusión: El tratamiento trombolítico fue realizado con éxito dentro de lo que se conoce como ventana terapéutica. En los pacientes de alto riesgo como son los vasculares y añosos, la probabilidad de un ACVi intrahospitalario es alto, pudiendo el tratamiento con rTPA ser beneficioso, logrando una reducción en la morbimortalidad.

0305 STROKE ISQUÉMICO POST OZONOTERAPIA

ML BRACCINI(1), JE ALFONSO(1), G REPETTO(1), HJ ALVAREZ(1), ÁE PIACENZA(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

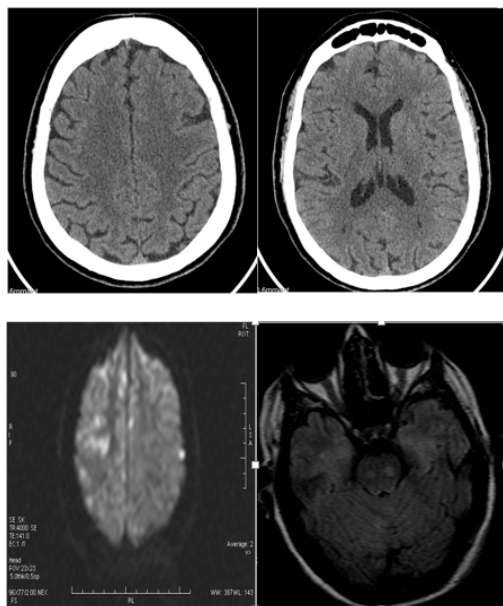
Introducción: La ozonoterapia consiste en la aplicación de una mezcla de O₂ médico con ozono (O₃). El ozono se utiliza como terapéutico por su capacidad antioxidante, cicatrizante, y activador de proteínas y de células del sistema inmune.

Objetivo: Reporte de caso de Stroke isquémico secundario a embolia gaseosa durante una sesión de ozonoterapia.

Material y Método: Mujer de 67 años de edad, HTA no tratada, que ingresa al Servicio de Emergencias del Instituto de Cardiología por deterioro súbito del sensorio posterior a la realización de ozonoterapia por lumbociatalgia. Ingres a con GCS 4/15, con extenso pronación a estímulo doloroso, pupilas anisocóricas con midriasis izquierda, requiriendo Intubación Orotraqueal y posterior ingreso a UTI para conexión a AMV. APACHE II: 13, SOFA: 6, NIHSS: 32. Hemodinámicamente estable, ECG: Ritmo Sinusal. Se realiza TC de Cerebro sin contraste sin evidencia de lesiones agudas. A posteriori, RNM de Cerebro que informa en secuencia difusión múltiples lesiones isquémicas agudas. Evoluciona con convulsiones tónico-clónicas generalizadas, iniciándose terapia anticomicial. DTC que evidencia sonograma normal, con IP > 1.27, sin registros de HITS. A las 72 hs presenta episodio de FA de alta respuesta que revirtió farmacológicamente. Ecocardiograma Doppler: FEY conservada, sin trombos en cavidades, Eco-Doppler de Vasos del cuello: normal. Al séptimo día, se evidencia mejoría neurológica, GSC 12/15, con hemiparesia braquío crural izquierda, se efectúa extubación sin complicación. Se realiza RNM de control sin cambios. Al día 15 pasa a sala general siendo dada de alta de la institución a los 30 días de su ingreso. Actualmente con RANKIN modificado de 0.

Discusión: La ozonoterapia es una técnica frecuente en el tratamiento de diversas patologías como en el dolor. Si bien no existe evidencia científica clara sobre las complicaciones de esta terapia, creemos importante destacar al Stroke Isquémico como una complicación grave y potencialmente mortal de esta técnica.

Conclusión: El Stroke isquémico de origen gaseoso es una complicación no descrita en la técnica de ozonoterapia y potencialmente mortal, por lo que creemos relevante el reporte de este caso para advertir de sus posibles complicaciones.



0306 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA: SATISFACCIÓN DE USUARIOS

MJ MESCHINI(1), C LOUDET(1), M GARCÍA SARUBBIO(1), MC MARCHENA(1), F CAMINOS(1), A PORCEL(1), N ZULJEVIC(1), AL GONZALEZ(1), I HERRERA(1), S FERNÁNDEZ(1), S ROJAS(1), S BOTTAIA(1), S DE MARCO(1), M PEREZ(1), V PAZOS(1), R REINA(1), E ESTENSORO(1)
(1) Higa Gral San Martin.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción del personal de una UCI de un hospital escuela a la primera etapa de implementación de un protocolo de sedoanalgesia (SA)

Métodos: Estudio de corte transversal. Entre octubre 2016 y febrero 2017, se realizó una encuesta a todo el personal estable de una UCI médico-quirúrgica de 17 camas. Durante el año 2016, en un trabajo conjunto entre los Servicios de Farmacia y la UCI, se implementó una primera etapa de protocolo de SA consistente en la utilización de una nueva herramienta para facilitar la dilución, cálculo y administración de drogas de SA en pacientes críticos. A continuación, se diseñó un cuestionario anónimo, destinado a evaluar el grado de conformidad de médicos y enfermeros con esta herramienta. El mismo fue desarrollado por 3 expertos. La validez de contenido fue establecida por un revisor independiente y se testeó con 5 profesionales para garantizar exactitud y validez. La encuesta final incluyó 8 ítems distribuidos en 3 dominios: 1-satisfacción en relación a diluciones estandarizadas (5 preguntas), 2- satisfacción relacionada al cambio en consumo de drogas de SA (2 preguntas) y 3-grado de satisfacción general (1 pregunta). Las encuestas fueron distribuidas en papel a todo el personal médico y de enfermería de la UCI. Se realizaron comparaciones en 3 grupos: médicos de planta, residentes, y personal de enfermería. Datos analizados según su naturaleza, Test chi2 o Fisher con corrección Bonferroni. Programa STATA 13.

Resultados: Tasa de respuesta Médicos: 89% (33/37); Enfermeros: 89% (54/61). Satisfacción promedio para el Dominio 1: 92%/ 87%/ 71%; Dominio 2: 82%/ 72%/49%; Dominio 3: 77%/100%/57% (médicos de planta/residentes/enfermeros respectivamente para cada dominio). En tabla adjunta pueden observarse las respuestas por ítem y dominios en los 3 grupos.

Conclusiones: El grado de satisfacción de la implementación de la nueva herramienta fue notoriamente elevado entre el personal médico de la UCI.

El personal de enfermería en general mostró un menor grado de satisfacción particularmente en relación a la toma de decisiones y al cambio en el consumo de drogas para SA, constituyendo una oportunidad de mejora que a través de estrategias más consistentes generen mayor conformidad en ese grupo.

TABLA 1: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROTOCOLO DE DILUCIONES ESTANDARIZADAS PARA LA INDICACIÓN DE SA DEL PACIENTE CRÍTICO

	TOTAL n= 87	MÉDICOS DE PLANTA n= 22	MÉDICOS RESIDENTES n= 11	ENFERMEROS n= 54	p
1- Diluciones estandarizadas adoptadas por nuestra UCI:					
1.1 Facilitan el cálculo de la Dosis	79.31	90.91	81.82	74.07	1.062
1.2 Permiten individualizar la Dosis según objetivo deseado	81.61	95.45	81.82	75.93	0.549
1.3 Grillas de doble entrada de interpretación sencilla	78.16	90.91	90.91	70.37	0.429
1.4 Información de la grilla útil para a toma de decisiones	75.86	95.45	90.91	64.81	0.027 *
1.5 Información clara y suficiente del modo de prescribir SA	75.86	86.36	90.91	68.52	0.66
2- Cambio en el consumo de drogas para SA					
2.1 Beneficio de la disminución de uso de BZD y aumento en el de NO BZD	75.86	100	100	61.11	<0.0001 *
2.2 Beneficio del aumento en la utilización de Opioides	44.83	63.64	45.45	37.04	0.342
3- Satisfacción general con la utilización de la grilla					
3. Grado de satisfacción en general con la utilización de la grilla	67.82	77.27	100	57.41	0.03 φ

Valores expresados en %
Abreviaturas: SA : sedoanalgesia; BZD: benzodiazepinas; NO BZD: no benzodiazepinas
p< 0,05 se consideró significativo
* Enfermeros vs Médicos (Residentes o de Planta)
φ Enfermeros vs Médicos Residentes

0307 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DE LA CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE DURANTE EL AÑO 2016. HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Z GALLARDO(1), A VILKELIS(1)

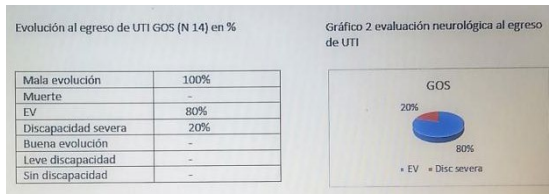
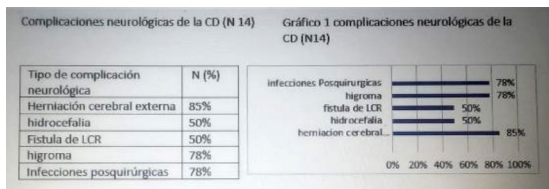
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

La craniectomía descompresiva (CD) tiene como objetivo reducir la hipertensión intracraneana (HIC). Está indicada cuando existe aumento de la PIC refractario a terapia médica. Puede ser primaria, cuando el neurocirujano tras la evacuación de un HSD advierte signos de HIC en evolución, y también cuando se decide realizarla por hallazgos tomográficos de edema cerebral difuso. La CD es secundaria, cuando se realiza por HIC refractaria al tratamiento médico.

Presentación del caso: En el año 2016 en el hospital municipal de urgencias se realizaron 14 craniectomías descompresivas en pacientes con TEGC. Doce de ellas (85%) fueron CD primarias y dos (15%) CD secundarias. A su vez, hemisferioplastías fueron 11 casos (78%) y craniectomía bifrontal 3 casos (22%). La incidencia global de complicaciones neurológicas fue elevada. Presentaron herniación del cerebro por el sitio de la craniectomía 12 casos (85%), hidrocefalia y fistula de LCR con 7 casos cada una respectivamente (50%) evolucionaron con higroma 11 pacientes (78%) y con neuroinfección también 11 pacientes (78%). En relación a la evolución funcional neurológica, el total de los casos presentó una mala evolución según la escala GOS (Glasgow Outcome Scale) con 12 casos (85%) que derivó en estado vegetativo (EV) y dos de ellos (15%) con discapacidad severa. No hubo casos de muerte

Discusión: Si bien el número de casos presentados para poder arribar a conclusiones definitivas es pequeño, algunos de los hallazgos se asemejan a los de la literatura publicada, como los de la alta incidencia de higromas y el bajo valor en la escala GOS, las complicaciones más frecuentes fueron la herniación externa del cerebro; la que podría guardar relación con la técnica quirúrgica, seguida por las neuroinfecciones, esto semejante a la bibliografía consultada. Los menos frecuentes, fueron la fistula de LCR y la hidrocefalia, comprometiendo a la mitad de los casos cada una de ellas.

Conclusión: La indicación de la CD debe ser individualizada para cada paciente. La decisión debe ser siempre consensuada entre al menos un médico intensivista, un neurocirujano e incluso familiares. Si bien la CD ha logrado aumentar la sobrevida, en muchos casos esto se logra a expensas de severas secuelas neurológicas.



0308 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADO AL TACROLIMUS: IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO. REPORTE DE CASO.

ME NANNI(1), K BOTANA(1), L RODRIGUEZ(1), S CARAVAGGIO(1), P GOMEZ(1), V CUBILLA(1), M QUIROGA(1), J POTITO(1), S TROZZI(1), R CIANO(1), E BORNACIN(1), S LAGE(1) (1) El Cruce.

Introducción: El tacrolimus es un inmunosupresor del tipo macrólido que se une de forma específica y competitiva a la calcineurina, inhibiéndola. Esta indicado en la profilaxis del rechazo del trasplante hepático. La leucoencefalopatía posterior reversible asociada a este fármaco es poco frecuente, presenta una incidencia menor 0,1%. Se caracteriza por la aparición repentina de síntomas neurológicos como: deterioro del sensorio, cefalea, convulsiones, alteraciones visuales y de lesiones multifocales localizadas en la región posterior del cerebro.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 45 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática por colangitis esclerosante primaria, ex enolista y colitis ulcerosa. Cursó internación en el postoperatorio de trasplante hepático en nuestra unidad.

En su internación inició tratamiento inmunosupresor con tacrolimus (dosajes en rango terapéutico), posteriormente evolucionó tópidamente presentando alteración del sueño-vigilia, sensorio oscilante y episodios de excitación psicomotriz. Entre otros estudios, se realizó electroencefalograma en el que se evidenció descargas occipitales, por lo que se instauró tratamiento con levetiracetam. Ante la sospecha diagnóstica, se realiza resonancia magnética nuclear de cerebro evidenció lesiones parieto-occipitales compatibles leucoencefalopatía posterior reversible.

Se rotó tratamiento inmunosupresor a ciclosporina, evidenciándose mejoría de su estado neurológico.

Discusión: La presentación clínica de nuestro paciente ha sido inespecífica. Esto condujo a sospechar otras etiologías y retrasó el diagnóstico oportuno.

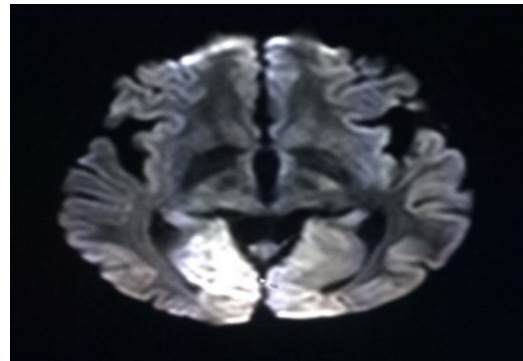
Por otro lado, se conoce que la neurotoxicidad no está asociada a los niveles plasmáticos del tacrolimus, por lo que se dificulta su sospecha.

Si bien los estudios complementarios son de gran utilidad no aportan datos patognomónicos claros.

La principal herramienta es la fuerte sospecha diagnóstica clínica.

Conclusión: El objetivo de este reporte de caso es de alertar sobre una de las complicaciones del uso de medicamentos inmunosupresores en paciente trasplantados, para sensibilizar y favorecer el reconocimiento de este tipo de eventos y su tratamiento.

Esta afectación es de carácter reversible, siempre y cuando se diagnostique de forma temprana.



0309 TETRAPLEJÍA AGUDA NO TRAUMÁTICA

PROEL(1), M CORNU(1), K SAIBAL(1), M OROZCO(1), S SVAMPA(1), M SEPULVEDA(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 anafilactoide 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. Ingres a inestable hemodinámica con signos electrocardiográficos de sobrecarga derecha y ecocardiograma transtorácico (ETT) con aumento de velocidades de la arteria pulmonar y Fey 30%. 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 evidenció por doppler venoso trombosis 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 evidenció secuela post-isquémica 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 cardíaca 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 sus 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 trombosis en la iliaca izquierda. Por otra parte el resultado de la cardi resonancia informa miocarditis que apunta a MP. Es un cuadro critico de dificil interpretación, motivo por lo cual lo presentamos.

0310 MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

P WISSEL(1), RN COUCE(1), G SUTTON(1), MDM CORRAL(1), A CAHUANA(1), C BARBIERI(1), D DIP(1), S LUJAN(1), R TABOADA(1)

(1) Sanatorio San Jose.

Introducción: Colitis ulcerosa y Crohn se consideran tradicionalmente limitadas a la mucosa del tubo digestivo, frecuentemente se acompañan de diferentes trastornos extraintestinales, a veces subdiagnosticados, la afectación neurológica es cercana a un 30%.

Presentación del caso: Femenina 65 años, sin antecedentes, con astenia, adinamia, anemia microcítica hipocromica, cursando internación en clínica medica. Intercurre con movimientos tónico-clónicos atípicos, requerimiento de IOT-AMR. Ingres a UTI, sospecha de status epiléptico. EEG sin descargas. TAC de encéfalo con signos de leucoaraiosis. Ante la suspensión de sedación, vigíl, comprende ordenes, presenta movimientos coreo-atetosicos en 4 miembros con debilidad muscular a predominio distal. PL-FQ normal RMN de columna cervical sin hallazgos y RMN de encéfalo signos de leucoencefalopatía PCR negativas (EBV, VVZ, HSV I y II) Anticuerpos Anti HU, Anti RI y Anti YO. Negativos. Bandas oligoclonales (bandas de distribución policlonal) EMG- neuropatía distal motora del nervio mediano velocidades disminuidas en MMII. Veda: Helicobacter Pylori VCC. Biopsia positiva Enfermedad de Chron. Tratamiento: pulsos de solumedrol, con mejoría parcial (disminución de los movimientos coreicos) azatioprina y prednisona En plan de inicio de anticuerpos monoclonales.

Discusión: La afectación del sistema nervioso periférico parece ser más frecuente en la CU, en la que se ha estimado una incidencia del 1,9% Hay varias teorías etiopatogénicas, la mas aceptada de origen autoinmunitario siendo la polineuropatías mas asociada a la enfermedad de Crohn incluso antes de las manifestaciones intestinales.

Conclusión: A pesar de la baja incidencia en la población general, la asociación fuerte de EEI y entidades neurológicas nos obliga a descartar coexistencia de ambas enfermedades.

0311 TUMOR SINCRÓNICO RENAL CON AUTOIMPLANTE Y NEFRECTOMIA

D ALFARO(1), H ILLANES(1), B LLAPUR(1), M VELASQUEZ(1), E BERNAL(1), G RUFINO(1)

(1) Sanatorio "Ntra. Sra. Del Rosario".

Introducción: Los tumores renales bilaterales tiene una incidencia del 0,4-6%. La cirugía conservadora del riñón, autoimplante renal de técnica compleja, ha sido cada vez más aceptada en pacientes oncológicos con compromiso de la función renal y por excelencia en monorrenos con tumores gigantes y/o centrales, que comprometen el seno renal o con tumores múltiples o bilaterales sincrónicos.

Presentación del Caso: Paciente de 69 años, con antecedente de Hipertensión arterial, hipertrofia prostática benigna. Debuta con epigastralgia, de intensidad 7/10, irradiado a región dorso-lumbar, astenia, adinamia y pérdida de peso. Valorado por nefrólogo que solicita estudios complementarios:

Ecografía renal: masas bilaterales.

TC abdominopelvis: lesión nodular sólida en riñón derecho, invasión de vena renal a nivel de hilio y lesión nodular sólida en polo inferior de riñón izquierdo

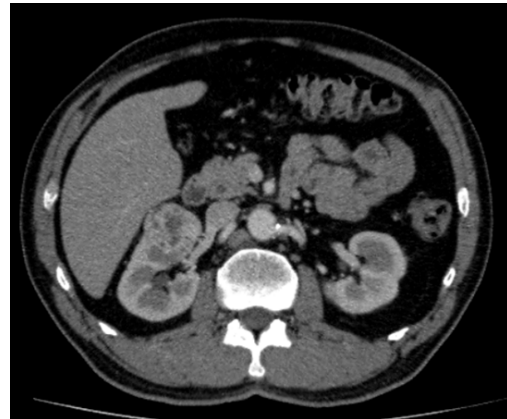
Se realiza resección de tumor con reconstrucción de vena renal interlobar y cierre de cáliz renal más autoimplante de fosa derecha con anastomosis uretero-vesical con catéter de doble "J", cirugía de 8 hs, soporte vasopresor, expansión volumétrica con 8000ml de

cristaloides, transfusión (2 UGR, 14 crioprecipitados). Ingres a extubado, sin vasopresores, diuresis > 50 ml/h. Laboratorio: urea 0.63 g/L, creatinina 1.89 mg/dL, sodio 140, potasio 4.30, APP 90%, cloro 104 mmol/L, EAB: 7.40/77/37/-1/23/95%. A las 24 hs evoluciona con IRA (creat 2.0), ritmo diurético 0.6 ml/kg/h. Al 4to día, normaliza la función renal, creatinina 1.36 mg/dL.

Informe de anatomopatológica: ganglios sin metástasis, carcinoma de células claras de riñón, moderadamente diferenciado.

Discusión: La nefrectomía parcial extracorpórea y el posterior auto-transplante del remanente renal por patología oncológica fueron descriptos en 1973. El autoimplante es una opción en estos pacientes, debido a la baja mortalidad y morbilidad (5-15%). El deterioro de la función del riñón autotransplantado, puede ser secundario a isquemia prolongada, hipotermia incorrecta, anastomosis defectuosa, necrosis tubular aguda o trombosis vascular.

Conclusión: En ciertos pacientes es adecuado considerar el auto-transplante renal para preservar tejido funcionante y no recurrir de entrada a una nefrectomía. De vital importancia es su consideración cuando existe un solo riñón. Este tipo de cirugía logró disminuir la necesidad de hemodiálisis y las complicaciones asociadas a la misma.



0312 COMPLICACIONES CARDIACAS EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA, REPORTE DE CASO

MA TORRES LORA(1), A HEREÑU SAAVEDRA(1), F SALVANESCHI(1), A PESTANA(1), D MAGOSEVICH(1), V CANNATELLI(1), G OLARTE(1), N BAREDES(1)

(1) Sanatorio Sagrado Corazon.

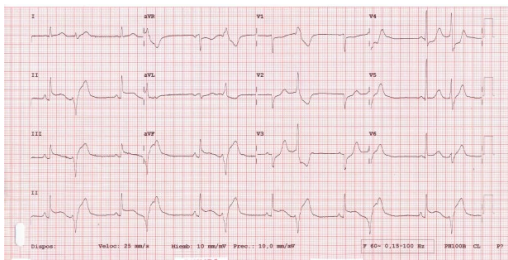
Introducción: Entre el 14 al 40% de los paciente con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) presentan anomalías cardiacas incluyendo arritmias, lesión miocárdica, alteraciones electrocardiográficas y ecocardiográficas. Estos están asociados con un mayor riesgo de muerte, mala evolución y predisposición de la isquemia cerebral tardía. Se presenta el siguiente caso por lo controvertido que es la relación de las complicaciones cardiacas y la mala evolución y mortalidad en la HSA.

Presentación del caso: Paciente femenina de 57 años con ante-

cedente de tabaquismo, ingresa por cefalea súbita asociado a vómitos, se realiza TAC de céfalo y se diagnostica hemorragia subaracnoidea Hunt y Hess II – Fisher modificado III. Neurológicamente lucida, sin foco motor. Se realiza tratamiento endovascular de aneurisma de la comunicante anterior derecha. Presenta a las 48 horas ángor de 10 minutos de duración con electrocardiograma con supradesnivel del segmento ST en cara inferoposterolateral, enzimas cardíacas positivas, ecocardiograma con evidencia de hipokinemia anteroseptal media, inferoapical e inferobasal, con leve a moderado compromiso de FSVI (FEY 45%). En cinecoronariografía arterias coronarias normales. Evoluciona con resolución de los síntomas al manejo médico con ácido acetilsalicílico y atorvastatina.

Discusión: La HSA es una enfermedad multisistémica lo que justifica las anomalías cardíacas. Una de las hipótesis es la disfunción hipotálamo-diencefálica secundaria al efecto irritativo de la sangre, esto conlleva a liberación de catecolaminas influyendo en la disfunción miocárdica y necrosis en las fibras de contracción. Los cambios electrocardiográficos son cambios isquémicos en el subendocardio del ventrículo izquierdo. El desarrollo de una lesión real puede establecerse mediante elevaciones de CK-MB o troponina I sérica. Algunos pacientes desarrollan un patrón de disfunción ventricular izquierda constatado en ecocardiograma que imita el infarto de miocardio, pero en ausencia de enfermedad arterial coronaria significativa.

Conclusión: La disfunción cardíaca y las alteraciones electrocardiográficas en estos pacientes son frecuentes y se asocian a incremento en la morbimortalidad. Es necesario un monitoreo estrecho y evaluación si es necesario. Las investigaciones futuras deben establecer si estas anomalías cardíacas son factores pronósticos independientes.



0313 EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS Y VALIDACIÓN DE LAS DEFINICIONES SEPSIS-3 EN UN PAÍS CON INGRESOS PER CAPITA MEDIANO-ALTO: ESTUDIO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI). ANÁLISIS ENTRE HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS

E ESTENSSORO(1), C LOUDET(1), J OSATNIK(2), V KANORRE EDUL(3), F RIOS(4), A DUBIN(5), F KLEIN(6), D PIEZNY(7), G PLOTNIKOW(8), V ARROSAGARAY(9), E VALGOLIO(9), C MARCHENA(9), G CUETO(10), D DUARTE(9), OI GRUPO SATI-SEPSIS(11)

(1) San Martín. (2) Hospital Aleman. (3) Juan A Fernández. (4) Nacional Prof A Posadas. (5) Sanatorio Otamendi Mirolli. (6) Fundación Favaloro. (7) Nacional Profesor A Posadas. (8) Sanatorio Anchorena. (9) Xx. (10) Cosme Argerich. (11) Sati.

Introducción: Las definiciones Sepsis-3 publicadas recientemente no han sido validadas en países con economías de ingresos medianos y bajos (World Bank, 2016). Adicionalmente, no se dispone de datos sobre la epidemiología, manejo y pronóstico de la sepsis en Argentina, ni se conoce cómo se llevan a cabo estos procesos en instituciones públicas y privadas, o si existen diferencias. Para responder estos interrogantes, se diseñó desde SATI un estudio con soporte del Ministerio de Salud de la Nación (2014).

Métodos: Estudio nacional, multicéntrico, cohorte prospectiva. Entre 1/7-1/9/16, se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a la UCI con sospecha de infección que determinó hemocultivos y administración de antibióticos. Los ingresos fueron considerados como: Infección; Sepsis (infección+cambio en el SOFA \geq 2); Shock séptico (vasopresores+lactato \geq 2 mmol/L); Disfunción Cardiovascular (lactato $<$ 2+vasopresores); Vasopresores sin lactato medido. Se registraron datos epidemiológicos, infectológicos y de manejo clínico. Se analizaron las variables según su naturaleza; la variable de resultado principal fue mortalidad hospitalaria. Una p menor a 0,005 fue considerada significativa.

Resultados: Se incluyeron 809 pacientes, de 49 UCIs; 44% presentaron infecciones respiratorias, 19% ITU, 9% intraabdominales, 6% partes blandas y 3% IACs. En Tabla 1 se muestran las diferencias entre las 23 UCIs del sector público (incluye 2 hospitales de Seguridad Social) y las 26 UCIs del sector privado.

Conclusiones: Los pacientes internados en ambos subsectores de salud presentaron profundas diferencias entre sí. Los pacientes admitidos en hospitales públicos fueron, significativamente:

- Más jóvenes, con mayores comorbilidades, gravedad al ingreso y fallas orgánicas.
- Con mayor duración de síntomas anteriores a la internación, y más frecuentemente evaluados previamente en el mismo/otros hospitales. También tuvieron menos años de educación.
- Estos aspectos apuntan a un retraso en la percepción de la gravedad por parte de los pacientes mismos o de los efectores de salud, que redundó en que la forma de presentación más grave (shock séptico) fuera la más frecuente; y a que la mortalidad fuera mayor.
- Con respecto al manejo de la sepsis, la proporción de antibióticos inadecuados y el tiempo al inicio de la primera dosis no registraron diferencias; pero las infecciones por bacterias multirresistentes predominaron en los hospitales públicos.

	Hospitales Públicos N=23	Hospitales Privados N=26	P
Número de pacientes No.(%)	367(45)	442(55)	
Edad media (DS)	56±18	64±18	0.000
Sexo femenino No.(%)	157/367(43)	197/442(55)	0.609
IMC (kg/m ²) mediana [IQR]	26[23-29]	27[24-31]	0.0057
Años de estudio mediana [IQR]	7[7-12]	12[10-16]	0.000
Charlson score mediana [IQR]	2[0-4]	1[0-3]	0.0013
Duración de los síntomas previos al episodio actual de sepsis (horas) mediana [IQR]	48[24-96]	24[12-48]	0.009
Distancia al hospital actual (km) mediana [IQR]	0[0-10]	1[0-10]	0.1257
Pacientes previamente evaluados en el mismo/otro hospital No.(%)	98/356(28)	85/433(20)	0.009
Estado de salud global autopercebido EuroQol-VAS; rango 100(máx) to 0(min) mediana [IQR]	70[50-90]	70[50-90]	0.295
Subgrupo al ingreso (%) (infección/sepsis/séptico shock/CV disfunción con lactato normal / disfunción CV sin medición de lactato)	7/22/47/18/6	8/32/35/23/1	0.000
Tipo de admisión (Médica/cirugía programada/cirugía de urgencia) (%)	74/5/20	74/8/18	0.379
APACHE II media (DS)	20±9	18±7	0.000
SOFA score median [IQR]	8[5-11]	6[4-9]	0.000
Lactato (mmol/L) mediana [IQR]	2[2-4]	2[1-3]	0.0049
Epidemiología de la sepsis (Comunidad/intrahospitalaria/UCI/3erN-desconocida) (%)	54/32/11/2	55/32/9/3	0.001
Tiempo a la primera dosis de antibiótico (horas) mediana [IQR]	2[1-3]	2[1-3]	0.4685
Adecuación del uso de antibióticos: (Inadecuado /adecuado/ hemocultivos negativos) (%)	13/56/31	11/61/28	0.309
Aislamiento de gérmenes de alta mortalidad No.(%)	93/367(26)	85/442(19)	0.015
Mortalidad No.(%)	172/367(47)	131/442(30)	0.000

0315 EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POSTERIOR AL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

A ZAVATTIERI(1), J ALVAREZ(1), S JONATHAN(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: El trasplante de medula ósea (TMO) ha permitido a lo largo de los años aumentar la supervivencia de pacientes con enfermedades hematológicas y otras etiologías. El ingreso a una Unidad de Cuidados Críticos se asocia a elevada morbimortalidad dadas las complicaciones que pueden presentar como la enfermedad de injerto contra huésped, infecciones sistémicas, falla respiratoria, disfunciones multiorgánicas, etc.

Objetivo: Evaluar la mortalidad en nuestra cohorte y los factores de riesgo.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de cohorte de pacientes consecutivos ingresados a la Unidad de Cuidados Críticos. Se reportan resultados de mortalidad y el efecto de APACHE II, Tipo de trasplante, Número de fallas orgánicas y soporte vital requerido.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes ingresados a la UCI entre 2006 a 2016. La edad promedio 43 años (DE \pm 16). Sexo masculino 52%. 52 pacientes requirieron asistencia ventilatoria mecánica con una mortalidad del 65%. La mortalidad global fue de 56%, sin asociación significativa con el APACHE II de ingreso entre los que vivieron y murieron ($p=0.09$). Se encontró asociación entre el uso de vasopresores y mortalidad (RR 3.9, IC 95%, 1.1-14) $p=0.0018$, así como, diálisis y mortalidad (RR 2.2, IC 95%, 1.48-3.38) $p=0.0001$. El número de fallas y el SOFA al ingreso se correlaciona de forma negativa con la supervivencia ($p<0.00001$).

Conclusión: Nuestra muestra es comparable a la descrita en la literatura. En este reporte inicial sobre las complicaciones y mortalidad en este tipo de trasplante, la necesidad de soporte vital y las fallas orgánicas siguen siendo los factores marcadores del pronóstico en UCI.

0316 ENCEFALITIS HERPÉTICA COMPLICADA CON HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO. REPORTE DE UN CASO

L ROJAS(1), A HERNANDEZ(1)
(1) Sagrado Corazón.

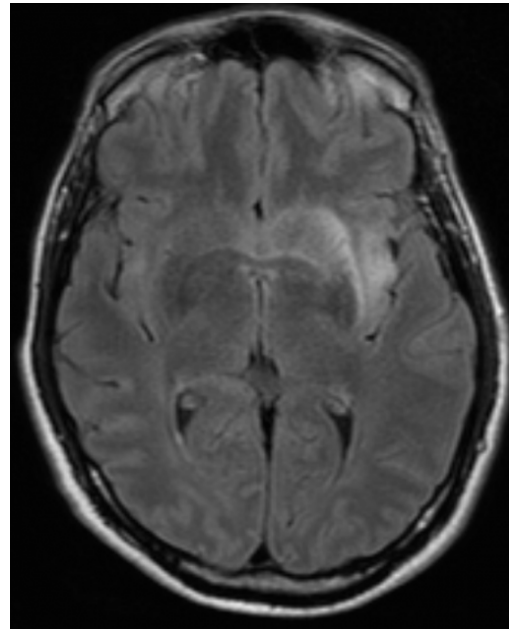
Introducción: La encefalitis viral, se presenta generalmente en paciente con fiebre y alteración del estado de conciencia (confusión, letargia o con foco neurológico), la evaluación inicial está dada por criterios clínicos, estudio del líquido cefalorraquídeo y estudios imagenológicos con imágenes características.

El virus del herpes simple es el causante de la mayoría de los casos de encefalitis, en los casos graves puede producir necrosis hemorrágica cerebral, y en raros casos hematomas intraparenquimatosos. La fisiopatología de la formación de los sangrados no es clara, y se plantea la hipótesis, de que se presente posterior a ruptura de vasos por procesos inflamatorios asociados al virus (vasculopatía viral). Presentamos un caso de un paciente con encefalitis viral que presenta como complicación un hematoma intraparenquimatoso.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 52 años de edad, consultó por fiebre desorientación, estable, presenta leucocitosis, se realiza TAC de cerebro que informa hiperdensidad en cisterna silviana izquierda. Se decide pase a terapia intensiva con diagnóstico de hematoma intraparenquimatoso, ingresa con glasgow de 13/15(O3 V4 M6), sin déficit motor o sensitivo, sin signos meníngeos. Se realizan cultivos e inicia tratamiento médico con ceftriaxona y Aciclovir hasta obtener látex y PCR para herpes positivo. Se realiza TAC de cerebro control 5 días posterior a inicio de los síntomas que comparada con la imagen previa, evidencia aumento de la lesión hemorrágica a nivel de la cisterna silviana. Se realizó angiografía digital que descarta patología vascular. Se interpretan hallazgos como complicación de la encefalitis herpética.

Discusión: Hay muy pocos casos reportados (11 casos mencionan) de encefalitis viral que presentan como complicación un hematoma intraparenquimatoso, la importancia es la morbimortalidad que puede traer dicha complicación, algunos de los casos reportados con requerimiento de procedimiento quirúrgico de emergencia. No hay literatura actual que explique la causa y si el tratamiento actual (Aciclovir), cambie el curso de dicha complicación.

Conclusión: El hematoma intraparenquimatoso como complicación de la encefalitis viral por herpes, es una entidad poco frecuente, que conlleva a un aumento en la morbimortalidad asociado a dicha patología.



0317 ONFALOCELE GIGANTE COMPLICADO CON VOLVULO ESPLENO-GASTRICO

JG OLIVIERI(1), P NEIRA(1), G PALACIO(1), G SHEEHAN(1), A FRANCAVILLA(1), J VILLEGAS(1)
(1) Gutierrez.

Introducción: El onfalocele es un defecto de línea media de la pared abdominal, resultado de una alteración en la organogénesis durante la gestación por una anomalía rotacional. El intestino se encuentra por fuera de la cavidad cubierto por una capa aminoide-peritoneal, identificable a partir de la 10ª semana por ecografía, cuando el hígado esta fuera de la cavidad o la apertura de pared es igual o mayor a 6cm se considera onfalocele gigante. Prevalencia: 1/8500 nacimientos. Puede asociarse a malformaciones creaneofaciales, cardíacas o cromosómicas.

Los órganos expuestos pueden cubrirse con un envoltorio protector y se vuelven a ubicar gradualmente en la cavidad abdominal. En algunos casos se requiere reparación quirúrgica en etapas con cierre diferido del onfalocele, con mayor riesgo de complicaciones respiratorias, vasculares, infecciosas, nutricionales, etc.

Presentación del caso: Paciente de 15 meses, con diagnóstico prenatal de onfalocele gigante asociado a ectopía renal y hernia inguinal bilateral. Recién nacido a término, bajo peso para edad gestacional; sepsis neonatal tardía, no intervenido tempranamente. Ingresa en asistencia respiratoria mecánica con clínica de shock, se realiza toilette del defecto con gasas compresivas de la piel del onfalocele con las vísceras intestinales introducidas, presión intrabdominal al inicio de 35cmH₂O, a los 14 días presenta empeoramiento del aspecto del onfalocele, se realiza exploración quirúrgica, se constata vólvulo gástrico e infarto esplénico. Se realiza esplenectomía de bazo necrótico, se introducen vísceras intestinales a cavidad abdominal y se cierra defecto. Presenta episodio de hemorragia digestiva alta, mejora sintomatología con lavados gástricos, sucralfato y omeprazol. Nutrición parenteral durante 41 días, actualmente tolerando vía enteral.

Discusión: El cierre de un onfalocele gigante suele ser en etapas, iniciando en periodo neonatal. El retraso del inicio de tratamiento se asocia a mayor número de complicaciones y morbimortalidad. El vólvulo gastroesplénico es una complicación rara; la esplenectomía en este caso permitió generar espacio para la introducción de vísceras intestinales.

Conclusión: Es fundamental respetar los tiempos de inicio y progresión de los tratamientos para evitar mayor morbimortalidad.

0319 TOXOPLASMOSIS CEREBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACION DE HIV/SIDA

J VILLEGAS SIERRA(1), A COSTAS(1), J OLIVIERI(1), MA FRANCAVILLA(1), S ESPOSTO(1), G PALACIO(1), G SHEEHAN(1), PO NEIRA(1)
(1) Hnrg.

Introducción: Se han descrito varias etiologías de lesiones en sistema nervioso central con efecto de masa en los pacientes con HIV, en el paciente adulto una de las causas más frecuentes es la toxoplasmosis, no así en el paciente pediátrico. Se describe a continuación un caso de toxoplasmosis cerebral como primera manifestación de HIV/SIDA en un paciente en edad preescolar.

Presentación del caso: Paciente masculino, 5 años de vida, sin antecedentes patológicos a destacar, derivado de hospital del conurbano bonaerense con cuadro clínico de varios días de evolución de astenia, adinamia, diarrea y fiebre, posteriormente con desarrollo de parálisis fasciobraquial izquierda y convulsión focalizada en miembros superiores secundariamente generalizada, se realiza

manejo para controlar crisis y una vez estabilizado se obtiene TAC: Lesión ocupante de espacio paraventricular izquierdo con edema perilesional, desplazamiento de la línea media y dilatación de ventrículos laterales. Ingresa a la terapia intensiva de este Hospital con (Glasgow 6/15) por lo que se decide su ingreso a asistencia respiratoria mecánica, realiza test rápido de HIV el cual resulta positivo. Se inicia cobertura antibiótica, antifúngica y antiparasitaria cubriendo el espectro diagnóstico de masa ocupante en SNC paciente con HIV. Se programa paciente para biopsia estereotáxica que arroja resultado PCR positiva para Toxoplasmosis, se descartan otras etiologías. Controlado el foco infeccioso comienza tratamiento antiretroviral. Paciente con requerimiento prolongado de AVM, destete dificultoso posterior y realización de traqueotomía. Queda con deterioro neurológico con espasticidad generalizada, sin respuesta verbal pero con intención comunicativa.

Discusión: Dentro del espectro diagnóstico de masa cerebral ocupante de espacio en paciente con HIV se piensa en Toxoplasmosis, sin embargo es importante destacar que en el paciente pediátrico esta etiología es una de las menos frecuentes a diferencia del adulto.

0320 SINDROME RIÑON PULMON. ENFERMEDAD DE WEGENER

N FUNES NELSON(1), LB ALVAREZ(1), JM MIRANDA(1), EM ABEGAO(1), G MORENO(2), G RODRIGUEZ(2), A PEREZ(2), G CASTELO(2), F CAMPERO(2), MA LAINO(2)
(1) Hzga Dr Alberto Balestrini. (2) Hzga Dr Alberto Balestrini.

Introducción: La enfermedad de Wegener, es una vasculitis sistémica, necrosante y granulomatosa, que afecta el tracto respiratorio y el riñón. El daño renal, la glomerulonefritis pauci inmune se presenta en más de 75% de los casos y la insuficiencia renal grave se observa en 11 a 17% de los casos. Los síntomas de presentación más frecuentes son los del tracto respiratorio superior en más de 90%.

Presentación del caso: Paciente de 35 años, con antecedentes de TBC en la infancia, ingresa por insuficiencia respiratoria grave, asociada a falla renal grave oligúrica, BAAR negativo, TAC torax con infiltrados en 4 cuadrantes, acidosis metabólica e hipoxia severa.

Discusión: Paciente con disnea, CF IV y falla renal grave. Requiere IOT y ARM, pancultivos, antibioticoterapia, diálisis y politransfusiones. Se solicita colagenograma completo (C3 78, FAN en zona gris, y ANCA +, resto normal).

Se decide además del tratamiento habitual y por la falta de respuesta al mismo, iniciar metilprednisolona, con buena respuesta (los resultados del colagenograma, se obtuvieron 1 mes después). Debido a ARM prolongada y 3 extubaciones fallidas por la gran debilidad adquirida en UTI y las múltiples interurrencias infecciosas de la paciente, se realiza traqueostomía.

Actualmente con buena evolución, en destete de ARM tolerando periodos de más de 12 hs en traqueostomía en T, con diálisis trisemanal y recuperándose de la severa debilidad adquirida en UTI.

Conclusión: La Granulomatosis de Wegener, es una enfermedad poco común de los vasos sanguíneos. Puede provocar síntomas en diferentes órganos, afectándose principalmente pulmones y riñones. Se trata de una enfermedad compleja y potencialmente grave. Suele ser más frecuente en hombres que en mujeres, relación 3:1. En este caso no fue la primera patología pensada, ya que tratándose de un síndrome riñón pulmón, otras eran las opciones a pensar, por ser mujer y estar entre la tercera y cuarta década de la vida.

El resultado de los ANCA resulta fundamental para confirmar el diagnóstico, que por los antecedentes de la paciente, hicieron pensar en primera instancia en reactivación de la TBC complicada con Neumonía grave y shock séptico.

0321 ÉXITO EN RESCATE DE PACIENTES CON SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTA VIRUS SEVERO MANEJADOS CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO-ARTERIAL, EXPERIENCIA DE 8 CASOS

L FERREIRA CABRERA(1), J HERMOSILLA PANES(2), P FERNANDEZ ANDRADE(1), J YAÑEZ VILLASEÑOR(1), B NAHUEL PAN ORELLANA(1), D PONCE HOLGADO(1)

(1) Hospital Regional Concepcion. (2) Universidad San Sebastian.

Introducción: El Síndrome Cardiopulmonar por Hanta Virus (SCPHV) mantiene una mortalidad elevada y en los pacientes con Índice Cardíaco (IC) menor a 2,5 L/min/m² se acerca al 100%. El tratamiento consiste en ventilación mecánica invasiva, soporte hemodinámico con uso temprano de vasopresores y manejo cuidadoso de cristaloideos; existen datos en los cuales el uso de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) en pacientes refractarios mejora la sobrevida en 2 tercios de los pacientes manejados.

Objetivo: Evaluar la sobrevida a 28 días de pacientes con SCPHV e IC menor de 2,5 L/min/m² conectados a ECMO veno-arterial.

Material y método: Se incluyeron todos los pacientes con SCPHV confirmados con PCR. Se conectaron a ECMO veno-arterial con un IC < 2,5 L/min/m² medido por Vigilance® pese a maniobras de reanimación guiada que ingresaron desde octubre de 2016 a mayo de 2017 a UCI Medica de Hospital Regional de Concepción, Chile. Resultados: se incluyeron 8 pacientes confirmados de SCPHV por PCR, con edad promedio de 32,5 años, APACHE II 16 puntos, tiempo de ventilación mecánica pre-ECMO 26 horas, Murray de 3,75, tiempo en ECMO 147 ± 99 horas. El índice cardíaco de ingreso a ECMO fue 2,08 ± 0,29 L/min/m². El 66% presentó AKI y además se asistió con terapia de sustitución renal a 3 pacientes. Como complicaciones del ECMO 25% presentó isquemia de extremidades y sangrado en el sitio de punción. La sobrevida del grupo fue de 87,5%. La paciente que falleció se conectó a ECMO en paro cardiorespiratorio.

Conclusiones: El uso de ECMO en tanto el índice cardíaco disminuya de 2,5 L/min/m² mejora la sobrevida. Su uso debiera iniciarse en tanto exista falta de respuesta hemodinámica a la reanimación volumétrica.

0322 HIPERTENSION PULMONAR ARTERIAL IDIOPÁTICA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASOS

P MAZZA(1), A MENCHACA(1), A FERRÉ(1)

(1) Sanatorio Americano.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HTP) es definida por el aumento de la presión arterial pulmonar media por encima de 25 mmHg. Clasificación en 5 grupos según características clínicas, hemodinámicas y estrategia terapéutica. La hipertensión pulmonar idiopática (IPAH) se caracteriza por HTP pre capilar con presión capilar pulmonar menor de 15 mmHg., sin historia familiar o causa desencadenante. Poco frecuente en pediatría y de altísima morbimortalidad. Síntomas vinculados a la disfunción progresiva del VD. El cateterismo cardíaco determina el diagnóstico, evalúa la gravedad y el pronóstico.

Presentación del caso: Preescolar de 5 años, sexo femenino, fallo nutricional en el último año. Distensión abdominal, hepatomegalia, edema de miembros inferiores, ingurgitación yugular, reflujo hepato-yugular. Saturación al aire 96%. Rx: cardiomegalia, disminución de la vasculatura pulmonar. ECG: sobrecarga derecha, trastornos de la repolarización. Ecocardiograma: HTP severa, tronco y rama de arterias pulmonares dilatadas. Dilatación de VD, AD y VCI. PNB: 4,64 ng/ml.

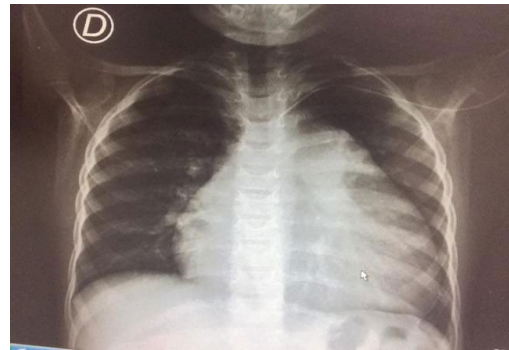
Cateterismo cardíaco: hipertensión pulmonar severa, pobre respuesta al test de vasodilatación pulmonar. PCP menor de 15 mmHg. Alta a domicilio, con furosemide, espironolactona, sildenafil, Bosentan, AAS y warfarina. Se mantiene en clase funcional II - III al mes de tratamiento, con buena adherencia. Síncope en dos oportunidades.

Discusión: IPAH es una enfermedad poco frecuente, los síntomas de

presentación: disnea, fatiga y fallo de crecimiento. El síncope es más frecuente en pediatría que en adultos. Elementos de falla cardíaca derecha en el debut, en presencia de síncope, fallo nutricional, niveles elevados de BNP se asocian a peor pronóstico.

El tratamiento precoz, agresivo mejora la clase funcional y la expectativa de vida. En pacientes con alto riesgo de muerte se recomienda terapia combinada. Los fármacos disponibles son: antagonistas de los receptores de endotelina, inhibidores de la fosfodiesterasa 5 y análogos de la prostaciclina. Soporte con oxigenoterapia, existen datos contradictorios de su beneficio; anticoagulación por riesgo de trombosis; terapia del fallo cardíaco con diuréticos y prevención de infecciones. Pacientes refractarios a tratamiento médico que persisten en clase funcional III-IV se recomienda trasplante pulmonar.

Conclusión: Pensar en la HTP, evaluar correctamente el fallo de crecimiento, realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar la calidad de vida.



0323 ESTATUS EPILEPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A ENCEFALITIS AUTOINMUNE, PROPÓSITO DE UN CASO

YJ NIEVES MARQUEZ(1), L DIAZ(1), D MIQUELARENA(1), I RÍOS(1), N FERNÁNDEZ LIGUORI(1), M DI EGIDIO(1), S LOMBARDO(1), ML LINARES(1)

(1) Enrique Tornú.

Introducción: La encefalitis es un trastorno neurológico de etiología predominantemente infecciosa, sin embargo, en los últimos años se ha comprobado el aumento de casos de etiología autoinmune, asociadas a anticuerpos contra la superficie de las células neuronales o contra las proteínas sinápticas, pudiendo generar síntomas similares a los de la encefalitis infecciosa, como así manifestaciones neurológicas y psiquiátricas sin fiebre ni LCR inflamatorio.

Caso clínico: Paciente de 20 años con antecedentes de tabaquismo, ingresa derivada de otro centro por síntomas psiquiátricos de instauración subaguda y cambios conductuales, agregando posteriormente deterioro del sensorio e hipotonía generalizada. Al ingreso se presenta afebril, desorientada globalmente, sin foco neurológico ni signos meníngeos. TC de encéfalo sin hallazgos patológicos, punción lumbar con ligera pleocitosis a predominio mononuclear por lo que inicia tratamiento con aciclovir. A las 48 horas evoluciona con fiebre y convulsiones tónico-clónicas generalizadas ingresando a UTI. Se repite TC de cerebro sin alteraciones, inicia tratamiento con DFH. Evolución con status epiléptico refractario con crisis parciales simples agregándose ac. valproico. Se repite nueva punción lumbar y se amplía cobertura antibiótica con ampicilina y ceftriaxona. RMN con imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR subcorticales bifrontales, sin efecto de masa y sin realce al contraste. Serologías para HIV, HBV, HCV y VDRL negativos, perfil reumatológico, dosaje de hormonas tiroideas y proteinograma electroforético, dentro de parámetros normales. Persiste con crisis parciales subintrantes, ante la sospecha de encefalitis autoinmune se solicitan anticuerpos antineuronales. Realiza 5 pulsos de metilprednisolona y 3 sesiones de plasmaféresis con buena respuesta clínica. La paciente evolucionó con mejoría clínica, externándose lúcida, con importante recuperación de tono

y fuerza muscular. 30 días más tarde se recibe resultado de anticuerpos antiNMDA que son positivos, confirmando el diagnóstico de encefalitis autoinmune.

Conclusiones: Las encefalitis de origen autoinmune suelen tener buena evolución con el tratamiento inmunosupresor en forma oportuna. La RMN es el estudio de imagen de elección. Los tratamientos de primera línea son los pulsos metilprednisolona, inmunoglobulinas o plasmáferesis. En los pacientes que responden a la inmunoterapia se debe considerar inmunosupresión en forma prolongada, dado que una pequeña proporción puede tener un curso con recaídas y remisiones.

0325 SINDROME DE REYE. REPORTE DE UN CASO

S ABALOS(1), R BURGOS PRATX(2)

(1) Hospital Materno Infantil "dr Hector Quintana". (2) Hospital Materno Infantil "dr. Héctor Quintana".

Introducción: Síndrome de Reye (SR), enfermedad aguda, potencialmente mortal caracterizada por encefalopatía con edema cerebral y degeneración grasa hepatocitaria. El fracaso mitocondrial se debe a errores congénitos del metabolismo (ECM) (95%). Clínica bifásica: inicial, cuadro viral banal y luego vómitos incontrolables, convulsiones y coma. Asociación epidemiológica entre aspirina y SR.

Caso Clínico: Varón de 8 años sano y sin antecedentes. Cuadro de tres días con catarro de vías aéreas superiores, fiebre, dolor abdominal y vómitos numerosos. Recibe Aspirina y Paracetamol. Se interna. Mala evolución: depresión del sensorio, pupilas midriáticas reactivas y relajación de esfínteres. Glasgow 7/15, ARM y hemodinamia estable. Recibe expansiones, manitol y Dopamina. Láctico 7,4; GOT 287, GPT 430; Bilirrubina 0.61; Glucemia 132, APP 74; LCR Normal. Recibe Cefotaxime, Vancomicina, Aciclovir y Fenobarbital. TC cerebro: edema cerebral difuso con colapso de cisternas peritroncales. Ventana de sedación: pupilas midriáticas hiporreactivas, descebración e hiperventilación. Se plantea SR vs ECM. Manejo: sin aporte de proteínas, flujo de glucosa elevado, infusión de Insulina, Lactulón, Metronidazol. Presenta Taquicardia Ventricular (desfibrilación). Inestabilidad hemodinámica, Adrenalina y Noradrenalina. Midriasis fija con EEG plano. Fallece a las 72 hs de ingreso a UCIP Punción-Biopsia Hepática: esteatosis micro vesicular difusa y severa con mínima actividad inflamatoria. Hemorragia interhepatocitaria, hepatocitos con tumefacción del retículo endoplásmico, vacuolas grasas. Laboratorio Metabolopatías: alteraciones inespecíficas.

Discusión: Reporte de un niño fallecido que tras infección viral respiratoria e ingesta de Aspirina presenta hepatitis anictérica, edema cerebral y coma con LCR normal. El diagnóstico de SR se establece por tres criterios (CDC27): a. encefalopatía aguda no inflamatoria, documentada por alteración del nivel de conciencia, o biopsia cerebral con edema o LCR menos de 8 glóbulos blancos; b. hepatopatía con infiltración grasa hepática, por biopsia; c. ninguna otra explicación para el edema cerebral o anomalía hepática.

Conclusión: El SR es una entidad vigente. La disminución de la morbimortalidad depende del diagnóstico precoz que requiere de un alto índice de sospecha (clínica, laboratorio, neuroimágenes) y del tratamiento de soporte adecuado y oportuno.

0326 VALOR PRONÓSTICO DEL ESCORE DE INJURIA GASTROINTESTINAL AGUDA MÁXIMA (AGIMAX), NUTRIC ESCORE Y DEUDA CALÓRICA EN LA PRIMERA SEMANA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE PROSPECTIVO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)

C LOUDET(1), M MARCHENA(2), L TUMINO(2), R GIMBERNAT(3), M CABANA(4), G CAPURRO(5), P ASTEGIANO(6), M VELAZQUEZ(7), M CASANOVA(8), M ROTH(9), G RODA(10),

P OKURZATI(11), Y BALMACEDA(12), J RODRÍGUEZ BUGUEIRO(8), M PERMAN(13), R REINA(2), E ESTENSSORO(2)

(1) San Martín De La Plata. (2) Hospital Interzonal General De Agudos San Martín De La Plata. (3) Centro De Cuidados Intensivos. (4) Hospital Pablo Soria. (5) Hospital Interzonal General De Agudos Dr. Oscar Alende. (6) Hospital José María Cullen. (7) Sanatorio Nuestra Señora Del Rosario. (8) Hospital El Cruce. (9) Hospital San Juan De Dios. (10) Hospital Municipal Eva Perón. (11) Casa Hospital San Juan De Dios. (12) Centro De Cuidados Intensivos. (13) Asociación Argentina De Nutrición Enteral Y Parenteral (aanep).

La disfunción gastrointestinal (DGI) ocurre con frecuencia en pacientes críticos, y se la ha asociado con aumento de la mortalidad. Sin embargo aún no ha sido incorporada a escores generales de disfunción multiorgánica.

Objetivo: Caracterizar la DGI en pacientes críticos y su impacto en mortalidad.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico realizado entre 2011-2014. A través de la SATI participaron distintas UCIs del país. Se incorporaron pacientes consecutivos con ventilación mecánica (VM) ≥ 48 hs. Se recolectaron datos epidemiológicos uso de vasopresores, SOFA24hs, Charlson y NUTRIC escores, IMC, Escore de injuria gastrointestinal aguda (AGI), deuda calórica acumulativa en la primera semana de internación (DCA-1sem), nutrición enteral precoz y relación %kcal administradas/objetivo (%eficacia). AGImax fue identificado (valor máximo de AGI) y los pacientes fueron clasificados en 5 categorías (0 a 4) de acuerdo al AGI score1. DGI fue clasificada como primaria o secundaria. Riesgo nutricional alto fue considerado como NUTRIC ≥ 52 . Punto final principal mortalidad hospitalaria. Se construyó un modelo de regresión logística múltiple para evaluar variables de mortalidad. Se construyeron curvas ROC para evaluar desempeño de AGImax, NUTRIC, SOFA24hs y DCA-1sem sobre mortalidad. Se consideró significativo a un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 800 pacientes de 10 UCIs del país. Las comparaciones entre variables epidemiológicas y nutricionales para las categorías de AGImax se muestran en la Tabla 1 y 2. La Figura 1 muestra las curvas ROC de mortalidad para los diferentes escores. El modelo de regresión logística identificó a AGImax (OR 1.97[1.51-2.59]), NUTRIC ≥ 5 (OR 5.28[3.43-8.13]), uso de vasopresores (OR 3.77[2.33-6.11]), edad (OR 1.01[1.00-1.02]) y DCA-1sem (OR 1.01[1.01-1.02]) como predictores principales de mortalidad.

Conclusiones:

1. En esta cohorte de pacientes en VM con alto uso de vasopresores, el incremento de la severidad de categorías de AGImax predijo adecuadamente mortalidad, lo cual remarca su seguridad diagnóstica. Esta asociación también fue evidente para NUTRIC score y DCA-1sem.
2. El poder discriminativo de AGImax, NUTRIC DCA-1sem fue excelente y aún mejor que el SOFA24.
3. Este estudio evidencia la validez pronóstica de los escores nutricionales, reafirmando la necesidad de incluirlos en escores de severidad global como el SOFA.

Tabla 2 Calnuci

	Todos N=600	AGI _{max} 0 N=138	AGI _{max} 1 N=194	AGI _{max} 2 N=217	AGI _{max} 3 N=197	AGI _{max} 4 N=54	P
Falla GI primaria	137(22.7)	2(1)	10(5)	20(9)	64(32)	41(76)	0.000
IMC	23±8	22±7	22±8	23±8	23±8	20±12	0.58
NUTRIC escore	4[2-5]	2[1-4]	3[2-5]	4[3-5]	5[4-6]	5[4-6]	0.0001
NUTRIC escore ≥ 5 (Riesgo nutricional alto)	313(52)	15(11)	49(25)	82(38)	128(65)	39(72)	0.000
Deuda calórica acumulativa 1ª semana	-3900 [-6000 to -1200]	-560 [-800 to -320]	-2000 [-2700 to -1100]	-4000 [-5500 to -3000]	-7000 [-9000 to -5000]	-10000 [-12000 to -7355]	0.0001
Eficacia (kcal administradas/objetivo, %)	68[48-82]	88[84-92]	80[75-84]	65[60-74]	40[30-51]	20[10-30]	0.0001
Nutrición enteral precoz (≤ 48 hr)	497(83)	127(92)	136(70)	146(67)	81(42)	7(1)	0.000
Nutrición parenteral suplementaria	65(8)	0(0)	3(2)	4(2)	28(14)	30(57)	0.000

Figura 1 Calnuci

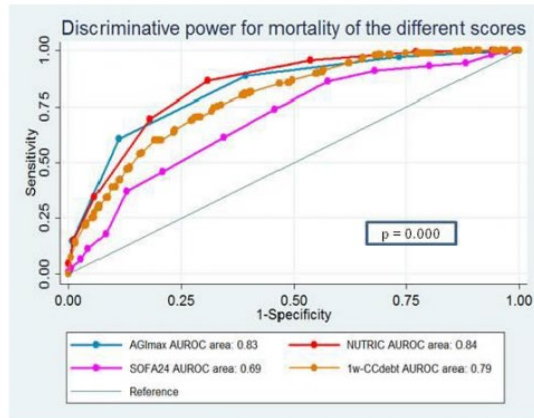


Tabla 1 Calnuci

	Todos N=800	AGI _{max} 0 N=138	AGI _{max} 1 N=194	AGI _{max} 2 N=217	AGI _{max} 3 N=197	AGI _{max} 4 N=54	P
Edad	45±19	42±17	44±19	44±19	47±19	52±19	0.009
Género (masc)	529(66)	94(68)	126(65)	143(66)	127(64)	39(72)	0.83
APACHE II	17±6	14±6	17±6	17±6	19±6	19±7	0.0000
SOFA _{max}	7[4-9]	4[3-6]	6[4-8]	7[5-10]	8[6-10]	10[7-10]	0.0001
Charlson score	0[0-1]	0[0-1]	0[0-1]	0[0-1]	1[0-2]	2[1-2]	0.0001
Admisión médica/cx urgencia/cx electiva (%)	55/38/7	66/30/4	52/41/7	59/33/8	50/42/8	33/63/4	0.000
Uso de vasopresores	494(62)	10(7)	115(59)	150(69)	168(85)	51(92)	0.000
Días UCI	14[9-25]	11[7-17]	15[10-26]	16[10-26]	16[10-27]	18[10-28]	0.0001
Mortalidad Hospitalaria	318(40)	7(5)	31(16)	90(41)	143(73)	47(87)	0.000

	All	AGI _{max} 0	AGI _{max} 1	AGI _{max} 2	AGI _{max} 3	AGI _{max} 4	P
Primary gastrointestinal failure	137(17)	2(1)	10(5)	20(9)	64(32)	41(76)	0.000
BMI	23±8	22±7	22±8	23±8	23±8	20±12	0.58
NUTRIC score	4[2-5]	2[1-4]	3[2-5]	4[3-5]	5[4-6]	5[4-6]	0.0001
NUTRIC score ≥5 (High nutrition risk)	313(39)	15(11)	49(25)	82(38)	128(65)	39(72)	0.000
Cumulative caloric debt (1 st week)	-3300 [-6000 to -1200]	-560 [-800 to -320]	-2000 [-2700 to -1100]	-4000 [-5500 to -3000]	-7000 [-9000 to -5000]	-10000 [-12000 to -7335]	0.0001
Efficacy (Delivered/targeted kcal, %)	68[48-82]	88[84-92]	80[75-84]	65[60-74]	40[30-51]	20[10-30]	0.0001
Early enteral nutrition (≤48 hr)	497(63)	127(92)	136(70)	146(67)	81(42)	7(11)	0.000
Parenteral nutrition	65(8)	0(0)	3(2)	4(2)	28(14)	30(57)	0.000

0327 CORRELACION ENTRE THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM28 Y NURSING ACTIVITIES SCORE PARA VALORAR CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON ESCORES DE SEVERIDAD EN LA UCI

S BOTTAIA(1), C LOUDET(2), S FERNÁNDEZ(2), S ROJAS(2), I HERRERA(2), D CORIA(2), G BUSTAMANTE(2), R MAESTRE(2), R RAMÍREZ(2), Y DELCORRO(2), S GUERRERO(2), M AQUINO(2), F VALDERRAMA(2), M MARCHENA(2), A GONZÁLEZ(2), H CANALES(2), L LUMINO(2), R REINA(2), E ESTENSSORO(2)

(1) San Martín De La Plata. (2) Higa San Martín De La Plata.

Introducción: El uso de escalas que valoran cargas de trabajo de enfermería son fundamentales para la adecuación de recursos materiales y humanos de las UCIs, y también se los ha vinculado con mortalidad en la UCI. El Therapeutic Intervention Scoring System28 (TISS28) es el más ampliamente utilizado, pero el Nursing Activities Score (NAS) de reciente incorporación, contempla más aspectos y su valor permite extrapolar directamente el tiempo porcentual de trabajo del enfermero por paciente.

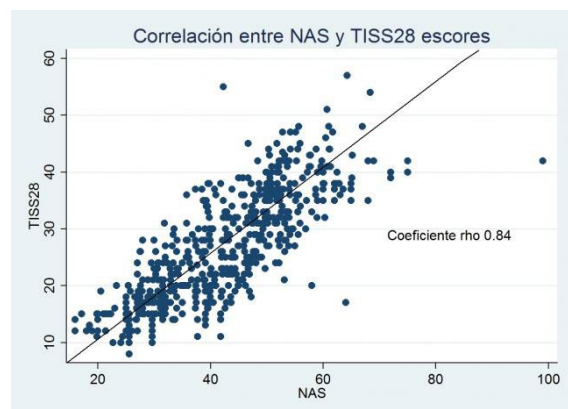
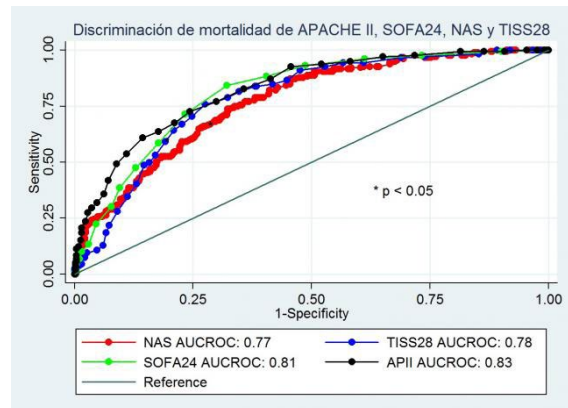
Objetivos: Establecer la correlación entre TISS28 y NAS scores para valorar carga de trabajo de enfermería y su adecuación a la relación enfermero:paciente, y compararlos con scores de severidad en la UCI en desempeño para mortalidad.

Métodos: Estudio de corte transversal realizado en UCI médico quirúrgica de 17 camas. Durante 2015-2016 se registraron en pacientes consecutivos ingresados a la UCI datos epidemiológicos, APACHEII, SOFA24, TISS28, NAS, relación enfermero:paciente, requerimiento de VM, de vasopresores, mortalidad en UCI. Se comparó si existía correlación entre TISS28 y NAS scores y su vínculo con relación enfermero:paciente. Se realizaron curvas ROC con estos scores, APACHE II y SOFA24 para establecer su poder discriminativo de mortalidad. Los datos son presentados según su naturaleza. Para correlaciones y comparaciones entre curvas ROC se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: Ingresaron 650 pacientes. Edad 45 ± 19 años, género masc 54%, admisión médica/cx urgencia/cx electiva 38/29/33%, VM 378(58%), días VM 9.5[3-28.5], vasopresores ingreso 247(38%), APACHEII 15 ± 8 , SOFA24 5[2-8], TISS28 25 ± 10 , NAS 41 ± 12 , relación enfermero: paciente 1:2.2, mortalidad UCI 183(28%). La correlación (rho Coef) entre TISS28 y NAS fue 0.84 ($p = 0.000$). En la Figura 1 se observa el gráfico de esta correlación. En la Figura 2 se observa la comparación entre TISS28, NAS, APACHEII y SOFA para discriminación de mortalidad en la UCI: AUCROC APACHEII 0.83, SOFA24 0.81, TISS28 0.78, NAS 0.77 ($p < 0.05$ TISS28 y NAS vs APACHEII)

Conclusiones:

- El NAS score presentó una fuerte correlación con el TISS28 en esta muestra.
- La relación enfermero:paciente resulta insuficiente de acuerdo a los resultados del NAS.
- Tanto NAS como TISS28 presentaron muy buena discriminación para mortalidad en la UCI, cercanas a la discriminación de scores de severidad.



0328 IMPACTO DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA EN LA UTI COMO "SEGUNDO HIT" INFECCIOSO. EVALUACIÓN DE DESENLACES ADVERSOS

M ESPERATTI(1), N FUENTES(1), ME GONZALEZ(1), M FERRER(2), G LI BASSI(3), O RANZANI(3), A TORRES(2)

(1) Hospital Privado De Comunidad. (2) . Hospital Clinic I Provincial De Barcelona - Universidad De Barcelona. (3) Hospital Clinic I Provincial De Barcelona.

Introducción: Estudios experimentales muestran que la sepsis produce dis-regulación inmune y la neumonía como segunda infección tiene alta letalidad. La hipótesis de un segundo "hit" infeccioso condicionando peores desenlaces adversos no ha sido evaluada exhaustivamente en pacientes críticos.

Objetivos: Evaluar el impacto de la sepsis previa con ulterior desarrollo de una neumonía adquirida en la UTI (NAUTI) sobre desenlaces clínicos adversos. Diseño: estudio prospectivo, observacional (siete UTIs). Pacientes: 341 pacientes con NAUTI. Mediciones: Dos grupos de pacientes con NAUTI fueron evaluados de acuerdo a su exposición previa a sepsis. Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, scores de gravedad. La respuesta inflamatoria fue evaluada (días uno y tres) en un subgrupo de 109 pacientes mediante biomarcadores (IL6-IL8, TNF α , PCR, procalcitonina-proadrenome-

dulina, SuPar). Desenlace primario: mortalidad a los 90 días. Desenlaces secundarios: días libres de VM, estadía en UTI y hospitalaria, respuesta inflamatoria. Un propensity análisis fue realizado para ponderar el riesgo de haber adquirido sepsis. Un análisis multivariado fue realizado para evaluar el riesgo de mortalidad al día 90. Adicionalmente se realizaron análisis de sensibilidad de subgrupos. **Resultados:** De 341 pacientes incluidos, 147 presentaron sepsis en la admisión a UTI y fueron comparados con 194 pacientes sin sepsis. En el análisis univariado los grupos fueron diferentes en la edad, comorbilidades, motivo de admisión, tiempo de estadía hospitalaria y tiempo de VM previos al diagnóstico de NN-UTI. El riesgo de mortalidad a los 90 días ajustado no fue diferente en la población total, hazard-ratio (HR) 0.97(IC 0.73-1.3), ni en las subpoblaciones con etiología confirmada de la neumonía, HR 0.98(IC 0.6-1.62); etiología confirmada de la sepsis, HR 0.93(IC 0.54-1.6); ni en la subpoblación con biomarcadores evaluados, HR 1.0(IC 0.5-1.97). No se encontraron diferencias en las estadía en UTI ($p=0.13$), estadía hospitalaria ($p=0.14$), ni en los días libres de la VM ($p=0.08$). No se encontraron diferencias en la respuesta inflamatoria.

Conclusión: La sepsis previa no parece predisponer a mayor mortalidad ni a peores desenlaces adversos en pacientes que adquieren neumonía en la UTI. La respuesta inflamatoria al inicio de la NAUTI no difiere entre pacientes con o sin sepsis previa.

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A					
ABALOS, S	325	CHAVEZ AGUILAR, C	97	FIGUEROA, A	19
ACHARTA, F	128	CHEDIACK, V	77	FIGUEROA, LV	301
ACOSTA RODRIGUEZ, AI	232	CHEDIACK, V	284	FOLCO, JJ	137
AGUIRRE, L	263	CODELUPPI, MV	104	FONTANA, D	42
ALBORNOZ, M	76	CONDE, J	294	FRANCO, E	162
ALFARO, D	311	CONDE, J	296	FUKS, V	46
ALFONSO, JE	73	CORBACHO RE, MF	54	FUNES NELSON, N	320
ALUL, H	52	CORNAGLIA, A	181	FUNES NELSON, NM	287
ALVAREZ VIZZONI, R	176	CORREGER, E	134		
AMUNDARAIN, E	20	COSTAS, A	225	G	
ANGELONI, NA	26	CUBILLA, VS	303	GALAN MARQUEZ, CE	108
ARAMBURU, MJ	179			GALINDEZ, G	261
ARBELAIS, NS	68	D		GALIOTTI, F	37
ARCE PAREDES, CJ	220	DAZA ARAMAYO, JM	127	GALIOTTI, F	236
ARIANA, P	206	DAZA, JM	130	GALLARDO, Z	307
ARIAS LOPEZ, MDP	67	DE SALVO, A	57	GALLINI, OR	169
ARROYO, JA	286	DEL BONO, M	65	GARCIA GIRALDO, D	173
ARROYO, JA	295	DÍAZ, J	43	GARNICA, R	45
ARUFE, D	51	DÍAZ, R	167	GENOVESE, G	53
ASPARCH, J	24	DOMINGUEZ, C	291	GILL CASTIGLIONI, RE	282
AVILEZ, M	1	DUARTE, D	120	GIMENEZ, ML	70
				GIMENEZ, ML	71
				GIMENEZ, R	82
B					
BAEZ, R	245	ECHEVERRÍA MORA, WO	244	GOGNIAT, E	233
BARACAT, D	297	EMMERICH, M	11	GOLDBERG, A	224
BARALDI, N	31	EMMERICH, M	12	GONZALEZ BREGA, LM	199
BARRETO, E	40	EMMERICH, M	38	GONZÁLEZ MÁRQUEZ, I	105
BARRIENTOS, L	143	EMMERICH, M	132	GONZALEZ, MC	30
BARRIENTOS, MA	219	EMMERICH, M	135	GROSSO, LE	168
BARRIENTOS, MA	237	EMMERICH, M	136	GUANCA, GA	247
BARRIONUEVO, E	13	ESCALIER, NG	69	GUILLAUME ECHENIQUE, CR	106
BEBER, P	25	ESPERATTI, M	328	GUTIERREZ ROMERO, JE	154
BERRONDO, C	89	ESTENSSORO, E	249	GUTIERREZ, AN	21
BIELSA, L	55	ESTENSSORO, E	256		
BOCASSI, A	149	ESTENSSORO, E	276	H	
BONGIOANNI, H	258	ESTENSSORO, E	313	HERNANDEZ, A	283
BORDA, M	44	EZCURRA, P	115	HERNANDEZ, H	174
BOTTAIA, S	327			HERRERA, AJ	94
BRACCINI, ML	305	F		HUANCA, T	270
BRIA, LM	66	FAJRELDINES, A	241	HUNTER, M	152
		FALCHETO, G	201		
C					
CALCAGNO, P	35	FELDMAN, A	238		
CANSECO, MC	39	FELDMAN, A	239	I	
CAPALBO, MM	60	FELDMAN, A	240	IUNGMAN, A	290
CARBALLO, HG	202	FELDMAN, A	252		
CARBONI BISSO, I	190	FELDMAN, A	259	L	
CARDOSO, G	163	FELDMAN, A	262	LACOMBE, L	83
CARRANZA, D	172	FELDMAN, A	262	LACOMBE, L	84
CARRANZA, D	182	FERNÁNDEZ CEBALLOS, I	180	LAMAS, M	16
CARRUEGA, MC	86	FERNANDEZ, B	56	LARREA, MJ	87
CASABELLA GARCIA, CA	2	FERNANDEZ, C	269	LAS HERAS, M	118
CASABELLA GARCIA, CA	50	FERNANDEZ, C	145	LOTORTO, M	139
CASI, M	205	FERNANDEZ, FS	145	LOUDET, C	326
CASTRO, SI	111	FERNÁNDEZ, R	116	LUCERO, PD	277
CAZAUX, T	93	FERNANDEZ, Y	196	LUDUENA, ML	59
CAZAUX, T	95	FERNANDEZ, Y	204		
CÉLLERI, V	275	FERNANDEZ, Y	222	M	
CHAPELA, SP	165	FERRARA, G	74	MADORNO, M	292
		FERRERA CABRERA, L	321	MAGISTOCCHI, LG	103
		FERRERO, A	194	MALDONADO, F	195
		FERREYRA, C	221	MARINSALDA, MS	191
		FERREYRA, C	293		

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
MARTIN, DB	72	PEREZ, A	166	SIMONS, A	5
MARTÍN, P	90	PEREZLINDO, M	148	SMUKLER, P	63
MARTÍNEZ, PI	159	PETASNY, M	81	STEINBERG, E	268
MARTINUZZI, A	242	PETROCELLI, VA	41	STURZENEGGER, V	125
MAZZA, P	79	PICÓN CORONEL, XE	155	SUAREZ, R	151
MAZZA, P	322	PICÓN CORONEL, XE	164	SVAMPA, S	280
MEDINA, A	100	PINTO, R	91		
MENDIETA, MF	32	PIROLI, I	142	T	
MESCHINI, MJ	306	PISTILLO, N	78	TAFFAREL, P	243
MILANO GIL, A	34	PLOTNIKOW, G	75	TALAMONTI, L	99
MINOLDO, E	200	PONCE, MDLA	85	TELIAS, I	302
MIRANDA, A	197	PONCE, M	96	TIRIBELLI, N	198
MOGRO, V	218	PORACCHIA, L	126	TOCONAS, A	18
MOLINA, D	144	POTITO POLERA, JJC	119	TORRES LORA, MA	312
MONTENEGRO, R	48	PRADO, E	192	TORRES, MR	92
MONTEVERDE, E	133	PROFESSI, JA	170	TORT ORIBE, B	138
MONZON, V	177	PUIG, I	123	TUMINO, L	265
MORENO MARTÍN, G	257			TUMINO, L	266
MOSCHINI, J	7	Q		TUMINO, L	267
MOSCHINI, J	9	QUINTEROS, MF	210		
MOSCHINI, J	10			U	
MOSCHINI, J	14	R		UNIGARRO, L	58
N		RAMIREZ, N	109	URBANO, MS	140
NACCARELLI, B	131	RAMOS, A	274		
NANNI, ME	308	RAMOS, G	88	V	
NANO, M	214	RÉ, M	62	VACAFLOR ZENTENO, LE	160
NASUTE, E	112	REBERENDO, MJ	156	VALGOLIO, E	264
NIEVES MARQUEZ, YJ	209	REPETTO, G	304	VAQUERA, AB	161
NIEVES MARQUEZ, YJ	323	RETAMOZO, MB	158	VICENTE, A	114
NOVAES, D	117	REY, J	15	VIDAL, N	211
NUNEZ, J	288	RINGELMANN, P	250	VIDAL, N	212
NUNIA, V	36	RIOS PARRAGA, UPP	251	VIDAL, N	213
O		RIVERA, AM	113	VIDAL, N	216
OJEDA, NK	122	ROBLES, J	101	VIDELA, CG	178
OLIVERA, VO	299	ROCCHETTI, NS	146	VILLAFANE, L	253
OLIVIERI, JG	317	RODRIGUEZ LOUZAN, J	29	VILLALBA, D	157
OMARINI, G	147	ROEL, P	309	VILLCA JAVIER, R	254
ORTEGA, F	193	ROJAS BALCÁZAR, NR	153	VILLEGAS SIERRA, J	319
ORTIZ GUTIERREZ, MA	278	ROJAS, AB	300		
		ROJAS, L	316	W	
P		ROMERO GUTIERREZ, JE	141	WERBER, G	150
PACHECO, J	98			WERBER, G	215
PAEZ, M	64	S		WISSEL, P	310
PALACIO, MC	124	SABIDO HERBAS, SA	189		
PALACIO, MC	183	SAGARDIA, J	230	Z	
PANOZZO, D	47	SALAS, MA	289	ZAMPEDRI, CA	33
PENAZZI, M	102	SALGADO, C	234	ZAMPEDRI, CA	129
PERALTA, L	110	SANCHEZ, C	121	ZAPATA HERNANDEZ, JA	260
PEREIRA, L	279	SANCHEZ, C	207	ZAPATERO, MJ	171
PEREZ SARRIGUREN, A	27	SANCHEZ, R	208	ZAVATTIERI, A	315
PEREZ SARRIGUREN, A	235	SANGER, A	80	ZULUAGA, D	227
		SHEEHAN, G	61	ZULUAGA, D	228
		SIMES, E	3		