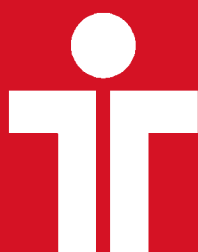


RESÚMENES 2018



REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2362-339X

29 de agosto al 1° de septiembre de 2018

Rosario, Santa Fe – Argentina

28° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

19° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

20° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

21° Congreso Argentino de Enfermería Intensiva

IV Congreso de la Federación Latinoamericana de Enfermeros
en Cuidados Intensivos

14° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

11° Jornadas del Comité de Neonatología Crítica

5° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

5° Jornada de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva

5° Jornada 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 35
Número 2
Año 2018



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 (2017-2019)

Presidente

José Luis Golubicki

Vicepresidente

Rosa Reina

Secretario

Juan Pablo Rossini

Prosecretario

Cecilia Inés Loudet

Tesorero

Claudia Elisabet Kecskes

Protesorero

Gustavo Adrián Plotnikow

Director de Publicaciones

Analia Fernández

Director de Departamento Docencia

Adelina Badolatti

Vocales Titulares

Alejandro M. Risso Vazquez

Ramón Montenegro

Jorge Eduardo Leiva

María Fernanda Farina

Tomás Federico Diez

Marcelo Fabio Morales

Jorge Marcelo Prochasko

Andrés L. N. Martinuzzi

Vocales Suplentes

Paolo Nahuel Rubatto Birri

Natalia S. Fernández

Daniela E. Olmos Kutscherauer

Eliana S. Torres Andrés

Juan Carlos Pendino

Pablo Silvio Lazarte

Viviana Soledad Nicolás

Elsa Beatriz Pérez

Revisores de Cuentas Titulares

Gustavo G. Domeniconi

María Gabriela Vidal

Walter Videtta

Revisores de Cuentas Suplentes

Alejandro J. Siaba Serrate

María Natalia Llanos

Hernán Fabio Cervantes

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

2015-2017:

Rolando Alfredo Gimbernat

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: estfernandezmartinez@gmail.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 35
Número 2
Año 2018



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

Ecografía en el Paciente Crítico

Francisco Tamagnone

Editorial

Fernando Ríos

Emergencias y Respuesta Rápida

Luis Computaro

Enfermería en Cuidados

Críticos - ECC

Mónica Dailoff

FCCS

Pascual Valdez

Gestión Control de Calidad y

Escores

Sebastián Cosenza

Infectología Crítica

Wanda Cornistein

Investigación Clínica

Eduardo San Román

Nefrología Crítica

Roberto Giannoni

Neonatología Crítica

Jorge Tavosnanska

Neumonología Crítica

Martín Lugaro

Neurointensivismo

Marcelo Costilla

Obstetricia Crítica

Miriam Moseinco

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

Claudia Meregalli

SAD

Daniela Olmos Kutscheruer

Seguimiento y Rehabilitación

Marina Busico

Shock y Sepsis

Juan Carlos Pendino

Shock Pediátrico

Gustavo González

Soporte Nutricional y Metabolismo

Sebastián Chapela

Soporte Vital Extracorpóreo

Fernando Pálizas (h)

Trasplantes

Francisco Klein

Trauma

María Gabriela Vidal

Vía Aérea

Gerardo Filippa

**28° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva**

PRESIDENTE

Rolando Gimbernat

COMITÉ DE HONOR

*Carlos Lovesio
Elisa Estenssoro
Cayetano Galletti
Néstor Raimondi
Daniel Bagilet*

COMITÉ ORGANIZADOR

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Tomás Díez

Vicepresidente

Lionel Talamonti

Secretario

Nicolás Rocchetti

Prosecretario

Javier Matkovich

Tesorero

Claudia Kecses

Coordinador Nacional

Ignacio Previgliano

Vocales

Mariela Allasia

Andrea Becherucci

Laura Bergallo

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Juan Carlos Pendino

Vicepresidente

Cecilia González

Secretario

Rafael Ávila

Prosecretario

Agnel Ramos

Coordinador Nacional

Rosa Reina

Vocal

Alberto Bustos

JURADO DE PREMIOS

Presidente

Christian Casabella

Integrantes

Daniel Masevicius

Daniela Vasquez

Vanina Kanoore Edel

**COORDINADORES REVISIÓN DE
TRABAJOS LIBRES**

Fernando Ríos

Cecilia Loudet

Cecilia Pereyra

**DIRECTORES DEL CURSO DE
ACTUALIZACIÓN**

(Refresher Course)

Guillermo Chiappero

Fernando Ríos

**COORDINADORES DEL
SATI MATCH**

Nicolás Rocchetti

Claudio Cayetano Galletti

**19° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva
Pediátrica**

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente
Karina Figuepron
Vicepresidente
Gustavo Sciola
Secretario
Jésica Sforza
Vocales
Marta Barelli
Alejandro Siaba
Gladys Palacio

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Eduardo Schnitzler
Secretario
Pilar Arias
Vocales
Silvio Torres
Ezequiel Monteverde

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

**COMITÉ LOCAL KINESIOLOGÍA
ROSARIO**

Presidente
Luciano Friscione
Vicepresidente
Rafael Giménez

Vocales

José Robles
Martín Managó
Mariana Greca
Jan Cruz Brazao
Gabriel Musso

**21° Congreso Argentino
de Enfermería
Intensiva**

COMITÉ EJECUTIVO

Coordinador Nacional
Marcelo Fabio Morales

Presidente
Luis Alberto Perreta

Vicepresidente
José Alberto Lozano

Vocales
Lucina Gianoni
Edgardo Olivos
Ana Díaz
Rodrigo Rivero
Fabiana Ciccio

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente
Cecilia Mariana Torre

Vicepresidente
Gloria Longoni

Vocales
Melquíades Ramalho (Brasil)
Natalia Caballero (Paraguay)
Alvaro Fernández (Uruguay)
Cristian Cáceres (Chile)
Felicidad Quispe (Bolivia)

**14° Jornadas Nacionales
de Bioquímicos
en Terapia Intensiva**

Presidente
Cristina Artana

Vicepresidente
Nora Cuis

Coordinador Nacional
Hernán Cervantes

Vocales

Marcela Castro
Ruth Shocron
María del Carmen Iníguez
Graciela Mittelman

**11° Jornadas
del Comité de
Neonatología Crítica**

Directores
Liliana Roldán
Claudio Solana

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinador
Jorge Tavošanská

Integrantes
Javier Meritano
Gustavo Villalba

**5° Jornada
de Farmacéuticos
en Terapia Intensiva**

Presidente
María Victoria Stoffel
Vicepresidente
Agustina Luconi

Coordinador Científico
María Betania Garagiola
Coordinador Nacional
María José Dibo

**5° Jornada
de Licenciados en
Nutrición
en Terapia Intensiva**

Presidente
Victoria Rebagliati
Vicepresidente
Julieta Locatelli

Vocales
Mirta Antonini
Melina Mentucci

**5° Jornada
de Veterinaria
en Terapia Intensiva**

Presidente
Mario Bartolomeo
Vicepresidente
Eliana Guillemi

Coordinador Científico
Pablo Donati
Coordinador Nacional
Juan Manuel Guevara

INVITADOS EXTRANJEROS

<i>Ricardo Cordioli</i>	<i>(Brasil)</i>
<i>Rachel Duarte Moritz</i>	<i>(Brasil)</i>
<i>Paul Fulbrook</i>	<i>(Australia)</i>
<i>José Garnacho Montero</i>	<i>(España)</i>
<i>Ari Leppäniemi</i>	<i>(Finlandia)</i>
<i>Daniel Lichtenstein</i>	<i>(Francia)</i>
<i>Andrew Maas</i>	<i>(Bélgica)</i>
<i>Flavia Machado</i>	<i>(Brasil)</i>
<i>William Manzanares</i>	<i>(Uruguay)</i>
<i>Tommaso Mauri</i>	<i>(Italia)</i>
<i>Sangeeta Mehta</i>	<i>(Canadá)</i>
<i>Dale M. Needham</i>	<i>(Estados Unidos)</i>
<i>Kissoon Nitranjan</i>	<i>(Canadá)</i>
<i>Javier Pérez Fernández</i>	<i>(Estados Unidos)</i>
<i>Michael Pinsky</i>	<i>(Estados Unidos)</i>
<i>Avraham Rivkind</i>	<i>(Israel)</i>
<i>Alejandro Rodríguez</i>	<i>(España)</i>
<i>Nino Stocchetti</i>	<i>(Italia)</i>
<i>Thomas Strøm</i>	<i>(Dinamarca)</i>
<i>Josefina Tarigo</i>	<i>(Uruguay)</i>
<i>Robert Tasker</i>	<i>(Estados Unidos)</i>
<i>Takeshi Yoshida</i>	<i>(Japón)</i>
<i>Susan Yeager</i>	<i>(Estados Unidos)</i>
<i>Eric Hoste</i>	<i>(Bélgica)</i>
<i>Jerry J. Zimmerman</i>	<i>(Estados Unidos)</i>

30/08/2018 - 10:45 a 12:15

TRABAJOS ORALES 07

Patologías Digestivas y Nutrición

CONTEMPO 1

- 0017 INCIDENCIA SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN**
A MARTINUZZI, P ROEL, M TONNELIER, M CORNU, M SEPULVEDA, S JARA
- 0018 PLASMAFÉRESIS TERAPÉUTICA EN PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDEMICA**
A MARTINUZZI, P ROEL, M TONNELIER
- 0200 INDICE UREA CREATININA EN ORINA AISLADA COMO ESTIMADOR DEL HIPERCATABOLISMO PROTEICO EN PACIENTES VENTILADOS**
M RÉ, M DINO, R NICOLAS, B DANIEL, S CLAUDIO, B MARTIN, Q MARTA
- 0214 FALLA HEPÁTICA AGUDA: ANÁLISIS DE 11 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO**
N ZANCOCCIA, C GUERRINI, W ARAUJO, MG GUTIÉRREZ, A COSTAGUTA
- 0216 EVALUACIÓN DE PARÁMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES INGRESADOS A CDVMR**
D NOVAL, D VILLALBA, R RODRIGUES LA MOGLIE, M GONTERO, R JOFRE, V LEIVA, M SCRIGNA, J COLLINS, AP ROCCO, A MATEA, L ÁREAS, N GOLDFARINI, G GIL ROSSETTI, P PINI, M HANNUN, S BONI, S GRIMALDI, P PEDACE, P TOCALINI, J CURIA, E PEREZ CALVO, P DIAZ BALLVE, M ANDREU, P BUÑIRIGO, F PLANELLS
- 0255 MAXIMUM ACUTE GASTROINTESTINAL INJURY SCORE E INGRESO CALÓRICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON REQUERIMIENTO DE VASOPRESORES: ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)**
CI LOUDET, M PERMAN, MC MARCHENA, L TUMINO, R GIMBERNAT, ML CABANA, G CAPURRO, P ASTEGIANO, M VELÁZQUEZ, M CASANOVA, MC ROTH, G RODA, P OKURSATI, Y BALMACEDA, J RODRÍGUEZ BUGUEIRO, R REINA, E ESTENSSORO
- 0323 UTILIZACION SIMULTÁNEA DE DOS SCORES PARA CATEGORIZAR EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN CLÍNICA**
A BOCASSI, ML LUQUE, N CUADRA VON HARTMANN, A PEREZ, M CAMBARERI, C DOMINGUEZ, V CHEDIACK, N GOMEZ, E CUNTO
- 0330 FALLA GASTROINTESTINAL COMO PREDICTOR DEL DESARROLLO DE INFECCIONES EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA**
C MISTO, A RAMOS, A DOGLIOTTI, A UGOLINI, ME PEREZLINDO, JF GERBER, G RIFRANI, J CRISCI GONZALEZ, C FERRAND, C LOVESIO
- 0368 REGISTRO DE SOPORTE NUTRICIONAL EN TRAUMA (RESOLU-TRAUMA)**
F LIPOVESTKY, M GARCIA AURELIO, J MARIN, C SOLANO, E GUANTAY, C CASABELLA, B LATTANZIO, M CASANOVA, F PALIZAS (H), F PALIZAS
- 0378 PANCREATITIS AGUDA EN CUIDADOS CRÍTICOS, ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO**
L FERNANDO, A RAMOS, F BERTOLETTI, R FERNANDEZ, G DOMENICONI, L CANOVAS, ML CABAÑAS, R BUFFA, G CUETO, E OSMAN, C DELERA, S VELEZ, E VILLARREAL, P PRATESI, J BERRETA, L DIETZ, G SIBILIA, J SANCHEZ, S ARCIERI, E TORRES, A CARRERA

30/08/2018 - 10:45 a 12:15

TRABAJOS ORALES 02

Respiratorio / Kinesiología 1

CONTEMPO 2

- 0077 PRECISIÓN DE LA ESTIMACIÓN DE TALLA UTILIZANDO FÓRMULAS ANTROPOMÉTRICAS EN LATINOAMERICA**
JA RIOS VERTEL, F RIOS, MI MAURI, E ROTELLA, A OLMOS, ED PEZZOLA, LB PERALTA, D PIEZNY
- 0094 EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN: UNA NECESIDAD CRECIENTE EN TERAPIA INTENSIVA**
G CHIAPPERO, A FALDUTI, ME CATINI, N RAIMONDI
- 0234 IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS RESPIRATORIOS Y OPTIMIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN POTENCIALES DONANTES DE PULMÓN**
M BEZZI, S BORELLO, C BROVIA, JM CARBALLO, M ELIAS, A MORENO, V RUIZ, F CORDIVIOLA, D BARBIERI, A FARIÑA, L CAMPUTARO
- 0239 COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES POST TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**
P REYES, A LUGRIN, S TORRES, MH FERNÁNDEZ DARRITCHON, MA MAYANS, P LONGO, T IOLSTER
- 0317 WEANING DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA**
MV ATENCIO VARGA, LAVANZATO, MV PERAZZO, JL TAMAYO, R DIAZ GRANADO, SA ALBACETE, D OVALLE, M OLMOS, D VARELA, G TUHAY, L AGUIRRE, F KLEIN
- 0343 NIVELES DE CO2 ESPIRADO, ADAPTACIÓN Y RENDIMIENTO EN MONTAÑISMO DE ALTURA**
L SEOANE, M RODRIGUEZ, ML POSADAS-MARTÍNEZ
- 0379 GASTO CALÓRICO (EE) EN PACIENTES CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA) ESTIMADO POR CAPNOGRAFIA, MEDIANTE VCO2, ESTUDIO PILOTO**
F RIOS, A RISSO VAZQUEZ, E PRENAFETA, H BONGIOANNI, G DIAZ, M LUGARO, H CICHERO, N DIEZ, A TORN
- 0383 ASINCRONÍAS EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA DEL SDRA: EFECTO SOBRE EL TIEMPO DE VENTILACIÓN Y EL PRONÓSTICO**
P RODRIGUEZ, M SETTEN, E GOGNIAT, N TIRIBELLI, S FREDES, G PLOTNIKOW, I FERNANDEZ, R PRATTO, S ILUTOVICH, M MADORNO, A RAIMONDI, I BONELLI, P MASKIN
- 0419 RANGO DE REFERENCIA PARA TITULAR EL ESFUERZO INSPIRATORIO DURANTE LA VENTILACIÓN ASISTIDA – UN PEQUEÑO PASO EN LA BÚSQUEDA DE LA PIEDRA FILOSOFAL**
I TELIAS, D JUNHASAVASDIKUL, S MICHAEL, G DOMENICO, M MADORNO, M DRES, F DAMIANI, T PIRAINO, T PHAM, L MELO, R MELLADO ARTIGAS, C MAZER, EC GOLIGHER, L BROCHARD

30/08/2018 - 10:45 a 12:15

TRABAJOS ORALES 03

Nefrología / Medio Interno / Gestión

LIBERTAD 1

- 0057 TRASPASO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ADHERENCIA AL MÉTODO SBAR**
MA SALAS, M AMAYA, A PARISOTTO, D MORAES MORELLI
- 0058 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: LA TECNOLOGÍA COMO ALIADA A LA GESTIÓN DEL CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO**
M AMAYA, MA SALAS, A PARISOTTO, D MORAES MORELLI
- 0129 HIPERFILTRACIÓN RENAL COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE UN CENTRO.**
JF GERBER, A RAMOS, A DOGLIOTTI, ME PERELINDO, D LATASA, F ACHARTA, C LOVESIO

- 0138 RELACIÓN ENTRE LA DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE PRESSION PARCIAL DE DIOXIDO DE CARBONO Y LA DIFERENCIA ARTERIO-VENOSA DE OXIGENO CON EL LACTATO ARTERIAL, EN UNA POBLACION MIXTA DE PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA**
V TORRES, JC PENDINO, L HESS, LR BETTINI, LP CARDONNET
- 0219 MORTALIDAD DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON REQUERIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN UTI**
N FRETES, JP SUAREZ, E ZAMBRANO LEON, V GARCIA FERNANDEZ, M KHOURY, E DORADO
- 0230 HIPERFILTRACION RENAL EN UTI**
PS MARINO, DR ARIAS, MC BIANCHI, C DAMIAN AMIN, AM D'ONOFRIO, A PALAORO, A RUSCELLI, VE VARELA, M STRADINI, J AGUILA, MG POCE, M ORSATTI
- 0288 PLASMAFÉRESIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
I CÉSPEDES POQUECHOQUE, F LOIACONO, V RODRIGUEZ, G MIGUEZ, C NONAKA, D PEZZOLA, L AGUILAR, J SAGARDÍA
- 0304 HIPERGLUCEMIA E HIPOGLUCEMIA SINTOMÁTICA EN PACIENTES ANCIANOS DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS EN UCI CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON Y SIN CRITERIOS STOPP START DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA Y APROPIADA OMITIDA**
A FAJRELDINES, P PRATESI, S COSENZA, T SILVIO, V MARIANA, D LAURA, P MARCELO, S EDUARDO
- 0308 NIVEL DE ADHERENCIA DE ENFERMERÍA AL USO DE BARCODE**
K ACOSTA, N BERTOIA, J HAIDAR, V LÓPEZ LÓPEZ, L LÓPEZ, C GÁLVAN, A RAMOS, H FIGUEROA, L GÓMEZ, D FLORES, HD BURGOS, A DÍAZ, M MASTANTUONO, C KECSKES
- 0310 ADHERENCIA DE ENFERMERÍA A REALIZAR EL SCREENING NUTRICIONAL A LOS PACIENTES QUE INGRESAN A UCI**
AV RAMOS, H FIGUEROA, L GOMEZ, K ACOSTA, N BERTOIA, H JIMENA, V LOPEZ LOPEZ, L LOPEZ, C GALVAN, D FLORES, A DIAZ, C KECSKES
- 0398 INSUFICIENCIA RENAL DIALÍTICA EN TERAPIA INTENSIVA, EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO**
G GENOVESE, M SALINAS, Y GONZALEZ, R SANCHEZ, D TEDESCO, I CHOQUE, V AMAYA AKKAU, F MARTINEZ SRNEC, G RAMOS
- 0399 IMPACTO DE LA SOBRECARGA DE FLUIDOS CON EL DESARROLLO IRA PRECOZ**
R GIANNONI, EJA ABELLEIRA, J ARAYA, NE SANCHEZ, FF GIANNONI, ME MENDOZA, JE BARTOLOME, PN RUBATTO, FD MASEVICIUS
- 0333 NITROPRUSIATO DE NA COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS**
J TAMAYO, V ATENCIO, L AVANZATO, V PERAZZO, R DIAZ GRANADOS, D OVALLE, S ALBACETE, M OLMOS, L AGUIRRE, G TUHAY, D VARELA, F KLEIN
- 0370 ESTUDIO DE CALIDAD ANTES-DESPUÉS: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UNA UCI MEDICO-QUIRURGICA**
MC MARCHENA, M GARCÍA SARUBBIO, F CAMINOS, MJ MESCHINI, S BOTTAIA, S FERNÁNDEZ, A PASARELLI, A PORCEL, N ZULJEVIC, S NIETO, AL GONZÁLEZ, C LOUDET, V PAZOS, R REINA, E ESTENSSORO
- 0386 CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DELIRIO: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA**
S FERNÁNDEZ, S BOTTAIA, S ROJAS, I HERRERA, G BUSTAMANTE, D CORIA, M AQUINO, S GUERRERO, S RÍOS, M RUIZ, J CONDE, A PASARELLI, MC MARCHENA, MG SÁENZ, CI LOUDET, R REINA
- 0390 PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN EL MANEJO ADECUADO DE LA SEDACIÓN Y ANALGESIA EN LA UCI**
G VECCHIO, S GIANNASI, F CARINI
- 0401 ANÁLISIS DE COSTOS Y RESULTADOS LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA EN PACIENTES EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA**
N PIRES

31/08/2018 - 11:30 a 13:00

TRABAJOS ORALES 05**Trauma y Emergencias / Obstetricia**

CONTEMPO 1

30/08/2018 - 10:45 a 12:00

TRABAJOS ORALES 04**Sedación**

SALA 12

- 0007 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SEDO ANALGESIA EN PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE (VM) CON ALTA Y BAJA PEEP**
M DEHEZA, M ESCORCIA, A PEREZ, AM MEZA
- 0080 IMPACTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA**
V BLOTTO, KD FERRARI, ML CELADILLA, V HUARAYO
- 0196 IMPLEMENTACIÓN DEL PAQUETE DE MEDIDAS ABCDEF EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BS. AS.**
IA HUESPE, F CARINI, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0209 ABORDAJE MUSICOTERAPEUTICO PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
A BRUVERA, J RAMIREZ, K FERRARI, L CARBALLIDO
- 0254 DOTACIÓN DE ENFERMERAS Y CARGA DE TRABAJO EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PERUANAS**
PS OBANDO CASTRO, JC RODRIGUEZ PAREDES, MC SAAL RUEDA, KF AYBAR YARANGA, LM LOZANO PRADO
- 0070 ACRETISMO PLACENTARIO EN LA TERAPIA INTENSIVA**
AM FERNANDEZ, G HUANCA, F RÍOS, M COHEN, F FRANZE, R CASALE, E PEZZOLA
- 0186 ANALISIS DEL PROTOCOLO DE ATENCION DE PACIENTES CON SANGRADO ACTIVO Y ALTO RIESGO DE COAGULOPATÍA INDUCIDA POR TRAUMA (SATIC)**
L LACOMBE, P PAHNKE, C ARANCIBIA, CA CURA, C LA GIGLIA
- 0247 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL SHOCK ROOM DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DURANTE EL AÑO 2017**
BN REY, PB PAHNKE, E PIVA, LA CRIADO
- 0248 ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS ADMITIDAS EN UCI**
G MEDINA, L BUIRA, R PINTO, M COLAVITA, J RÍOS, E OLARTE, D GONZALEZ, M CURONE
- 0272 LESIONES NO INTENCIONALES: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**
S LUGO, JL CHONILLO, M MONTELLANOS, M ALFANO, M PEREZ
- 0345 COMPLICACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**
P RAFFA, E MARTINEZ, LE PEREIRA, V STURZENEGGER, C PEREYRA, D MASEVICIUS
- 0360 USO DEL DOPPLER Y LA ECOGRAFÍA CONVENCIONAL PARA LA EVALUACION HEMODINAMICA DE PACIENTES CRÍTICOS EN SERVICIO DE EMERGENCIA**
A MARTINELLI, L SEOANE, M DIANA MENENDEZ, M RODRIGUEZ
- 0367 EPIDEMIOLOGIA Y MORTALIDAD DEL TRAUMA VIAL EN HOSPITAL INTERZONAL GRAL SAN MARTIN LA PLATA COMPARACIÓN DE SOBREVIVIENTES VS. NO SOBREVIVIENTES**
MG VIDAL, C BALASINI, P CANAVESSI, L TUMINO, A TORO, H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO, J NEIRA, L BOSQUE, E MONTEVERDE, F GONZALEZ, J RUIZ WEISSER
- 0369 EPIDEMIOLOGÍA Y DETERMINANTES DEL TRAUMA SEGÚN GRUPO ETARIO EN HOSPITAL INTERZONAL GRAL SAN MARTIN LA PLATA**
P CANAVESSI, MG VIDAL, C BALASINI, L TUMINO, A TORO, H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO, J NEIRA, L BOSQUE, E MONTEVERDE, J RUIZ WEISSER, M JAUREGUIBERRY

- 0382 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN TRAUMA**
C BALASINI, MG VIDAL, P CANAVESSI, L TUMINO, A TORO, H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO, J NEIRA, L BOSQUE, E MONTEVERDE, F GONZALEZ, J RUIZ WEISSER

31/08/2018 - 11:30 a 13:00

TRABAJOS ORALES 06

Neumonología y Kinesiología 2

CONTEMPO 2

- 0015 EXTUBACION A PRESION POSITIVA: ¿ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO? ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO DE NO INFERIORIDAD**
MF ANDREU, P AGUIRRE, MN BERTOZZI, MG BEZZI, S BORELLO, GP CARDOSO, DR CASTRO, MF DE BENEDETTO, J DELLI CARPINI, PC DIB, VL DI GIORGIO, ME DOTTA, AM GALLOLI, SL GARCÍA SCHUSTEREDER, G MONTERO, FJ VILLALBA, JM CARBALLO, MP PEDACE, MC MARTÍN, C BROVIA, MC PITA
- 0229 EFECTO DE LA RECLUTABILIDAD SOBRE LA DIFERENCIA DE PRESIÓN EN LA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON SDRA MODERADO Y SEVERO**
N TIRIBELLI, S FREDÉS, M LOMPIZANO, D ROSSI, D CANTO, E ARISTA, P ESCALANTE, C CANESSA, R ALVARADO, S WELSH, N POZO, D VARELA, D QUARANTA, A FELDMAN, M GUAYMAS
- 0231 VALORACIÓN DEL DELTA DE PRESIÓN EN PACIENTES CON SDRA MODERADO Y SEVERO: EFECTO DE LA UTILIZACIÓN DE LAS MANIOBRAS DE OCLUSIÓN.**
S FREDÉS, N TIRIBELLI, L MATIAS, C DIEGO, N FALCÓN PEREZ, L GRIECO, N GUMIELA, P ALDO, C PINO, N POZO, P REVEL CHION, G SIBILA, A FELDMAN, D QUARANTA, M GUAYMAS
- 0237 EFECTO DE LA PEEP SOBRE EL COMPONENTE RESISTIVO INSPIRATORIO EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO VENTILADOS A BAJO VOLUMEN CORRIENTE**
E STEINBERG, G AVACA, M BERTÉ, G GARCÍA, L GIMÉNEZ, P GIMÉNEZ, A GOLDBERG, K MIRALLES, D NOVAL, G NAHMÍAS, M OJEDA, A SANTAMARÍA, N SEGURA, N TIRIBELLI, S FREDÉS, S ILUTOVICH
- 0249 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO**
A FERRARIO, RL AMOZA, L ÁREAS, G BATAGLIA, A BORNANCIN, A BRUSCO, C CAGNOLA, A CURA, J CROMBERG, C GARCÍA REID, L GAREGNANI, G MUHAFARA, N NOVO, L PRIETO, E SABADINI, P SAVIO, B SIMIONI, P TOCALINI, W TOZZI, G VERDE, A VETTESE, A VICENTE, M VILLARRUEL, S VIRGILIO, F ESPERÓN
- 0262 INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA**
ML GIMENEZ, G AVACA, M BERTE, G GARCIA, P GIMENEZ, A GOLDBERG, K MIRALLES, D NOVAL, G NAHMÍAS, M OJEDA, N POZO, A SANTAMARIA, N SEGURA, E STEINBERG, S FREDÉS, S ILUTOVICH
- 0286 TRAQUEOSTOMIA PERCUTÁNEA CON GUÍA VIDEO-BRONCOSCÓPICA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES**
I FERNÁNDEZ CEBALLOS, A RIVERA, M LAS HERAS, M TISMINETSKY, A DIETRICH, D SMITH, G SVETLIZA, MS VENUTI, SE GIANNASI, E SAN ROMÁN

- 0290 IMPLEMENTACIÓN DE UN ÁREA PREFERENCIAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS DE ALTA COMPLEJIDAD**
WM OLGUÍN ÁVILA, G GUANCA, E MORENO, R RAMIREZ, N DIEZ, J SAGARDÍA, F VILLAREJO, ED PEZZOLA
- 0385 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA: UNA VISIÓN ENDOSCÓPICA. REPORTE DE COMPLICACIONES TEMPRANAS DE LA VÍA AÉREA**
D VIOLI, C PEREYRA, P SCHOON, L BENITO MORI, C POZO
- 0402 PROGRAMACIÓN DEL VT EN CANINOS: SE PUEDEN EXTRA-POLAR DATOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN HUMANOS?**
P DONATI, G PLOTNIKOW, G BENAVIDEZ

31/08/2018 - 11:30 a 13:00

TRABAJOS ORALES 01

Pediatría

LIBERTAD 2

- 0095 EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD MALIGNA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ARGENTINA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL**
MDP ARIAS LÓPEZ, M DE BARELLI, A FERNANDEZ, C MEREGALLI, M MOSCIARO, ME RATTO, R POTERALA, A SIABA SERRATE, G SATI-Q PEDIATRICO
- 0096 VALIDACIÓN DEL PUNTAJE ÍNDICE PEDIÁTRICO DE MORTALIDAD PIM3 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ARGENTINA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, PROSPECTIVO NACIONAL**
MDP ARIAS LOPEZ, N BOADA, A FERNANDEZ, A FERNANDEZ, ME RATTO, A SIABA SERRATE, E SCHNITZLER, G VALIDACIÓN PIM3 ARGENTINA
- 0110 CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS DE ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**
P TAFFAREL, G BONETTO, F JORRO BARÓN, C GAVIÑA, M PAS-CUTTO, M PENAZZI, M GAMERMAN, J EXPOSITO, C MEREGALLI, L LANDRY, A ZIFFERMAN, C CAMBACERE, E MARI, M OLENDER
- 0204 USO DE VASOPRESINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP)**
PC ARANCIBIA, D FLORES, G MÉNDEZ, J FARFÁN
- 0212 CARACTERÍSTICAS DEL PUNTAJE TISS-28 EN PACIENTES ADOLESCENTES INGRESADOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS O PEDIATRICA POLIVALENTE DE UNA MISMA INSTITUCION**
E BARRETO, Y YOLY, R NATALIA, S MABEL, P PAZOS
- 0251 EPIDEMIOLOGIA DE LAS TRANSFUSIONES DE GLOBULOS ROJOS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS**
G GONZALEZ, MDP ARIAS LOPEZ, A CAIRNIE, I KO, P NEIRA
- 0258 INCIDENCIA DE ARRITMIAS EN EL POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA. ESTUDIO DE COHORTE**
AI LUGRIN BELLOMO, P REYES, MH FERNANDEZ, R FRAIRE, E MARTINEZ DEL VALLE, M LOPEZ DANERI, B CHIOSTRI, C KREUTZER, A SIABA SERRATE, T IOLSTER, S TORRES
- 0312 EVENTOS ADVERSOS A MEDICACIÓN Y ERROR DE PRESCRIPCIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CRÍTICA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DE UN FARMACÉUTICO CLÍNICO EN LA SALA**
A PAULUZZI, A FAJRELDINES, S TORRES, M VALERIO, L DAVIDE, E SCHNITZLER

- 0357 DETECCIÓN DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE ARGENTINA**
AM NIEVA, R POTERALA, E MONTEVERDE, MJ BRUERA, AC BLANCO, C MEREGALLI, V APREA, KA CINQUEGRANI, MF PODESTA, M ALLASSIA, J SFORZA, H AMARO, H. BELTRAN, V POLOP, M MEZZENZANI, M REYERO, A FRANCA, S SANTACRUZ, N OLIVELLO
- 0391 VALIDACION DE LA ESCALA DE RASS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**
M VELAZQUEZ, M DEBARELLI

31/08/2018 - 11:30 a 12:45

TRABAJOS ORALES 08**Infectología 1**

LIBERTAD 3

- 0075 UTILIDAD DEL ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS Y LA EOSINOPENIA PARA EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA SEPSIS**
NS ARBELAIS, M ALBORNOZ, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0083 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL**
JE FARINA, C BALASINI, A CREMONA, C VIVIANA, E CUNTO, P SAUL, C PEREYRA, M BLANCO, M LARES, AL GONZALEZ, P JUAREZ, A LUCIANI, E SERRA, J VIDELA, S ARESO, DC ANALIA, E SOFIA, L MONTERRAT, S ANA VICTORIA, D CECILIA, C WANDA
- 0085 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL**
JE FARINA, C BALASINI, A CREMONA, V CHEDIACK, E CUNTO, P SAUL, C PEREYRA, M BLANCO, M LARES, AL GONZALEZ, P JUAREZ, A LUCIANI, E SERRA, J VIDELA, S ARESO, A DE CRISTOFANO, S ESPOSTO, M LLORIA, AV SANCHEZ, C DOMINGUEZ, W CORNISTEIN
- 0087 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS PEDIÁTRICAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL**
JE FARINA, S ARESO, A DE CRISTOFANO, S ESPOSTO, C BALASINI, A CREMONA, V CHEDIACK, E CUNTO, P SAUL, C PEREYRA, M BLANCO, M LARES, AL GONZALEZ, P JUAREZ, A LUCIANI, E SERRA, J VIDELA, M LLORIA, AV SANCHEZ, C DOMINGUEZ, W CORNISTEIN
- 0111 NEUMONÍA GRAVE; NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE FORMOSA - ARGENTINA**
MO FERNANDEZ, MF ROMANO, RR ACOSTA
- 0120 CRIPTOCOCOSIS MENINGEA. EXPERIENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO**
R GREGORI SABELLI, P SAUL, C DOMINGUEZ, N CHACON, Y LAMBERTO, MDLM NANO, JC CHOMYN, E CORTEZ, JM FERNANDEZ, F MESINA, A BOCCASSI, G MAMMOLITI, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0121 PRONOSTICO DE PACIENTES VIH/SIDA INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: UTILIDAD DE UN SCORE**
R GREGORI, P SAUL, C DOMINGUEZ, JM FERNANDEZ, N CHACON, E CORTEZ, MDLM NANO, S CACERES, P VELASQUEZ LOPEZ, G MEDINA, L GONZALEZ, F GIL ZBINDEN, JC CHOMYN, M RODRIGUEZ LLANOS, O VILLAR, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0211 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL**
JE FARINA, C BALASINI, A CREMONA, V CHEDIACK, E CUNTO, P SAUL, C PEREYRA, M BLANCO, M LARES, AL GONZALEZ, P JUAREZ, A LUCIANI, E SERRA, J VIDELA, S ARESO, A DE CRISTOFANO, S ESPOSTO, AV SANCHEZ, C DOMINGUEZ, M LLORIA, W CORNISTEIN

01/09/2018 - 09:45 a 11:15

TRABAJOS ORALES 09**Seguimiento y Bioética**

CONTEMPO 1

- 0003 ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y MORTALIDAD DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DE ALTA DE TERAPIA INTENSIVA**
A VAZQUEZ ORTPOEZA, B GARCIA, P ARANGO, HM PAZ, M DEHEZA
- 0004 REHABILITACION CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ¿EL ESLABON PERDIDO DE LA CARDIOLOGIA?**
GA MITILLI, G RAMALLO, N BUDASSI, F RITTER, M CHIUZZI
- 0053 ACCESO VENOSOS PERIFÉRICOS GUIADOS POR ECOGRAFÍA: USO DE LA TECNOLOGÍA EN INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**
V CRUZ, M OSORIO, J CAMPOS, D MORELLI
- 0141 ENVEJECIMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA**
M ACQUAFREDDA, F SIERRA, P DOMENICHINI, A QUISPE LAIME
- 0180 LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA: IDENTIFICACIÓN DE CRITERIOS**
L TUMINO, C BALASINI, S CARINO, A TORO, MG VIDAL, L RODRIGUEZ, JJ CONDE, M PADILLA, P LORAN, B FRANCO, R REINA, E ESTENSORO
- 0181 LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA: ¿NO INICIAMOS O PROGRESAMOS, O RETIRAMOS EL SOPORTE VITAL?**
L TUMINO, C BALASINI, A PASARELLI, S BARRIOS, A PAGLIA, N QUETGLAS, G ZUNA, L RODRIGUEZ, MC MARCHENA, R REINA, E ESTENSORO
- 0182 DIFERENCIAS EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO ENTRE LOS SUBSECTORES DE SALUD PÚBLICO Y PRIVADO**
L TUMINO, C LOUDET, M JAUREGUIBERRY, L CABILLON, L RODRIGUEZ, D JUAREZ, AL GONZALEZ, G SAENZ, H CANALES, R REINA, E ESTENSORO
- 0257 CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS CRÍTICOS ASOCIADAS A DILEMAS ÉTICOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO**
M PEDACE, A ROFFO, M SEBASTIANI, M RISK, AM BEJARANO, D BEJARANO, G GRIEVE, A DÍAZ, D FLORES, JL DO PICO, R QUISPE, JE SAN ROMÁN
- 0332 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE CAPACITACIÓN CONTINUA EN SERVICIOS DE ÁREA CRÍTICA: APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SIMULACIÓN CLÍNICA.**
SS SANDES, CW BLANCO, LA DAHMER
- 0342 SÍNDROME POST TERAPIA INTENSIVA Y CALIDAD DE VIDA 3 AÑOS LUEGO DE UCI. ESTUDIO CAVIUCI**
A DAS NEVES, CI LOUDET, M BUSICO, DN VASQUEZ, D VILLALBA, G PLOTNIKOW, A LISCHINSKY, F CARINI, M VERONESI, FJ LOPEZ, M EMMERICH, A DIAZ, E DESCOTTE, S GIANNASU, J ALVAREZ, M GRANDO, R HERNANDEZ, A TAPIA, L KRZISNIK, M CAMARGO, C CECCOTTI, D VILLANI ULLUA, R FERNÁNDEZ, L CORZO, R LOPEZ, H PLACIDO DOS SANTOS, S JUAN PABLO, G BENAVENT, A RAMOS, D JUAN, E ESTENSORO

01/09/2018 - 09:45 a 11:15

TRABAJOS ORALES 10**Neumonología y Kinesiología 3**

CONTEMPO 2

- 0078 RESULTADO DE LA KINESIOLOGÍA CRÍTICA EN PACIENTES VENTILADOS**
RA GIMENEZ, NS ROCCHETTI, D MORETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0113 ECMO MOVIL PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS**
M LAS HERAS, M TISMINETZKY, A MONTERRAT RIVERO, I FERNANDEZ CEBALLOS, S VILLARROEL MENDOZA, J CHAS, V KOTOWICZ, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0126 EXTUBACIONES ENDOTRAQUEALES NO PROGRAMADAS EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS**
JA BOGGIANO, E CASSAL, P BACHETTI, M TAVELLA, C IRRAZABAL

- 0158 EFECTOS DEL POSICIONAMIENTO EN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO.**
AC PAPAIZIAN, NG ESCALIER, MV SAÍNO, KB TORRES, MB SPATH, J LEBUS, L TRUNZO, R BORRACCI
- 0160 TRASTORNOS DEGLUTORIOS Y LESIONES LARÍNGEAS POST-EXTUBACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA POR FIBROENDOSCOPIA**
M LUGARO, S JIMENEZ, V LAURIA, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0178 ROL DE LA COMPLACENCIA PULMONAR EN EL DESARROLLO DE VILI**
N PISTILLO, O FARIÑA
- 0187 EXPERIENCIA DE 7 AÑOS DE MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**
M LAS HERAS, M TISMINETZKY, I FERNANDEZ CEBALLOS, A MONTERRAT RIVERO, S VILLARROEL MENDOZA, J CHAS, V KOTOWICZ, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0207 ASINCRONÍAS EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA DEL SDRA: FRECUENCIA Y FACTORES PREDICTIVOS**
P RODRIGUEZ, M SETTEN, E GOGNIAT, N TIRIBELLI, S FREDES, G PLOTNIKOW, R PRATTO, I FERNANDEZ, S ILUTOVICH, M MADORNO, A RAIMONDI, P MASKIN, I BONELLI
- 0210 BIOPSIA PULMONAR VIDEOTORACOSCÓPICA EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO**
A RAMOS, D LATASA, A DOGLIOTTI, V RONCORONI, C CAPITAIN FUNES, J ROBLES, ME PEREZLINDO, C LOVESIO
- 0217 RELACIÓN DE VARIABLES NUTRICIONALES Y EL WEANING Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS A CDVMR**
D NOVAL, D VILLALBA, R RODRIGUES LA MAGLIE, M GONTERO, R JOFRE, V LEIVA, M SCRIGNA, J COLLINS, AP ROCCO, A MATEA, L ÁREAS, N GOLFARINI, G GIL ROSSETTI, P PINI, M HANNUN, S BONI, S GRIMALDI, P PEDACE, P TOCALINI, J CURIA, E PEREZ CALVO, P DIAZ BALLVE, M ANDREU, P BUÑIRIGO, F PLANELLS
- 0417 DESARROLLO DE UN MODELO MATEMÁTICO QUE DESCRIBE EL CAPNOGRAMA VOLUMÉTRICO**
D RACCA, M DURCEY, M MADORNO
- 0428 DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN PRELIMINAR DE UN ALGORITMO PARA DETECTAR REVERSE-TRIGGERING USANDO PRESIÓN ESOFÁGICA**
M MADORNO, I TELIAS, T PHAM, P RODRIGUEZ, L BROCHARD

01/09/2018 - 09:45 a 11:15

TRABAJOS ORALES 11**Infectología 2**

LIBERTAD 2

- 0061 VALOR PRONÓSTICO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN LA NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD SEVERA**
M ALBORNOZ, NS ARBELAIS, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0112 NIVELES DE VANCOCINEMIA EN NIÑOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS**
G SHEEHAN, M MEZZENZANI, MG SHEEHAN, C MEDICI, E MONTEVERDE, P NEIRA
- 0242 NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD. EXPERIENCIA EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE EL PERIODO 2014-2017**
R GREGORI SABELLI, S CACERES, C DOMINGUEZ, G MAMMOLITI, Y LAMBERTO, G MEDINA, P MARTIN, P SAUL, P VELASQUEZ LOPEZ, N CHACON, O VILLAR, E CUNTO, V CHEDIACK
- 0287 SHOCK SEPTICO EN UCI: ORIGEN, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN**
J HERRERA, A GIRA, B LOOR, J ALVAREZ, W CORNISTEIN, P PRAETESI, S COSENZA, C DIAZ, J MARQUEZ, T CAZAUX, J SEGURA, C NAVEDA
- 0325 INDICES PLAQUETARIOS: ESTUDIO PRELIMINAR EN PACIENTES CON SEPSIS**
A BOCASSI, ML LUQUE, N CUADRA VON HARTMANN, N GOMEZ, C DOMINGUEZ, V CHEDIACK, E CUNTO

- 0376 COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON MENINGITIS POSTQUIRÚRGICA CON Y SIN AISLAMIENTO BACTERIANO EN EL LCR**
AL OLMOS, MF BENEDETTI, M CABRERA, FG RIOS, N DIEZ, J SARGARDIA, ED PEZZOLA, L AGUILAR
- 0381 DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES CAUSADAS POR BACILOS GRAN NEGATIVOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
M PADILLA, M JAUREGUIBERRY, N QUETGLAS, B FRANCO, D JUÁREZ, G ZUNA, P AGUSTINA, P AGUSTINA, J CONDE, P LORÁN, S BARRIOS, M LARES, AL GONZÁLEZ, MC MARCHENA, CI LOUDET, R REINA
- 0395 TUBO DE ASPIRACION SUBGLOTICA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS NAV EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS**
C OTTAVIANI
- 0407 BACTERIEMIAS POR KLEBSIELLA EN UTI. COMPARACIÓN ENTRE CEPAS PRODUCTORAS Y NO PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS**
R DIAZ GRANADOS MENDOZA, L AGUIRRE, D VARELA, G TUHAY, F KLEIN

01/09/2018 - 10:00 a 11:15

TRABAJOS ORALES 12**Neurología**

LIBERTAD 3

- 0104 ANALISIS DE DISNATREMIAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)**
JM DAZA, L BENITO MORI, C PEREYRA, P SCHOON, E LUCHESSI
- 0123 DISECCIONES DE ARTERIAS CEREBRALES: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN UN CENTRO INTEGRAL DE NEUROLOGÍA VASCULAR**
DE DOSSI, F RODRÍGUEZ LUCCI, VA PUJOL LEREIS, G PAVEDANO, SF AMERISO
- 0130 COCIENTE NEUTRÓFILO/LINFOCITO COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN EL HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO ESPONTÁNEO**
M PERELINDO, JF GERBER, A RAMOS, A DOGLIOTTI, F ACHARTA, C OITANA, C LOVESIO
- 0236 POTENCIALIDAD Y PROYECTO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN HOSPITAL EL CRUCE**
L RODRIGUEZ, LM RODRIGUEZ, LI TUMINO, O FARIÑA, G SILVA MORA, NS MAROGNA, J ARANZABAL, L ATXUTXA BIZKARGUE-NAGA
- 0250 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO ENCÉFALOCRANEANO GRAVE. ANÁLISIS RETROSPECTIVO**
D TURINA, A GATTARI, A FRANCAVILLA, A SIMONS, E MONTEVERDE, P NEIRA
- 0253 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL TRAUMA GRAVE DE CRÁNEO EN PEDIATRÍA**
P CAPOPAL, P CASTELLANI, A BORDOGNA, D BERGNA, M MENDOZA, G APARICIO, M RABINO, N TELLO BROGIOLO
- 0361 MONITOREO DE PIC EN PACIENTES CON TEC GRAVE. UN ESTUDIO CON AJUSTE POR SCORE DE PROPENSIÓN**
E MONTEVERDE, L BOSQUE, B LARTIGUE, E GINZBURG, A RAVECCA, J NEIRA
- 0366 TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE: ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL HOSPITAL INTERZONAL GRAL. SAN MARTÍN LA PLATA**
L TUMINO, MG VIDAL, C BALASINI, P CANAVESSI, A TORO, R REINA, S CARINO, E ESTENSSORO, J NEIRA, L BOSQUE, E MONTEVERDE, J RUIZ WEISSER, D JUAREZ
- 0372 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UTI DE PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO**
D OVALLE, R DIAZ GRANADOS, S ALBACETE, L AVANZATO, V ATENCIO, V PERAZZO, J TAMAYO, M OLMOS, L AGUIRRE, G TUHAY, D VARELA, F KLEIN
- 0403 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UTI DE PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO**
D OVALLE, D VARELA, F KLEIN

30/08/2018 - 12:30 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Gastroenterología y Nutrición 1

RINCÓN EDUCATIVO A

- 0252 PANCREATITIS AGUDA POR HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A ADENOMA PARATIROIDEO. REPORTE DE CASO**
M, D, ESKINAZI, JA RUSTJA, LR BENITO MORI, PJ SHOON, MI GONZALEZ
- 0289 ABDOMEN AGUDO RECURRENTE COMO DEBUT EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL POR SUPERPOSICION FINALMENTE CROHN**
F IRADES, Y SALDIVAR, F MALDONADO, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, R ALVAREZ VIZZONI, L BIELSA, C GALLETTI
- 0293 INFARTO INTESTINAL SECUNDARIO A SINDROME DE EMBOLIA DE COLESTEROL (CRISTALES DE COLESTEROL) DE PRESENTACION ESPONTANEA**
Y SALDIVAR, L BIELSA, R ALVAREZ VIZZONI, MJ ARAMBURU, F MALDONADO, F IRADES, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0299 PANCREATITIS SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA**
JA PARRADO SERRUDO, R BARRIENTOS, L ARGUELLES, M LLORIA, N DIEZ, J LAPADULA, M ESTEBAN
- 0302 CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA GRAVE (MIGRACION DE STENT COLEDOCIANO)**
F IRADES, R ALVAREZ VIZZONI, F MALDONADO, L BIELSA, Y SALDIVAR, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0347 REPORTE DE UN CASO: NEUMATOSIS INTESTINAL Y PORTAL ASOCIADA A INFECCION POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE**
M JAUREGUIBERRY, M PADILLA, N QUETGLAS, A PAGLIA, B FRANCO, D JUAREZ, G ZUNA, J CONDE, A PASSARELI
- 0355 SINDROME DE NECROSIS ESOFAGICA AGUDA (BLACK ESOPHAGUS)**
MB ESCUDERO, JN ALLENDE, D PANOZZO, J PAUCAR PAUCAR, O CORREA, MI MATTIOLI, D MANSILLA, A RAMOS, P AGUSTIN, A SANTAMARIA, M BERTE, NA SEGURA, DE NOVAL, S ILUTOVICH
- 0413 HEMOPERITONEO COMO COMPLICACION DE PRIMER EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA**
Y CASTRO, Y FERNANDEZ, L CASTRO, C SALGUERO, J ARROYO
- 0427 SHOCK HEMORRAGICO SECUNDARIO A LESION DE DIEULAFOY**
Y CASTRO, L CASTRO, Y FERNANDEZ, S CLAUDIA, J ARROYO

30/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Gastroenterología y Trasplante

RINCÓN EDUCATIVO A

- 0019 UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMOPERITONEO**
A MARTINUZZI, P ROEL, M TONNELIER, S JARA, K SAIBAL, M CORNU
- 0048 PELIOSIS HEPÁTICA COMPLICADA**
GV TORRESAN, LS LAPUCHESKY, NB ACOSTA PEDEMONTE, M ALBORNOZ, NS ARBELAIS, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0116 PLASMAFERESIS EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA HIPERTRIGLICERIDEMICA. REPORTE DE UN CASO**
MC PALACIO, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, F ZECHNER, A FLORES
- 0134 TERAPIA CON PLASMAFERESIS EN PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
M VILLEGAS, L NAVARRO, I ROMERO
- 0166 HIPERTENSION PORTOPULMONAR Y TRASPLANTE HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**
C LOCKHART, D GARCÍA GIRALDO, S VILLARROEL, S GIANNASI

0298 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA FULMINANTE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STILL, SINDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA

L BIELSA, F IRADES, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, Y SALDIVAR, F MALDONADO, R ALVAREZ VIZZONI, C GALLETTI

0408 FALLA HEPATICA FULMINANTE POR ESTEATOSIS GRAVIDICA REPORTE DE UN CASO

A VAQUERA, MJ REBERENDO, D FAURA, K VILLEGAS, P LUCERO

0429 TROMBOSIS DE ARTERIA HEPATICA EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO

L VACAFLO, A VAQUERA, P MARTINEZ

30/08/2018 - 12:30 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Neurointensivismo 1

RINCÓN EDUCATIVO B

0350 MALFORMACION ARTERIO VENOSA CON OBSTRUCCION DE LA ARTERIA ADAMKIEWICZ. A PROPOSITO DE UN CASO DEL HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

LA BARRA MONTES DE OCA, A TAMAYO, B FERNANDEZ, T HUANGA, C CLAROS, M WILCHES, N NACARELLI, H COLLAZOS, J MORALES, G RODRIGUEZ, W VIDETTA, O FLORES, O GONZALES, K CARRANZA

0359 SÍNDROME DEL TREFINADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

V QUISPE, C DÍAZ, V VILLAR, C DE FARÍA, P SMUKLER, P ESPINO, M GIACCHI, D MONARDO, A ARCH, P LEHRNER, A MONTI, G BURGOS, H VILLEGAS, P SÁNCHEZ

0371 CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA MÁS ALTEPLASA EN LA EVACUACIÓN DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO

B SANABRIA, N CIARROCCHI, E SAN ROMAN, S GIANNASI

0384 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR SECUNDARIO A OCLUSIÓN DE ARTERIA DE PERCHERON. REPORTE DE UN CASO

MD SCAPPINI, D FAURA ORZAN, JA ROQUE RENDON, LE VACAFLO ZENTENO

0409 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO POR MIXOMA AURICULAR REPORTE DE UN CASO

P MARTINEZ, X PICON, J ROQUE RENDON, J ECHEVERRIA

0410 SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE: CAUSAS DIVERSAS Y SOBREPUESTAS. SERIE DE CASOS

E MINOLDO, C GALLETTI, MJ ARAMBURU, L BIELSA, F MALDONADO, R ALVAREZ VIZZONI, J RATERO, Y SALDIVAR, F IRADES

0416 HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO COMO PRESENTACION DE UN PACIENTE CON TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL REPORTE DE UN CASO

A HERNANDEZ

0433 EL SUERO DE INDIVIDUOS PREDIABETICOS INDUCE DEGENERACION NEURONAL EN CULTIVOS PRIMARIOS DE NEURONAS DE RATÓN

A BADOLATI, A DE TOMAS LIORO, C PUGLIESE, MV BÁEZ

30/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04

Neurointensivismo 1

RINCÓN EDUCATIVO B

0241 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN STROKE ISQUÉMICO DE CIRCULACIÓN POSTERIOR DURANTE ANGIOPLASTIA CORONARIA

RC CHRISTIAN LUIS, JE ALFONSO, LM BRACCINI, G REPETTO, P ANGEL ESTEBAN, JA CIALZETA, H ALVAREZ, FN FALCON, JM OCHOA

- 0261 SINDROME MENINGEO CON FOCO MOTOR DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS OPTICA**
P EUGUI
- 0270 PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR) SECUNDARIO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: REPORTE DE UN CASO**
M PETASNY, VE FUKS, AB DE SALVO, LE LAMOT, LR MARTÍNEZ, CJ BEROIZA
- 0273 LESIÓN CAROTÍDEA POR DISIPACIÓN DE ENERGÍA CINÉTICA POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO**
RG VALDÉZ LÓPEZ, MG BEJARANO CASTRO, J TORRES BATÁN, JL FERNÁNDEZ CALVIMONTES, D CASTAÑO, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0276 MIELITIS TRANSVERSA**
A MEZA, M CONTRERAS, V MOYANO, G FALCHETO, M ANDRADA, M CORIA, C LUIS
- 0283 REPORTE DE CASO: ICTUS ISQUÉMICO Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SECUNDARIO A FORAMEN OVAL PERMEABLE**
CL DIAZ BASTIDAS, F MUÑOZ, P EUGUI, F CORDOBA
- 0326 EFICACIA DEL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON RTPA INTRAVENOSO EN ACV ISQUÉMICO AGUDO. EXPERIENCIA EN CORRIENTES**
H ALVAREZ, M CEDROLLA, S LAZZERI, A PIACENZA
- 0335 INFARTO TALAMICO BILATERAL "SINDROME DE PERCHERON"**
A HOLGUIN, C NEGRON, C CLAROS
- 0348 NEUMOENCEFALO SECUNDARIO A PUNCION DURAL DURANTE CIRUGIA DE CADERA**
T HUANCA, A TAMAYO, B FERNANDEZ, M WILCHES, J MORALES, R GARNICA, G RODRIGUEZ, W VIDETTA, W VELIZ, O GONZALES, O FLORES, C CLAROS

30/08/2018 - 12:30 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05**Cardiología Crítica**

RINCÓN EDUCATIVO C

- 0300 HEMATOMA INTRAMURAL EN ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR SECUNDARIO A TRAUMATISMO CERRADO DE TÓRAX**
G FLORENCIA, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, R ALVAREZ VIZZONI, F IRADES, F MALDONADO, C GALLETTI, L BIELSA, Y SALDIVAR
- 0301 SINDROME DE BAJO GASTO POR DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA INDUCIDA POR SEPSIS EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL: CASO CLÍNICO**
F MALDONADO, R ALVAREZ VIZZONI, F IRADES, L BIELSA, Y SALDIVAR, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0327 TAPONAMIENTO PERICARDICO PURULENTO COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO HEPÁTICO POR STREPTOCOCCUS MILLERI**
MB VAZQUEZ, BC VARELA, JC GALARZA, G TREJO, DE MAESTRE TORRES, E CORREGER, N POZO, N GRUBISSICH, D PINA
- 0331 HIPERTENSION PULMONAR Y SINDROME DE EISENMENGER POST CESAREA. REPORTE DE UN CASO**
C NEGRON, C CLAROS, A HOLGUIN
- 0346 SINDROME CARDIORRENAL, A PROPOSITO DE UN CASO EN NUESTRA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE DEL HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO**
M WILCHES, A TAMAYO, BL FERNADEZ, K CARRANZA, J MORALES, J ALBARRACÍN, Y MELGAR, R GARNICA, W VELIZ, T HUANCA, C CLAROS, G RODRIGUEZ, R GALARZA, W VIDETTA, O FLORES, O GONZALES
- 0354 DOBLE VENA CAVA INFERIOR**
M RAMOS, L MOREIRA, D PIEZNY, J SAGARDIA, F TRAVERSO, F RIOS, C ARIAS

- 0373 TROMBO EN TRANSITO EN VENTRICULO DERECHO ASOCIADO A MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: REPORTE DE CASO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
T ESCALANTE SAIRE, LE MAIDANA, MA VIEYRA, NK OJEDA, GA MACIEL LOEBARTH, ML BORONAT SOSA
- 0412 INSUFICIENCIA AORTICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS TROMBOTICA NO BACTERIANA**
D ALFARO, D ROJAS, B LLAPUR, A BAZO, E BERNAL, M VELASQUEZ
- 0431 ATURDIMIENTO MIOCÁRDICO NEUROGÉNICO POSTERIOR A DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTERNA EN PACIENTE CON HIDROCEFALIA**
F PECORARO, M HORMANSTORFER, L BUDROVICH, L CAMPUTARO, F BACCARO, J ANGAROLA, N RAIMONDI

30/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06**Cardiología Crítica**

RINCÓN EDUCATIVO C

- 0011 ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN ESTENOSIS MITRAL SEVERA CON HIPERTENSION PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO**
AM SANCHEZ, SG CASTILLO, O MUÑOZ
- 0074 REPORTE DE UN CASO: "HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME DE EISENMENGER, EN PACIENTE ADULTO CON SÍNDROME DE DOWN"**
ME ECHEVERRIA, RD SIBOLDI, GL GUSMAROLI, M LOTORTO, G ALLE, R MENENDEZ, M CARCEDO ERSETIG, H DONATI, P URBINATI, D ROVIRA
- 0092 INJURIA MIOCÁRDICA SIN ELEVACION DEL ST EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO**
VA RUBELT, M ZURITA, Y YOMA, A MORENO DE MARI, A SANCHEZ, M TURITICH, J LESCOANO, A ENCINA, S CASTILLO, N PISTAN
- 0175 HEMOLISIS SEVERA POR COLOCACION DE AMPLATZER**
D MASPOLI, CL LUCERO BOTTA, J BAEZ, ML CAMPASSI, FG REPETTO, FP TRAVERSP, M COLABELARDINO, P BELOTTI
- 0190 SHOCK CARDIOGENICO POR INTOXICACION CON AMITRIPILINA**
A GIRA, B LOOR, C NAVEDA GAVILANES, D MONARDO, J NUÑEZ, J ALVAREZ, S COSENZA, P PRATESI
- 0240 ARRITMIA EN POSTQUIRÚRGICO ALEJADO DE TETRALOGÍA DE FALLOT**
P REYES, A LUGRIN, A SIABA SERRATE, R FRAIRE, MF SÁNCHEZ, H FREIRE, E MARTÍNEZ DEL VALLE, C KREUTZER
- 0259 PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN LINFÁTICA EN PACIENTE POST CIRUGÍA DE FONTAN-KREUTZER CON QUILOTORAX REFRACTARIO**
AI LUGRIN BELLOMO, P REYES, S TORAN, A MAYANS, F SANCHEZ, D KLINGER, M LOPEZ DANERI, C KREUTZER, T IOLSTER
- 0282 SINDROME DE MAY-THURNER. REPORTE DE UN CASO**
P TABORDA, C FERREYRA, ML BUEMO, DR CARRANZA, MA GARCIA, AR QUINTEROS, JJ ORTEGA, JD FERNANDEZ, MP RUIZ, RS ROJAS, NS BONETTO, S CARRIZO, JC CELIA
- 0295 TROMBO EN TRÁNSITO EN CAVIDADES CARDÍACAS: UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBO-EMBOLICA**
S NOYA, N WAINSZTEIN, A HLAVNICKA, F RODRIGUEZ LUCCI

30/08/2018 - 12:30 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Nefrología Crítica

RINCÓN EDUCATIVO D

- 0024 SINDROME NEFRITICO EN PACIENTE CON DERIVACIÓN VEN-
TRÍCULO PERITONEAL**
PM GINA ALEJANDRA
- 0142 FALLA RENAL E HIPERTENSIÓN REFRACTARIA POR SINDRO-
ME DE ALPORT**
P MARCONI, M D'ANGELO, A ROCCO, C CAPUTO, W WÜRMS, M
MONTENEGRO, A BALBI
- 0147 INJURIA RENAL AGUDA (IRA) SECUNDARIA A RABDOMIO-
LISIS POR SPINNING, A PROPOSITO DE UN CASO**
E MATIJACEVICH, M FUENTE, M MARINO, G EZCURRA, D VILLANI,
L LEIT, R VISINTIN, J LASSAGA
- 0151 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN POSOPERATORIO INME-
DIATO DE EXERESIS DE TUMOR RETROPERITONEAL Y NE-
FRECTOMIA IZQUIERDA**
J AGUILAR, V REYES, G CUOMO, C DIAZ, M STEINHAUS, P BOS-
CHINI
- 0154 RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR COCAÍ-
NA, A PROPÓSITO DE UN CASO**
M FUENTE, E MATIJACEVICH, M MARINO, G EZCURRA, D VILLANI,
L LEIT, R RODRIGUEZ
- 0176 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO**
CL LUCERO BOTTA, J BAEZ, D MASPOLI, ML CAMPASSI, F RE-
PETTO, FP TRAVERSO, ML ANGIOLINI, P PERLO
- 0218 REPORTE DE CASO: COMPORTAMIENTO BIFÁSICO DEL CAL-
CIO SÉRICO EN LA RABDOMIOLISIS SEVERA**
AM VALDES, C PINTO SAYAGO, V BRUZZO, M ALFANO
- 0375 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES EN
TRATAMIENTO CON COLISTIN: IMPACTO EN INJURIA RENAL**
N PIRES, MS COSTANTINI, C LOVESIO
- 0411 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD.**
NK OJEDA, JA PIZZORNO, JA PIZZORNO VILLALBA, AM VIEYRA,
LE MAIDANA, ML BORONAT SOSA, T ESCALANTE SAIRE, R TUSAR

30/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08

Trauma y Emergencias

RINCÓN EDUCATIVO D

- 0045 REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA HEPATICA FULMINANTE
ASOCIADA A INTOXICACION AGUDA POR COCAINA**
VE FUKS, M PETASNY, LE LAMOT, A DE SALVO, C BEROIZA
- 0068 ENVENENAMIENTO CON MONOETILENGLICOL TRAS LA IN-
GESTIÓN DE ANTICONGELANTE**
A GIRA, J SEGURA, J HERRERA, J ALVAREZ, V MARQUEVICH, P
PRATESI
- 0097 POLITRAUMATISMO CON DESGUANTAMIENTO COMPLETO
DE MIEMBRO INFERIOR**
MC CARRUEGA, AC DI NAPOLI, M CRISTALDI, W WÜRMS, M
MONTENEGRO, A BALBI
- 0117 SÍNDROME DE CLAUDE BERNARD-HORNER TRAUMÁTICO.
REPORTE DE UN CASO**
MC PALACIO, JC MEDINA, R SANTOS, M CHAMADOIRA, F ZECH-
NER, A FLORES, T FERNANDEZ
- 0195 MEDICIÓN DEL ÁCIDO LÁCTICO EN PACIENTES POLITRAU-
MATIZADOS CON SHOCK HEMORRAGICO Y SU UTILIDAD
COMO FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD**
E NASUTE, C ARANCIBIA, P PAHNKE

- 0215 SINDROME TÓNICO CLÓNICO ASCENDENTE SECUNDARIO
A INYECCIÓN INTRATECAL ACCIDENTAL DE CONTRASTE
IODADO**

IL CÉSPEDES POQUECHOQUE, M MARIO IGNACIO, F RÍOS, D PIEZ-
NY, L ARGÜELLES, D VERA GONZALEZ, M ESTEBAN, J SAGARDÍA

- 0303 NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO CON ENFISEMA SUBCU-
TÁNEO FACIO-CERVICO-TORÁCICO EN PACIENTE CONSUMI-
DOR DE PASTA BASE DE COCAÍNA**

VB MEDINA, ML CABANA, L DE ROSA DE VIDAL, D VARGAS

- 0349 RUPTURA ESPLÉNICA POST COLONOSCOPIA, UNA COMPLI-
CACIÓN RARA Y PELIGROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO**
M MARTÍNEZ, M KIRSCHBAUM, C GRIPPO, MA TOLEDO, RE SE-
NESTARI, M TATTOLI, R GOMEZ PAZ, IN NIHANY, HA FERRARO

- 0353 PÉRDIDA INTRAVASCULAR DE LA GUÍA METÁLICA DE VÍA
VENOSA FEMORAL**

R BARRIENTOS, C ARIAS, F RIOS, G GUANCA, J PARRADO, J SA-
GARDÍA, D PIEZNY

30/08/2018 - 12:30 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

Infectología Crítica

RINCÓN EDUCATIVO E

- 0002 A PROPOSITO DE UN CASO: ABSCESO EPIDURAL**
E SIMES, S PARESI, S MERCADO

- 0148 NEUROSIFILIS Y ESTATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO**
M QUIROGA ENCINAS, L ESPINOSA, P CARDOZO, C ARMOA, I
RETTA, M RAYS, J POTITO, P GOMEZ, E NANNI, E AMUNDARAIN,
B DORFMAN, O FARIÑA

- 0244 SCHWANNOMA ABSCEDADO**

G GALINDEZ, L GIMENEZ, C VARGAS, G BREITLING, M MONTENE-
GRO, R D'AMATO, J POLLINI, J CASTAGNINO

- 0246 ABSCESO CEREBRAL POR NEUMOCOCO: A PROPOSITO DE
UN GERMEN INUSUAL**

R FANOLA, P BOSCHINI, G CERRO, M MORANTE, R QUIROGA, JL
VILLCA, J RISSO PATRON

- 0318 MENINGITIS POST QUIRURGICA EN PACIENTE CRITICO**

SA SABIDO HERBAS, D POSNIAK, A TORRES, D PRIETO, G SCARPA,
A GOLD, A GELOSO

- 0324 ENCEFALITIS POR CMV EN PACIENTE CON TRASPLANTE HE-
PATICO**

JJC POTITO POLERA, ME NANNI, M QUIROGA, P GOMEZ, E AD-
MUNDARAIN, B DORFMAN

- 0337 REPORTE DE CASO DE ABSCESO CEREBRAL EN PACIENTE IN-
MUNOCOMPETENTE CAUSADO POR STREPTOCOCO CONST-
LLATUS**

L NAVAS, C BASSANI, G NIS, MJ OLEIRO

- 0356 ICTUS SIFILITICO, NEUROSIFILIS EN PACIENTE INMUNOCOM-
PETENTE**

MF LOPEZ CALVACHE, A MONTENEGRO, E SALCEDO, W MOS-
QUERA, R TAMARA, M AGOSTA, E LARRADA, J ZAMBRANO, D
GIL

30/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10

Infectología Crítica

RINCÓN EDUCATIVO E

- 0009 HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES EN PACIENTE DE LA
PATAGONIA CON INFECCIÓN POR VIRUS LINFOTRÓPICO DE
CÉLULAS T HUMANAS: REPORTE DE CASO**

M HUNTER, G BADARIOTTI, B DE DIEGO, S BELTRAMINO, R SÁN-
CHEZ MARULL, C VERA OCAMPO

- 0039 ROTURA ESOFÁGICA ESPONTÁNEA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA**
GV TORRESAN, NB ACOSTA PEDEMONTE, M ALBORNOZ, NS ARBELAIS, NS ROCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0063 ENFERMEDAD DISEMINADA POR HERPES ZOSTER FATAL EN ADULTO JOVEN DIABÉTICO**
D CATALINI, M PEREYRA, E BRANDOLISIO, M RÉ, A ANZIANO, S PULCINELLI
- 0071 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA (NET) Y SU RELACIÓN CON EL HIV: A PROPÓSITO DE UN CASO**
A MORENO DE MARI, LM TURITICH, A SANCHEZ, Y YOMA, MN ZURITA, VA RUBELT, SG CASTILLO, N PISTAN, G BOHUID, J LEZCANO, A ENCINA
- 0199 ENCEFALITIS Y FALLA MULTIORGANICA EN FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA**
AE BAEZ, R GIMENEZ, A BIANCHI, E PIOMBETTI, M FERNÁNDEZ, M RETAMAL, A FERRERO, L TALAMONTI, G IZAGUIRRE, G ELIAS, S SANCHEZ
- 0235 REVISION DE CASO CLINICO ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB**
WM TORREJÓN CHINCHE, A CANO, G GALVAN
- 0271 INFECCIÓN NECROTIZANTE DE FASCIA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE: REPORTE DE UN CASO**
R TÁMARA, E SALCEDO, M AGOSTA, M LOPÉZ, W MOSQUERA, E LARRADA, A LESCANO, D MATTEO
- 0405 REPORTE DE UN CASO: ENDOCARDITIS POR CÁNDIDA**
N QUETGLAS, M PADILLA, M JAUREGUIBERRY, B FRANCO, D JUÁREZ, A PAGLIA, G ZUNA, A PASARELLI, AL GONZÁLEZ, M LARES
- 0414 HEMÓLISIS MASIVA INTRAVASCULAR SECUNDARIA A SEPSIS POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS. REPORTE DE UN CASO**
D FAURA, X PICON, N ROJAS, A RUIZ, P MARTINEZ

31/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11**Infectología Crítica / Pediatría**

Rincón Educativo A

- 0088 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS CON INFECCIÓN O PORTACIÓN DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC**
B SELVA, L COLOMER, M FREITES, I PUIG, P PAHNKE, S PAVAN, C ARANCIBIA
- 0101 BACTERIEMIA EN PACIENTES EN CUIDADOS CRÍTICOS: UNA EXPERIENCIA DE UN AÑO EN EL HIGA "EVA PERÓN" DE SAN MARTÍN**
SI CASTRO, A TUDURI, M ALMUZARA, R FANOLA NOVILLO, J VILCA QUISPE, R TAPIA VARGAS, J HOWARD DÍAZ, M MORANTE, P BOSCHINI, R QUIROGA
- 0122 NEUMONÍA NECROTIZANTE. SERIE DE CASOS**
VR SALAS, L BENITO MORI, P SCHOON, A LUQUETTI, JL FERNANDEZ, A RUSTJA
- 0156 SÍNDROME DE AUSTRIAN, SIN BACTERIEMIA DOCUMENTADA. REPORTE DE UN CASO**
M ESPITIA, F SALVANESCHI, MA TORRES, A ELINGER, A PESTANA, A HEREÑU
- 0189 NEUMONIA ORGANIZADA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO DE TORAX GRAVE EN TERAPIA INTENSIVA**
N ARBELAIS, M ALBORNOZ, NS ROCCHETTI, MD RE, MF CORBACHO RE, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0225 ESTAFILOCOCCEMIA**
NF VILCHEZ ZARZA, G OMARINI, R EMILIO CESAR, F ALBERTO

- 0228 REPORTE DE CASO DE PACIENTE CON BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD, CON IMPACTO SISTÉMICO**
MM MASIP PEREZ BAROJA, F DADOMO, MJ KENNY, PR DOPAJO, A DEL PORTILLO, RD COSTABILE, G GAUDENZI, SL AGUIRRE, F BARSAGLINI, A BELLOCCHIO, CE BENITEZ, B ALVAREZ, A LOPEZ, G MONTI, G CARDONATTI
- 0297 NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
F MALDONADO, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, L BIELSA, R ALVAREZ VIZZONI, F IRADES, Y SALDIVAR, C GALLETI
- 0388 EL EMBARAZO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA INFECCIONES POR GERMEENES OPORTUNISTAS. REPORTE DE UN CASO**
E BARROZO, N BLINT, M CHACON, A ESCODA, J GRUCCI, L NOVATI, J NUÑEZ, G SORIA, G BONGIORNI, F GOVEDIC

31/08/2018 - 14:30 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12**Infectología Crítica / Pediatría**

Rincón Educativo A

- 0030 IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS NEUMONÍA ZERO Y BACTERIEMIA ZERO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**
Z VELASCO ABULARACH, M CESPEDES LESZYNSKY
- 0051 ENTEROBACTERIAS KPC EN EL INGRESO A UTI**
A FELDMAN
- 0143 REPORTE DE CASO: SHOCK HIPOVOLEMICO POR HEMORRAGIA PULMONAREN TUBERCULOSIS**
P CAPORAL, CM LUTKEVICIUS, O RECUPERO, MS LABAT, G APARICIO, M MENDOZA
- 0284 INFECCIÓN POR ESTAFILOCOCO AUREUS DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
MS GALVEZ, MF PODESTA, K CINQUEGRANI, P RICCIO, M LANGARD
- 0316 ABSCESO HEPÁTICO, REPORTE DE UN CASO POCO FRECUENTE DE SEPSIS GRAVE POR STAPHYLOCOCO AUREUS METICILINORRESISTENTE (SAMR)**
M ALFANO, V BRUZZO
- 0340 HETEROGENICIDAD CLINICA Y RADIOLOGICA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS POR ADENOVIRUS EN UTI PEDIÁTRICA. A PROPOSITO DE 5 CASOS**
W TAPIA VEINTEMILLAS, T AMEZTOY, O RECUPERO, S ESPOSTO, P CASTELLANI
- 0400 SHOCK TÓXICO POR ESTREPTOCOCO PYOGENES. A PROPOSITO DE UN CASO**
E ANTONI, C MARTINEZ, J LOPEZ, E BAITAJ, S CARREÑO, M FERREYRA
- 0425 INFECCIÓN URINARIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
PC RICCIO, MF PODESTA, P CASTELLANI, M RABINO, A PICCIRILLI, K CINQUEGRANI, S GALVEZ, M LANGARD, E SALAZAR

31/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13**Bioética / Enfermería**

Rincón Educativo B

- 0005 ANÁLISIS DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN TERAPIA INTENSIVA**
R ZAMBRANO, M DEHEZA
- 0008 LA AGONÍA IRREVERSIBLE**
J HONNORAT

- 0119 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS**
RG LEDESMA FERRARO, MP LUJAN
- 0135 DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA DIMENSIÓN CIENTIFICO-CLINICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN UN MODELO DE CUIDADO**
SR GUÁQUETA PARADA
- 0139 LA EMPATÍA PUEDE SER ESEÑADA?: UNA PROPUESTA DESDE LA INVESTIGACIÓN**
MC TRIANA RESTREPO
- 0184 EVENTOS ADVERSOS FRECUENTES Y SUS CONSECUENCIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS**
GMM SOTO, SA LOPEZ
- 0223 FACTORES PREDISONENTES A LA EXTUBACION NO PROGRAMADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL PABLO SORIA DE SAN SALVADOR DE JUJUY DURANTE EL PERIODO DE ENERO A MARZO 2018**
AA TOCONAS, MA MARTINEZ, MM LAMAS, IG FLORES, ARF FIGUEROA, AP BAEZ
- 0311 CONFIANZA, COMUNICACION, EMPATIA GÉNESIS PARA LOS CUIDADOS HUMANIZADOS**
M VEGA ORIHUELA, E URBANCIC

31/08/2018 - 14:30 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14

Pediatría

RINCÓN EDUCATIVO B

- 0027 TORAX INESTABLE EN PACIENTE PEDIATRICO. REPORTE DE UN CASO**
M GAMERMAN, E ROMERO, A SALVADORES, D TERESA
- 0028 ROHHAD REPORTE DE CASO**
PC RICCIO, V DE DONNA, W BARBOSA, E SALAZAR, MF PODESTA, K CINQUEGRANI, MS GALVEZ, M RABINO, A PICCIRILI
- 0033 ABSCESO CEREBRAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO**
MS GALVEZ, K CINQUEGRANI, MF PODESTA, P RICCIO, L LOPEZ, E SALAZAR
- 0034 LESIÓN DE DIEULAFOY, REPORTE DE DOS CASOS**
MS GALVEZ, P RICCIO, MF PODESTA, E SALAZAR, A DE BONIS, J DE MARIA, L DEGESE
- 0040 REPORTE DE CASO. SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE**
PC RICCIO, P DELGADO, W BARBOSA, F PODESTA, K CINQUEGRANI, PS BRESSO, O AMOREO
- 0066 SME POLIGLANDULAR, PRESENTACION DE CASO**
N FUNES NELSON, J MIRANDA, E ABEGAO
- 0099 TRANSPORTE PEDIATRICO CRITICO, ESTANDARES DE ESTABILIZACION GUIADOS POR TELEPRESENCIA**
G PUJALES
- 0102 SHOCK HEMORRÁGICO POR AVULSIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. REPORTE DE UN CASO**
P MEDICI, M NOGUEIRA, J ARANDA, M JACOBSEN, MG MENÉNDEZ
- 0374 ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO**
A MENECEZ, Y MANNSBACH, Y FORNITNI, E SAGARNAGA

31/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

Neumonología / Kinesiología

RINCÓN EDUCATIVO C

- 0098 UTILIZACIÓN DE ADHESIVO BRONQUIAL EN PACIENTE CON FÍSTULA TRAQUEO BRONQUIAL E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. REPORTE DE UN CASO**
M LAS HERAS, J RODRIGUEZ GIMENEZ, A MONTSERRAT RIVERO, I FERNANDE CEBALLOS, A DIETRICH, S GIANNASI, E BEVERAGGI, D SMITH, E SAN ROMAN
- 0100 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS**
PA AGUILAR, LD FRISCIONE, JC BRAZAO, MJ MANAGÓ, A DOGLIOTTI
- 0115 ECOGRAFÍA PULMONAR EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**
MC PALACIO, JC MEDINA, M MENDOZA
- 0145 PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN EN LA PROVINCIA DE MENDOZA**
V AVENA, L IMPAGLIAZZO, D MESSINA, C CORTE, M ALCORTA, J ALMENDRA, E BUFFAGNI
- 0161 ABORDAJE KINÉSICO DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL. ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO**
G GARAU, M MARTINEZ, A LOJO, G ROSATI, C REYES ARMUA, V AQUINO, M REHWALD, H MONZON SOLE, F REBORATTI
- 0163 NEUMONITIS AGUDA LÚPICA. OTRA FORMA DE SDRA**
RA MARTÍNEZ OVEID, DB ROMINA, F SEBASTIAN, R MARIANO, T LIONEL
- 0164 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO PRODUCIDO POR EL SINDROME DE DIFERENCIACION CELULAR POR ACIDO TRANSRETINOICO EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA**
F SEBASTIAN, DB ROMINA, RA MARTINEZ OVEID, O JERONIMO, M RAMIREZ, L TALAMONTI
- 0170 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA SECUNDARIA FIBROSIS PULMONAR POST-QUIMIOTERAPIA**
F PERALTA MONTERO, MG JACOB, A CÀCERES, L BRIA, D NOVAES, N VERGOTTINI, H VILLACRES, D LOPEZ CAMPOS, Y GONZALEZ, C BOULAN, M TORRES BODEN, CB COZZANI, E BRAÑA, G CUETO
- 0183 IMPACTO DE LA ASINCRONIA PACIENTE-VENTILADOR SOBRE EL CONSUMO DE OXIGENO EN UN PACIENTE BAJO SEDACION PROFUNDA. REPORTE DE UN CASO**
A GOLDBERG, L GIMENEZ, P GIMENEZ, G NAHMIAZ, G AVACA, E STEINBERG, M OJEDA, M BOSSO, K MIRALLES, G GARCÍA, N SEGURA, M BERTÉ, A SANTA MARÍA, D NOVAL, S ILUTOVICH, S FREDÉS
- 0197 ASMA CASI FATAL EN UNA PACIENTE EMBARAZADA**
D PEREZ ROCHA

31/08/2018 - 14:30 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

Neumonología / Kinesiología

RINCÓN EDUCATIVO C

- 0012 REPORTE DE CASO: USO DE FIBROBRONCOSCOPIO RÍGIDO COMO MEDIDA DE RESCATE EN OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA – PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN TRAQUEA**
C CHAMBRE, F PALIZAS, J RODRIGUEZ GIMENEZ

- 0035 IMPACTO DE LA APLICACION DE UN PROTOCOLO DE WEANING ABREVIADO EN PACIENTES OBESOS BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)**
A TAMAYO, B FERNADEZ, M WILCHES, J MORALES, F CARVAJAL, T HUANCA, R GARNICA, G RODRIGUEZ, W VIDETTA
- 0038 ANALISIS RETROSPECIVO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UCI POLIVALENTE**
EA DISTÉFANO, SN PICON FUSTER, CA DESTEFANIS, MN GAGGIOLI, M BOTTO, MC VILLAFANE, GR BAEZ, M FORCILLO, S BERTOZZI, D ALEJANDRO
- 0041 MANEJO VENTILATORIO Y WEANING PROLONGADO EN COLAPSO DINÁMICO EXCESIVO DE LA VÍA AÉREA (CDEVA)**
SN PICON FUSTER, E DISTEFANO, C DISTEFANIS, M GAGGIOLI, M BOTTO, MC VILLAFANE, G BAEZ, M FORCILLO, S BERTOZZI
- 0056 EVALUACIÓN LARÍNGEA TRANS-TRAQUEOSTOMÍA. UNA ALTERNATIVA PARA EVALUAR LA DEGLUCIÓN**
G CHIAPPERO, A FALDUTI, N RAIMONDI
- 0059 DESVINCULACIÓN, DECANULACIÓN Y CONDICIÓN AL ALTA DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN CENTRO DE WEANING**
F ESPERÓN, G MUHAFARA, G BATTAGLIA, V MOTTI, W PRIMOSICH, J GAGLIARDI, J CARNERO ECHAGARAY, JM CUCENELLI, F LARROCCA, S REPETTO, H PAVON, R DI YORIO, M BOSSO
- 0067 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA**
MC PEÑAFORT, LB POLLIOTTO, CL CIALLELLA
- 0091 HIPERPLASIA DE LA AMÍGDALA LINGUAL Y EPIGLOTIS EN OMEGA COMO CAUSA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL**
S STERMAN, A FALDUTI, L BUDROVICH, ML LUDUEÑA, N RAIMONDI, G CHIAPPERO
- 0093 COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA CON TECNICA DE CIAGLIA. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA RESIDENCIA EN UTI**
A PASTORIZA, L BUDROVICH, A DIEZ DE TEJADA, ML LUDUEÑA, L DE BARI, H NÚÑEZ, G CHIAPPERO, N RAIMONDI

31/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17**Sedación**

Rincón Educativo D

- 0155 GASTROPARESIA SECUNDARIA A DEXMEDETOMIDINA. ¿ES UN EFECTO ADVERSO EN EL PACIENTE CRÍTICO? A PROPÓSITO DE 3 CASOS**
KC SOLANO RODELO, JD POLANCO, J MARIN, CA VELASQUEZ, S ARCIERI, JL VASTA, F LIPOVESTKY
- 0177 ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN DESTETE DIFÍCIL**
M LOPEZ SALVA, L CARBALLIDO, G SUTTON, R COUCE, K FERRARI, P SERNA, A BRUVERA, J RAMIREZ
- 0179 RESCATE LIPÍDICO EN PARO CARDÍACO INDUCIDO POR LIDOCAINA**
JD POLANCO, KC SOLANO RODELO, A CAVAGNA, S ARCIERI, JL VASTA, CA VELASQUEZ, F LIPOVESTKY
- 0233 SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN Y RIESGO DE CONCIENCIA DURANTE EL PROCEDIMIENTO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO**
F CARINI, S GIANNASI
- 0320 SÍNDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL EN PACIENTE CON TEC GRAVE**
R SANCHEZ, D NOVAES, I MEDINA, G GENOVESE, F MARTINEZ SRNEK, G RAMOS
- 0336 PREVALENCIA DE DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA CAPITAL**
G FALCHETO, M CORIA, G ANDRADA, M CONTRERAS, V MOYANO, A MEZA, L CRIADO

31/08/2018 - 14:30 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18**Neurología / Trauma**

Rincón Educativo D

- 0081 EXPERIENCIA DE TROMBOLISIS ENDOVENOSA EN ACV ISQUEMICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**
I GONZÁLEZ MÁRQUEZ, L PERFETTI, F DANA, G WAISMAN, J TAMASHIRO, A ANTIK, M IZUS, G ZEBALLOS, L ALLER, L DE GREGORIO, E RUBIO, G OTTO, F RIOS, N VITTIPALDI, D GARCIA
- 0084 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN BAHIA BLANCA. EXPERIENCIA SOBRE LOS PRIMEROS 7 CASOS TROMBOLIZADOS EN EL HOSPITAL PRIVADO DEL SUR**
N BRUS, JI MELE
- 0086 SÍNDROME DE WALLEMBERG EN CONTEXTO DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO LEVE: PRESENTACION DE CASO**
B SELVA, C ARANCIBIA, S PAVAN, P PAHNKE, L COLOMER
- 0103 NEUROMONITOREO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**
L COLOMER, B SELVA, C VIGNETTA, I PUIG, P PAHNKE, S PAVAN, C ARANCIBIA
- 0106 TROMBOSIS DEL SENOS VENOSOS EN NUESTRA REALIDAD**
Y YOMA, S CASTILLO, M TURITICH, A ENCINA, JM LESCANO, A MORENO DE MARI, A SANCHEZ, A RUBELT, M ZURITA
- 0137 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI-NMDA SECUNDARIA A UNA INFECCIÓN POR VIRUS HERPES 1: A PROPÓSITO DE UN CASO**
N LOPEZ, S LARDONE OLIVERA, J CORREA, G GALIANA, ME BAITAJ, P PACHECO, E MARI, M PENAZZI
- 0140 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE ASOCIADO A HTLV1**
A CACERES, C BOULAN, D LOPEZ CAMPOS, N VERGOTINI, H VILLACREZ, Y GONZALEZ, L BRIA, D NOVAES, G JACOB, F PERALTA MONTERO, C COZZANI, G CUETO, M TORRES BODEN, ME BRANIA
- 0159 STATUS SUPERREFRACTARIO EN ENCEFALITIS AUTOINMUNE**
M VILLEGAS, K ESTRADA, S MARCA, I ROMERO, D MAGOSEVICH, E LUNA
- 0174 FLEGMASIA CERULEA DOLENS**
A ELINGER, M ESPITIA, F SALVANESCHI, MA TORRES, A HERNANDEZ, L ROJAS, A PESTANA
- 0185 A PROPOSITO DE UN CASO: ESOFAGITIS NECROTIZANTE**
JA FIORANELLI, G GALVAN, M ESPEJO, PI ALVARADO, A MEDINA, A CANO, H QUEZADA, W CHINCHE, VJ QUEVEDO CASTEDO

31/08/2018 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19**Obstetricia**

Rincón Educativo E

- 0064 PACIENTE CON GESTA DE 38 SEMANAS QUE PRESENTA DURANTE CESAREA EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIÓTICO, GUIADO EL TRASTORNO DE ANTICOAGULACIÓN CON TROMBOELASTOGRAMA**
A GIRA, JG MARQUEZ, C TOMAS, C DIAZ, D CZERWONKO, P PRATESI
- 0221 IMPLEMENTACION DE CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL ECOGUIADA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL DE MISIONES, ROL DEL SERVICIO DE FARMACIA**
C LAPHITZ, S ALTEMBURGER, M ESPINDOLA, A MOREL
- 0334 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (LEPR)**
JN BAEZ, CL LUCERO BOTTA, D MASPOLI, ML CAMPASSI, F REPETTO, F TRAVERSO, A GIORDANO, E MACCHIAVELLO, E LANCONI

- 0344 AUSENCIA E HIPERURICEMIA (ÚNICO BIOMARCADOR) DE ECLAMPISIA SEVERA EN PUERPERA INMEDIATA DE 15 AÑOS A PROPOSITO DE UN CASO DE NUESTRO HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO**
B FERNANDEZ, A TAMAYO, R GALARZA, M WILCHES, J ALBARACIN, Y MELGAR, R GARNICA, W VELIZ, T HUANCA, C CLAROS, N NACARELLI, H COLLAZOS, G RODRIGUEZ, W VIDETTA
- 0418 HEMOFILIA A EN PACIENTE OBSTETRICA. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EVITABLES, REPORTE DE CASO**
CM CARMONA, P ALFREDO, G FEDERICO, Z GRACIELA, JL MARENCO, JM PINA
- 0426 UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA. SINDROME DE EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**
JCA TEVEZ, L CACERES, S PASCUAL, N FERNANDEZ, F KUBARYK

31/08/2018 - 14:30 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20**Trauma**

RINCÓN EDUCATIVO E

- 0065 TRALI EN PACIENTE CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA. REPORTE DE UN CASO**
G GUSMAROLI, M LOTORTO, ME ECHEVERRIA, MD SIBOLDI, DP CARTAS, G ALLE, D SOLORZANO, R TORRES, P URBINATI, D ROVIRA
- 0072 COLOCACION DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES YUGULARES INTERNOS EN PACIENTES SEMISENTADOS**
MF MENDIETA, RA KARATANAZOPULOZ, AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, ME PAIZ, JF REBORATTI, GG GARAU, GA LEVY, C JOACHIN, N LUJAN ACOSTA, LV GOSSEN, MM MARTINEZ, G CUBILLA GRÜNCE
- 0073 TOXICIDAD PULMONAR POR BLEOMICINA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
A CANO TORRICO
- 0079 SHOCK HIPOVOLEMICO EN CONTEXTO DE EPISTAXIS MASIVA SECUNDARIO A DEFICIT DE FACTOR VII**
J OCHOA, NA SEGURA, J PACUAR PAUCAR, B ESCUDERO, M BENTE, A SANTA MARIA, D MANCILLA, V MARLON, O CORREA, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0193 DISECCION DE ARTERIA CEREBELOSA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN LA UCI HIGA EVA PERON DE SAN MARTIN**
RS TAPIA VARGAS, S CASTRO, R LOMA, J HOWARD, M MORANTE, R QUIROGA, J RISSO PATRON
- 0194 SINDROME CEREBRO PERDEDOR DE SAL EN STATUS EPILEPTICO: REPORTE DE UN CASO**
M TEJADA, M ANTONIO
- 0309 INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTA DE PACO EN LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO**
Y MANNSBACH, A MENECEZ, Y FORTINI, E SAGARNAGA
- 0321 TRAUMA DE TORAX: HEMO-NEUMOTORAX EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE URGENCIAS**
C GALAN, C ARANCIBIA, S PAVAN, P PAHNKE
- 0328 RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A INHALANTES ASFIXIANTES**
S FLORES, M RAMIREZ, R MARTINEZ OVEID, JA OCCHIONERO ALFANO, L TALAMONTI
- 0389 INJURIA TERMICA ASOCIADA A EJERCICIO INTENSO**
A YESICA, Y FERNANDEZ, Y CASTRO, R PONS, C SALGUERO, C SCARIOT, L CASTRO, J ARROYO

01/09/2018 - 13:15 a 14:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 21**Pediatría**

RINCÓN EDUCATIVO A

- 0201 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO REFRACTARIO EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICA. CUANDO LA AUTOPSIA MODIFICA EL DIAGNÓSTICO**
V CELLERI, G SHEEHAN, A BORDÓN, A COSTAS, A GATTARI
- 0226 CLORHIDRORREA CONGENITA, REPORTE DE UN CASO**
JL CHONILLO COBEÑA, M ALFANO, MJ BRUERA, MJ MONTELLANOS JARAMILLO, S LUGO
- 0227 OBSTRUCCIÓN ALTA POST EXTUBACIÓN: EXPERIENCIA EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**
J SIMONASSI, JP BONORA
- 0319 SINDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO JUVENIL**
S LUGO, M CASTILLO, MJ BRUERA, C QUINTANA
- 0322 MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ESCALONADA CON TITULACIÓN DE PEEP DECREMENTAL EN NIÑOS CON DISTRES RESPIRATORIO AGUDO. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**
I VALENTINI, S LUGO, M MONTELLANOS, E ANTONI, P CARABALLO, A CORIA, R DEHEZA, S ESQUIVEL, N VIDAL
- 0329 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: REVISIÓN DE 11 CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE EL PERIODO 2006 AL 2017**
DN ACOSTA, G LIBERA, M GALICCIO, P RODRIGUEZ
- 0339 ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PEDIATRÍA**
SF ABALOS, RF BURGOS PRATX, M MORALES
- 0380 COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA**
T GILARDENGI, P NEIRA, E MONTEVERDE, M VANESA

01/09/2018 - 14:15 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 22**Pediatría**

RINCÓN EDUCATIVO A

- 0125 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL G. RAWSON DE SAN JUAN, DURANTE EL AÑO 2017**
J PONCE, E FERNANDEZ, L FIGUEROA, LA CLAVEL
- 0127 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA AGUDA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
M RABINO, P CASTELLANI, D BERGNA, M MENDOZA, P CAPORAL, A BORDOGNA, C LUTKEVICIUS, G APARICIO
- 0128 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO ASPIRACIÓN PURPURINA**
JA CORREA LLERENA., R ANDRADA, N LOPEZ, ME BAITAJ, G GALIANA, S LARDONE, P PACHO, E MARI, M PENAZZI
- 0131 MORTALIDAD EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON, PROVINCIA DE SAN JUAN, ARGENTINA, 2013-2015**
J PONCE, N RUIZ, E FERNANDEZ, L FIGUEROA, LA CLAVEL
- 0136 EXANGUINOTRANSFUSIÓN (ET) EN COQUELUCHE GRAVE. ¿ET PHONE HOME?**
M PENAZZI, E MARI, P PACHECO
- 0149 SINDROME DE DEVIC: UNA ENFERMEDAD INFRECIENTE DE CURSO POTENCIALMENTE LETAL**
W TAPIA VEINTEMILLAS, O RECUPERO, CM LUTKEVICIUS, T AMESTOY, P CASTELLANI

- 0169 TRATAMIENTO MEDICO DE LA HIPERTENSION ENDOCRINEANA SEVERA SECUNDARIA A ACV HEMORRAGICO EN DEBUT LEUCEMICO**
M PENAZZI, ME BAITAJI, EA MARI, P PACHECO, S LARDONE OLIVERA, G GALIANA, N LÓPEZ, J CORREA LLERENA, R ANDRADA

01/09/2018 - 11:15 a 12:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 23

Infectología Crítica

RINCÓN EDUCATIVO B

- 0047 PERICARDITIS A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA**
GV TORRESAN, YI BELLAGAMBA ENRIQUE, NB ACOSTA PEDEMONTE, M ALBORNOZ, NS ARBELAIS, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0203 HEPATITIS FULMINANTE POR FIEBRE AMARILLA**
M KIRSCHBAUM, C GRIPPO, R SENESTARI, M MARTÍNEZ, MA TOLDO, M TATOLLI, R GOMEZ PAZ, IN NIHANY, HA FERRARO, FD ROTRYNG, P BRUNETTI
- 0208 LEPTOSPIROSIS DE RAPIDA EVOLUCION A FALLA MULTIORGANICA Y HEMORRAGIAS CEREBRALES**
HE FIGUEROA, AM AGUZZI, ML PIPOLO, C ALTAMIRANDA
- 0224 NEUMONIA VARICELOSA Y FALLO MULTIORGANICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE UN CASO**
J HOWARD, P BOSCHINI, G CERRO, R LOMA, R TAPIA, D RODRIGUEZ, J RISSO
- 0243 HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS**
G GALINDEZ, L GIMENEZ, C VARGAS, G BREITLING, M MONTENEGRO, J POLLINI, J CATAGNINO
- 0294 HIPERTENSION PULMONAR ASOCIADA A LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**
R ALVAREZ VIZZONI, F MALDONADO, F IRADES, L BIELSA, Y SALDIVAR, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, C GALLETTI
- 0296 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO CUTANEO EN PACIENTE HIV: A PROPOSITO DE UN CASO**
J RATERO, L BIELSA, Y SALDIVAR, R ALVAREZ VIZZONI, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, F MALDONADO, F IRADES, C GALLETTI
- 0314 NOCARDIOSIS DISEMINADA: A PROPOSITO DE UN CASO EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL EVA PERON DE SAN MARTIN**
JL VILLCA QUISPE, S CASTRO, L D'ALESSANDRO, R FANOLA NOVILLO, R LOMAS, AD RODRIGUEZ, JC RISSO PATRÓN

01/09/2018 - 12:15 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 24

Infectología Crítica

RINCÓN EDUCATIVO B

- 0029 TUMOR DE POTT**
PC RICCIO, M LANGARD, P DELGADO, MF PODESTA, MS GALVEZ, A MARTI, K CINQUEGRANI
- 0191 MUCORMICOSIS RINOCEREBRAL**
AE BAEZ, R GIMENEZ, A BIANCHI, E PIOMBETTI, M RETAMAL, A FERRERO, T LIONEL, G IZAGUIRRE, S SANCHEZ, G ELIAS, M FERNÁNDEZ
- 0238 FEOHIFOMICOSIS CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO**
M ANDRIAN
- 0263 PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO**
C GARCIA, ML LUDUEÑA, L BUDROVICH
- 0266 ENFERMEDAD DE POTT EN PEDIATRIA. REPORTE DE UN CASO**
SF ABALOS, RF BURGOS PRATX, MA RIBONETTO

- 0274 SINDROME DE LEMIERRE SECUNDARIO A OTOMASTOIDITIS. REPORTE DE CASO**
A COSTAS, A LUGRIN BELLOMO, VD CELLERI MENDOZA, MV MUÑOZA, J CICHONSKI, G SHEEHAN, G PALACIOS, A MEDRANDA, P NEIRA
- 0387 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL Y STATUS CONVULSIVO FEBRIL SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. A PROPÓSITO DE UN CASO**
S GARCIA, J CONTI, C CIRIACI, J ALARCON, S CORBAZ, M JACOBSEN
- 0421 HIALOHIFOMICOSIS: NEUMONÍA POR PAECILOMYSES SPP EN INMUNOCOMPROMETIDO**
Y FERNANDEZ, R SAAVEDRA, Y CASTRO, R PONS, L CASTRO, C SALGUERO, J ARROYO
- 0430 MUCORMICOSIS RINO-ÓRBITO CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO**
M CORTEZ, P LAZARTE, N GONZA, M SINGH, P CELARIO, J SANCHEZ

01/09/2018 - 11:15 a 12:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 25

Neumonología / Kinesiología

RINCÓN EDUCATIVO C

- 0260 REALIZACION DE PLASMAFERESIS POR HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE CON POLIANGIITIS MICROSCOPICA REFRACTARIA**
D ALFARO, A BAZO, B LLAPUR, E BERNAL
- 0264 PACIENTE CON VARIEDAD ESCLERODERMIFORME DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CON HUÉSPED CRÓNICA E INSUFICIENCIA VENTILATORIA: REPORTE DE UN CASO**
M HUNTER, I TELIAS, G BADARIOTTI, B DE DIEGO, E SOBRINO
- 0275 SEGUIMIENTO CLÍNICO DE UN MONITOR DE MECÁNICA RESPIRATORIA**
M MADORNO
- 0280 VENTILACIÓN SELECTIVA EN PACIENTE CON PATOLOGÍA BIPULMONAR CON DISTINTA FISIOPATOLOGÍA. REPORTE DE CASO**
MG ANDRADA, M CORIA, M CONTRERAS, G FALCHETO, A MEZA, V MOYANO, V GALENDE, C LUIS
- 0281 VENTILACIÓN PULMONAR DIFERENCIAL Y MEMBRANA DE OXIGENACIÓN DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN PACIENTE CON SDRA Y FÍSTULA BRONCOPLEURAL REFRACTARIA**
C VIDELA, M LAS HERAS, A MONTERRAT RIVERO, I FERNANDEZ CEBALLOS, M NUÑEZ SILVEIRA, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0292 LESION PULMONAR INDUCIDA POR CONSUMO DE COCAINA. REPORTE DE UN CASO**
R ALVAREZ VIZZONI, F IRADES, L BIELSA, F MALDONADO, MJ ARAMBURU, Y SALDIVAR, C GALLETTI, E MINOLDO
- 0341 PREDICTORES DE EXTUBACIÓN EXITOSA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS**
J VALLEJOS, F CARVAJAL, G BUSTINGORRY, H COLLAZOS, N NACCARELLI
- 0392 EVALUACIÓN DEL EFECTO DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO Y CRITERIOS DE VENTILACIÓN EN POSICIÓN PRONA**
G PERAITA, M ESPERATTI, N FUENTES, ME GONZALEZ, EM CORZO
- 0393 INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**
MJ BATTISTA, P NEIRA, E MONTEVERDE, V MOGRO
- 0396 GANGRENA PULMONAR A PROPOSITO DE UN CASO**
A ORTIZ, J ZAPATA, G TITUVEN, M CUELLO, A LUQUETTI, MA FLORES MONTES, J VOSS, M NAHRA, J MORENO, E CORTEZ

- 0397 NEUMONIA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR CHLAMYDIA PNEUMONIAE. REPORTE DE UN CASO**
MA FLORES MONTES, V AMAYA AKKUY, E DI VIRGILIO, G PIOVANO, A RODRIGUEZ, N LISTA, C CISNEROS, L DE VEDIA, R PRIETO
- 0432 CIRUGIA DE FUNDUPLICATURA COMO ALTERNATIVA PARA RESOLVER DESTETE DIFICULTOSO POR PARALISIS DIAFRAGMATICA UNILATERAL IDIOPATICA. (REPORTE DE CASO)**
E VERA MONFORT, G NIS, MJ OLEIRO, CA BASSANI ARRIETA

01/09/2018 - 12:15 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 26**Gestión / Seguridad / Bioética**

RINCÓN EDUCATIVO C

- 0010 NUEVA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO CRÓNICO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**
M EMMERICH, G OYHANARTE, A BRAVO, J GALVÁN, J LLUEN, F GUTIERREZ, R DAZZI, J MONROY, D TORRES, J GUZMÁN, T ROMERO, M ZAMBRANO, W FIGUEROA, V BARRAGÁN
- 0021 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS HORARIOS DE VISITA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN BUENOS AIRES**
E ESPARZA, M DEHEZA
- 0032 SHOCK ANAFILACTICO POR APLICACIÓN DE APITOXINA (REPORTE DE CASO)**
RDR LUCERO, JE GUTIERREZ ROMERO, MC MORENO, O CARAVELLO, M FRANCO, J LESCOANO, C PLAZA, E RODRIGUEZ
- 0046 UN EVENTO ADVERSO A FARMACO POR FRECUENTE**
A MARTINUZZI, P ROEL, M TONNELIER, S JARA, M CORNU, K SAIBAL, M SEPULVEDA
- 0050 INDICADORES DE CALIDAD EN INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD**
A FELDMAN, D VARELA, N FALCON PEREZ, G SIBILA, C PINO, N GUMIELA, S TOMAZ, D QUARANTA, S FREDÉS, N TIRIBELLI, M GUAYMAS
- 0171 FLEXIBILIZACION DEL HORARIO DE ACOMPAÑAMIENTO EN UNIDADES DE CUIDADOS CRITICOS**
DR CARRANZA, MA GARCIA, C FERREYRA, ML BUENO, PN TABORDA, A QUINTEROS, JJ ORTEGA, JD FERNANDEZ, MP RUIZ, RS ROJAS, N BONETTO, S CARRIZO, JC CELIA
- 0232 VALORACIÓN DE DOLOR EN UTI: BARRERAS Y ESTRATEGIAS DE MEJORA**
F CARINI, C GALVAN, S RODRIGUEZ, V VIAMONT, M GARBARINI

01/09/2018 - 11:15 a 12:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 27**Neurología**

RINCÓN EDUCATIVO D

- 0026 ENCEFALITIS AUTOINMUNE**
T VÉLIZ, M DUARTE MORÁN, MC MORENO, P PARDO
- 0054 MIOEDEMA Y SHOCK REFRACTARIO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE PANHIPOPITUITARISMO POR SINDROME DE SHEEHAN**
M PEREYRA, D CATALINI, M RÉ, E BRANDOLISIO, A ANZIANO, S PULCCINELLI
- 0062 HIPONATREMIA SEVERA ASOCIADA A SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CON LENTA RECUPERACIÓN**
M RÉ, G TORRESAN, N ACOSTA PEDEMONTTE, M ALBORNOZ, N ARBELAIS, N ROCCHETTI, C SETTECASE, B DANIEL

- 0133 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS CONTRA EL RECEPTOR N – METIL – D-ASPARTATO: DIAGNOSTICO Y MANEJO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.**
MB MOLINA, MC ORLANDI, R HERNÁNDEZ, PR VILLEGAS, J MÉNDEZ, V ALDANA, D JALILE, C BENITEZ
- 0153 GUILLAIN BARRE, PRELUDIO DE PATOLOGIA LUPICA. REPORTE DE UN CASO**
CA VILLANUEVA CARVAJAL, S PATZI, P CARDOZO
- 0165 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES CON TEC GRAVE EN EL HOSPITAL DE AGUDOS IGNACIO PIROVANO**
DN GAUNA, A FELDMAN, S GONZALEZ, B SAVASTANO
- 0188 15 AÑOS DE TROMBOLISIS INTRAVENOSA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO INTEGRAL DE NEUROLOGÍA VASCULAR**
J ROSALES, F RODRIGUEZ LUCCI, F CARPANI, S AMERISO
- 0192 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE: A PROPÓSITO DE UN CASO**
N LOPEZ, S LARDONE OLIVERA, J CORREA, G GALIANA, ME BAI-TAJI, P PACHECO, E MARI, M PENAZZI
- 0220 SÍNDROME DEL ÁREA MOTORA SUPLEMENTARIA POSTOPE-RATORIA (REPORTE DE UN CASO)**
JC GALARZA, B VARELA, D MAESTRE TORRES, MB VAZQUEZ, N POZO, N GRUBISSICH, J SALAZAR, D PINA, E CORREGER

01/09/2018 - 12:15 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 28**Neurología**

RINCÓN EDUCATIVO D

- 0001 A PROPOSITO DE UN CASO : MIELITIS TRANSVERSA**
E SIMES, S MERCADO
- 0055 STROKE RECURRENT EN PACIENTE ONCOLÓGICO**
S EIGUREN
- 0089 DISECCIÓN CAROTIDEA ESPONTANEA**
RD SIBOLDI, ME ECHEVERRIA, G GUSMAROLI, M LOTORTO, D HILEN, P URBINATI, D ROVIRA
- 0105 NIVELES DE CALCIO SERICO COMO PREDICTOR DE DETERIORO NEUROLOGICO SECUNDARIO A EXPANSION DE HEMATOMAS CEREBRALES INTRA PARENQUIMATOSOS ESPONTANEO**
F ACHARTA, A RAMOS, A DOGLIOTTI, C LOVESIO, D LATASA, M PEREZLINDO, J TOLEDO
- 0109 DEGENERACION COMBINADA SUBAGUDA POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y REVISION BIBLIOGRAFICA**
G TUTIVEN, M NAHRA, J VOSS, J MORENO, E CORTEZ, M FLORES, A LUQUETTI
- 0124 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN LA REPERFUSIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS EN UN CENTRO INTEGRAL DE NEUROLOGÍA VASCULAR**
MJ ALET, F RODRÍGUEZ LUCCI, S AMERISO
- 0132 ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF COMO SUPERPOSICION A SINDROME DE GUILLAIN-BARRE**
WE POZO SOTO, JL PACHECO, C MORENO, A LUZZI, P PARDO, C PLAZA, J LESCOANO, E RODRIGUEZ
- 0146 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN VENTANA EXTENDIDA. REPORTE DE UN CASO**
F CRUSAT, DM GARCIA, NM CIARROCCHI, JE SAN ROMÁN
- 0152 EXTREME DELTA BRUSH: PATRÓN ICTAL EN PACIENTES CON ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR ANTI-N-METYL-D-ASPARTATO**
F CABAÑUZ, F RODRIGUEZ LUCCI, A HLAVNIKA, N WAINSTEIN

01/09/2018 - 11:15 a 12:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 29**Shock / Sepsis**

RINCÓN EDUCATIVO E

- 0025 SÍNDROME DE SHOCK TOXICO. A PROPOSITO DE UN CASO**
GD ALMADA, MP ASURMENDI, VA DEMATTEIS, MG MUGAVERO
- 0076 BACTERIEMIA POR BACILLUS CEREUS EN PACIENTE CON HERIDA DE ARMA BLANCA ABDOMINAL**
NB ACOSTA PEDEMONTE, GV TORRESÁN, M ALBORNOZ, NS ARBELAIS, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0162 SHOCK HIPOVOLEMICO POR SCHWANNOMA ABDOMINAL, RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE URGENCIA**
A FLORES SEMPETEGUI, MC PALACIO, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, FE ZECHNER
- 0168 INTOXICACIÓN POR 3,4-METILENDOXIMETANFETAMINA (MDMA / "ÉXTASIS") CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE CON ECMO: REPORTE DE UN CASO**
I CARBONI BISSO
- 0202 CALCIFILAXIS (ARTERIOPATIA UREMICA CALCIFICANTE)**
VJ QUEVEDO CASTEDO, MM ESPEJO MENDOZA, G GALVAN, A MEDINA, A FIORANELLI, A CANO, W CHINCHE
- 0222 SÍNDROME CARCINOIDE Y SHOCK EN POSTOPERATORIO DE TUMOR PANCREÁTICO**
MG JACOB, F PERALTA MONTERO, AS CACERES, D NOVAES, L BRIA, D LÓPEZ CAMPOS, N VERGOTTINI, H VILLACRÉS, Y GONZALEZ, E BRAÑA, M TORRES BODEN, C COZZANI, G CUETO
- 0256 SHOCK DISTRIBUTIVO POSTERIOR A CIRUGÍA CONVENCIONAL DE QUISTE HIDATÍDICO**
VML FLORES CAZÓN, MB SOLA, DF BAZOALDO, M TORO
- 0338 SÍNDROME DE SENSIBILIDAD A DROGAS CON EOSINOFILIA DE EVOLUCION LETAL: CASO REFERIDO AL MODELO DE SECOND HIT**
M SINGH, JM SANCHEZ, P LAZARTE, N GONZA, P CELARIO, M CORTEZ
- 0394 USO DE ECMO ARTERIO-VENOSO EN PACIENTE CON SHOCK DISTRIBUTIVO SECUNDARIO A SÍNDROME DE LEAK CAPILAR IDIOPÁTICO: REPORTE DE CASO**
A MASSO, F ORTEGA, S DI STEFANO, S VENUTI, S GIANNASI, E SAN ROMAN

01/09/2018 - 12:15 a 13:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 30**Misceláneas**

RINCÓN EDUCATIVO E

- 0020 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE ASOCIADA A COLANGITIS BILIAR PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO**
JA RUSTJA, MD ESKINAZI, LR BENITO MORI, PJ SHOON, P JANCINTHO, M TORO, MC GONZÁLEZ
- 0049 ANALISIS DE 64 FIBROBRONCSCOPIAS FLEXIBLES REALIZADAS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA**
A FELDMAN
- 0108 COLAPSO DINAMICO EXCESIVO DE LA VIA AEREA EN PACIENTES CON EPOC**
A FELDMAN, N TIRIBELLI, M LOMPINZANO, G SIBILA, V NUNES, R OCHOA, S TOMAZ, M GUAYMAS
- 0144 INTERVENCION FONOAUDIOLÓGICA EN CUIDADOS CRÍTICOS: DISFAGIA SILENTE**
P LACOMBE
- 0150 COMA MIXEDEMATOSO: UN DESAFÍO EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO**
G PINTO, N PEREZ, V REYES, D RUIZ, M STEINHAUS, P BOSCHINI
- 0245 INSUFICIENCIA HEPÁTICA POR TALIO**
G GALINDEZ, L GIMENEZ, C VARGAS, G BREITLING, M MONTENEGRO, J POLLINI, J CASTAGNINO
- 0279 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO IDIOPÁTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO**
L NICASTRO, N SÁNCHEZ, V LUCIANO, N ZANCOCCIA, MG GUTIÉRREZ
- 0285 A PROPÓSITO DE UN CASO: INTOXICACIÓN AGUDA GRAVE POR ACETAMINOFENO**
S OJEDA, H AGUILAR, D PEREZ
- 0415 Pioderma gangrenoso a propósito de un caso**
J ROQUE RENDON, M SCAPPINI, MJ REBERENDO, A VAQUERA, N ROJAS, P LUCERO
- 0423 HALLAZGO INUSUAL CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ULTRASONOGRAFIA EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA**
JM PINA, G ZACALIK, M SANCHEZ, G PAGELLA, A PEREZ, F GALLIOTTI, M CARMONA

0001 A PROPOSITO DE UN CASO: MIELITIS TRANSVERSA

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

Introducción: La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria o infecciosa que afecta a la medula transversalmente, bloqueando así los impulsos que entran o salen de la medula. Habitualmente se presenta con dolor en abdomen o torax (dependiendo de la zona afectada), que evoluciona rapidamente con parestesias y parálisis, retención urinaria y pérdida de sensibilidad.

Dependiendo de la causa sera la recuperacion del paciente.

Caso clínico: Paciente 23 años, sin antecedentes, refiere comenzar 72 horas previas al ingreso a UTI con dolor abdominal continuo, que fue en aumento de intensidad en las últimas 24 horas, se acompaña de parestesias de ambos miembros inferiores con pérdida de sensibilidad dolorosa 5 en 10. Fiebre diaria constatada para lo cual recibí tratamiento antitérmico en su domicilio.

Se realizan laboratorios con colagenograma y pancultivos, punción lumbar donde informa 300 células a predominio mononucleares, HIV negativo. Comienza con tratamiento antibiótico con ceftriaxona más vancomicina. Presentando progresión de síntomas a parálisis de miembros inferiores, retención urinaria y trastornos intestinales (constipación), presentando fiebre diariamente de 39 °C. Luego de 48 horas de tratamiento se recibe informe de bacteriología: candida No albicans. Se inicia tratamiento con anfotericina B, con lo que a las 48 horas deja de tener episodios febriles, continuando con cuadro neurológico que progresa con pérdida completa de sensibilidad. El paciente evoluciona estable, cumpliendo tratamiento, es derivado para continuar tratamiento.

Conclusiones: Presentamos este típico caso de mielitis trasversa por candida no albicans en paciente inmunocompetente, dado a que es una enfermedad de etiología variada, lo más frecuente son las infecciones virales, Enfermedad de Lyme, LES. No es común que presenten este germen. Los pacientes pueden tener diferentes grados de secuelas, dependiendo de la causa etiológica, en este caso poco común.

0002 A PROPOSITO DE UN CASO : ABSCESO EPIDURAL

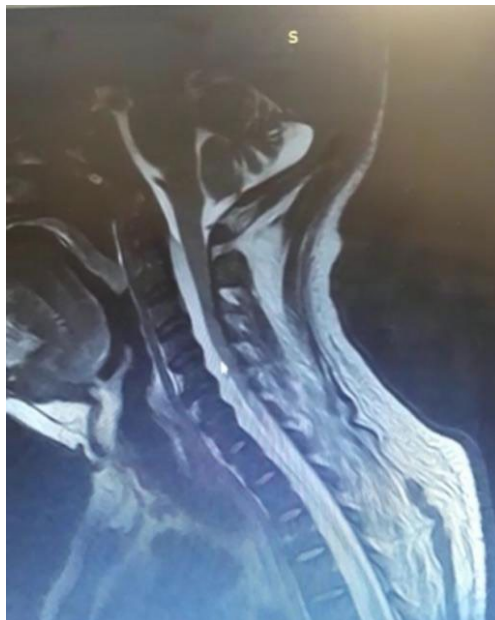
E SIMES(1), S PARESI(1), S MERCADO(1)
(1) Incor.

Introducción: El absceso epidural es una infección poco común del SNC, es una colección purulenta, localizada entre la duramadre y la columna vertebral. Se origina por simbra hematogena u ostiomielitis, el 50% de los pacientes son diabéticos y el germen más común es el stafilococo aureus. El cuadro evoluciona en cuatro estadios: dolor vertebral focal, radiculopatías - parestesias, déficit motor - sensitivo, parálisis. En el 60-70 % de los casos se constata fiebre.

Caso clínico: Paciente de 54 años de edad con antecedentes de diabetes, ingresa a Uti por presentar paraparesia de miembros inferiores, dolor y fiebre se 7 días de evolución, se realiza RMN donde se evidencia absceso epidural desde D10 a L 4, inicia tratamiento con vancomicina, ceftriaxona, metronidazol, se realiza drenaje quirúrgico, se rescata germen stafylococo metilino resistente. Presentando mala evolución requiriendo AVM, shock con necesidad de inotópicos, el cual luego de 4 días se logra estabilidad hemodinámica. Donde comienza con síndrome febril, con foco infección de herida quirúrgica, requiriendo de toilette quirúrgica, ARM prolongado, traqueotomía, destete difícil por miopatía del paciente crítico, luego de 40 días de internación pasa a sala común Vigíl, reponde órdenes, con paraparesia de miembros inferiores, traqueotomía y alimentación enteral.

Conclusiones: El absceso epidural es una enfermedad poco frecuente, potencialmente fatal de no realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento rápido, el cual puede producir un daño neurológico

irreversible con secuelas permanentes. El método diagnóstico de elección es la RMN, y el tratamiento es la laminectomía de urgencia con descompresión y drenaje.



0003 ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y MORTALIDAD DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DE ALTA DE TERAPIA INTENSIVA

A VAZQUEZ ORTPOEZA(1), B GARCIA(1), P ARANGO(1), HM PAZ(2), M DEHEZA(3)
(1) Sanatorio La Torre. (2) Rivadavia. (3) Sanatorio Vicente Lopez.

Introducción: El envejecimiento poblacional incrementa el ingreso de adultos mayores a las terapias intensivas (UTI). Es controversial la calidad de vida y funcionalidad posterior al egreso. El estudio muestra la experiencia en un sanatorio de Buenos Aires de la capacidad funcional y mortalidad al alta hospitalaria.

Objetivo: Analizar funcionalidad y mortalidad al egreso de UTI y alta hospitalaria en ≥60 años.

Diseño: Retrospectivo, descriptivo, observacional y trasversal.

Población: Universo de 420 pacientes de UTI ≥60 años en Buenos Aires año 2015. Se analizaron 100 pacientes con patología neurológica de ingreso. (PNI)

Criterios de inclusión: Pacientes ≥60 años internados en UTI por más de 72 hs. con PNI

Criterios de exclusión: Patologías terminales, pacientes < 60 años, postrados en cama sin patologías neurológicas.

Material y métodos: Escala de Barthel evaluación telefónica, Archivo de estadística, entrevistas telefónicas a los 6 meses de alta hospitalaria.

Estadística: Media DS, mediana (RI 25%-75%) y porcentaje.

Resultados: Sobre 420 pacientes (pac.) de UTI, fallecieron 28.3%, entre 80 y 89 años 36%, entre 70 a 79 años, 34%, de 60 a 69, 19% y ≥ 90 años 11%.

De 301 pasajes a sala fallecieron 57 pac. (18.9%). Sobre el egreso de UTI de 100 pac. con diagnóstico neurológico 17 sufrieron óbito hospitalario, 15 fallecieron en domicilio y 9 negaron su participación. De 59 pac. restantes con alta domiciliar fueron evaluados al 6to mes con la escala de Barthel: 29% presentaron dependencia total, 27% moderada, 25.4% leve y 18.6% independencia completa. Las

actividades mas comprometidas con incapacidad parcial o total : Comer 76%, Desplazarse 75%, subir y bajar escaleras 83%, uso de retrete 80.5 %, Aseo personal 78 %. Baño 73%, vestirse y desvestirse 85 %. Paradójicamente el 91.5% presento control de las heces.

Conclusiones: La mortalidad de UTI continua en piso y al egreso hospitalario, con una sobrevida menor a la mitad dentro de los 6 meses. En domicilio estos pacientes padecen severa incapacidad funcional que conlleva una gran carga asistencial familiar.

0004 REHABILITACION CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ¿EL ES-LABON PERDIDO DE LA CARDIOLOGIA?

GA MITILLI(1), G RAMALLO(1), N BUDASSI(1), F RITTER(1), M CHIUZZI(1)

(1) Higa Dr. José Penna.

Introducción: En las últimas cuatro décadas se ha reconocido a la Rehabilitación Cardiovascular (RCV) como un instrumento importante en el cuidado de los pacientes con enfermedad cardiovascular (primer causa de muerte a nivel mundial). Si bien su rol en la prevención secundaria de eventos cardiovasculares es reconocido y aceptado por todas las organizaciones de salud, la implementación de la RCV en la práctica clínica aún no está bien establecida, y sus beneficios no están ampliamente divulgados.

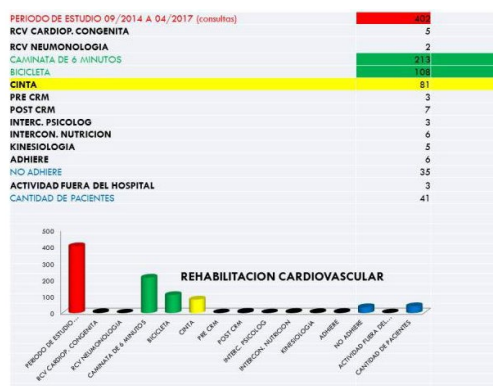
Objetivos:

- 1- Analizar características de pacientes derivados
- 2- Evaluar la tasa de utilización del recurso dentro del ámbito hospitalario
- 3- Describir la evolución de los pacientes admitidos

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes internados en el Servicio de Cardiología entre septiembre 2014 y febrero 2017, Se recogieron datos referentes a cantidad de pacientes derivados, edad, sexo, factores de riesgo, clase funcional, complicaciones, beneficios, y los mismos fueron registrados en bases de datos construidas con los programas MS EXCEL y LOTUS, y luego analizados con el programa estadístico Epi Info 6. Paralelamente se realizaron encuestas a profesionales de la salud con el objetivo de indagar la consideración de la RCV dentro de las opciones de tratamiento.

Resultados: Se evaluaron 943 pacientes internados en Unidad Coronaria. De estos, 397(42%) cumplían criterios de ingreso al programa, y sólo 52(13,1%) participaron activamente. Del total de pacientes ingresados al programa, 73.1% eran de sexo masculino y 26.9% femenino. La distribución de los factores de riesgo Cardiovasculares(FRC) fue: 86 % hipertensos, 51% diabéticos, 18% tabaquistas, 40.9% ex tabaquista. 20 pacientes completaron un período de 6 meses dentro del programa, (período considerado como meta). De estos, el 100% mejoraron su Clase Funcional, el 15% requirió de re internación y el 5% falleció. De las encuestas realizadas a profesionales de la salud, surgió que solo un porcentaje inferior al 9.6% consideran a la RCV dentro de las alternativas de tratamiento

Conclusiones: Se observa que un porcentaje muy bajo es remitido a RCV, la mayoría son hombres, todos abandonaron el tabaco, más de la mitad tienen factores de riesgo cardiovascular modificables. Los ex tabaquistas aumentaron de peso, a pesar de realizar actividad física. Un gran porcentaje mejoro su clase funcional. Los adherentes al tratamiento se beneficiaron con detección precoz de complicaciones, que fueron resueltas de forma inmediata. Se lograron disminuir los FRC modificables. La mortalidad durante el período de rehabilitación cardiovascular fue nula, lo cual refleja la seguridad de la terapia.



0005 ANÁLISIS DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN TERAPIA INTENSIVA

R ZAMBRANO(1), M DEHEZA(1)

(1) Sanatorio La Torre.

Introducción: La Limitación del esfuerzo terapeutico (LET) cada dia es mas frecuente en tetrapia intensiva, necesidad de un analisis de los factores intervienen en la toma de deciciones permitira una conducta bio etica y relación con la familia mejor.

Objetivo: Analizar la prevalencia y las variables mas comunes en la LET.

Población: Pacientes en terapia intensiva desde 1 de enero a diciembre del 2017. Criterios de inclusión: pacientes con limitación del esfuerzo terapeutico. Criterios de exclusion Pacientes menores de 18 años.

Material y método: Diseño: Descriptivo, observacional, transversal, variable dependiente LET, independiente: Demográficas co morbilidades, SOFA, patologia determinante de LET. Recoleccion de datos por formulario. Estadistica: estadígrafos, histogramas, tasas, porcentajes e índices, considerando una dispersión de la media de 1 DE. paquete estadístico Excel de Office 2007.

Resultados: 64 pac. 61 % mujeres una distribución n años , > 40 a 59 (3%), 40 a 59 años (4.6%), 60 a 79 años (44%), 80 a 89: (37.4%) y ≥90 (11%). El 98% de pac. sufrieron co morbilidades siendo lo mas frecuente: hipertensión arterial 56%, fibrilación auricular 19%, ACV 17%, postrados 11%. El 62% presento un SOFA entre 6 a 9 y un 36% ≥10.

La decisión familiar individual 20 pac. (31%) y conjunta con el medico 44 pac. (69%).

La disfunción multiorgánica (DMO) 42% fue la primera causa en la toma de decisión de LET. Seguidas por Sepsis 34%, ACV 17%.

Conclusiones: La LET es mas frecuente en mujeres mayores sa 60 años con antecedentes cardiovasculares, la falla multiorganica y la sepsis fue la razon mas prevalente para tomar la decision de limitar, siendo esta decisión mayormente tomada entre la familia y el médico.

0007 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SEDO ANALGESIA EN PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE (VM) CON ALTA Y BAJA PEEP

M DEHEZA(1), M ESCORCIA, A PEREZ(2), AM MEZA(3)
(1) Rivadavia. (2) Balestrini. (3) Alejandro Fleming.

Introducción: Se estudia si existen diferencias entre la VM y sedación con alta o baja PEEP (<10-≥10 cmHO2) que puedan complicar el pronostico.

Objetivo: Comparar las variables epidemiológicas en pacientes bajo sedo analgesia y VM entre grupos de baja PEEP < de 10 y alta PEEP ≥ 10cm H2O.

Material y métodos: Diseño: Estudio multicéntrico, comparativo, prospectivo y trasversal. Población 194 pacientes bajo VM en Terapias intensivas de CABA y Gran Buenos Aires, entre el 2010 al 2013. Variables intervinientes: demográficas, APACHE II, SOFA, Sobrevida, Días de VM, Estadía en UTI, Diagnóstico de ingreso a VM, Disfunciones Orgánicas, Modos de VM, valor de PEEP dividida en baja y alta, Uso protocolos de sedación, Interrupción de sedo-analgesia y nivel de RASS: categorizado en óptima sedación 0 a -2 infra sedación +1 a +4 y sobre sedación -3 a -5.

Análisis estadístico: media- DS, RI 25%-75% y porcentaje. Comparación de grupos Chi2, Test T o Wilcoxon según naturaleza, $p \leq 0.05$ significativa. Software STATA 14.

Resultados: 194 pacientes: 81% con PEEP <10. El grupo alta PEEP presento menor edad 63 ± 7 vs 58 ± 7 , $p: 0.07$. No encontramos diferencias en el APACHE II, SOFA, Sobrevida, Días de VM, Estadía UTI. El diagnostico mas prevalente de ingreso a VM con alta PEEP fue Distress respiratorio $p < 0,05$. La disfunciones multiorgánicas, junto al 85% que utilizo modo VCV no mostraron diferencias entre grupos, Los modos presión Soporte y Control fueron los más utilizados por el grupo baja PEEP, $p: 0.01$. El 84% de uso de protocolos de sedación, y el 81% de interrupción de sedación, junto al 38% de un RASS óptimo fueron mas observados en el grupo baja PEEP $p < 0,05$. El 25% utilizo objetivos por escalas con igualdad en ambos grupos.. La sobre sedación y las dosis mayores de Midazolam fueron mas registradas en el grupo de alta PEEP $p 0.08$

Conclusiones: Los pacientes con baja PEEP utilizan mas modos ventilatorios por presión y mayores cuidados en la sedación, los de alta PEEP utilizarón mas midazolam con sedaciones mas profundas. Sin observarse implicancias pronosticas.

0008 LA AGONÍA IRREVERSIBLE

J HONNORAT(1)

(1) Hospital Escuela.

Introducción: A pesar de la aplicación de índices de gravedad no es posible predecir mortalidad o sobrevida en un paciente individual. Esta incógnita nos llevó a investigar y establecer un indicador de Agonía irreversible que nos permitiera distinguir entre la continuidad de los esfuerzos terapéuticos y el "ensañamiento" inefectivo. Ya habíamos establecido que la mayoría de los pacientes críticos eran huéspedes agudamente inmunocomprometidos y que la hipoalbuminemia y la desviación izquierda del hemograma (Arneth) eran indicios de gravedad pero insuficientes para formular un pronóstico individual. Investigando tratamientos de la era preantibiótica encontramos que las puérperas con sepsis que desarrollaban espontáneamente un absceso mamario eran capaces de superar la infección. Se usaba Trementina subcutánea para provocar un absceso artificial con propósito curativo observándose un desenlace

fatal en las pacientes sin reacción. Esto motivó que evaluáramos la respuesta a la trementina de los pacientes hipoalbuminémicos con Arneth desviado.

Objetivo: Determinar en forma fehaciente la existencia de un estado agónico irreversible

Material y método: Se efectuaron determinaciones diarias de Albúmina plasmática y Arneth (segmentación nuclear del neutrófilo) a pacientes de UTI ingresados en 1980. A los que presentaron Albúmina menor de 2.60 g/L y Arneth menor de 260 se les aplicó 0.2 ml de Trementina subcutánea recibiendo una segunda dosis de 0.5 ml los que a las 48 hs. no habian tenido reacción.

Resultados: Se analizó el destino de 50 pacientes tomados al azar a quienes por Albúmina baja y Arneth desviado se les efectuó Test de Trementina, observándose que con Test negativo fallecieron 31 pacientes sin registrarse ninguna sobrevida (**Sensibilidad 100%**). Con Test positivo fallecieron 4 y sobrevivieron 15 (**Especificidad 89%**)

Conclusiones: En pacientes con Albúmina menor de 2.60 g/L y Arneth menor de 260: **A-** Un Test de Trementina reiteradamente negativo indica un estado agónico irreversible que justifica la interrupción de los esfuerzos terapeuticos **B-** Un Test de trementina positivo indica posibilidad de sobrevida y justifica la continuidad del tratamiento intensivo **C-** La aplicación de estos criterios tendrían una notable repercusión sobre la economía de la salud y los conflictos éticos y legales.



n = 50	Test de Trementina NEGATIVO	Test de Trementina POSITIVO
VIVOS	0	15
OBITOS	31	4

0009 HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES EN PACIENTE DE LA PATAGONIA CON INFECCIÓN POR VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS: REPORTE DE CASO

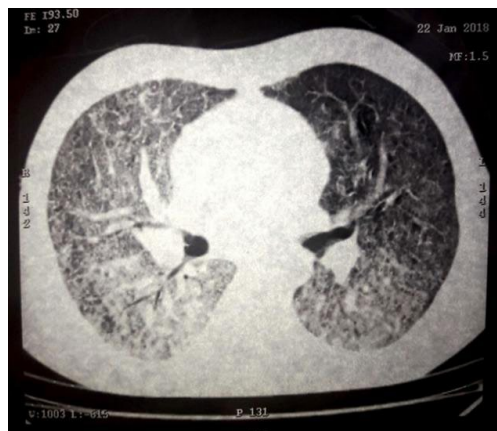
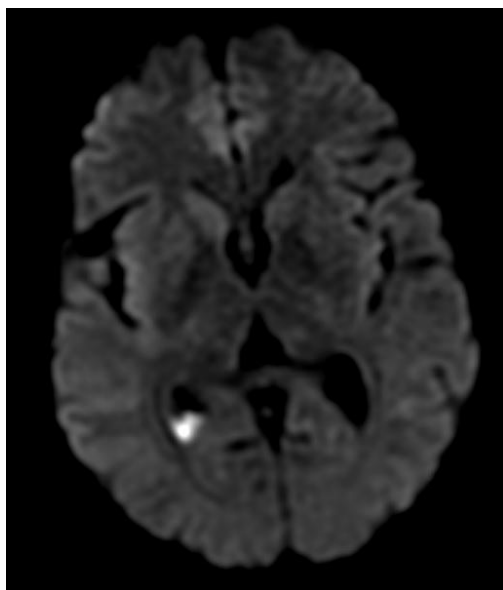
M HUNTER(1), G BADARIOTTI(1), B DE DIEGO(1), S BELTRAMINO(1), R SÁNCHEZ MARULL(1), C VERA OCAMPO(1)
(1) Sanatorio Mater Dei.

Introducción: Se presenta el caso de un paciente oriundo de Bolivia, residente en la Patagonia (Pico Truncado, Santa Cruz) por más de 30 años. Diagnóstico de shock séptico y sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Presentación del caso: Hombre de 50 años consultó por diarrea crónica. Videocolonoscopia (VCC) compatible con enfermedad de Crohn. Se internó en enero del 2018 en Comodoro Rivadavia donde recibió pulsos de corticoides. Evolucionó con fiebre e imágenes compatibles con engrosamiento del sigmoides. Se interpretó EIII grave y refractaria. Presentó hemoptisis e insuficiencia respiratoria con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y fue derivado a nuestra institución. Al ingreso, presentaba petequias en abdomen y miembros superiores. Tomografía computada de tórax con infiltrados bilaterales (Figura 1). Se realizó fibrobroncoscopia que descartó hemorragia alveolar y se tomó lavado bronquioalveolar (BAL). Videoendoscopia endoscopia digestiva alta (VEDA) mostró una duodenopatía inespecífica de donde se tomaron biopsias. En la VCC se vio pérdida del patrón vascular con friabilidad y erosiones de forma parcheada y asimétrica que se biopsiaron. La anatomía patológica confirmó la presencia de organismos parasitarios vinculables a *Strongyloides stercoralis* en BAL, así como en biopsias duodenales y colónicas. Se desestimó el diagnóstico de EII por lo que se suspendió el tratamiento con corticoides y se comenzó con albendazol e ivermectina, administrada por vía subcutánea por íleo grave. Dado el diagnóstico de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* en paciente HIV negativo se solicitó dosaje de virus linfotrópico de células T humanas (HTLV) I y II, positivo en título elevado. A pesar del tratamiento instaurado y la suspensión de la sedoanalgesia, el paciente persistió con cuadro clínico de encefalopatía sin causa clara. Punción lumbar y electroencefalograma normales. Se realizó resonancia magnética de encéfalo que evidenció imágenes compatibles con probable sedimentación de elementos larvarios (Figura 2). Egresó de nuestra institución para rehabilitación en centro especializado.

Discusión: Debido a la sospecha inicial de EII se demoró el diagnóstico de infección por *Strongyloides*. Además, el tratamiento inmunosupresor favoreció el desarrollo de hiperinfección por *Strongyloides*.

Conclusión: Se resalta la importancia de la historia clínica ya que, en este caso, conocer con exactitud la epidemiología fue fundamental para orientar el diagnóstico.



0010 NUEVA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO CRÓNICO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

M EMMERICH(1), G OYHANARTE(1), A BRAVO(1), J GALVÁN(1), J LLUEN(1), F GUTIERREZ(1), R DAZZI(1), J MONROY(1), D TORRES(1), J GUZMÁN(1), T ROMERO(1), M ZAMBRANO(1), W FIGUEROA(1), V BARRAGÁN(1)
(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: En las últimas décadas, con el advenimiento de nuevas intervenciones para los pacientes en las UCIs, se ha logrado disminuir la mortalidad inicial en mayor proporción de pacientes, pero aparece una nueva entidad: enfermedad crítica crónica, que se distingue, entre otras, por la dependencia de la ventilación mecánica en forma prolongada.

Desde el inicio de la década del 2000, comenzaron a expandirse en EEUU centros que brindan cuidados intensivos de largo plazo (más de 25 días): Long term acute care. En nuestro Centro, funciona desde agosto de 2017 una Unidad de paciente crítico crónico (UPCC), dedicada a la atención de estos pacientes.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de los pacientes ingresados a UPCC.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, de los pacientes ingresados a una UPCC desde su inicio en agosto de 2017 a marzo de 2018.

Se estudiaron variables demográficas y epidemiológicas, procedencia, diagnósticos, resultado, APACHE II al ingreso a Terapia Intensiva, score de comorbilidades de Charlson al ingreso a la UPCC, días previos en áreas críticas y de ventilación mecánica.

Resultados: Ingresaron 81 pacientes, fallecieron 37 (45,7%). De los restantes, 21 (25,9 %) permanecen internados, 7 (8,7%) fueron externados, 13 (16%) pasaron a sala y 3 (3,7%) volvieron a las áreas críticas de origen.

Procedencia: UCI: 40 pac (49,4%), UCO: 12 (14,9%) y ACV: 9 (11,2%). femeninas: 23 pac, APACHE II medio: 20,3 (IC 95%: 18, 4 - 22,2), Charlson medio: 6,2 (IC 95%: 5,5 - 6,9).

Promedios días previos estadía: 29,9 y días estadía en la unidad: 31,5, con 39 pacientes ventilados. Las categorías más frecuentes fueron: ventilación mecánica prolongada: 39 pac y neurológicos: 20 pac.

Discusión: Los resultados son comparables a los expuestos en la bibliografía, especialmente en relación con la mortalidad de este grupo de pacientes.

Cabe destacar que factores tales como las comorbilidades previas, edad, fragilidad, y las consecuencias de la enfermedad crítica, así como alteraciones endocrinológicas, bioquímicas, deterioro cognitivo, secuelas neurológicas, serán los puntos fundamentales para focalizar el tratamiento que mejorará la atención luego de la enfermedad crítica.

0011 ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN ESTENOSIS MITRAL SEVERA CON HIPERTENSION PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

AM SANCHEZ(1), SG CASTILLO(1), O MUÑOZ(1)
(1) San Bernardo.

Introducción: La hipertensión pulmonar por estenosis mitral corresponde al Grupo II de la clasificación de Dana Point, siendo esta la de mayor prevalencia, con pronóstico desfavorable asociado a Insuficiencia Cardíaca Derecha, suele presentarse clínicamente con disnea, ortopnea, edema de miembros inferiores, palpitaciones, etc. Siendo el presente caso de diagnóstico por patología no relacionada.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, 34 años de edad. Antecedentes: tabaquista 12 años, disnea CF II de 2 años de evolución.

MC: dolor abdominal, 12hs de evolución, localizado en FII intensidad 8/10. Al examen físico R1 y R2 NF, no se ausculta soplo, presencia de crepitantes bibasales, roncus dispersos, abdomen distendido, doloroso a la palpación en epigastrio y FII, intensidad 8/10.

Se decide laparoscopia exploradora que evidencia abdomen en blanco, egresa de quirófano en ARM, pasa a UTI.

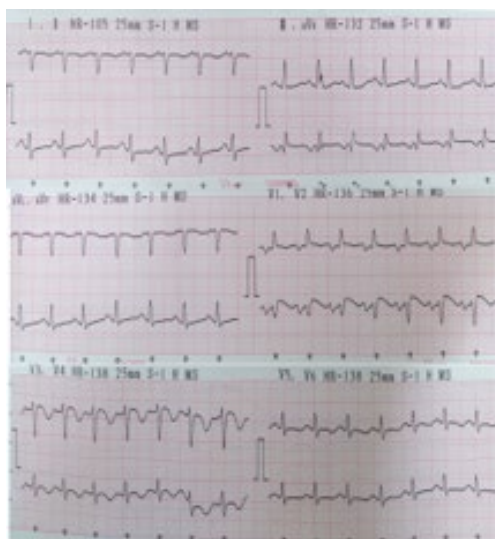
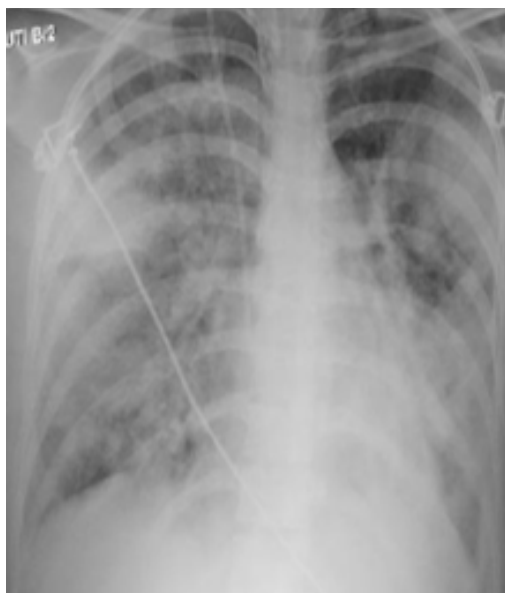
Ingreso a UTI: TA: 90/60, FC: 140, FR 16, T° 37,8, RASS -3, PAFI 137, SOFA: 7, requerimiento de drogas vasoactivas, oliguria primeras 24hs.

Exámenes complementarios: Laboratorio GB 14200mm³, PCT: 4.09ng/ml, BT: 3.01mg/dl (D 1.8) ProBNP: 14783ng/ml, Trop T: 327.2mU/ml.

Se decide colocar catéter de Swang Ganz que arroja PSAP: 85, PDAP: 42, PMAP: 57, PCP 26. Se ajustan vasoactivos y drogas inotrópicas. Ecocardiograma: Estenosis Mitral severa. Se decide Valvuloplastia Mitral con balón. Egresa de procedimiento sin mejoría de valores tensionales previos, se produce deceso 24hs posteriores.

Discusión: Dada la complejidad del caso se plantean múltiples diagnósticos diferenciales de ingreso, a saber: Insuficiencia respiratoria T I a SDRA. NAC grave, EAP, Infección por HANTA virus, Infección por PCP, HIV, Ins. Cardíaca de causa valvular, TBC. Abd. Agudo: Congestión hepática, TBC peritoneal, carcinomatosis, Abd. Agudo ginecológico.

Conclusión: Al contar con métodos complementarios se arriba a diagnóstico de Hipertensión Pulmonar por Estenosis mitral, asociado a Shock mixto (séptico - cardiogénico) con pronóstico desfavorable.



0012 USO DE FIBROBRONCOSCOPIO RÍGIDO COMO MEDIDA DE RESCATE EN OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA - PACIENTE DE 79 AÑOS DE EDAD EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO EN TRAQUEA

C CHAMBRE, F PALIZAS(1), J RODRIGUEZ GIMENEZ(1)
(1) Clinica Bazterrica.

Introducción: Paciente de 79 años de edad con trastornos deglutorios. Tras ingesta de alimentos sólidos, presenta insuficiencia respiratoria. Requerimientos de ventilación mecánica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 79 años de edad con trastornos deglutorios y demencia. Luego de ingerir alimento sólido (carne vacuna) presenta tos, cianosis y deterioro del estado neurológico. Por presentar cianosis y mala mecánica ventilatoria, se intenta intubación orotraqueal, resultando fallida. Por falta de visualización de la vía aérea, se realiza cricotiroidectomía y derivación. Ingresa hemodinámicamente inestable con requerimientos de vasoactivos. Se realiza laringoscopia, se procede a intubación orotraqueal. Se evidencian altas resistencias en la vía aérea, hipoxemia e inestabilidad hemodinámica y radiografía de tórax con atelectasia masiva derecha, engrosamiento mediastinal y estado ácido base con evidencia de acidosis respiratoria. Por sospecha de obstrucción en la vía aérea, se realiza fibrobroncoscopia rígida, con hallazgo de cuerpo extraño en tercio inferior de tráquea y ocupación de la totalidad de la carina. Se procede a extracción del mismo en su totalidad, con posterior mejoría hemodinámica y respiratoria.

Discusión: La broncoscopia rígida es considerada el gold standard para la extracción de cuerpos extraños, ya que provee la posibilidad de ventilar al paciente al mismo tiempo que se realiza el procedimiento, con menor probabilidad de obstrucción completa de la vía de conducción. Permite mejor manejo del cuerpo extraño, facilitando su ruptura y posterior evacuación. La estructura del broncoscopio rígido actúa como cuerpo hemostático mecánico y permite el pasaje de herramientas para subsanarlo. Generalmente, se elige su uso cuando se prevee que el uso del flexible será particularmente difícil o cuando ya ha fallado en una oportunidad.

Conclusión: La aspiración de cuerpos extraños hacia el árbol traqueobronquial es un problema común en adultos mayores con trastornos cognitivos, que conlleva a una alta morbilidad. Se requiere de un alto índice de sospecha clínica para realizar el diagnóstico. La broncoscopia rígida ha sido el procedimiento tradicional de elección para extraer los cuerpos extraños en vías aéreas, ya que permite el control de la vía aérea, una excelente visualización y una mejor capacidad de aspirar secreciones.



0015 EXTUBACION A PRESION POSITIVA: ¿ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO? ENSAYO CLINICO ALEATORIZADO DE NO INFERIORIDAD

MF ANDREU(1), P AGUIRRE(1), MN BERTOZZI(1), MG BEZZI(1), S BORELLO(1), GP CARDOSO(1), DR CASTRO(1), MF DE BENEDETTO(1), J DELLI CARPINI(1), PC DIB(1), VL DI GIORGIO(1), ME DOTTA(1), AM GALLOLI(1), SL GARCÍA SCHUSTEREDER(1), G MONTERO(1), FJ VILLALBA(1), JM CARBALLO(1), MP PEDACE(1), MC MARTÍN(1), C BROVIA(1), MC PITA(1)
(1) Santojanni.

Introducción: La literatura describe dos técnicas de extubación orotraqueal (EOT): tradicional y a presión positiva. Este procedimiento puede asociarse a diferentes complicaciones. Los estudios de laboratorio recomiendan la EOT a presión positiva. Previo a evaluar la superioridad y aplicabilidad de la EOT a presión positiva en la práctica clínica diaria, consideramos fundamental garantizar la seguridad de esta técnica.

Objetivo: Determinar la seguridad de la técnica de EOT a presión positiva (Te-PP) en comparación a la técnica de EOT tradicional (Te-Tra) en cuanto a la incidencia de complicaciones.

Material y método: Se incluyeron pacientes adultos críticos en ventilación mecánica entre enero 2017 y enero 2018, que cumplieron las condiciones para ser extubados. Fueron aleatorizados a Te-PP

(n=120) y Te-Tra (n=120). Se realizaron análisis secuenciales de no inferioridad y, si correspondiera, de superioridad. La Te-PP se consideró no inferior si el límite superior del intervalo de confianza para la diferencia absoluta de riesgo no excedió un 15% a favor del grupo Te-Tra, tanto en el análisis por protocolo (PP) como por intención de tratar (ITT). Se consideró significativo un p valor <0,05. Este trabajo se encuentra registrado en ClinicalTrials.gov.

Resultados: En el análisis principal (PP) se incluyeron 236 pacientes (119 en el grupo Te-PP y 117 en el Te-Tra). En el grupo Te-PP la incidencia de complicaciones generales, mayores, menores, neumonía, falla de extubación y reintubación fue menor a la observada en el grupo Te-Tra con significancia estadística de no inferioridad tanto en el análisis PP (p<0,001) como por ITT (p<0,001). La menor incidencia de complicaciones mayores observada en el grupo Te-PP alcanzó la significancia estadística para el contraste de superioridad, tanto en el análisis PP (p=0,028) como por ITT (p=0,049). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el contraste de superioridad para complicaciones menores, neumonía, falla de EOT y reintubación (p>0,05).

Conclusión: El presente estudio demostró que la Te-PP es una técnica segura y no es inferior a la Te-Tra respecto a la incidencia de complicaciones, de neumonía ni de falla de extubación y reintubación. Además, ha demostrado ser superior respecto al menor desarrollo de complicaciones mayores. Por este motivo, consideramos que dicha técnica debería ser utilizada en la práctica clínica diaria dentro de las unidades de cuidados críticos. Los resultados observados promueven que futuros estudios confirmen la superioridad de la Te-PP.

0017 INCIDENCIA SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN

A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), M TONNELIER(1), M CORNU(1), M SEPULVEDA(1), S JARA(1)
(1) Cmic.

Introducción: El síndrome de realimentación (SRA) se caracteriza por un grupo de alteraciones metabólicas (AM) que ocurren durante la realimentación, en pacientes con riesgo nutricional. Las alteraciones más frecuentes son la hipofosfatemia (HP), déficit de tiamina (B1), hipopotasemia (HK), hipomagnesemia (HM) e hipocalcemia (HC). Su incidencia oscila entre el 25-80%, dependiendo de la población y los criterios diagnósticos. Consideramos que "es una entidad infradiagnosticada" en nuestro medio.

Materiales y métodos: Trabajo observacional prospectivo, conducido en una UCI polivalente. Fueron elegibles pacientes que ingresaron durante 01/10/2017-28/02/2018. Criterios de inclusión: 1) Estancia en la UTI ≥7 días, presentaron o no riesgo de SRA, 2) Se pudieran registrar la totalidad de los datos. Exclusión: enfermos que permanecieron menos de 72 horas, y aquellos en los que faltaron datos. Objetivos: 1. Determinar la incidencia de SRA. 2. Determinar la incidencia de las AM. 3. Impacto atribuible en la evolución de los pacientes.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron a la unidad 192 pacientes, de los cuales cumplieron los requisitos para ingresar al estudio 61, por diferentes datos faltantes, se redujo a 52. Las características de estos se encuentran en la tabla 1. De la muestra presentaron factores de riesgo de SRA 73,1%, cumplieron criterios NICE 71,2%. Del total de la muestra presentaron SRA 67,3%. Respecto a las AM asociadas al SRA, estuvieron presentes en 66,7%, estas se distribuyeron como se observa en el gráfico 1. En la tabla 1, se encuentran datos comparativos entre pacientes con/sin SRA. En el gráfico 2 se encuentran los síntomas y signos compatibles con SRA.

Discusión: Hay una alta incidencia de SRA, estos pacientes son mayores, presentan mayor puntaje de scores pronósticos. Sin diferencia significativa en el riesgo nutricional. Se observó una alta incidencia de alteraciones metabólicas, siendo las más frecuentes la HM e HC y las mismas fueron rápidamente corregidas. Los pacientes con SRA presentaron mayor tiempo de internación, de AVM y marginalmente mayor mortalidad.

Conclusión: Es realmente preocupante la alta incidencia e impacto del SRA en la evolución de los pacientes. Este trabajo demuestra la importancia de su búsqueda sistemática y tratamiento oportuno.

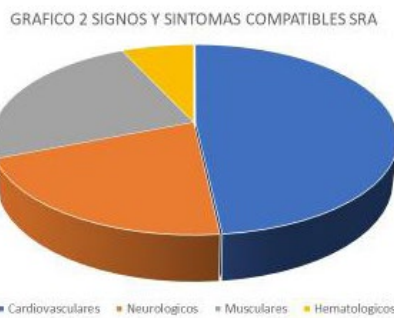
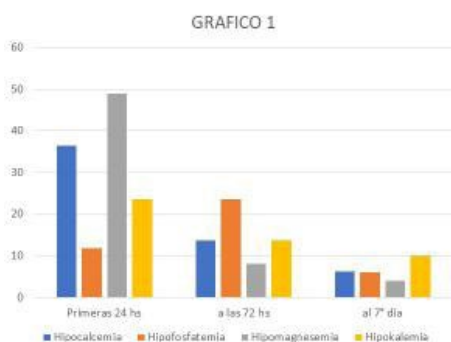


TABLA 1	TODOS (51)	SRA (35)	NO SRA (16)
EDAD	53,12+/- 18,75	58,7+/- 23	52,6+/-21
SEXO	Mujeres 39,2% (20) Varones 60,8% (31)	Mujeres 34,2% (12) Varones 65,7% (23)	50% (8)-50% (8)
Apache II	14,8+/-6,9	15,5+/-7,1	12,87+/- 6,3
SOFA	5,62+/-1,48	6,02+/-3,1	4,5+/-2,3
ICC	1,78+/-1,48	1,8+/-1,4	1,62+/-1,62
VGS	A 6% B 68% C 26%	8,6% (3) 68,6% (24) 22,9% (8)	0 68,8% (11) 31,3% (5)
MOTIVO INGRESO	Medico: 32%; Qx urgencia 12%; Qx programado 20%; Trauma 18%; Neurológico 14%	Medico 31,4%; Qx urgencia 20%; Qx programada 25,7%, trauma 14,3%, neurológico 8,6%	Medico 31,3%; Qx urgencia 12,5%; Qx programada 6,3%, Trauma 25%, neurológico 25%
PESO ACTUAL	71,56+/- 14,55	70,57+/-14,5	74,3+/-14,4
PESO HABITUAL	78,02+/-15,90	77,4+/-16,5	79,2+/-14,1
TALLA	1,68+/-0,07	1,68+/-0,07	1,68+/-0,07
IMC promedio	25,18+/-4,89	24,8+/-5,1	25,9+/-4,21
LOS UTI	19,3+/-23	23,2+/-15,81	17,16+/-16
LOS	25+/-20	30,5+/-33	21,87+/-21
INSTITUCIÓN AVM	55,1%	55,9%	50%
DIAS AVM	26+/-21	38+/-23	21+/-16
MORTALIDAD 28 días	Mortalidad 15,6% (8)	17,6% (6)	12,5% (2)

0018 PLASMAFÉRESIS TERAPÉUTICA EN PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDEMICA
A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), M TONNELIER(1)
(1) Cmic.

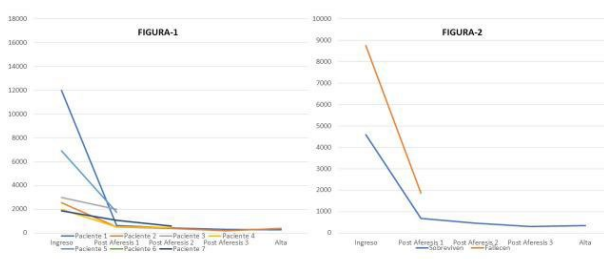
Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio del páncreas causado por diversas causas, entre ellas, la obstrucción del árbol biliar y el alcoholismo como las principales entidades. Este trabajo presenta la experiencia obtenida por el equipo tratante en el manejo de la PA secundaria a la hipertrigliceridemia (PAH), y su respuesta a la plasmaféresis (PF) como terapéutica específica.

Objetivo: 1) Incidencia de PAH, 2) Características clínicas y de laboratorio de los pacientes con PAH, 3) respuesta a la PF.

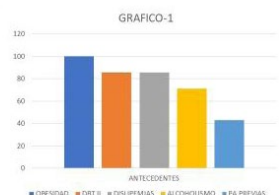
Materiales y métodos: Trabajo descriptivo, prospectivo. Se registraron los pacientes atendidos por PAH por el equipo tratante durante los años 2010-2017. Los resultados se exponen en forma de valores absolutos o porcentajes, según corresponda.

Resultado: Durante el periodo de observación ingresaron 3674 pacientes en la UCI, 42 (1,5%) con diagnóstico de PAG. De estos solo 7 PAH (16 %). Las características demográficas de la muestra están en la Tabla 1. Los antecedentes patológicos relevantes se ven en el Gráfico 1. El 60% de los enfermos evolucionó hacia la disfunción orgánica. La mortalidad fue del 42,9% y los 3 fallecimientos ocurrieron antes de las 48 horas de ingreso. Las características del régimen de plasmaféresis: velocidad de recambio 50 ml/min [mediana de las observaciones; rango: 45-55]. La cantidad de recambios por paciente mediana 2 rango:1-5, se empleó indistintamente como líquido de recambio plasma o albúmina+CLNA0,9%. La Figura 1 muestra el comportamiento de los TG luego de cada sesión de plasmaféresis. Se logró una reducción aproximadamente del 80% tras 2 sesiones de plasmaféresis. En los fallecidos no se pudieron lograr cifras de TGs menores de 1000 mg% tras la primera aféresis (FIGURA2). Los que fallecieron tuvieron valores mayores de TG al ingreso.

Conclusiones: En nuestra unidad los ingresos por PA son poco frecuentes, pero con una alta incidencia de PAH. Esta fuertemente asociada a obesidad, DBT II y dislipemias, esta presento elevada mortalidad, y se asoció a la falla en normalizar los valores de TG dentro de las primeras 48 hs.



Característica	Hallazgos
PAH	7/42 (16%)
Edad	40 ± 8 años
Sexo	Varones: 5 Mujeres: 2
Días de estancia en UTI	6 días (Mínimo: 2; Máximo: 16)
Apache II	Ingreso: 12 ± 5 A las 48 horas: 17 ± 14 D = +5
Ranson No Biliar	Al ingreso: 3,1 ± 2 A las 48 horas: 3,6 ± 1,2
Triglicéridos séricos	6380 ± 5727 mg% Presente: 3/5 (60%)
Disfunción orgánica	Presente: 3/7 (42,9%)
Necesidad de AVM	Presente: 3/7 (42,9%)
Mortalidad	3/7 (42,9%)



0019 UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMOPERITONEO

A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), M TONNELIER(1), S JARA(1), K SAIBAL(1), M CORNU(1)
(1) Cmic.

Introducción: A nivel mundial se ha informado hasta 90 % de casos de hemoperitoneo de origen traumático debido a trauma abdominal cerrado con lesión de órganos sólidos, especialmente hígado o bazo. Siendo menos frecuente su origen no traumático (HNT), lo cual representa un verdadero problema diagnóstico cuando se produce.

Caso Clínico: Paciente de 60 años obeso mórbido, consulta inicialmente por dolor abdominal de inicio en hipocondrio derecho hacia epigastrio, durante la evaluación se descarta síndrome coronario. Progresa con disfunción renal (creatinina >2) en anuria sin respuesta a expansión con cristaloides sin respuesta, por lo cual es derivado a nuestra institución. Donde luego presenta aumento de transaminasas >1500 e hiperbilirrubinemia. Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste EV que informa líquido perihepático, subhepático, subdiafragmático, periesplénico y con extensión a corredera parietocólica con densidad aumentada (presuntamente hemático). Se realiza ECOFAST donde se corrobora abundante líquido libre en cavidad y se punza bajo guía ecográfica, obteniendo líquido hemorrágico. Es evaluado por cirugía que realiza laparotomía exploradora donde evidencia sangrado en región subhepática y subfrénica derecha donde se observa varice sangrante de mesocolon que se sutura con buen control de la hemostasia. Regresa inestable bajo AVM, presenta luego disfunción orgánica múltiple, y luego 72 hs presenta paro cardiorespiratorio y obita.

Discusión: La causa más frecuente de HNT es de origen ginecológico (embarazo ectópico roto), se han descrito otras causas de HNT como aneurismas congénitos (arteria esplénica), ruptura de tumores sólidos (hepáticos), hemorragia varicosa (hipertensión portal) o alteraciones de la coagulación (hemofilia). Es esencial el diagnóstico precoz del cuadro sindrómico del paciente y la intervención terapéutica temprana.

Conclusión: En pacientes con abdomen agudo que se encuentran hemodinámicamente inestables (hipotensión, taquicardia, mala perfusión periférica con fiebre y leucocitosis) como primera medida se debería solicitar interconsulta urgente con cirugía general cuya exploración quirúrgica nos permitirá definir la etiología del hemoperitoneo y corregir la causa. Este caso nos sirve en nuestra experiencia para agregar a la varice de mesocolon como causa de hemoperitoneo no traumático.

**0020 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE ASOCIADA A COLANGITIS BILIAR PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

JA RUSTJA(1), MD ESKINAZI(1), LR BENITO MORI(1), PJ SHOON(1), P JACINTHO(1), M TORO(1), MC GONZÁLEZ(1)
(1) H.i.g.a. Dr. Prof. Luis Guemes De Haedo.

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) presenta una clara y frecuente relación con enfermedades autoinmune. Es razonable suponer que la anemia hemolítica autoinmune (AHA) pueda estar asociada, sin embargo hasta la fecha hay pocos casos reportados en la literatura.

Reporte de un caso: Paciente femenina de 38 años, consultó por ictericia de 48 horas de evolución. Examen físico: ictericia, taquipnea, taquicardia y tendencia al sueño. Laboratorio: hematocrito (Hto) 18 %, hemoglobina 6 g/dl, plaquetas 195.000 k/uL, aspartatoaminotransferasa (GOT) 639 U/L, alaninoaminotransferasa (GPT) 416 U/L, bilirrubina total 31.40 mg/dl, Bilirrubina directa 20.58 mg/dl, fosfatasa alcalina 107 U/L, lactato deshidrogenasa (LDH) 522 U/L, Tiempo de protrombina 14.5 segundos, KPTT 32 segundos y albuminemia (Alb.) 2.5 g/dl.

Prueba de Coombs directa e indirecta positivas. Ecografía: hígado heterogéneo difuso, vesícula y vía biliar normal. Se diagnostica anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes (sin poder descartarse fríos) e inicia metilprednisolona.

El 2º día deteriora clínicamente, laboratorio: GOT 1480 U/L, GPT 507 U/L, Hto 1,2%, LDH 3255 U/L, Alb 1,5 g/dl, anticuerpos: antinuclear (ANA) positivo, anti-mitocondriales (AMA) negativo. Fallece por anemia hemolítica aguda.

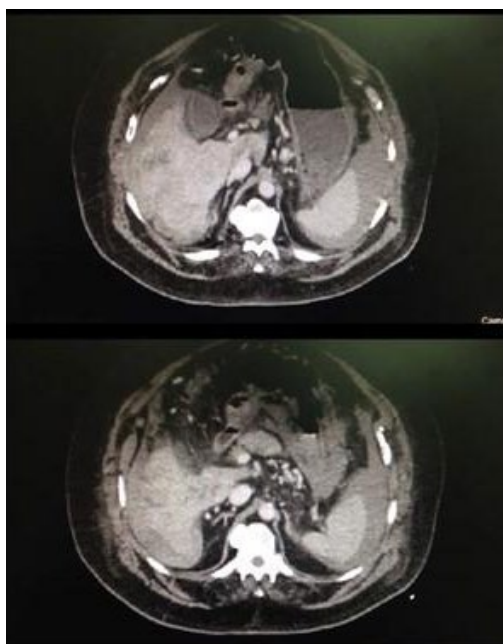
Biopsia hepática postmortem: Colangitis biliar primaria.

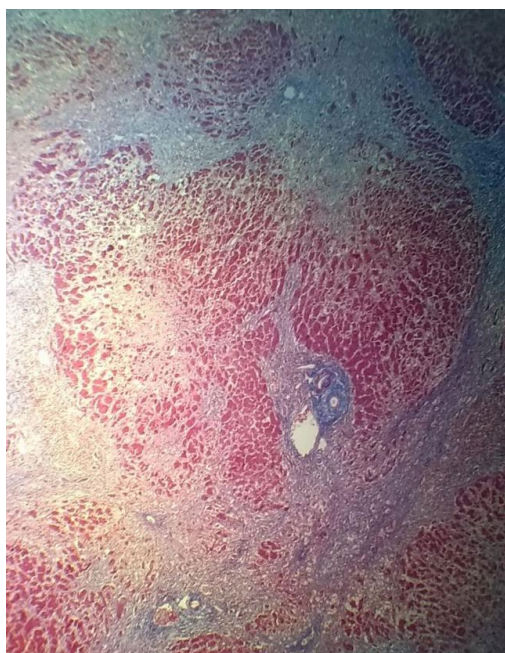
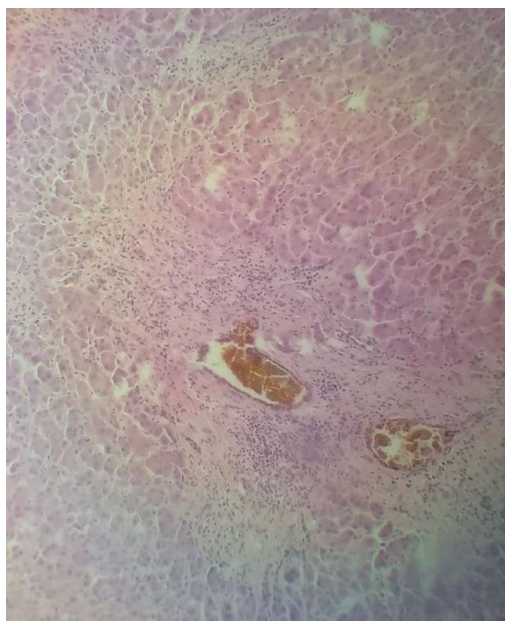
Discusión: La CBP presenta AMA positivos en el 90% y los ANA son específicos en más del 95% de los casos con baja sensibilidad y podrían indicar un curso más agresivo.

Se ha documentado la disminución de la supervivencia de los eritrocitos en asociación con la hepatopatía crónica. En el caso de pacientes con CBP ha sido descrita la asociación con AHA. Estos pacientes podrían tener una predisposición a la producción de anticuerpos contra los glóbulos rojos, tanto por la CBP como por la predisposición autoinmune subyacente del paciente. En este caso lo que motiva el ingreso y óbito de la paciente es la AHA aguda.

Conclusión: La combinación de CBP y AHA presenta una dificultad diagnóstica ya que el aumento de los niveles de Bt, podría suponerse como un empeoramiento de la primera.

Aunque rara vez se ha descrito esta asociación, la anemia aguda y Bt elevada fuera de proporción en relación a la FAL, deberían impulsar la investigación de la hemólisis para acelerar el diagnóstico y tratamiento.





0021 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS HORARIOS DE VISITA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN BUENOS AIRES.

E ESPARZA(1), M DEHEZA(1)
(1) Sanatorio La Torre.

Objetivo: Analizar y validar encuesta de satisfacción de los familiares de pacientes en terapia intensiva sobre el horario y tiempo de visitas.

Material y métodos: Diseño: Prospectivo, observacional, tipo cuestionario, encuesta auto suministrado en validación piloto (Anexo 1) Población: 45 Familiares de pacientes internados en terapia intensiva (UTI) en Vicente López entre junio y noviembre de 2017.

Criterios de inclusión: Familiares de paciente en UTI, capaces de responder a un cuestionario por única vez, y que accedan voluntariamente al mismo.

Criterios de exclusión: familiares que se rehúsan al cuestionario.

Estadística: datos demográficos como medidas de tendencia central y medidas de dispersión para los datos continuos, y en proporciones para los datos categóricos. Planilla de Excel analizada con STATA 14.2. Cuestionario fiabilidad Alpha de Cronbach 87%, se determinó la validez interna con modelo factorial, con fuerte correlación. Análisis de componentes dividió el cuestionario en 2 dimensiones.

Resultados: 45 encuestas contestadas por 68% hombre de edad promedio 50.8 años, la edad media de los pacientes 74 años, procedentes de PAMI provincia de Buenos Aires.

Las respuestas del cuestionario:

- Horario de visita adecuado Al 69% ($p < 0.05$) estaba de acuerdo entre las 11 y las 12 hs y 18 a 19hs.

- Realizar cambios de horario de visitas estuvo en desacuerdo 68,69% (< 0.05).

- ¿Cuánto tiempo considera el más adecuado para permanecer con su familia en UTI?: 64,45% consideró entre 30 min y 60min. y el 35,56% entre dos horas o más.

- Si resultaban adecuadas las vistas abiertas entre las 10 a 23 hs en la UTI., el 53% de acuerdo y 47% en desacuerdo ($p.NS$).

- Si resultaba adecuado acompañar a su familiar durante las horas de la noche en la UTI, muy y de acuerdo el 64% , en desacuerdo 52% ($> p.NS$).

- El familiar estaría de acuerdo en tener una participación activa en el cuidado y rehabilitación de su familiar en UTI: muy y de acuerdo el 75% en desacuerdo el 25% ($p .0.05$)

- A su familiar internado le resultaría agradable la presencia de visitas por periodos prolongados de tiempo: muy de acuerdo y de acuerdo el 68,42% en desacuerdo y muy en desacuerdo el 31,58% ($p.<0.05$).

Conclusiones: La encuesta validada determinó que: Las visitas a predominio de varones estaban conformes con los horarios actuales reducidos sin querer cambios en los mismos, paradójicamente reconocen la mayoría, los beneficios de visitas más prolongadas con presencia más activa en la rehabilitación.

0024 SÍNDROME NEFRÍTICO EN PACIENTE CON DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL

PM GINA ALEJANDRA(1)
(1) Clínica Santa Isabel.

Introducción: El síndrome nefrítico con proteinuria, hipertensión arterial, edemas, hematuria y falla renal aguda es un motivo de ingreso frecuente en unidad de cuidado intensivo, la etiología de la falla renal en muchos de estos casos no es clara, la existencia de un shunt plantea la necesidad de descartar la presencia de enfermedad por inmunocomplejos

Presentación de caso: Paciente mujer de 78 años con antecedentes de hemorragia subaracnoidea aneurismática con tratamiento quirúrgico, complicada con hidrocefalia y requerimiento de derivación ventrículo-peritoneal en 2012. Ingresó a UTI por síndrome nefrítico. Presenta IRA, edema agudo de pulmón, proteinuria y hematuria, sin esquistositos en frotis de sangre periférica, E coli en urocultivo y requerimiento dialítico. En el laboratorio hipocomplementemia, sin obstrucción de vía urinaria o alteración en doppler renal, por lo cual se realiza biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa en-

docapilar difusa, se realiza tratamiento antibiótico por la infección urinaria y posterior retiro de drenaje ventricular, con normalización de la función renal.

Discusión: La glomerulonefritis por shunt es una entidad de baja frecuencia ocurre en 0.7-2.2% de las infecciones por shunt (3-11%), debe ser sospechada en pacientes con derivaciones ventriculares de larga data para impedir el subdiagnóstico. Puede presentar cultivos negativos (hemocultivo, cultivo de LCR y de catéteres) y parte importante del tratamiento consiste en la extracción del shunt.

Conclusión: Presentamos un caso de glomerulonefritis por shunt con un periodo de latencia de 5 años desde la colocación de la válvula al inicio de los síntomas, sin rescates bacteriológicos, cuyo diagnóstico fue confirmado por biopsia renal.

0025 SINDROME DE SHOCK TOXICO. A PROPOSITO DE UN CASO

GD ALMADA(1), MP ASURMENDI(1), VA DEMATTEIS(2), MG MUGAVERO(1)

(1) Interzonal De Junin. (2) Clínica La Pequeña Familia.

Objetivo: Presentación de un caso clínico de Shock en una niña de 5 años 1 mes en la que se realizó el diagnóstico de Síndrome de Shock Tóxico.

Introducción: El Síndrome de Shock Tóxico es una enfermedad aguda y progresiva mediada por toxinas producidas por algunas cepas de *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*, caracterizado por fiebre, compromiso cutáneo mucoso, hipotensión y falla multiorgánica.

Descripción: Paciente de sexo femenino, 5 años, peso adecuado, vacunas completas, antecedente de Sibilante Recurrente, sana previa, que ingresa por un cuadro de 48 hs de evolución de Fiebre, tos productiva, vómitos, decaimiento. Se interna con diagnóstico de Neumonía Izquierda y Desaturación. SV: T 38,4°C, Sat AA 88%, FC 140x', FR 48x', TAS 100 TAD 50, relleno ungueal <2", pulsos periféricos positivos y simétricos, normohidratada, reactiva. Se realiza RX Tórax F: block de condensación en LII, HCX2, Lab: Hto 36%, Hb 12 gr/l, GB: 8.700(73/22), VES 52, Plaquetas 160.000, Urea 28, Creat 0,50. Se medica con: O2 CN, Ayuno, Ranitidina, HP NB, Ceftriaxona 80 mgr/k/día EV. A las 36 hs de internación permanece febril, con aumento del requerimiento de O2 por CN, FC 130x', FR 40x', TAS 95 TAD 50, relleno ungueal <2", PP+ y simétricos, normohidratada, reactiva, ligero rash escarlatiniforme no pruriginoso en cara anterior del tórax, menor entrada de aire en base izquierda, refiere dolor pleurítico, por sospecha de complicación con Derrame Pleural se realiza: RXToraxF: ídem anterior, Eco Pleura: sin derrame pleural, Lab: Hto 33% Hb 11gr/l, GB: 5.900(81/15), Plaquetas 160.000, VES 77, TP 63%, KPTT 42". Continúa con las mismas indicaciones. Durante las siguientes 12 hs persiste febril pero agrega exantema macular difuso, no pruriginoso que se extiende hasta por debajo de las rodillas, normotensa, normoperfundida, mucosas ligeramente secas, refiere sed y dolor pleurítico, por lo que por sospecha de Síndrome de Shock Tóxico pasa a UTIP: T38, 3°C, Sat 93% con 3 l O2 por CN.... MR 12l Sat 97%, FC 138x', FR 48x', TAS 90 TAD 45, PP+ y simétricos, relleno ungueal <2", se realiza Expansión con SF 20 ml/k EV en 1 hora, y mientras tanto se realiza: Eco Pleural: 27 mm de despegamiento izquierdo, HCX2, Lab: Hto 32%, Hb 10 gr/l GB: 9.200 (82/18), VES 90, Plaquetas 213.000, Urea 22 Creat 0,48 Na 141, K 3,3 Cl 107, Ca 8,8, Mg 2, P 3,7, TGO 22, TGP 10, Albumina 3,3; EAB: 7,21/37/108/14/-11/97%. Se mantienen medidas de sostén y a las 5 hs ingresa a Quirófano donde se extraen 600 cc de material purulento y se coloca tubo de avenamiento pleural izquierdo. Se agrega Clindamicina 30 mgr/k/día EV al esquema antibiótico. A las 12 horas en UTIP febril, Sat 99% (10 l O2), FC 80x', FR 20 x', TAS 105 TAD 60, relleno ungueal <2", PP+ y simétrico, reactiva, vigíl, comienza con líquidos por VO, tubo de avenamiento oscila con 200 cc debito purulento. Continúa con Ceftriaxona y Clindamicina.

na. A las 36 hs continua febril, Sat 97% (1 l O2), FC 82x', FR 18x', normotensa, normohidratada, normoperfundida, reactiva, vigíl, sin vómitos, tubo con escaso debito purulento; se recibe informe Cultivo Líquido Pleural + *Streptococcus pyogenes*, Hemocultivo ½ + *Streptococcus pyogenes*. Ceftriaxona + Clindamicina, pasa a Sala General. Permanece 48 hs con Fiebre, O2 por CN, se retira el tubo de avenamiento, sin vómitos. Al 6° día de internación la paciente se encontraba AFEBRIL, NORMOTENSA, SAT AA 98%, NORMOHIDRATADA, NORMOPERFUNDIDA, BEG, permanece internada para completar 14 días de Antibióticos EV totales.

Conclusión: Ante la sospecha de un Síndrome de Shock Tóxico, independientemente del agente etiológico, debe iniciarse el tratamiento correspondiente lo antes posible: REANIMACION CON LIQUIDOS/ eventual soporte con Inotrópicos/ toma de cultivos/ inicio de Antibióticos de amplio espectro: Clindamicina 30 mgr/k/día + Penicilina 300.000 mgr/k/día/ evaluación quirúrgica para posible drenaje del foco.

0026 ENCEFALITIS AUTOINMUNE

T VÉLIZ, M DUARTE MORÁN(1), MC MORENO(2), P PARDO(2)
(1) Sanatorio Dr. Julio Méndez. (2) Sanatorio Dr. Julio Méndez.

La encefalitis autoinmune es la inflamación del parénquima y estructuras cerebrales con una incidencia de 5-10 casos por cada 100.000 habitantes por año.

Etiología múltiple, siendo el 40% de causa infecciosa y las no infecciosas incluyen la para-neoplásica, idiopática y autoinmune.

Clínicamente se caracteriza por un trastorno debilitante rápidamente progresivo, de menos de 6 semanas con alteración de la conducta, excitación psicomotriz, deterioro del sensorio, alteraciones autonómicas y pleocitosis en LCR, junto a la RMN, EEG, el PET corporal total, permite marcar las zonas afectadas en el parénquima cerebral.

Femenina de 62 años, autoválida con antecedentes de hipertensión arterial, enolista, consulta a guardia por presentar hace 72 hs hipersomnia, debilidad generalizada, con posterior caída de su propia altura, dudoso traumatismo encefalo craneano, evoluciona con desorientación temporo-espacial, excitación psicomotriz, sin foco motor y TAC de encefalo que descarta patología aguda, laboratorio normal, tóxicos en orina negativos, ingresa a unidad cerrada. Se realiza punción lumbar con celularidad normal, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia, se interpreta como encefalitis viral realizando tratamiento con aciclovir sin mejoría, por lo que al 7mo día se realiza RMN de encefalo que evidencia imágenes de señal hipertensa en Flair y T2 en región cortical, y sustancia blanca subcortical bihemisférica y EEG con signos de actividad comicial occipital bilateral inicia tratamiento con levetiracetam. Intercurre con shock séptico a foco respiratorio/urinario requiriendo soporte hemodinámico, respiratorio y tratamiento antibiótico con resolución del cuadro. Se solicitó evaluación por el servicio de neurología realizándose determinación de anticuerpos y serologías en LCR los cuales fueron negativos. Se reinterpreta como encefalitis autoinmune iniciando metilprednisolona evolucionando con recuperación ad integrum. Se efectúa a los 30 días el PET corporal total evidenciándose hipometabolismo cortical frontoparietal bilateral y temporal derecho compatible con encefalitis autoinmune y descartándose causa para-neoplásica.

El diagnóstico se realiza con mayor frecuencia debido al desarrollo de más estudios diagnósticos y mayor conocimiento de la misma. La determinación de Ac. no debe retrasar el tratamiento, ya que es una condición relativamente reversible y tratable. Presentamos este caso para enfatizar que es una patología tratable de diagnóstico complejo que con tratamiento oportuno hay mejoría en los resultados.

0027 TORAX INESTABLE EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO

M GAMERMAN(1), E ROMERO(1), A SALVADORES(1), D TERESA(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: El tórax inestable (TI) es una entidad de baja incidencia en pediatría. Se presenta cuando existe fractura de 3 o más costillas, en 2 o más sitios, dando resultado a un movimiento paradójico del tórax afectado.

Caso Clínico: Niña de 9 años, con trauma cerrado de tórax por caída de caballo. Se objetiva deformidad, asimetría torácica izquierda y respiración paradójica. Índice de trauma pediátrico 7. Se coloca a la paciente en asistencia ventilatoria mecánica en forma electiva. TC de tórax: fracturas costales desde 2da a 7ma izquierda, arcos medios y anterior, determinando hundimiento y deformidad, hemo-neumotórax y contusión pulmonar bilateral. Se coloca tubo de drenaje pleural. Pafi 422 IO 2. A las 72 hs se decide conducta quirúrgica. Se realizó osteosíntesis de costillas 3 a 7. A las 24 hs se extuba, VNI electiva y analgesia. Se suspende VNI a las 24 horas. La paciente evoluciona favorablemente.

Discusión: No existe consenso en cuanto al tratamiento del TI en la edad pediátrica. En adultos el tratamiento se ha enfocado al manejo no quirúrgico, dirigido a mantener una adecuada ventilación e higiene pulmonar. La presencia de contusiones pulmonares con impacto clínico y las lesiones traumáticas de otros órganos retrasan la conducta quirúrgica. Avances han demostrado que el manejo quirúrgico temprano mejora los resultados, reflejado en la rápida liberación de AVM, menor tasa de complicaciones y alta hospitalaria precoz.

Conclusión: Consideramos que la estrategia de resolución quirúrgica temprana permite un mejor manejo del dolor, reduciendo la estadía hospitalaria y complicaciones.

0028 ROHHAD. REPORTE DE CASO

PC RICCIO(1), V DE DONNA(2), W BARBOSA(2), E SALAZAR(2), MF PODESTA(2), K CINQUEGRANI(2), MS GALVEZ(2), M RABINO(2), A PICCIRILI(2)
(1) El Cruce Samic. (2) El Cruce.

Introducción: Patología infrecuente. Síndrome caracterizado por obesidad de rápido comienzo, disfunción hipotalámica, hipoventilación central progresiva y disregulación autonómica.

Presentación de caso: Paciente de sexo masculino de 11 años de edad que ingresa con diagnóstico de encefalitis e insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica. Se descarta etiología infecciosa. Se desvincula al 5to día, evidenciando posteriormente debilidad muscular generalizada y persistente de miembros y tronco, con hipoventilación alveolar e hipercapnia sostenida. Presenta bradicardias reiteradas y persistentes. Durante el holter se observa Qt largo y episodios alternantes de fibrilación auricular que se tratan con teofilina.

Para descartar patología degenerativa se realiza Resonancia magnética de encéfalo, sin observar imágenes patológicas.

Antecedentes:

- Obesidad (índice de masa corporal 31), con ganancia de peso progresiva desde los 3 años.
- Múltiples internaciones por episodios de debilidad generalizada interpretados como mielitis autoinmune.
- Hipotiroidismo central.
- Diabetes insípida en tratamiento con agua libre.

Con todos estos datos se arriba al diagnóstico de Síndrome de ROHHAD.

Discusión: Patología de instauración progresiva, de inicio cercano a los 2 años con obesidad de rápida evolución e hipoventilación alveolar que se agrega a los pocos meses. Evoluciona en forma progresiva hacia disfunción hipotalámica y disregulación autonómica.

Habitualmente presentan requerimiento de ventilación a presión positiva. La principal causa de muerte es falla respiratoria.

Conclusión: Se trata de una patología de presentación infrecuente y diagnóstico tardío debido a la progresión lenta de los síntomas. Es necesario contar con grupo interdisciplinario para correcto diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

0029 TUMOR DE POTT

PC RICCIO(1), M LANGARD(2), P DELGADO(2), MF PODESTA(2), MS GALVEZ(2), A MARTI(2), K CINQUEGRANI(2)
(1) El Cruce Samic. (2) El Cruce.

Introducción: Osteomielitis del hueso frontal con absceso subperióstico, generalmente asociado a sinusitis frontal. Por extensión: celulitis orbitaria, infección intracraneal (meningitis o absceso) y trombosis del seno venoso.

Presentación de caso: Paciente de 13 años que ingresa con diagnóstico de Meningoencefalitis, sin rescate de germen. El cuadro clínico comenzó 5 días previos con fiebre, convulsiones y petequias. Desarrolla dentro de las 24hs edema y signos de flogosis en región ocular izquierda, con alteración de la movilidad ocular. Presenta episodios de excitación psicomotriz, con desorientación témporo espacial. Se realiza resonancia magnética de encéfalo evidenciando edema con realce de la corteza cerebral frontal e insular izquierda, tras la administración de contraste, compatible con proceso infeccioso. Marcado realce meníngeo bifrontal a predominio izquierdo con pequeña colección subdural. Falta de relleno de la vena oftálmica superior izquierda compatible con trombosis.

Se realiza tratamiento antibiótico de amplio espectro, con mejoría clínica, disminución de signos de flogosis facial y normalización del sensorio, desaparición de alucinaciones y signos de foco neurológico.

Discusión: Patología poco frecuente de sospecha en pacientes con sinusitis a repetición, craneoplastia, mucocele. Caracterizado por lesión inflamatoria frontal asociado a cuadro de irritación meníngea, edema periorbital o del cuero cabelludo y signos de foco neurológico. La tomografía de encéfalo con contraste es de elección para el diagnóstico. El tratamiento es combinado: antibióticos de amplio espectro junto a evacuación quirúrgica de colecciones.

Conclusión: Patología potencialmente reversible con tratamiento oportuno y agresivo, que debe sospecharse en todo paciente con patología sinusal recurrente y sintomatología neurológica.

0030 IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS NEUMONÍA ZERO Y BACTERIEMIA ZERO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Z VELASCO ABULARACH, M CESPEDES LESZYNSKY(1)
(1) Materno Infantil Boliviano Japonés.

Introducción: Las infecciones asociadas a la atención en salud son una causa de morbi mortalidad, sobre todo en las unidades de terapia intensiva a nivel mundial, se deben a errores que se pueden evitar en el cuidado del enfermo, por ello la implementación de conjunto de acciones que puedan llevar a la reducción de las mismas. En nuestra unidad de terapia intensiva hasta la gestión 2016, los gérmenes más frecuentes en orden decreciente en los cultivos de pacientes ingresados eran Klebsiella, Enterobacter y Burkholderia, esta última con los porcentajes más altos de mortalidad. Esto llevó a la necesidad de poder implementar acciones que determinen la reducción de estas infecciones, a través de la implementación de protocolos neumonía zero y bacteriemia zero.

Objetivo: Analizar la implementación de protocolos "Neumonía Zero y Bacteriemia Zero" en pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés en la gestión 2017

Material y métodos: Se realiza estudio analítico, transversal, experimental y ambispectivo, en el cual se implementaron los protocolos Neumonía zero y Bacteriemia zero a los pacientes en la UTI P

asistidos en ventilación mecánica y portadores de catéter venoso central en la gestión 2017.

Resultados: Un total de 116 pacientes ingresaron a la UTI P, de los cuales la mayoría era de sexo femenino y menores de 2 años de edad. Se obtuvo una reducción importante en la positividad de cultivos de muestras de secreción de tubo endotraqueal de pacientes en ventilación mecánica (de 57 a 8 cultivos positivos) y de cultivos de catéter venoso central (de 31 a 5 cultivos positivos). Asimismo se redujo la prevalencia de *Klebsiella* y *Enterobacter*, manteniéndose alta la de *Burkholderia*, aunque la mortalidad disminuyó de manera sustancial de 18 pacientes a 8 en la presente gestión.

Conclusión: La implementación de los protocolos Neumonía Zero y Bacteriemia Zero, son efectivos en la reducción de las infecciones de pacientes en asistencia de ventilación mecánica y portadores de catéter venoso central.

0032 SHOCK ANAFILACTICO POR APLICACIÓN DE APITOXINA (REPORTE DE CASO)

RDR LUCERO(1), JE GUTIERREZ ROMERO(1), MC MORENO(1), O CARAVELLO(1), M FRANCO(1), J LESCO(1), C PLAZA(1), E RODRIGUEZ(1)

(1) Sanatorio Municipal Julio Mendez.

Introducción: La apitoxina (veneno de abeja purificado) ejerce principalmente 3 efectos biológicos en humanos: 1-antiinflamatorio, 2-inmunomodulador y 3-neurotrófico. Sus principales componentes son: melitina, fosfolipasa A2 (principal alérgeno) y apamina. El shock anafiláctico es una reacción inmunitaria severa, generalizada, de rápida instalación y potencialmente fatal ante el contacto del organismo con una sustancia que provoca alergia. Consideramos de interés la presentación del siguiente caso ya que no se han registrado reportes similares en la Ciudad de Buenos Aires.

Descripción del caso: Paciente femenina de 50 años con antecedentes de Diabetes tipo 2, en tratamiento con apitoxina subcutánea, que tras 15 minutos de la aplicación (octava dosis) presentó convulsión tónico-clónica generalizada, hipotensión, taquicardia, mala mecánica ventilatoria, recibiendo tratamiento con adrenalina, corticoides y antihistamínicos en Guardia, ingresando a Unidad Cerrada con Glasgow 6/15, hipotensa, bradicárdica, requiriendo reanimación con cristaloides, vasoactivos y ventilación mecánica. Presentó bradicardia extrema, recibiendo atropina sin respuesta, evolucionando posteriormente a taquicardia ventricular sin pulso practicándosele maniobras de RCP avanzada con reversión a ritmo sinusal. La tomografía y la resonancia magnética nuclear de cerebro no evidenciaron lesiones agudas. Desarrolló síndrome convulsivo tratado con levetiracetam y fenitoína. Posteriores controles electroencefalográficos no mostraron actividad comicial. El estudio del líquido cefalorraquídeo fue normal con cultivo negativo. El dosaje de IgE fue de 96 UI/ml (VN hasta 90 UI/ml). Evolucionó de manera favorable, otorgándosele posteriormente alta sanatorial.

Discusión: La apitoxina ha sido utilizada contra la artritis/artrosis, algunos tipos de cáncer, enfermedades neurológicas degenerativas (Parkinson, Alzheimer) y determinadas enfermedades cutáneas, como eccema. El shock anafiláctico es ocasionado por la liberación masiva de mediadores químicos de células inflamatorias, con compromiso mucocutáneo, respiratorio, hemodinámico y neurotóxico. Curiosamente el cuadro se presentó con la octava aplicación y no posterior a las primeras, perteneciendo la sustancia al mismo origen y lote.

Conclusiones: Los individuos alérgicos pueden presentar reacción exacerbada a la apitoxina, con shock anafiláctico y peligro vital por su aplicación. El tratamiento con esta sustancia no es inocuo y debe evitarse en atópicos y diabéticos tipo 1, durante infecciones agudas o crónicas, en insuficiencia renal, hepática, cardíaca o respiratoria y siempre debe iniciarse después de pruebas de alergia cutánea.

0033 ABSCESO CEREBRAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

MS GALVEZ(1), K CINQUEGRANI(1), MF PODESTA(1), P RICCIO(1), L LOPEZ(1), E SALAZAR(1)

(1) El Cruce.

Introducción: El absceso cerebral es una infección poco frecuente en pediatría, de alta morbimortalidad.

Definido como un proceso infeccioso, único o múltiple del parénquima cerebral, detectado por tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear, asociado a material purulento obtenido en el acto quirúrgico.

Se origina a partir de siembra hematógena, por infección distante o continuidad.

Presentación del caso: Paciente de 2 años que ingresa por convulsión focalizada en hemisferio izquierdo. Al examen físico presenta forunculosis en cuero cabelludo, afebril, sin antecedentes de relevancia.

Se realiza TAC y resonancia de encéfalo observándose cuatro imágenes focales hipodensas, con halo hiperdenso periférico, con efecto de masa, colapso de ventrículos laterales y desviación de línea media.

Ingresa a quirófano, se drena material purulento, aislando *Staphylococcus aureus* meticilinoresistente. La biopsia informa osteomielitis aguda. Cumple Rifampicina y Vancomicina por 8 semanas endovenosa, otorgando egreso hospitalario sin secuelas. Completa tratamiento antibiótico por 8 semanas vía oral.

Discusión: El absceso cerebral comienza como un área localizada de cerebritis evolucionando a una colección de pus. La localización del absceso define la presentación clínica.

La clásica triada consiste en cefalea, fiebre y signos de foco. Entre los factores predisponentes se describen cardiopatías congénitas, procesos infecciosos del aparato respiratorio superior, piel y partes blandas.

La TAC es el estudio de imagen de primera elección, con alta sensibilidad y especificidad. Puede ser necesaria una resonancia en caso de duda diagnóstica.

El diagnóstico de certeza se realiza con el estudio microbiológico y cultivo del material purulento.

Conclusión: Los abscesos cerebrales continúan teniendo gran relevancia clínica por su alta morbilidad.

El abordaje temprano, estudios por imágenes, tratamiento antibiótico dirigido y resolución quirúrgica, permiten al equipo multidisciplinario obtener mejores resultados.

0034 LESIÓN DE DIEULAFOY, REPORTE DE DOS CASOS

MS GALVEZ(1), P RICCIO(1), MF PODESTA(1), E SALAZAR(1), A DE BONIS(1), J DE MARIA(1), L DEGESE(1)

(1) El Cruce.

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular de origen desconocido, probablemente congénita, con predominancia en sexo masculino, puede localizarse en cualquier parte del tubo digestivo.

Puede ser causa de hemorragia gastrointestinal fatal.

El diagnóstico es anatomopatológico, aunque con la endoscopia se puede alcanzar una precisión elevada siendo esta última el tratamiento de elección.

Presentación del caso: Se describen dos pacientes de sexo masculino de 13 y 12 años de edad, que ingresan con diagnóstico de shock séptico, con hemocultivos positivos a *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. Entre los diez y trece días de internación presentan hemorragia gastrointestinal, con shock hipovolémico. Al primer paciente se realiza videoendoscopia en tres oportunidades, en ambos se observa vaso visible en segunda porción duodenal con sangrado activo, reciben escleroterapia con Adrenalina, hemostasia con hemoclips.

El primer paciente obita al tercer mes de internación por complicaciones respiratorias.

Al segundo paciente se otorga el alta hospitalaria a los treinta días.

Discusión: La lesión de Dieulafoy es una anomalía de una arteria grande o arteriola a nivel de submucosa y mucosa.

Puede localizarse en cualquier parte del tubo digestivo, siendo más frecuente en región proximal del estómago.

Se presenta como sangrado gastrointestinal masivo e inestabilidad hemodinámica.

El tratamiento por endoscopia incluye: inyección de sustancias esclerosantes y/o adrenalina, ligadura con bandas elásticas, colocación de clips metálicos, electrocoagulación.

Tiene riesgo de resangrado. Si no se logra controlar la hemorragia, esta indicada cirugía convencional o laparoscópica.

Conclusión: La LD es una entidad infrecuente que puede poner en riesgo la vida del paciente.

La experiencia del endoscopista y los recursos disponibles influyen en forma directa con la eficacia en el diagnóstico, tratamiento y sobrevida de los pacientes.

0035 IMPACTO DE LA APLICACION DE UN PROTOCOLO DE WEANING ABREVIADO EN PACIENTES OBESOS BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)

A TAMAYO(1), B FERNANDEZ(2), M WILCHES(3), J MORALES, F CARVAJAL, T HUANCA, R GARNICA, G RODRIGUEZ, W VIDETTA (1) Italiano. (2) Municipal Eva Perón De Merlo. (3) Eva Perón De Merlo.

Introducción: La obesidad forma parte de una serie de factores asociados que inciden en la recuperación del estado del obeso crítico y por se lo sitúan como un enfermo con destete dificultoso

Objetivo: Evaluar el impacto de la aplicación de un protocolo de weaning abreviado en pacientes con obesidad en los días de VMI, estadia en UTI y hospitalaria, complicaciones (NAV, TQT, ARM prolongada) y reintubaciones.

Material y métodos: Estudio de corte prospectivo ente Julio/2014 y Junio 2016). Con criterios de inclusión: Obesidad con IMC > o = 35, VMI > 48 horas, intubados desde Emergencia, sala , quirófano, o a su ingreso a uti y que una vez controlado el motivo de la IOT y ARM y que se se encuentre Apto para la PRE y la supera en 1 o 2 horas y cumple criterios de extubación pasan por VMNI.

98 pacientes entraron en el estudio, varones 60% con edades 58.2 +- 15,7, APACHE II : 20, siendo comparados con una cohorte retrospectiva de 98 pacientes de similares características clínicas y de tiempo (2009 a 2011 siguiendo un protocolo convencional.

Resultados: Permanencia en VMI 6,6 +- 2,5 Vs el grupo control con aplicación del protocolo convencional de 16,4 +- 7 días (p<0,05). Con 2,4 +-1,2 días en VMI en obeso crítico .Con estancia en UTI de 23,6 +- 6,7 con protocolo convencional Vs 9,6 +- 2,5 días (p<0,05) con protocolo basado por VMNI preventiva).

Conclusiones: Se concluye que el protocolo de weaning aplicado en el paciente obeso crítico pasando por VMNI impacto sobre los resultados (outcomes en cuanto a disminución de días de permanencia en uTI y hospitalaria, menor tasa de reintubaciones y complicaciones como NAV y TQT aunque sin impacto o incidencia sobre la mortalidad. El protocolo cumple de una forma factible rapida, segura y eficaz su aplicación.

0038 ANALISIS RETROSPECIVO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UCI POLIVALENTE

EA DISTEFANO(1), SN PICON FUSTER(1), CA DESTEFANIS(1), MN GAGGIOLI(1), M BOTTO(1), MC VILLAFANE(1), GR BAEZ(1), M FORCILLO(1), S BERTOZZI(1), D ALEJANDRO(1) (1) Italiano.

Introducción: La realización de la traqueostomía (TQT) es una práctica frecuente dentro de las unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

El proceso de decanulación y el tiempo utilizado en ella es de interés científico. Factores asociados a la dificultad de la decanulación y descripción de aquellos que influyen al momento de pensar en retirar la cánula de traqueostomía son poco estudiados en estos ámbitos.

Objetivos: Describir características clínicas y epidemiológicas de la población en estudio hasta el alta hospitalaria, reportar incidencia de la falla de decanulación y de éxito de la misma. Analizar si existen factores de riesgo independientes asociados a la imposibilidad de la decanulación. Evaluar factores asociados a la mortalidad.

Materiales y métodos: Estudio Observacional y analítico de una cohorte retrospectiva de pacientes internados en UCI que requirieron traqueostomía en su estadía. Dado que se cuenta con un número fijo de pacientes se realizó un cálculo de poder mediante un test de chi cuadrado, a dos colas con un alfa de 0.05.

Resultados: Se reclutaron 50 pacientes, 33 eran hombres (66%). La media de edad fue 66 años (DE± 15,5) y mediana de 69 años (RIQ 55-76). Se lograron decanular 21 pacientes (42%) La incidencia en el fallo de decanulación fue de 4.77 %. En el análisis univariado: tipo de diagnóstico de ingreso a UTI (p < 0.01), alta vivo hospitalario (p < 0.01) al comparar pacientes decanulados versus no decanulados. En el análisis multivariado de regresión logística se halló como predictor independiente de imposibilidad de decanulación el tipo de diagnóstico de ingreso clínico a UCI (p < 0.01) No se logró obtener factor de riesgo independiente asociado a la mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: El motivo de ingreso clínico a UCI fue un factor predictor independiente asociado al fracaso de la decanulación posiblemente relacionado a la condición clínica de ingreso y el estado general comparado con los pacientes de ingreso por causas quirúrgicas. Existieron amplias diferencias en el alta vivo hospitalaria entre los pacientes que lograban la decanulación versus los que no, no pudimos hallar variables independientes asociadas a mortalidad.

0039 ROTURA ESOFÁGICA ESPONTÁNEA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

GV TORRESAN(1), NB ACOSTA PEDEMONTE(1), M ALBORNOZ(1), NS ARBELAIS(1), NS ROCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)
(1) Eva Perón.

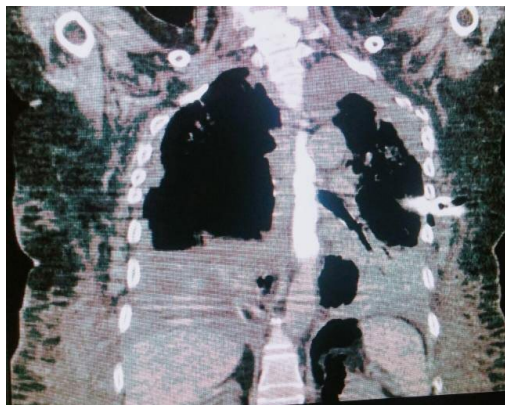
Introducción: La rotura espontánea de esófago, síndrome de Boerhaave (SB), es una rara entidad clínica con alta morbimortalidad (60%). Se caracteriza por la tríada de Mackler: vómitos, dolor torácico o abdominal y enfisema subcutáneo. La presentación atípica puede alcanzar el 33% de los casos, retrasando el diagnóstico y la cirugía precoz y aumentando la mortalidad.

Caso clínico: Mujer de 59 años ingresó por dolor torácico izquierdo en puntada de costado, intensidad 7/10 de 12 horas de evolución. Negaba: disnea, tos, expectoración, fiebre o vómitos. Al examen físico: hipotensión, taquicardia, taquipnea, ictericia, abolición del murmullo vesicular en la base del hemitórax izquierdo, abdomen indoloro y Godet (++) . Laboratorio: leucocitosis (neutrofilia), PCR 26,5 mg/dl, procalcitonina 3,16 ng/ml, hipopotasemia, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia e hipoxemia. Serologías negativas: VIH, VHC, VHB. Radiografía y ecografía de tórax: derrame pleural izquierdo. Pleurocentesis: empiema. Se coloca TAP (tubo de avenamiento pleural) obteniendo líquido pleural purulento. Cultivo del líquido y hemocultivos negativos. Se interpretó inicialmente como neumonía aguda comunitaria grave CURB-65 3 indicándose ampicilina-sulbactam. A las 96 horas comenzó a drenar material por el TAP que impresionaba contenido gástrico. TAC de tórax con contraste IV y oral hidrosoluble: pasaje del mismo a ambas cavidades pleurales. Se rotaron los antibióticos (ATB) a imipenem más vancomicina por sospecha de mediastinitis. Se realizó una VEDA donde se constata desgarro mucoso de 6 cm de longitud en la región posterior del tercio inferior del esófago. Se practicó: cervicotomía, esófagorrafia, drenaje mediastínico, yeyunostomía y traqueostomía. El cultivo del

material quirúrgico demostró la presencia de flora polimicrobiana. La paciente se complicó con shock séptico por neumonía asociada a AVM tardía, requiriendo vasopresores y nueva rotación de ATB. Evolucionó desfavorablemente y falleció a los 23 días.

Discusión: Las causas más frecuentes de rotura esofágica incluyen instrumentación médica, ingestión de cuerpos extraños, cáusticos y trauma. Sólo el 5,5% son de origen espontáneo (SB) y se debe a un incremento brusco de la presión intraesofágica. Hasta el 33% de este grupo se manifiesta clínicamente en forma atípica imitando otras patologías graves.

Conclusión: Si bien el SB es una entidad infrecuente debe ser considerada a pesar de no presentar la tríada característica.



0040 REPORTE DE CASO. SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE

PC RICCIO(1), P DELGADO(2), W BARBOSA(2), F PODESTA(2), K CINQUEGRANI(2), PS BRESSO(2), O AMOREO(2)
(1) El Cruce Samic. (2) El Cruce.

Introducción: Cuadro caracterizado por encefalopatía aguda o subaguda asociado edema cerebral de predominio parieto-occipital. Se presenta con cefalea, alteraciones del sensorio, convulsiones y pérdida de la visión. Es provocado por alteración en la capacidad de autorregulación vascular cerebral, secundario a aumento sostenido de la tensión arterial.

Presentación de caso: Paciente de 9 años que ingresa por shock séptico a punto de partida de apendicitis aguda gangrenosa. Presentó 19 días totales de asistencia ventilatoria mecánica, con altas dosis de analgésicos y sedantes. En su evolución desarrolla hipertensión arterial sostenida de difícil manejo con medicación habitual. Al desvincularse del respirador comienza con deterioro neurológico progresivo, desconexión del entorno e hipertonia de cuatro miembros; se evidencia en neuroimagen edema vasogénico en sustancia

blanca a predominio parieto-occipital, bilateral y menor medida frontal, con zonas de petequias e isquemia. Cuadro compatible con PRES. Una vez controlada la tensión arterial el paciente comenzó con mejoría progresiva de los síntomas neurológicos, encontrándose al alta sólo con dificultad en el habla.

Discusión: Cuadro de presentación en paciente con alta morbilidad e hipertensión arterial secundaria, que lleva a la pérdida de la autorregulación vascular cerebral, vasodilatación arteriolar e hiperperusión generando edema vasogénico. Los cambios sostenidos en el tiempo producen isquemia irreversible.

Conclusiones: Patología de incidencia desconocida en pediatría. La sospecha precoz, el control de factores de riesgo e inicio de tratamiento temprano puede permitir reversión de síntomas con disminución de secuelas neurológicas posteriores.

0041 MANEJO VENTILATORIO Y WEANING PROLONGADO EN COLAPSO DINÁMICO EXCESIVO DE LA VÍA AÉREA (CDEVA)

SN PICON FUSTER(1), E DISTEFANO(1), C DISTEFANIS(1), M GAGGIOLI(1), M BOTTO(1), MC VILLAFANE(1), G BAEZ(1), M FORCILLO(1), S BERTOZZI(1)
(1) Italiano De San Justo.

Introducción: El colapso dinámico excesivo de la vía aérea (CDEVA) se caracteriza por una invaginación excesiva de la pared posterior de la tráquea comprometiendo la luz de la vía aérea, especialmente durante la espiración. La obstrucción de la vía aérea es dinámica, por tanto, se puede presentar hiperinsuflación y atrapamiento de aire, dificultando la ventilación.

Presentación del caso: Paciente de 71 años con antecedente de Asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) severo. Disnea habitual clase funcional 2-3, Espirometría V E F 1=32%. Ingresó con cuadro de insuficiencia respiratoria que motiva la intubación orotraqueal y conexión a asistencia ventilatoria mecánica. Evoluciona con aumento de los requerimientos ventilatorios y weaning prolongado. Al décimo día de internación, se realiza traqueostomía.

Monitoreo con balón esofágico para titular PEEP con el fin de contrabalancear la peep intrínseca, evitando así disparos inefectivos. Fibrobroncoscopia confirma colapso dinámico excesivo de la vía aérea distal a la cánula mayor al 50 % a nivel de traqueal y un 80% a nivel de bronquios fuentes. Se realiza cambio de cánula de mayor diámetro y posición de extremo distal de cánula a 1 cm de la carina para contrarrestar el colapso dinámico traqueal.

Logrando una disminución significativa de la PEEP y desvinculación de la ventilación mecánica.

Discusión: Normalmente la luz de la vía aérea puede disminuir hasta el 35% con la tos o las maniobras de espiración forzada, una disminución mayor al 50% es considerado anormal.

El CDEVA es un entidad clínica subdiagnosticada Usualmente se confunde con otras enfermedades comunes, como EPOC o asma. Si bien es benigna, puede causar morbilidad progresiva y ocasionalmente, falla respiratoria y muerte. Detectar esta entidad durante la agudización, permitió optimizar su manejo ventilatorio y desvinculación.

Conclusión: Debería ser considerado que en los pacientes con enfermedad obstructiva de la vía aérea que persistan con sibilancias pese al manejo médico se realice un estudio para descartar la presencia de colapso dinámico severo para de esta formar poder brindarles una opción de tratamiento adecuado. Realizar la fibrobroncoscopia con fines diagnóstico que permita visualizar tráquea y bronquios fuentes es posible sin efectos adversos relevantes.

Maniobras mínimamente invasivas como la colocación del balón esofágico para titular la peep evitando el colapso espiratorio, la progresión distal de la cánula de traqueostomía como stent, sumado a la presión positiva permitió optimizar la ventilación.

0045 REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE ASOCIADA A INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAINA

VE FUKS(1), M PETASNY(1), LE LAMOT(1), A DE SALVO(1), C BEROIZA(1)

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

Introducción: Paciente de 29 años con antecedentes de consumo de cocaína y alcohol, ingresa por excitación psicomotriz secundaria a intoxicación aguda con cocaína y alcohol. Ingresó GCS 10/1% excitado. Pupilas midriáticas, taquicárdico, taquipneico, hipertermia. Presenta ECG con trastorno difuso de la repolarización. Laboratorio con Creatinina 1.69mg/dl CPK 561 Troponina T ultrasensible 354 y acidosis metabólica.

Evolución: Pasa a UTI donde evoluciona con parámetros de insuficiencia hepática TGO 667 mmol/l TGP 380mmol/l TP 36' RIN 3.84 Acido láctico 10,4, insuficiencia renal Creatinina 3.52mg/dl, Urea 59mg/dl y acidosis metabólica severa pH 7,19 PaO₂ 70PaCO₂ 23Exceso de bases -17 HCO₃ 8,8 SO₂ 94%. Insuficiencia ventilatoria por lo cual se intuba y se conecta a ventilación mecánica. Se solicitan serologías de hepatitis que resultan negativas. Ecografía abdominal con riñón derecho con hígado de ecoestructura normal. Se realiza expansión con fluidos, se infunde bicarbonato y manitol. Insuficiencia renal anurica, se inicia hemodialisis, evoluciona con hipotensión de difícil manejo con noradrenalina y vasopresina, por lo que se debe suspender. Se constata el óbito.

Conclusiones: El metabolismo oxidativo de la cocaína a norcocaína nitróxido puede ser esencial en la hepatotoxicidad por cocaína. La isquemia severa se produce por activación de receptores alfa adrenérgicos en el mesenterio. La hepatotoxicidad de la cocaína se ve favorecida por asociación con alcohol, por tres mecanismos: 1. Incremento de la oxidación metabólica de la cocaína. 2. Por formación de metabolito tóxico (cocaetileno). 3. Por disminución de los mecanismos de defensa de la célula. Existe una gran incidencia de hepatitis A y B en pacientes que usan cocaína vía intravenosa en comparación con los que la usan por otras vías que mantienen incidencia similar a la población general. Los hallazgos patológicos suelen manifestarse como inflamación, necrosis periportal e infiltración grasa difusa. Los cambios estructurales de la cocaína en el hepatocito se observan en el retículo endoplasmático, mitocondria y núcleo, con depósitos de lípidos y un incremento de vacuolas autofágicas. Es importante tener en cuenta la posible toxicidad hepática de la cocaína, junto a la toxicidad miocárdica y del sistema nervioso central.

0046 UN EVENTO ADVERSO A FARMACO POR FRECUENTE

A MARTINUZZI(1), P ROEL(1), M TONNELIER(1), S JARA(1), M CORNU(1), K SAIBAL(1), M SEPULVEDA(1)

(1) Cmic.

Introducción: El desarrollo de eventos adversos a fármacos en la unidad de terapia intensiva es lamentablemente frecuente. Pero no es esperable en el post-operatorio inmediato (POI) de cirugías programadas. Lo cual lleva necesariamente a diagnóstico diferencial con distintas complicaciones secundarias a fármacos anestésicos.

Caso clínico: Paciente masculino de 62 años con Cáncer de colon, antecedentes de DBT, insuficiencia renal crónica no en hemodialisis y cardiopatía isquémica revascularizada (IAM en 2013). Ingresó a UTI por POI de hemicolecotomía izquierda. Desarrolla dentro de las 24 hs insuficiencia renal aguda sobre crónica, con acidosis metabólica severa, y datos de rhabdomiólisis con CPK 38.000 e hipertermia. Requiere terapia de reemplazo renal diaria. El paciente intercorre con dolor y parestesias en MMII, se sospecha de síndrome compartimental y se interconsulta con servicio de traumatología. Se realiza ecografía de MMII que informa gran heterogeneidad de ambos muslos, a predominio de gemelo derecho, interpretándose como hematoma difuso. Por sospecha de hipertermia maligna, asociada a fármacos se inició dantrolene. Luego de cumplir 12 días de interna-

ción en UTI el paciente presentó descenso de valores nitrogenados, de CPK y aceptable evolución clínica, y es dado de alta con IRC en hemodiálisis trisemanal.

Discusión: La hipertermia maligna (HM) es un síndrome hipermetabólico que ocurre en pacientes susceptibles, tras la exposición a un fármaco anestésico, se desconoce su incidencia real. Está inducido por una regulación anormal de los receptores de rianodina, que produce una liberación masiva del calcio del retículo sarcoplasmático del músculo. Las manifestaciones clínicas son variadas y consisten en: taquicardia, inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica y respiratoria, sudoración profusa, hiperpirexia, elevación de CPK, mioglobulinuria, fallo renal, CID y parada cardiorrespiratoria. Es importante distinguir este síndrome con otros similares, ya que este puede ser fatal y es característico que no responda a antitérmicos. Hay que realizar un diagnóstico diferencial con todos los cuadros clínicos hipermetabólicos, como el síndrome neuroléptico maligno, crisis tirotoxicas, etc.

Conclusiones: La ocurrencia de eventos adversos a fármacos, como la HM asociada a anestésicos es una enfermedad que exige un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato por su elevada mortalidad.

0047 PERICARDITIS A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA

GV TORRESAN(1), YI BELLAGAMBA ENRIQUE(1), NB ACOSTA PEDEMONTE(1), M ALBORNOZ(1), NS ARBELAIS(1), NS ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)

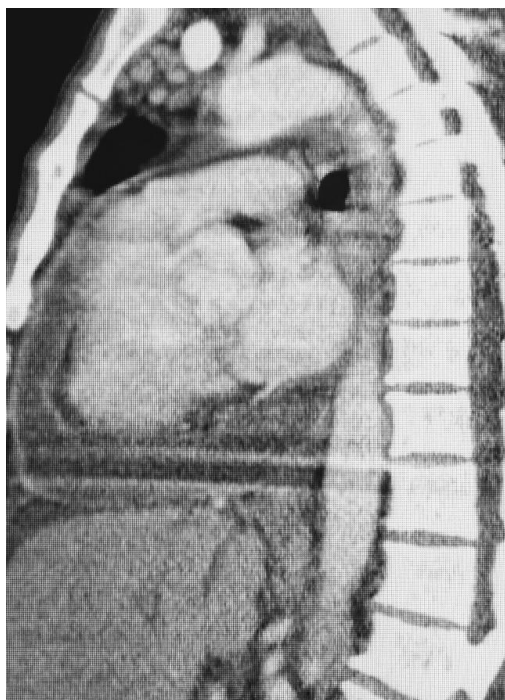
(1) Eva Perón.

Introducción: La pericarditis purulenta (PP) representa el 3-5% de las pericarditis, el 20-30% son por Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM). La infección primaria es infrecuente, se debe al ingreso de gérmenes al saco pericárdico secundario a instrumentaciones, trauma o cirugía; o bien por contigüidad desde un foco pulmonar, subdiafragmático o diseminación hematogena. Los factores predisponentes son: etilismo, derrame pericárdico, inmunosupresión y enfermedades crónicas. El diagnóstico se basa en la clínica y el ecocardiograma. El tratamiento requiere antibióticos IV y drenaje inmediato.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedentes de etilismo, EPOC e internación previa en UCI por neumonía necrotizante por Klebsiella pneumoniae BLEE. Se trató con imipenem con buena evolución pasando a sala general. Reingresó a UCI 25 días después por fiebre, insuficiencia respiratoria aguda y dolor torácico. Examen físico: fiebre, ingurgitación yugular 5/6 sin colapso inspiratorio, taquicardia, taquipnea, rales crepitantes en base pulmonar derecha, ausencia de frote pericárdico. Laboratorio: leucocitosis (neutrofilia), PCR: 36,6 mg/dl, procalcitonina: 6,54 ng/ml, troponina T: 0,052 ug/l (0-0,014), proBNP: 2405 pg/ml (0-50), LDH: 335 mU/ml. ECG: normal. TAC: derrame pericárdico que reforzaba con contraste IV, derrame pleural bilateral a predominio izquierdo, consolidación con broncograma aéreo en el lóbulo inferior derecho. Se drenaron quirúrgicamente 700 ml de material purulento realizándose ventana pleuropericárdica y colocación de tubo de avenamiento pleural izquierdo. Se tomaron muestras microbiológicas y comenzó antibioticoterapia empírica. Se rescató SARM en esputo y líquido pericárdico, por lo cual continuó con vancomicina. Ecocardiograma de control: sin derrame pericárdico. Evolucionó favorablemente y a las 72 horas pasó a sala general.

Discusión: Los organismos más comúnmente implicados en PP son: Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis y Streptococcus pneumoniae. Se presenta con afectación del estado general, fiebre, taquicardia, taquipnea y dolor torácico atípico. El ECG es normal en el 35% de los casos. Las complicaciones de la PP son: taponamiento cardíaco, toxicidad y constricción y la mortalidad puede alcanzar hasta el 40%, aún con tratamiento.

Conclusiones: A pesar de que la PP es infrecuente, el retraso del diagnóstico y tratamiento eleva la mortalidad al 100%. Por ello, es importante el diagnóstico temprano y el adecuado tratamiento.



0048 PELIOSIS HEPÁTICA COMPLICADA

GV TORRESAN, LS LAPUCHESKY(1), NB ACOSTA PEDEMONTE(1), M ALBORNOZ(1), NS ARBELAIS(1), NS ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)
(1) Eva Perón.

Introducción: En más del 20% de la población se hallan lesiones hepáticas benignas como: angioma (4%), hiperplasia nodular focal (0,4%), peliosis hepática (PH) (0,13%) y adenomas (0,004%). La mayoría de ellas son hallazgos y no presentan síntomas. Cuando existe dolor abdominal debe sospecharse rotura de la lesión y sangrado.

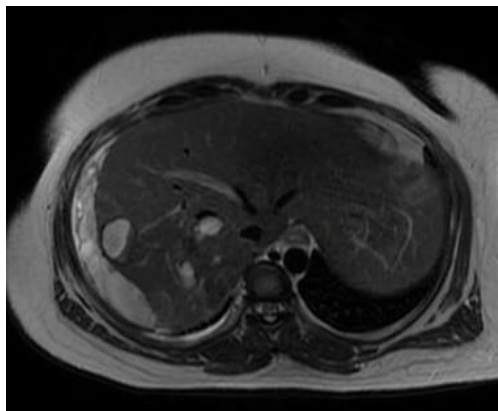
Caso clínico: Mujer de 30 años con antecedente de anticoncepción oral de larga data, ingresó por cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por fiebre, anorexia, vómitos, dolor en hipocondrio derecho, hipotensión y exantema ampollar asociado a ciprofloxacina. Examen físico: lesiones ampollares generalizadas que respetan mucosas. Laboratorio: leucocitosis (2.181/mm³ eosinófilos), IgE 505 UI/ml, fosfatasa alcalina 188 mUI/ml, gammaglutamiltranspeptidasa 137 mUI/ml. Las transaminasas, coagulograma, VIH, VHB, VHC, alfa-feto proteína eran normales y arco II para Fasciola (-). TAC de abdomen: 3 áreas nodulares heterogéneas de contornos definidos sin realce con contraste IV ubicadas en el LHD más una colección subcapsular. El cuadro se interpretó como abscesos hepáticos más SIRS. Se realizó drenaje percutáneo guiado con TAC obteniendo 900 ml de sangre enviando una muestra a microbiología. Inició tratamiento antibiótico empírico que fue suspendido al tener los

resultados microbiológicos negativos. RMN de abdomen: hepatomegalia, colección residual subcapsular anterolateral de 13x19x4 cm. Imágenes intraparenquimatosas en segmentos VII y VIII, heterogéneas hiperintensas en secuencias T1, T2 y T2 Fatsat, siendo la mayor de 53 mm. Varias áreas hiperintensas en lóbulo izquierdo y un área polilobulada en el borde inferior hepático con probable componente hemático, compatible con PH. Pasa a la sala general luego de 9 días de internación.

Discusión: El hallazgo de lesiones nodulares hepáticas es un problema clínico-radiológico común en la práctica diaria. Su presencia obliga a plantear distintos diagnósticos diferenciales.

La PH es una enfermedad vascular infrecuente, de etiología desconocida, que ha sido asociada al uso prolongado de anticoncepción con estrógenos. Aunque habitualmente la forma de presentación es multifocal, la PH de lesión única ha sido descrita en el último tiempo. No existe tratamiento específico salvo en caso de rotura. Tampoco está definido el modo y la frecuencia de monitorización de las lesiones.

Conclusión: La PH complicada debe considerarse ante la presencia de síntomas y signos compatibles.



0049 ANALISIS DE 64 FIBROBRONCOSCOPIAS FLEXIBLES REALIZADAS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA

A FELDMAN(1)
(1) Churruca.

Objetivo: Describir las indicaciones, resultados clínicos, efectividad del lavado broncoalveolar y complicaciones de la fibrobroncoscopia (FBC) en enfermos críticos.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de 84 pacientes en quienes se realizó FBC entre el 12/01/2013 hasta 1/02/2018. 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 de la técnica y análisis citológico y microbiológico del BAL para el diagnóstico etiológico y precoz de la neumonía nosocomial o asociada al ven-

tilador. 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 84 fibrobronoscopias, 74 (88,1%) recibían ventilación mecánica invasiva y 10 (11,6 %) VNI. La edad media 63±14 años y el 53% eran hombres y el APACHE II 16 ± 7. Las indicaciones más frecuentes fueron en 50 (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%). **Conclusión.** 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 clinicoradiológicos, 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

0050 INDICADORES DE CALIDAD EN INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

A FELDMAN(1), D VARELA(1), N FALCON PEREZ(1), G SIBILLA(1), C PINO(1), N GUMIELA(1), S TOMEZ(1), D QUARANTA(1), S FREDÉS(1), N TIRIBELLI(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: En la actualidad las IACS son complicaciones con un alto potencial riesgo de los pacientes internados en UCI, existen múltiples herramientas para su monitoreo.

Objetivo: Describir nuestros índices de calidad en IACS

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de todos los pacientes ingresados durante más de 48 horas en la UCI desde el 1 de enero de 2018 hasta el 12 de abril de 2018, de pacientes con IACS internados en la UCI. Se utilizó un sistema de vigilancia activa, global, selectiva por indicadores, con definiciones del Programa Nacional de Control de IAH y del NNIS. Las variables registradas edad, sexo, duración de ARM, APACHE II, SAPS II, incidencia de NAV, BAC, infección del tracto urinario, rescate de gérmenes, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron 183 pacientes, sexo masculino 108 (59%), edad 63, Apache II 14, SAPS II 38. La estadía en UTI fue de 6 +/- 4 días. La tasa global de infección del tracto urinario (ITU) fue de 7,5 por 1.000 días de dispositivo. La (BAC) asociada a catéter venoso central presentó una tasa de incidencia 6,5 por 1.000 días de CVC y la incidencia de NAV 12,6 % con una densidad de incidencia de NAV 39/1000 días de ARM. En el 74% se obtuvo rescate bacteriológico. En ITU predominaron: Candida sp. (82%), K. Pneumoniae BLEE (11%) y P. aeruginosa (7%). En BAC fueron aislados: Stafilococo coagulasa negativo meticilino resistente (33%), K.pneumoniae BLEE (24%) y en NAV Pseudomona aeruginosa, klebsiella pneumoniae. La estadía en UTI fue 6,5 días, el requerimiento de ARM 44% durante 6 días y requerimiento de CVC 164 por 4 días, mortalidad 18%

Conclusiones: Un sistema de vigilancia de las IACS es un punto clave para establecer un sistema de mejora de la calidad en UCI. Los indicadores obtenidos permiten compararnos con nosotros mismos a lo largo del tiempo y con otros hospitales similares, y monitorizar medidas de control de estas infecciones para reducir el riesgo de infección y mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

0051 ENTEROBACTERIAS KPC EN EL INGRESO A UTI

A FELDMAN(1)
(1) Churruca.

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 Churruca desde 01/01/16 a 31/3/18 que tengan estancia hospitalaria mayor a 7 días. Las variables evaluadas fueron las epidemiológicas, scores de gravedad, y de resultado. Se realizó hisopados rectales al ingreso de pacientes y semanalmente en UTI. Los datos se expresan en media ±DS, Mediana, RI, y %.

Resultados: Durante el período estudiado ingresaron 1200 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
DIAS DE UTI 30 [5.5-27] 140 [2-7] 0.003
EDAD 66±18 60±16 NS
MASCULINOS 10% 90% NS
APACHE II 18±7 15±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

0053 ACCESO VENOSOS PERIFÉRICOS GUIADOS POR ECOGRAFÍA: USO DE LA TECNOLOGÍA EN INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

V CRUZ(1), M OSORIO(1), J CAMPOS(1), D MORELLI(2)
(1) Hospital Universitario Austral. (2) Instituto De Efectividad Clínica Sanitaria.

Introducción: El acceso venoso periféricos difíciles (AVPD) se caracteriza por dos intentos fallidos para canalizar una vía venosa periférica por profesional experimentado o por vena no visible o palpable o aun en presencia de edema, obesidad, etc. La evidencia sugiere que el uso del ecógrafo favorecería la identificación de la vena más adecuada, evitando punciones innecesarias, dañar estructuras circundantes y sus posibles complicaciones.

Objetivo: Identificar la proporción de punciones guiadas por ecografía y el tiempo empleado en un AVPD en pacientes críticos.

Material y método: Estudio piloto, descriptivo de corte transversal. Se incluyeron a pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos adultos (UCI) durante agosto y octubre de 2017, que requirieran la colocación de acceso venoso periférico y que presentaron una de las condiciones características e ADPP.

Resultados: Se analizaron un total de 116 punciones realizadas en 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. El 33% de las punciones se realizaron por el método guiado por ecografía con un promedio de 27 minutos para ejecución del procedimiento y con una mediana de 2 tentativas. Ya los otros 67% se realizó a través del método tradicional con un tiempo promedio de 32 minutos por punción y una mediana de 3 tentativas.

Conclusiones: Los resultados mostraron una reducción en la cantidad de tentativas de punción y del tiempo involucrado en esos procedimientos, sin embargo debido a las limitaciones intrínsecas al diseño del estudio no se pudo analizar si tal diferencia es estadísticamente significativa. Por otro lado en se tratando de un paciente crítico una tentativa de punción podría ser un evento clínicamente importante. Por lo tanto esos hallazgos, sumado a la escasa evidencia sobre el acceso venoso periférico guiado por ecografía, se pre-

sentan como una oportunidad de realizar un nuevo estudio cuasi experimental que se llevará a cabo en la UCI a partir del segundo semestre de 2018.

0054 MIOEDEMA Y SHOCK REFRACTARIO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE PANHIPOTUITARISMO POR SÍNDROME DE SHEEHAN

M PEREYRA(1), D CATALINI(2), M RÉ(2), E BRANDOLISIO(2), A ANZIANO(2), S PULCCINELLI(2)

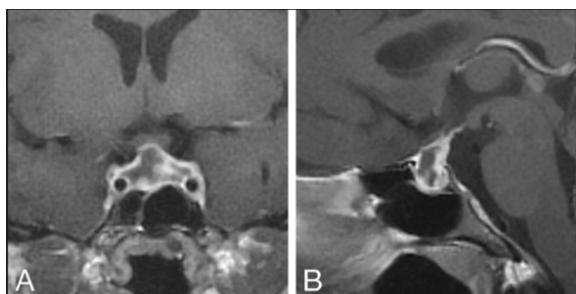
(1) Italiano De Rosario. (2) Italiano Rosario.

Introducción: El Síndrome de Sheehan (SS) es secundario a una hemorragia obstétrica, un colapso circulatorio intenso que predispone a isquemia hipofisaria ocasionando alteraciones en la secreción hormonal.

Caso clínico: Mujer de 40 años tabaquista, alérgica a penicilina, con menopausia precoz diagnosticada 6 meses postparto. Ingresable hemodinámicamente, en AVM, febril, Glasgow 6/15, edema bipalpebral y mioedema en miembros superiores, rales crepitantes bilaterales; piel seca, descamada con signos de hipogonadismo. Laboratorio: Hto 26%, HB 8,3 g/dl; GB 13400/mm³, PLQ 60000/mm³; urea 42 mg%, creatinina 2,72 mg%, Na 129, K 3,2, Glicemia 50, CPK 1600 – 7833 UI/l, LDH 374- 1173 UI/l, TGO 125 UI/l; TGP 27 UI/l; FA 38 UI/l; glicemia 60 mg%, ácido láctico 3,52, eab: 7,26/35/81/15,5/10,6/93%, PAFI 138. IgM e IgG Triquinosis, serología HIV, VHB, VHC y Brucelosis negativas; FAN, anti DNA, FR, anti Jo, anti Ro/La, SCL 70; panel ENA negativos; C3, C4 y CH50 normales; LH <0,5 mUI/ml; FSH 0,62 mUI/ml, PRL 3,1ug/ml (5,16-26,53), TSH 1,52 uUI/ml (0,35-4,9), T4libre <0,4 mg/ml; T3 <0,25 mg/ml; Ac. Antitiroideos negativos. VES 25; PCR 148. Aldolasa sérica 15,6 (VN 0-7,6). Cortisol 2 ug/dl. ANCA negativos. PXE normal. ACTH

DISCUSIÓN: el diagnóstico de SS es dificultoso, se centra en evidenciar hipopituitarismo en una mujer con historia de hemorragia posparto. La falla y dificultades en la lactancia son síntomas iniciales comunes, otras reportan amenorrea u oligomenorrea después del parto. O tardíamente, ocurren alteraciones secundarias al hipopituitarismo como el hipotiroidismo secundario o la insuficiencia adrenal ante estrés. Nuestro caso presentó coma mixedematoso e insuficiencia adrenal que llevó a perpetuar el estado de shock.

Conclusión: El SS debería ser considerado en pacientes que ingresan en de coma, con mioedema y shock refractario.



0055 STROKE RECURRENTE EN PACIENTE ONCOLÓGICO

S EIGUREN(1)

(1) Clínica Santa Isabel.

Introducción: El desarrollo de stroke isquémico en pacientes oncológicos es una asociación conocida. Presenta algunas peculiaridades, con el consecuente impacto pronóstico.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedentes de adenocarci-

noma de pulmón estadio IV, en tratamiento con quimioterapia, diagnóstico de TVP femoral derecha y stroke hace 6 meses, anticoagulado con heparina de bajo peso molecular que ingresa por ACV de territorio silviano derecho no pasible de tratamiento fibrinolítico. Se realiza ecocardiograma transesofágico que evidencia vegetación en válvula mitral compatible con endocarditis de posible origen no bacteriano.

Evoluciona a la semana con episodio comicial y deterioro rostro-caudal requiriendo ARM, evidenciándose infarto hemisférico silviano izquierdo. Posteriormente fallece en contexto de disfunción orgánica múltiple.

Discusión: El cáncer es un factor de riesgo para la recurrencia del stroke. Si bien hay reportes de casos de endocarditis no infecciosa en pacientes oncológicos, este diagnóstico fue realizado mayoritariamente en autopsias.

Conclusión: Se presenta un caso de un paciente con cáncer, antecedentes de trombosis venosa y stroke, anticoagulado que fallece luego de 2 nuevos episodios de ACV isquémico de origen cardio-embólico en contexto de endocarditis no bacteriana.

0056 EVALUACIÓN LARÍNGEA TRANS-TRAQUEOSTOMÍA. UNA ALTERNATIVA PARA EVALUAR LA DEGLUCIÓN

G CHIAPPERO(1), A FALDUTI(1), N RAIMONDI(1)

(1) Fernández.

Introducción: Los pacientes traqueostomizados están en riesgo de aspiración debido al impacto de la enfermedad subyacente, la cánula de traqueostomía y el estado neurológico. La evaluación endoscópica de la deglución (FEES), que se realiza habitualmente por vía trans-nasal, es un procedimiento útil para evaluar la deglución en los pacientes traqueostomizados, no obstante el cierre glótico durante la deglución no puede ser adecuadamente evaluado.

Objetivo: Describir la evaluación de la laringe por vía trans-traqueostomía durante la deglución como un procedimiento complementario a la FEES.

Descripción: **Técnica:** Se debe retirar la cánula de traqueostomía e ingresar con el endoscopio por la ostomía en dirección cefálica con el extremo dirigido hacia la región subglótica hasta observar la cara inferior de las cuerdas vocales. La glotis aparece en posición invertida en comparación con la imagen obtenida con el acceso convencional.

Con el fin de evaluar la deglución, se administran diferentes tipos de consistencia de alimentos coloreados al fin de detectar la presencia de aspiración y ofrecer indicaciones precisas en relación con la dieta a implementar y las acciones correctivas a seguir.

Las indicaciones para endoscopia laríngea trans-traqueostomía son:

- 1.- Visualización de los movimientos de las cuerdas vocales.
- 2.- Identificar lesiones asociadas con el tubo endotraqueal o la traqueostomía. (Fig. 1 granuloma)
- 3.- Evaluación de la aspiración de alimentos dentro de la tráquea durante la deglución, con una visualización detallada de la cantidad de bolo aspirado y de la zona de insuficiencia glótica. (Fig. 2 aspiración)

Conclusiones: La evaluación de la laringe trans-traqueostomía con la visión subglótica y la glótis durante la FEES complementa el diagnóstico y el manejo integral de los pacientes con traqueostomía que tienen un alto riesgo de aspiración.

Bibliografía:

- 1.- Ricci Maccarini A, Stacchini M, Salsi D, Pieri F, Magnani M, Casolino D. Trans-tracheostomic endoscopy of the larynx in the evaluation of dysphagia. Acta Otorhinolaryngol Ital 2007;27:290-293.
- 2.- Donzelli J, Brady S, Wesling M, Craney M. Simultaneous Modified Evans Blue Dye Procedure and Video Nasal Endoscopic Evaluation of the Swallow. Laryngoscope, 111:1746 –1750, 2001.



0057 TRASPASO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ADHERENCIA AL MÉTODO SBAR

MA SALAS(1), M AMAYA(1), A PARISOTTO(1), D MORAES MORELLI(2)

(1) Hospital Universitario Austral. (2) Instituto De Efectividad Clínica Y Sanitaria.

Introducción: Garantizar la transmisión de información durante el traspaso de enfermería es vital para la continuidad de los cuidados del paciente crítico, sin embargo durante ese proceso pueden surgir distractores que comprometan la comunicación efectiva entre los enfermeros. Estudios observacionales apuntan a que la estandarización del traspaso, utilizando tecnología sencilla como por ejemplo el método/instrumento SBAR de su sigla del inglés *Situation* (situación), *Background* (información), *Assessment* (evaluación) y *Recommendation* (recomendación), podría minimizar fallas de comunicación durante el traspaso de enfermería.

Objetivos: Evaluar la implementación del uso del método SBAR en el traspaso de enfermería en una unidad de cuidados intensivos adulto (UCI).

Material y Métodos: Estudio de serie temporal ininterrumpida entre octubre de 2016 y marzo 2018, cuya variable de interés fue la completitud del SBAR en el traspaso de enfermería de la UCI, cuya meta establecida como estándar de calidad el 90%.

Resultados: Se analizaron 374 SBAR. Se observó en el primer trimestre de implementación una completitud del 50%; alcanzando en los trimestres subsecuentes (2017 y 2018) 89.2%, 90.1%, 90.4%, 90.9% y 91.4%. Esos resultados muestran que al final de los 6 primeros

meses se alcanzó la meta establecida para la implementación del SBAR y que esta viene manteniéndose estable. Adicionalmente, desde auditoría del área de calidad y seguridad se reportó que en 2017 no hubo reportes de falla en el traspaso de enfermería en la UCI, Según el área de Calidad y Seguridad no hubo reportes por falla en la transferencia de información.

Conclusión: Esencialmente los resultados apuntan a una alta adherencia al uso del SBAR en el traspaso de enfermería en la UCI, coincidiendo con la disminución de reportes de falla en la transferencia de información durante el traspaso. Esos hallazgos conllevan a deducir que la utilización del método SBAR en el traspaso de enfermería disminuiría la probabilidad de errores por omisión de información permitiendo mantener la continuidad del cuidado del paciente crítico dentro de los estándares de calidad y seguridad preconizados por la institución; e conduce a un nuevo estudio para evaluar la calidad de los datos/informaciones volcados en el SBAR.

0058 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: LA TECNOLOGÍA COMO ALIADA A LA GESTIÓN DEL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO

M AMAYA(1), MA SALAS(1), A PARISOTTO(1), D MORAES MORELLI(2)

(1) Hospital Universitario Austral. (2) Instituto De Efectividad Clínica Y Sanitaria.

Introducción: La tecnología de la información está presente en práctica clínica, consolidando herramientas como por ejemplo la historia clínica electrónica. Los registros de enfermería son componentes esenciales de tal documento, configurándose por sí mismo la historia clínica de enfermería (HCE) y es una combinación del pensamiento enfermero y la tecnología informática facilitando la comunicación e intercambio de informaciones tanto entre pares como con el equipo interdisciplinario de salud. Su completitud y la calidad de los datos registrados permitirían coordinar y proporcionar cuidados seguros. Por ende, la informatización de la HCE podría ser un facilitador para la planificación de los cuidados por parte de los enfermeros clínicos y como una herramienta de gestión para los mandos medios.

Objetivos: Estimar la proporción de completitud de historia clínica de enfermería electrónica (HCEE), de los pacientes críticos adultos.

Material y Métodos: Estudio piloto, observacional de corte transversal. Se incluyeron HCEE de pacientes internados en una unidad de terapia intensiva de adultos entre marzo de 2017 y marzo de 2018. Las variables para definir completitud de la HCEE fueron: signos vitales, necesidades educativas, monitoreo de ventilación mecánica, riesgo de lesión por presión, dolor, alimentación, riesgo de caídas, registro de objetivos y reevaluación de cuidados, acreditación de cuidados. El tamaño de la muestra calculado fue de 267 HCEE, utilizándose la fórmula de proporción para población finita, y se optó por muestreo probabilístico simples.

Resultados: Se analizaron un total 669 HCEE. Globalmente se observó que el 80% de la HCEE estaban completas. Al desglosar tal indicador bimestralmente se observaron una completitud de 67%, 81%, 73%, 91%, 84% y 91%. Las variables con más fallas de registro en la HCE fueron las de necesidades educativas 45% y acreditación de cuidados (51%).

Conclusión: Los resultados sugieren un incremento en la completitud de la HCEE, y aportan información útil para promover intervenciones para fomentar mejora en la calidad de los registros de la HCEE, ya ésta es un instrumento de gestión cada vez más consolidado no solamente en la terapia intensiva sino que a nivel institucional.

0059 DESVINCLACIÓN, DECANULACIÓN Y CONDICIÓN ALTA DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN CENTRO DE WEANING

F ESPERÓN(1), G MUHAFARA(2), G BATTAGLIA(2), V MOTTI(2), W PRIMOSICH(2), J GAGLIARDI(2), J CARNERO ECHAGARAY(2), JM CUCENELLI(2), F LARROCCA(2), S REPETTO(2), H PAVON(2), R DI YORIO(2), M BOSSO(2)

(1) Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica. (2) Santa Catalina Neurorehabilitación.

Introducción: La mayoría de los pacientes con traumatismo encefálico craneano (TEC) grave requieren traqueostomía (TQT) y son derivados a centros de weaning (CW). La evolución de esta población durante su internación no ha sido documentada, así como tampoco sus posibilidades de egreso.

Objetivo: Describir características epidemiológicas, evolución y condición al alta, en pacientes TEC graves internados en CW.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con TEC grave, traqueostomizados, mayores de 18 años que ingresaron a un CW durante el periodo entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de marzo de 2018.

El análisis de las variables cuantitativas se realizó por métodos paramétricos y no paramétricos según la distribución de las mismas. Se utilizó el programa IBM SPSS version 22.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes. El 87,8% eran hombres con una mediana de 38 años (23-54). El 19,51% ingresaron con asistencia respiratoria mecánica (ARM), de los cuales el 87,5% logró ser desvinculado, con una mediana de días de weaning de 5 (3-13).

La mediana de días de TQT fue 31 (20-58) y 65 de días de internación (29-116). El 48,8% se decanuló con una falla del 5%.

La mortalidad fue del 14,6% con una mediana de días de internación de 13,5 (4-82.25). Ningún paciente decanulado murió durante el periodo de estudio.

El 39,02% fueron derivados a centros de mayor complejidad, 9,76% a centros de 3° nivel, el 17,07% continuaban internados, el 19,51% alta domiciliaria.

Conclusión: La mayoría de los pacientes que ingresan con ARM pueden ser desvinculados con éxito. La decanulación se logró en la mitad de los pacientes ingresados, con un bajo porcentaje de falla. Lograron el alta 15 pacientes de los cuales aproximadamente la mitad retornaron a su domicilio. La mortalidad dentro del CW fue del 15% de los cuales ninguno estaba decanulado.

0061 VALOR PRONÓSTICO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN LA NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD SEVERA

M ALBORNOZ, NS ARBELAIS(1), NS ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)

(1) Hospital Escuela Eva Perón.

Introducción: La neumonía aguda de la comunidad (NAC) es la primera causa de muerte de etiología infecciosa en adultos. No han sido establecido factores pronósticos que permitan estimar su evolución a las 24 horas del ingreso de los pacientes a UCI. El CURB-65 (Confusion, Urea nitrogen, Respiratory rate, Blood pressure, 65 Years of age and older) y el PSI/PORT (Pneumonia Severity Index/Pneumonia Outcomes Research Team), no incluyen biomarcadores inflamatorios en las variables mensuradas. Existe evidencia de que la proteína C reactiva (PCR) es buen marcador para diagnóstico de NAC. Sin embargo, no son concluyentes para demostrar su utilidad como factor pronóstico independiente de mortalidad.

Objetivo: Valorar la capacidad de la PCR para el pronóstico de pacientes que ingresan a UCI por NAC grave. Evaluar la capacidad predictiva de mortalidad de 3 escores pronósticos inespecíficos habitualmente utilizados: APACHE II, SAPS II y SOFA.

Material y métodos: Estudio descriptivo, de cohorte transversal, retrospectivo. Incluyó pacientes >16 años, internados al menos 24 horas en UCI por NAC grave desde el 01/01/2006 al 31/10/2016. Se excluyeron los enfermos con neumonía asociada a cuidados de la salud, con neutropenia, en tratamiento con corticoides y las embarazadas. Variables analizadas: edad, sexo; escores: SOFA al ingreso y APACHE II Y SAPS II a las 24 horas; PCR sérica al ingreso, requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM); días de estadía en UCI; shock séptico al ingreso y evolución en UCI.

Resultados: Se incluyeron 217 pacientes. Mediana de edad: 56 años (RI 40-64), varones: 65%, mediana de PCR: 16,80 mg/dl (RI 8-27), shock: 57,1%, AVM: 62,2% y fallecidos en UCI: 47,5%. En el análisis univariado, APACHE II, SAPS II, SOFA, AVM y shock séptico fueron estadísticamente significativos ($p < 0,001$); no así PCR ($p = 0,055$). Sólo SAPS II, AVM y shock séptico presentaron significación estadística en el modelo de regresión logística multivariante. Las AUC de las curvas ROC fueron: PCR 0,424 (IC 95% 0,341-0,501), APACHE II 0,813 (IC 95% 0,756-0,870), SAPS II 0,844 (IC 95% 0,792-0,895), SOFA 0,834 (IC 95% 0,781-0,886).

CONCLUSIÓN: La PCR al ingreso a UCI no demostró utilidad como factor pronóstico en la NAC grave.

0062 HIPONATREMIA SEVERA ASOCIADA A SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CON LENTA RECUPERACIÓN

M RÉ(1), G TORRESAN(2), N ACOSTA PEDEMONTE(2), M ALBORNOZ(2), N ARBELAIS(2), N ROCCHETTI(2), C SETTECASE(2), B DANIEL(2)

(1) Escuela Eva Perón. (2) Eva Peron.

Introducción: La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica clínica y está vinculada a mayor morbimortalidad. El SIADH (Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion) como causa de hiponatremia asociado al Síndrome de Guillain Barré (SGB) es infrecuente y se lo considera un importante predictor de malos resultados.

Caso clínico: Mujer de 41 años diabética (DBT) con mal control metabólico e hipotiroides, ingresó por cetoacidosis DBT asociada a neumonía aguda de la comunidad grave. Requirió AVM, antibióticos (ATB) y sostén inotrópico. A las 48 horas se extubó y 3 días después instaló deterioro del sensorio, fiebre y parálisis de los 4 miembros y nervio facial bilateral con hipoestesia y arreflexia generalizada, requiriendo nuevamente AVM. Se interpretó el cuadro como neumonía asociada a AVM precoz. Previa toma de cultivos comenzó con colistin + trimetoprima-sulfametoxazol. TAC de cráneo: normal. LCR: proteínas 2,5 g/l y 1 célula/mm³. Electromiografía: compatible con SGB. Realizó tratamiento con inmunoglobulina (0,4 gr/kg/día) por 5 días, observándose mejoría parcial. Agregó hiponatremia alcanzando un valor de 114 mEq/l con kalemia, función renal y proteinemia normales. Osmolaridad plasmática 230 mOsm/kg, densidad urinaria 1.022, osmolaridad urinaria 770 mOsm/kg, sodio urinario 147 mEq/l, TSH 4,54 mUI/ml, T4 total 1,03 mUI/ml, cortisol plasmático 21,9 µg/dl, interleuquina 6 (IL-6) 66 pg/ml (0-7). Se diagnosticó SIADH y se trató según protocolo. Con la corrección de la natremia, fisioterapia motriz y respiratoria progresivamente se logró mejoría de la polirradiculoneuropatía desmielinizante y a los 62 días pasó a la sala general.

Discusión: La prevalencia de la hiponatremia causada por el SIADH en el SGB no es bien conocida y su fisiopatología muy poco clara. Esta última se ha tratado de explicar mediante teorías que incluyen: excesiva liberación de ADH por las células hipotalámicas, aumento de la sensibilidad a la misma por parte de sus receptores y/o alteración del sistema de osmorregulación. Además se ha propuesto una relación entre el incremento de la IL-6 y la liberación de vasopresina.

Conclusión: En el SGB con lenta recuperación motora y presencia de hiponatremia severa, sugiere el diagnóstico de SIADH.

0063 ENFERMEDAD DISEMINADA POR HERPES ZOSTER FATAL EN ADULTO JOVEN DIABÉTICO

D CATALLINI(1), M PEREYRA(1), E BRANDOLISIO(1), M RÉ(1), A ANZIANO(1), S PULCINELLI(1)
(1) Italiano Rosario.

Introducción: El virus Varicela Zoster (VVZ) puede causar infecciones simples y severas, alcanzando falla multiorgánica (30-50%) con mortalidad del 10-30%. La enfermedad diseminada se presenta principalmente en: adultos jóvenes, inmunodeprimidos, tabaquistas, masculinos, neumopatías previas y embarazo. La incidencia en mayores de 15 años aumentó en las últimas décadas, con afección más agresiva.

Caso clínico: Paciente masculino de 38 años, diabético tipo 2, ingresa por shock séptico con foco respiratorio, derivado de otra institución donde fue admitido por fiebre y erupción cutánea 24 horas previas (familiar con Varicela). Examen físico: Inestable hemodinámicamente, AVM (FiO₂ 100%, PEEP 10, PAFIO₂ 105), afebril, hipnosedado, hipoventilación generalizada, lesiones maculo-papulo-vesículo-costrosas generalizadas a predominio toraco-abdominal sin compromiso mucoso. Laboratorio ingreso: Hb 14g/dl; Hto 40%; GB 9800; Plq 52000 mm³; Ur 145 mg%; Cr 3,10 mg%; EAB 7,14/105/54/18/-10/94%; PCR 68 mg/dl, TP 13, KPTT 35; LDH 2862 U/l, Lactato 3,76 mmol/l; CPK 3000 U/l; HIV, VHB y VHC negativo. IgM, IgG negativas para VVZ; PCR VVZ positivo. Rx Tórax: infiltrado reticulonodulillar de vértice a base bilateral. Inicia tratamiento con Vancomicina/Meropenem/Aciclovir EV. Hemocultivo, Urocultivo y minibal negativos. Evolucionó al día 7 persistentemente febril, shock refractario, SDRA (PAFIO₂ 80), ventilación dificultosa, requirió bloqueantes neuromusculares. Complica con CID (plq 50000, TP15, KPTT 86, fibrinógeno 50, dímero D 600). Se agrega Colistin. Nuevos cultivos negativos. Ecocardiograma normal. Falla multiorgánica, fallece luego de 11 días.

Discusión: La enfermedad diseminada se manifiesta con neumonía, SDRA, hepatitis, CID, meningoencefalitis, rabdomiólisis e IRA. Importa considerar el alto riesgo de sobreinfección por *Streptococcus Pyogenes* y *Sthaphylococcus Aureus*, que se asocia a peor evolución. La neumonía es una de las presentaciones más frecuentes en inmunocompetentes. Dada la agresividad y rápida evolución del cuadro, bajo sospecha es necesario iniciar un tratamiento precoz sin aguardar resultados diagnósticos, serológicos y lavado broncoalveolar. Nuestro caso presentó neumonía con SDRA, falla renal, rabdomiólisis y CID con evolución fatal a pesar de tratamiento temprano con Aciclovir y antibióticoterapia de amplio espectro.

Conclusión: La infección por VVZ en adultos jóvenes diabéticos es potencialmente fatal, requiere alta sospecha con tratamiento precoz; se enfatiza la importancia de vacunación en adultos seronegativos o con factores de riesgo.



0064 PACIENTE CON GESTA DE 38 SEMANAS QUE PRESENTA DURANTE CESAREA EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIÓTICO, GUIADO EL TRASTORNO DE ANTICOAGULACIÓN CON TROMBOELASTOGRAMA

A GIRA(1), JG MARQUEZ(1), C TOMAS(1), C DIAZ(1), D CZERWONKO(1), P PRATESI(1)
(1) Universitario Austral.

Introducción: Se define embolia de líquido amniótico, al colapso cardio-respiratorio agudo dentro de 6 hs periparto, nacimiento o ruptura de membranas, sin otra causa identificable, seguida de coagulopatía en mujeres que sobrevivieron al evento inicial.

En 1926 Meyer, describe el primer reporte de paso de líquido amniótico a la circulación materna, patología con tasa de mortalidad materno(20-80%)-fetal(7-40%), con incidencia de 5 casos/1000000 habitantes. El 70% de las muertes ocurren en pre-parto, 10% parto y 20% en cesarea.

Existen factores de riesgo asociados, no se puede prevenir, ni predecir.

El ingreso de células de Líquido amniótico, lleva a vasoconstricción pulmonar y shock cardiogénico y a la liberación de mediadores inflamatorios, activación de coagulación que conduce a CID y Shock Hemorrágico. triada clásica de Hipoxia, hipotensión y coagulopatía. En esta patología se realiza tratamiento de SOPORTE (RCP, ARM, vasopresores, productos sanguíneos, Facto VIIa).

Presentación del caso: Paciente de 35 años, gesta de 38 semanas, durante cesarea presenta PCR (AESP) de 4 minutos, se conecta a ARM, inestabilidad hemodinámica "SHOCK CARDIOGENICO", ecocardiograma, dilatación de cavidades derechas, a los 10 minutos comienza con sangrado masivo "SHOCK HEMORRAGICO" requiere histerectomía mas packing abdominal, se administran 6UGRS, 2PFC, 2Plaquetas, tromboelastograma evidencia fibrinólisis se administran 1 gr de ácido tranexámico y 6 grs de fibrinógeno. Ingresó a UCI con inestabilidad hemodinámica- vasopresores, en ARM PaFio₂ 300, acidosis metabólica severa con hiperlactacidemia, ecocardiograma, TAPSE 15 y fey 46%, A La 48 hs se realiza laparotomía exploratoria con remoción de packing y a las 24 hs pasa a Sala general.

Discusión: La paciente presenta 5 de 5 de los criterios diagnósticos; hipotensión aguda o paro cardíaco, hipoxia aguda, coagulopatía (fibrinólisis), inicio de síntomas periparto y ausencia de cualquier otra condición que pudiera confundir el síndrome, se plantean diagnóstico diferenciales de causas obstétricas (abrupto placentaria, ruptura y atonía uterina, miocardiopatía periparto; anestésicas (toxicidad x anestésicos), no obstétricas (embolia pulmonar, embolia aérea, anafilaxia, sepsis, IAM).

Conclusión: Entidad poco frecuente pero potencialmente mortal, identificar la enfermedad para establecer un diagnóstico de sospecha y orientar el tratamiento en el menor tiempo posible.

0065 TRALI EN PACIENTE CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA. REPORTE DE UN CASO

G GUSMAROLI(1), M LOTORTO(1), ME ECHEVERRIA(1), MD SIBOLDI(1), DP CARTAS(1), G ALLE(1), D SOLORZANO(1), R TORRES(1), P URBINATI(1), D ROVIRA(1)
(1) Sanatorio Los Alerces.

Introducción: La Injuria Pulmonar Aguda por Transfusión (TRALI) es un cuadro infrecuente caracterizado por edema pulmonar no cardiogénico durante o después de una transfusión de hemocomponentes. Por otro lado, la Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) es un trastorno sistémico caracterizado por injuria endotelial y microangiopatía trombótica, produciendo anemia hemolítica, trombocitopenia y disfunción orgánica renal y neurológica. No obstante, estos elementos no siempre están presentes, por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno constituye un desafío clínico.

Caso clínico: Paciente mujer de 27 años, consulta por cuadro caracterizado por astenia, adinamia e ictericia de dos semanas de evolución. En laboratorio ambulatorio se constata anemia severa (Hb:3,9g/dL, Hto:11,4%) y plaquetopenia (95.000/mm³), decidiéndose su internación. Durante la segunda transfusión de glóbulos rojos, presenta disnea súbita, con signos de insuficiencia respiratoria, por lo que ingresa a UTI. Examen físico: Vigil, lúcida, taquicárdica, taquipneica, saturación O₂ 80% (FiO₂:0,21), con resto de parámetros vitales conservados. Palidez generalizada e ictericia flavínica. Al examen respiratorio: rales crepitantes mediobasales bilaterales, y tiraje intercostal. Sin otros hallazgos relevantes en el examen. Radiografía de tórax: infiltrados heterogéneos medio-basales bilaterales. Laboratorio: anemia (Hb:10,5g/dL, Hto:31,2%), plaquetopenia (45.400/mm³), hipoxemia (pO₂:56mmHg, PAFI:140), LDH:12.745 U/L, hiperbilirrubinemia: 3,10mg/dL, predominio indirecta (2,30mg/dL). Resto del hepatograma, coagulograma y función renal en rango normal. Frotis de sangre periférica: Aislados esquistocitos. Prueba Coombs directa: negativa.

Se inicia tratamiento de sostén, y ventilación no invasiva, con mejoría del cuadro respiratorio. Se sospecha TRALI, confirmándose con los anticuerpos antileucocitarios en sangre del donante. Por presentar bicitopenia, LDH elevada y parámetros de hemólisis no inmune, se sospecha PTT como cuadro de base, y se inicia Plasmaféresis, efectuándose cuatro RPI. Con el tratamiento instaurado, la paciente evoluciona favorablemente, recibiendo finalmente el alta.

Conclusión: El TRALI es una de las complicaciones más graves, aunque infrecuente, de la transfusión sanguínea. Destacamos además la inusual forma de presentación clínica de la PTT en nuestra paciente, sin compromiso renal ni neurológico. Por ello, resulta fundamental tener un elevado índice de sospecha, por tratarse de un cuadro potencialmente mortal sin tratamiento, requiriendo únicamente trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática, sin otra etiología adjudicable, para sospechar el diagnóstico e iniciar el recambio plasmático.

0066 SME POLIGLANDULAR, PRESENTACION DE CASO

N FUNES NELSON(1), J MIRANDA(1), E ABEGAO(2)
(1) Hrga Dr Alberto Balestrini. (2) Hrga Dr Alberto Balestrini.

Introducción: El síndrome poliglandular autoinmune se caracteriza por la asociación de dos o más insuficiencias glandulares (generalmente hipofunciones). Se clasifican en las que se presentan en la infancia (SPA tipo 1); y las que se presentan en la edad adulta (SPA tipo 2, SPA tipo 3).

La hiperplasia suprarrenal congénita, autosómica recesiva, origina defectos en la síntesis del cortisol, incrementando la síntesis de androstenediona y testosterona, puede comprometer la síntesis del mineralocorticoide, originando formas "perdedoras de sal". Afectan a 1/15000 nacidos vivos y provocan ambigüedad de los genitales en los individuos con cariotipo XX.

Presentación del caso: paciente de 25 años, antecedentes de hiperplasia suprarrenal congénita sin tratamiento desde los 15 años. Aspecto androgenico.

Ingresó por shock, deshidratación severa por diarrea, hipoglucemia, fiebre e insuficiencia suprarrenal. Requiere arm, reanimación energética y noradrenalina. Se pancultiva con parasitologicos.

Destacándose anemia leve, leucocitosis, hiperuremia, hiperkalemia, hipocalcemia, cortisol 2.9 ug/dl, ACTH 132 pg/ml, antitiroglobulina y antiperoxidasa positivos. Deficit de hormonas suprarrenales, tiroideas y ovarias. TAC: atrofia bilateral de glándulas suprarrenales. Cortisol > 59.8.

Tratamiento: Antibioticoterapia, calcio, hormonas tiroideas, corticoterapia y mebendazol.

Evolución satisfactoria y alta

Discusión: La paciente es tratada desde el nacimiento hasta la adolescencia por hiperplasia suprarrenal, presentándose el resto de las fallas glandulares, de forma abrupta y grave, una década después; siendo una presentación poco frecuente, según la literatura.

Conclusión: Es llamativo encontrar en esta paciente, cualidades de SPA1 y 2 desde la infancia y que en ausencia de tratamiento no hubiera generado inconvenientes durante los 10 años libre de tratamiento.

0067 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

MC PEÑAFORT(1), LB POLLIOTTO(2), CL CIALLELLA(2)
(1) Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. (2) H.d.dr.guillermo Rawson.

La insuficiencia respiratoria, es una causa frecuente de hospitalización en niños recién nacidos y pediátricos.

La insuficiencia respiratoria según los valores de gasometría arterial se clasifica en sub grupos: Insuficiencia Respiratoria Tipo I y Tipo II. La primera se manifiesta con hipoxemia (PaO₂ <60mmHg).

La segunda se presenta con hipoxemia (PaO₂ <60mmHg) mas Hiperapnia (PaCO₂ > 50 mmHg).

Conceptualmente se la puede definir como un síndrome clínico caracterizado por niveles arteriales de Oxígeno (PaO₂ inferiores a 60 mm Hg), y puede acompañarse de hiperapnia (PaCO₂ mayor a 45mmHg).

La oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo calentado y humidificado (OAFc y H) es ampliamente utilizado como soporte respiratorio no invasivo para tratar pacientes con insuficiencia respiratoria. Estos dispositivos permiten suministrar altas concentraciones de oxígeno calentado y humidificado, con flujos elevados, a través de cánulas nasales.

Objetivo: Reportar la respuesta clínica con el uso (OAFc y H) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda tipo I (IRA tipo I), internados en Terapia Intensiva Neonatal, Pediatría y sala común. Y evaluar su efectividad, para disminuir los mecanismos de ingreso a Modos más complejos de asistencia ventilatoria Mecánica.

Población: Se analizaron 97 pacientes, 11 neonatos y 86 pediátricos con IRA Tipo I.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de IRA hipoxémica no hiperapnéica (IR Tipo I) hospitalizados que recibieron OAFc y H con el sistema Fisher & Paykel entre septiembre de 2016 y enero de 2018.

La severidad de la dificultad respiratoria se evaluó con la escala de Tal en menores de 6 meses y con escala de Wood Downes y Becker. Según edad y patología.

Todos cumplieron con el esquema terapéutico médico acorde a la clínica.

Criterios de exclusión: neonatos menores a 38 semanas de edad gestacional con un peso inferior a 2.500g.

Resultados: Del total de la muestra 61 pacientes (63%) fueron respondedores y 36 pacientes (37%) empeoraron y necesitaron otro tipo de apoyo ventilatorio.

De estos 36 pacientes que no respondieron al tratamiento; 26 pacientes (73%) necesitaron Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y 10 pacientes (26%) debieron ser intubados.

Ingresaron con un score entre 5 y 7 puntos, manteniendo mismo puntaje a la hora o mejorando su dificultad respiratoria 2 puntos por debajo del ingreso.

La cantidad de días promedio de pacientes exitosos fue 4 como único soporte ventilatorio y de fracasos 1.

No se registraron efectos indeseables ni complicaciones relacionadas a su utilización.

Conclusión: En los pacientes estudiados se ha observado mejoría clínica en la dificultad respiratoria reflejado en los scores que la cuantifican.

Es una alternativa terapéutica no invasiva, fácil de usar y confortable, con escasos efectos adversos, minimizando los mecanismos de ingreso a modos ventilatorios más complejos de asistencia ventilatoria, evitando los potenciales efectos perjudiciales de la ventilación mecánica.

La implementación de OAFc y H en el hospital nos permitió fami-

liarizarnos, monitorizar parámetros sencillos y evaluar predictores de falla las primeras 12 horas de implementado el tratamiento. Los resultados clínicos presentados son concordantes con otros estudios pediátricos donde se utilizó OAFc y H en IRA.

Es un recurso terapéutico bien tolerado en nuestra población de pacientes, como tratamiento inicial de la dificultad respiratoria leve a moderada en distintas manifestaciones clínicas. A pesar del tamaño pequeño de la muestra y del poco tiempo que llevamos implementándolo, podemos inferir que es una alternativa para pacientes hospitalizados con requerimiento de oxígeno suplementario y su uso precoz aumentaría el porcentaje de éxito.

Palabras claves: Insuficiencia Respiratoria aguda, oxigenoterapia de Alto flujo calentado y humidificado. Ventilación mecánica invasiva, Ventilación mecánica no invasiva. Presión positiva continua en la vía aérea.

0068 ENVENENAMIENTO CON MONOETILENGLICOL TRAS LA INGESTIÓN DE ANTICONGELANTE

A GIRA(1), J SEGURA(1), J HERRERA(1), J ALVAREZ(1), V MARQUEVICH(1), P PRATESI(1)
(1) Universitario Austral.

Introducción: El etilenglicol es un alcohol que lleva a la inhibición del ciclo de Krebs, acumulación de metabolitos (ácido glicólico y ácido oxálico) que genera acidosis metabólica severa. Los cristales de oxalato de calcio se depositan en pulmones, corazón, riñón y ganglios de la base. Se absorbe y distribuye rápidamente en los tejidos con un volumen de distribución de 0,7 L/Kg. Los síntomas en las primeras 12 hs, son depresión del sensorio, nistagmus, HTA, luego de las 12 hs, falla cardiorespiratoria, insuficiencia renal. El tratamiento consiste en Etilterapia, hemodiálisis, Fomepizole tiene afinidad 100 veces mas por la alcohol deshidrogenasa.

Se encuentra en anticongelantes, líquidos de frenos y refrigerantes. Implicado en intoxicaciones accidentales como intencionales. La dosis tóxica es de 1 a 1.5 mL/kg (100 ml).

Tiene una tasa de mortalidad del 1al 22%, dosis dependiente y tiempo de ingesta al inicio de la terapia.

En Argentina no se conoce la prevalencia de esta intoxicación.

Caso clínico: Paciente masculino de 23 años de edad, ingresó a emergencias 24 horas posteriores a la ingesta de 100 ml de anticongelante, con intento auto lítico. Antecedentes de depresión, dependencia a la marihuana.

Al ingreso presentó Glasgow 15/15, estable hemodinámicamente. Inició tratamiento con Etilterapia carga de 4ml/kg, y mantenimiento de 0.7 ml/kg/hr y hemodiálisis.

A las 24 horas, presenta insuficiencia cardiorespiratoria con requerimiento de ARM, insuficiencia renal y acidosis metabólica con anion gap 12, gap osmolar de -37, intercorre durante internación con NAVM, HTA severa, realizo 4 días de etilterapia, traqueostomizado, por persistencia de alteración de la conciencia, se realizó RMN de cerebro que evidenció Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES). Se decanula, recupera función cardiorespiratoria y renal y deriva a Psiquiátrico

Discusión: La intoxicación con etilenglicol tiene una elevada morbimortalidad. El paciente respondió favorablemente a la etilterapia y además de presentar las manifestaciones clínicas asociadas a la intoxicación, se observó PRES, no descrito en otros casos.

Conclusión: La intoxicación por etilenglicol es un problema toxicológico importante en la práctica médica dado que el diagnóstico y el tratamiento precoz puede disminuir la alta morbimortalidad que presentan estos pacientes.

0070 ACRETISMO PLACENTARIO EN LA TERAPIA INTENSIVA AM FERNANDEZ(1), G GUANCA(1), F RÍOS(1), M COHEN(1), F FRANZE(1), R CASALE(1), E PEZZOLA(1) (1) Posadas.

Introducción: El acretismo placentario (AP) implica la anormal adherencia placentaria al miometrio, causa del 10% de las hemorragias postparto, pudiendo conllevar a falla multiorgánica, coagulación intravascular diseminada (CID), histerectomía, internación en Terapia Intensiva (UTI) y muerte materna. Son factores de riesgo procedimientos en que se manipule el endometrio (legrados, miomectomías, histeroscopías), multiparidad, edad materna avanzada; pero los más importantes son placenta previa y cesárea previa. Su incidencia aumentó asociado al incremento de cesáreas (1:4000 partos en 1970s a 1:530-730 en 2000s), y a su número (11%-1, 40%-2, 61%-3).

Objetivo: Describir el manejo y pronóstico de las pacientes con AP en la UTI de un hospital público.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico y observacional. Se analizaron las pacientes que ingresaron a UTI entre enero de 2012 y marzo de 2018 con diagnóstico de AP. La estrategia de manejo fue diagnóstico ecográfico, solicitud de eventual requerimiento de transfusión masiva, cesárea y posterior histerectomía asociada o no a procedimientos hemodinámicos (PH).

Resultados: De los 22.043 partos en el periodo estudiado hubo 37 casos de AP, lo que implica una tasa de 1:580 partos. A 21 pacientes (56.75%) se les realizó colocación de balones en ambas arterias ilíacas internas previo a la realización de la cesárea; pero sólo a 13 (61%) se les realizó embolización de las arterias uterinas. La intercorrenza de sangrado y shock ocurrió 15 pacientes (40.54%), la necesidad de transfusión en 36 (97%) y el promedio de trasfusión fue de 6,5 unidades. No observándose diferencias entre las pacientes que habían recibido PH y las que no. La media de internación en UTI fue de 2 días y la de internación 10 (sin diferencia entre ambos subgrupos). Una paciente falleció (2,7%) debido al desarrollo de isquemia arterial aguda de miembro inferior derecho y CID asociado a complicación de la embolización de las arterias uterinas (EAU).

Conclusiones: Las pacientes con AP tienen un alto riesgo de shock hemorrágico, con requerimiento de soporte transfusional y vasopresor e internación en UTI. El manejo multidisciplinario, la cesárea y posterior histerectomía se asocia a buen pronóstico en las pacientes con AP. La EAU se asoció a una complicación letal.

	totales	HMD no	HMD si	P valor
Pacientes	37	16	21	
Edad	33±5	35±4	32±6	0,206
Semanas de embarazo	33,16±4,1	32,8±3,5	33,3±4,6	0,72
Embarazo no controlado	6	3	3	0,682
Número de gestas	4 (4-6)	5 (4-7)	4 (4-6)	0,298
Parto previo	1 (1-3)	8 (1-3,7)	7 (1-3)	0,867
Cesárea previa	34	15	19	
	3 (2-4)	2 (2-4)	3 (2-4)	0,354
Días en UCI	2 (1-3)	1,5 (1-2,7)	2 (1-3)	0,51
Días en hospital	10 (7-15)	10 (6-21)	10 (8-14)	0,672
ARM	15 (40.54%)	8	7	0,324
Días ARM	1 (1-4)	1 (1-1,7)	1 (1-5)	0,397
Apache II	6,5 (3,7-10)	7,5 (4-12)	6 (3-10)	0,455
SOFA	1 (0-5)	2 (0-7)	1 (0-4)	0,438
Hematocrito	27±5	26±5	28±5	0,204
Plaquetas	178±98	197±128	164±70	0,312
Ptes Transfundidas	37	15	22	
U transfundidas	7 (2-14)	8 (6-14)	4 (2-14)	0,262
Shock	15 (40.54%)	9	6	0,743
Comorbilidades	10 (26%)	6	4	0,267
Tipo de placenta				
Acreta	11	6	5	
Increta	2	1	1	
Percreta	21	8	13	
Sin clasificar	3	1	2	

0071 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA (NET) Y SU RELACIÓN CON EL HIV: A PROPÓSITO DE UN CASO

A MORENO DE MARI(1), LM TURITICH(1), A SANCHEZ(1), Y YOMA(1), MN ZURITA(1), VA RUBELT(1), SG CASTILLO(1), N PISTAN(1), G BOHUID(1), J LEZCANO(1), A ENCINA(1)
(1) San Bernardo.

Introducción: El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) son reacciones graves mediadas por linfocitos T, mucocutáneas, potencialmente fatales. Resultan de la hipersensibilidad a varios factores precipitantes. Hay de 0,4 a 1,5 casos por millón de personas por año, sin diferencia en cuanto al sexo, raza y edad. La NET es provocada por medicamentos o infecciones respiratorias altas en el 74% a 94% de los casos. Se diferencian por superficie afectada: SSJ afecta menos del 10%, SSJ-NET de 10 a 30% y NET mayor al 30%.

Presentación del caso: Paciente femenina, de 42 años de edad, con APP de trastorno bipolar en tto con Valproato, Sertralina y Haloperidol. Consulta por guardia central por rash cutáneo de 5 días de evolución que inicia en cara y progresa a eritema generalizado, pruriginoso y doloroso. Al examen físico (se constata solo lo positivo) presenta eritrodermia generalizada, con ampollas cutáneas y esfacelación en cara, cuello, tórax y MMSS. Además presenta compromiso de mucosa oral, genital y ocular (secreción purulenta). Se asume como probable NET y pasa a UTI. Durante la internación se recibe test de Elisa + para HIV. Como intercurriencia presentó NIH con cultivo positivo para Klebsiella Pneumoniae que respondió al tratamiento con Piperacilina/Tazobactam y Vancomicina. Durante 7 días cursó internación en UTI, con posterior externación.

Discusión: El SSJ y la NET son patologías raras pero frecuentemente fatales. Los desencadenantes suelen ser ciertos medicamentos e infecciones, y las manifestaciones inespecíficas iniciales requieren de un alto nivel de sospecha. No hay terapias curativas establecidas para el manejo de estos cuadros, se sugiere el uso de IgIV o corticoides; por este motivo resulta fundamental brindar un tratamiento de sostén precoz y agresivo. En cuanto al HIV se sabe que aumenta el riesgo general de experimentar una reacción adversa frente a un fármaco, esto relacionado con alteraciones en el modo en que las personas con VIH metabolizan los fármacos, o con el daño inmunológico producido por el VIH.

Conclusión: Esta es una patología infrecuente, altamente relacionada con el VIH, por lo cual sospecharla es imprescindible para su oportuno diagnóstico y tratamiento disminuyendo su mortalidad.



0072 COLOCACION DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES YUGULARES INTERNOS EN PACIENTES SEMISENTADOS

MF MENDIETA(1), RA KARATANAZOPULOZ(1), AN GUTIERREZ(1), JJ NAVOTKA, ME PAIZ, JF REBORATTI, GG GARAU, GA LEVY, C JOACHIN, N LUJAN ACOSTA, LV GOSSEN, MM MARTINEZ, G CUBILLA GRÜNCE(1)
(1) Jose Ramón Vidal.

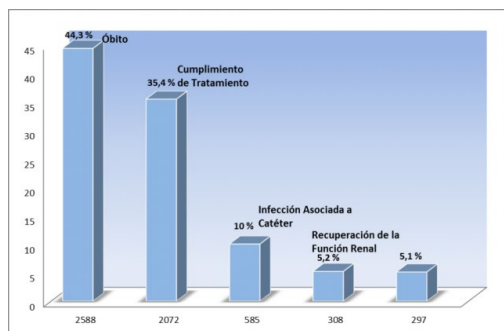
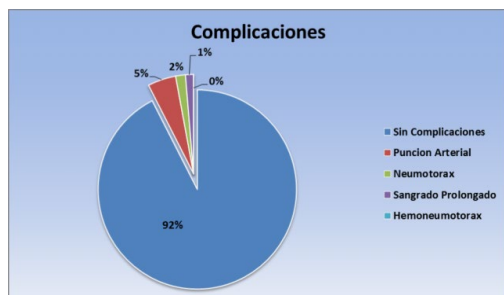
Objetivos: Caracterizar el empleo de vena yugular interna por vía media para colocación de catéteres en pacientes semisentados por ortopnea.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, realizado desde 1 de septiembre de 2007 al 1 de septiembre de 2015. Se efectuó cateterismo venoso central a 5850 pacientes de los cuales: 4058 casos (70%) se realizaron para métodos terapéuticos, 1792 casos (30%) fueron por IRA o IRC reagudizada con requerimiento de hemodiálisis de urgencia. Las variables analizadas fueron: técnica, tiempo de permanencia, complicaciones y evolución. Realizándose en 80 pacientes en posición semisentada. Se obtuvo información a través de historias clínicas.

Resultados: La técnica empleada fue la siguiente: paciente semisentado, cabeza rotada en dirección opuesta al vaso a utilizar, tomando el triángulo formado por los haces esternal y clavicular del esternocleidomastoideo y la clavícula, previa anestesia local, se punza el vértice superior del mismo formando un ángulo de 45° en relación con la piel en dirección a la mama homolateral, siguiendo posteriormente la técnica de Seldinger clásica.

La vena yugular interna derecha fue utilizada con más frecuencia, en 2730 casos (46%). El tiempo de permanencia del catéter fue de 25 ± 5 días; en 2072 casos (35,4%) se retiraron por cumplimiento de tratamiento de enfermedad de base, 308 casos (5,2%) finalización de terapia de reemplazo renal por recuperación de la función renal, 585 casos (10%) por infecciones asociadas a catéter, 297 casos (5,1%) por inicio de uso del acceso vascular definitivo, y 2588 casos (44,3%) por fallecimiento secundario enfermedad de base. Las complicaciones observadas fueron: punciones arteriales (4,6%), neumotórax (1,6%), sangrado prolongado del sitio de punción en pacientes (1,3%) y hemoneumotorax bilateral (0,01%).

Conclusión: Según la bibliografía, la técnica de realización de acceso venoso a las venas subclavia y yugular interna requiere al enfermo en posición decúbito dorsal. Cuando esta posición es difícil de lograr, optamos por la posición semisentada, con la cual insertamos catéteres en forma rápida y segura, guiándonos por la anatomía del cuello. Esta técnica podría ser una alternativa en ortopnea, ya que en nuestra experiencia presentó una baja tasa de complicaciones.



0073 TOXICIDAD PULMONAR POR BLEOMICINA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A CANO TORRICO(1)

(1) Durand.

Introducción: Las bleomicinas son glicopéptidos con actividad anti-neoplásica, utilizado para manejo de linfomas, tumores de células germinales, sarcoma de Kaposi y otros. Su acción requiere forma activa (bleomicina-Fe+3-OOH), se une al ADN produciendo el clivaje de su estructura. Los mecanismos de toxicidad están en relación con acción directa del medicamento y la inducción de inflamación tisular. La fisiopatología de la toxicidad no es bien conocida y los disponibles en la actualidad son extraídos de modelos animales.

Caso clínico: Paciente masculino de 57 años, con antecedente LH celularidad mixta, realizo 6 ciclos ABVD. Evoluciona con disnea progresiva de CF-II a CF-IV, registros febriles y accesos de tos no productiva; tomografía de tórax que evidencia infiltrado intersticial difuso. Con diagnóstico presuntivo de neumonía por Pneumocystis jiroveci inicia tratamiento antibiótico más oxígeno suplementario. Evoluciona con SDRA, sin desarrollo de germen, serologías no reactivas y búsqueda de pneumocystis jiroveci negativo. TC control aumento progresivo de infiltrado intersticial y alveolar, se reinterpreta cuadro como toxicidad por bleomicina, incrementa dosis de corticoides (equivalente metilprednisolona 1 mg/kg/día), hipoxemia refractaria y óbito.

Discusión: Patología en UTI es poco estudiada, con presentación que se puede confundir con procesos infecciosos que dificultando su diagnóstico precoz, con progresión a insuficiencia respiratoria con hipoxemia refractaria y evolución fatal. No se cuenta con tratamiento específico. Medidas que demostraron beneficio: diagnóstico precoz, suspender el toxico y metilprednisolona 1 mg/kg/día.

Conclusión: Los reportes de casos en UTI son escasos, comportamiento poco estudiado y evolución fatal en la mayoría de los casos. (Probable aumento de la lesión por la FiO2 alta, ventilador). Por lo que recomendamos el alto índice de sospecha y el tratamiento precoz.

0074 REPORTE DE UN CASO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME DE EISENMENGER, EN PACIENTE ADULTO CON SÍNDROME DE DOWN
ME ECHEVERRIA(1), RD SIBOLDI(1), GL GUSMAROLI(1), M LOTORTO(1), G ALLE(1), R MENENDEZ(1), M CARCEDO ERSETIG(1), H DONATI(1), P URBINATI(1), D ROVIRA(1)
(1) Sanatorio Los Alerces.

Introducción: El síndrome de Down es una cromosomopatía asociada a defectos cardíacos hasta en el 40-60% de los casos. La hipertensión pulmonar es parte de la historia natural de aquellas cardiopatías congénitas con cortocircuito de izquierda a derecha, siendo el Síndrome de Eisenmenger la forma más avanzada de dicho cuadro, con complicaciones cardiológicas y no cardiológicas.

Caso clínico: Paciente varón de 42 años con antecedente de síndrome de Down y cardiopatía congénita no especificada, ingresa a UTI por hematemesis masiva. Al examen físico se encontraba estuporoso, hipotenso, taquicárdico, taquipneico, saturación de O2 de 60% (FiO2 0.21) y cianosis generalizada. Al examen pulmonar presentaba roncus y rales subcrepitantes difusos con utilización de músculos accesorios, y al examen cardiovascular presentaba ruidos netos, con soplo cardíaco foco tricuspideo intensidad 4/6. A su ingreso se vincula a AMR, se expande con cristaloides, se transfunden hemoderivados e inicia soporte vasoactivo. Laboratorio: Hb:13gr/dl, Hto:41%, Plaquetas:75000/mm3, pH:7.27, EB:-7, HCO3:19mEq/l, pCO2:43mmHg, pO2:31mmHg, SatO2:50% (PAFI:<100). Resto dentro de parámetros normales. Radiografía de tórax: Cardiomegalia, consolidación perihiliar derecha, tronco de arteria pulmonar aumentado de tamaño, hilios en ala de mariposa. ECG: Bloqueo AV 1°. Sobrecarga de cavidades derechas. VEDA: Coágulo adherido en antro gástrico, se realiza tratamiento endoscópico local. Si bien se logra estabilizar el cuadro hemodinámico, el paciente persiste hipoxémico, a pesar de optimizar parámetros de AMR, y sin evidencia de patología pulmonar asociada. Se realiza ecocardiograma con evidencia de comunicación interventricular. Tras evaluación interdisciplinaria se arriba al diagnóstico de Síndrome de Eisenmenger, en estadio terminal. El paciente evoluciona desfavorablemente con shock y falla multiorgánica, con contraindicación para trasplante cardiopulmonar, tras lo cual fallece.

Conclusión: La comunicación interventricular es uno de los defectos cardíacos más frecuentes en los pacientes con Síndrome de Down. Si bien el Síndrome de Eisenmenger es una entidad cada vez menos frecuente, puede aparecer cuando no se realiza oportunamente la cirugía correctora del defecto congénito. La hipertensión pulmonar secundaria y la hipoxemia crónica, provocan consecutivamente eritrocitosis reactiva, que es causa de hiperviscosidad y alteraciones en la hemostasia; trayendo como complicaciones eventos hemorragiparos, como en la peculiar forma de presentación de este caso clínico.

0075 UTILIDAD DEL ÍNDICE NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS Y LA EOSINOPENIA PARA EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA SEPSIS

NS ARBELAIS(1), M ALBORNOZ(1), NS ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)

(1) Eva Peron.

Introducción: La sepsis es un motivo frecuente de ingreso y muerte en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El diagnóstico y tratamiento tempranos disminuyen su morbimortalidad. Diversos biomarcadores han sido propuestos para este propósito. El índice neutrófilos/linfocitos (INL) y la eosinopenia, aún no han sido suficientemente estudiados.

Objetivo: Evaluar la utilidad para el diagnóstico y pronóstico de la sepsis del INL y la eosinopenia.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, transversal, no intervencionista en una UCI polivalente de complejidad uno, con una duración de 13 meses. Se incluyeron mayores de 18 años,

con SIRS, sin condiciones que alteren la fórmula leucocitaria basal. Variables analizadas: edad; sexo; patología de ingreso; comorbilidades; SOFA; APACHE II; SAPS II; PCT; PCR; INL; eosinófilos; AVM; estadia y mortalidad en UCI.

Resultados: Ingresaron 718 pacientes y 287 cumplieron criterios de inclusión. Edad media: 46 años ($\pm 17,25$); 67% eran varones. El 78% ingresó por patología médica y el 17% presentaba al menos una comorbilidad. Estadia media: 10 días ($\pm 9,89$); 58% requirió AVM. Los pacientes con sepsis presentaron mayor mortalidad (39%, $p=0,000$), AVM (63%, $p=0,000$) y estadia (12,3 días, $p=0,001$), que los que tuvieron SIRS de origen no infeccioso. La media de APACHE II; SAPS II y SOFA fue: 14,40 ($\pm 7,24$); 35,28 ($\pm 17,85$) y 5,76 ($\pm 3,33$) puntos, respectivamente. La media de PCT; PCR; INL y eosinófilos fue: 8,47 ($\pm 20,31$) ng/dl; 11,62 ($\pm 12,79$) mg/ml; 14,39 ($\pm 14,76$) y 118,7 (± 354) mm³, respectivamente. El INL y los eosinófilos evidenciaron mal desempeño para el diagnóstico de sepsis (AUC: 0,572; IC95%: 0,505-0,638 y AUC: 0,498; IC95%: 0,431-0,565, respectivamente). Mientras que PCT y PCR mostraron buenos resultados (AUC: 0,846; IC95%: 0,802-0,891 y AUC: 0,858; IC 95%: 0,814-0,903, respectivamente). Ninguno de los biomarcadores utilizados presentó buena capacidad pronóstica. Por el contrario, los escores APACHE II, SAPS II y SOFA evidenciaron buena discriminación para la mortalidad.

Conclusiones: El INL y la eosinopenia al ingreso a UCI no demostraron utilidad para el diagnóstico y pronóstico de los pacientes con sepsis.

0076 BACTERIEMIA POR BACILLUS CEREUS EN PACIENTE CON HERIDA DE ARMA BLANCA ABDOMINAL

NB ACOSTA PEDEMONTTE(1), GV TORRESÁN(2), M ALBORNOZ, NS ARBELAIS(2), NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE(2), DH BAGILET(2)

(1) Hospital Eva Perón. (2) Eva Perón.

Introducción: El *Bacillus cereus* es un bacilo Gram positivo, anaerobio facultativo, esporulado y productor de toxinas implicado en intoxicaciones alimentarias autolimitadas. Las infecciones extraintestinales son raras y se presentan con bacteriemia, endocarditis, meningitis, endoftalmítis, neumonía, infecciones abdominales e infecciones de piel y partes blandas. Actualmente hay un incremento de brotes epidémicos por *B. cereus* en pacientes inmunosuprimidos, asociados a catéter y dispositivos implantables, pacientes postquirúrgicos y por transmisión horizontal entre pacientes de la misma unidad.

Caso clínico: Una mujer de 32 años ingresó a la UCI con requerimiento de vasopresores y ventilación mecánica luego de una laparotomía exploradora por herida de arma blanca con lesión hepática. Laboratorio: anemia (hematocrito 32% y hemoglobina 11,2 g/dl), leucocitosis con neutrofilia, hiperglucemia, acidosis metabólica, transaminasas aumentadas (diez veces el valor normal).

Evoluciona febril dentro de las 48 horas, se cultiva e inicia tratamiento con ampicilina-sulbactam por sospecha de foco respiratorio y abdominal, ya que en la TAC se hallaron consolidaciones en ambas bases pulmonares y una colección hepática en el segmento IV que fue drenada en forma percutánea luego del diagnóstico. Se aislaron en los hemocultivos y el material del absceso bacilos Gram positivos con betahemólisis amplia que se identificaron como *B. cereus*. Se realizó drenaje quirúrgico del absceso hepático y se agregó vancomicina al tratamiento. La evolución fue favorable, pasando a la sala general y egresando del hospital 24 días después.

Discusión: Las bacteriemias por *B. cereus* son generalmente transitorias y de resolución espontánea, por ello el aislamiento de este germen en cultivos de sangre periférica a menudo es interpretado como contaminante.

Existen comunicaciones de infecciones severas por *B. cereus*, siendo la mayoría en pacientes con comorbilidades o en brotes intrahospitalarios. Son escasos los reportes de infecciones asociadas a trauma con bacteriemia. Esto aporta interés al caso, ya que no sólo se trata de una paciente joven e inmunocompetente sino que además la

bacteriemia podría ser secundaria a la herida de arma blanca abdominal.

Conclusión: Se expone la importancia incluir a *B. cereus* dentro de las posibles etiologías de sepsis en pacientes con infecciones asociadas a trauma por arma blanca.



0077 PRECISIÓN DE LA ESTIMACIÓN DE TALLA UTILIZANDO FÓRMULAS ANTROPOMÉTRICAS EN LATINOAMÉRICA

JA RIOS VERTEL(1), F RIOS(2), MI MAURI(3), E ROTELLA(2), A OLMOS(2), ED PEZZOLA(4), LB PERALTA(2), D PIEZNY(2)

(1) Hospital Nacional Profesor A Posadas. (2) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (3) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (4) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Background: El conocimiento de la talla de los pacientes es esencial para la práctica diaria en UCI (cálculo del peso ideal). Sin embargo, la altura real puede no estar disponible o es dificultosa de obtener. Habitualmente se toma la talla medida en posición supina y/o con estimaciones visuales que carecen de consistencia. Se necesitan métodos simples y rápidos para estimar la talla de los pacientes, especialmente en aquellos con, por ejemplo, estatura corta, obesos o ausencia de miembros.

Objetivo: Evaluar, a través de fórmulas antropométricas (validadas solo en poblaciones caucásicas), la estimación de la talla, en una muestra de voluntarios de Latinoamérica y compararlas con la talla en posición erecta (gold standard)

Metodos: Estudio prospectivo en voluntarios sanos, a quienes se midió la talla en posición erecta (gold standard) y en decúbito supino. Luego se analizaron 16 fórmulas de estimación de talla en función de diversas medidas antropométricas (falange distal, ancho de mano, longitud de mano, cúbito, tibia, Chumlea y su versión modificada).

Estadística: La relación entre las variables se analizó mediante prueba de coeficiente de correlación de Pearson (r), y su intervalo de confianza del 95%. También se aplicó método de Bland-Altman. A todas las mediciones se las comparó al gold standard y se estableció el sesgo (bias) que fue informado como diferencias cuantitativas o como porcentaje de diferencia, se toma como significativo un p valor $<0,05$.

Resultados: En los 66 voluntarios sanos la talla medida en decúbito supino correlaciona adecuadamente con el gold standard. La correlación fue inadecuada entre la altura real y la altura calculada, realizada en decúbito supino para: Chumlea y su versión modificada, el ancho de la mano y la falange distal del índice. Proporcionaron adecuadamente las estimaciones de tibia y cúbito. Todas

Resúmenes

estas estimaciones de altura permitieron calcular el peso ideal de manera segura.

Conclusiones: Cuando la estimación de la talla habitual (medida en decúbito supino) no está disponible o no es confiable, las alternativas antropométricas mediante la medición de tibia y cúbito son fáciles de lograr en un paciente en decúbito supino y proporciona estimaciones precisas de talla, con un sesgo bajo.

Voluntarios Sanos	Media (cm)	Mediana	r	IC 95%	p	Bias
Talla estándar (de Pie)	166.8 ± 8.9	167 (160-173)				
Talla Decúbito supino	169.7±8.7	170 (164-176)	0.956	(-0.857 - 1)	0.000	
Diferencia-talla (Estándar-Supino)	2.9±2.6	3.5 (1-4.75)				
Falange distal (FG)						
FG- Formula 1	169.3±8.3	172.9 (161-176)	0.670	(0.449 - 0.814)	<0.001	11.22-16.22
FG- Formula 2	171.7±7.2	173 (164-177)	0.672	(0.388 - 0.700)	<0.001	9.032-17.232
Longitud de Mano (LM)						
LM Formula 1	165.9±8.8	167 (158-172)	0.831	(0.725-1.032)	<0.001	10.98-9.78
LM Formula 2	163.9±9.2	164 (156-169)	0.831	(0.682-0.971)	<0.005	12.996-6.996
LM Formula 3	163.8±8.3	162 (158-168)	0.812	(0.582-0.850)	<0.001	12.992-7.392
Ancho de Mano (AM)						
AM 1	174±13	176 (164-185)	0.759	(0.924-1.455)	0.000	9.74-25.54
Longitud de tibia (LT)						
LT 1	167±5.4	167 (164-170)	0.816	(0.402-0.505)	0.000	9.84-11.72
LT 2	166.3±7.8	166 (160-171)	0.861	(0.629-0.857)	0.000	9.06-8.58
LT 3	173.4±8	173 (167-178)	0.859	(0.643-0.880)	0.000	2.02-15.62
LT 4	175.9±8	176 (170-181)	0.859	(0.643-0.879)	0.000	-0.48-18.12
LT 5	174.9±4	174 (167-179)	0.840	(0.724-1.01)	0.000	2.696-17.696
chumlea	157±6.7	157 (153-160)	0.655	(0.351-0.657)	0.421	23028-3.628
chumlea modif	158±8	157 (152-163)	0.421	(0.164-0.600)	0.001	26.72-9.632
Cúbito (U)						
U1	166.3±12.8	168 (161-173)	0.859	(0.652-0.892)	0.000	7.816-10.216
U2	168±12	170 (163-175)	0.859	(0.651-0.891)	0.000	5.416-12.616
U3	166.3±16.4	168 (159-174)	0.823	(0.743-1.069)	0.000	9.276-12.676

Variable Antropométrica	Formula para Calcular Talla (cm)
Falange distal (FG)	
FG- Formula 1*	HOMBRE= 151.88 + (9.79 x Long (cm)); MUJER= 145.78 + (6.49 x Long (cm))
FG- Formula 2	HOMBRE= 152.38 + (9.79 x Long (cm)); MUJER= 148.78 + (6.49 x Long (cm))
Longitud de Mano (LM)	
LM Formula 1*	HOMBRE= 84.835 + (4.187 x Long (cm)); MUJER= 74.404 + (4.945 x Long (cm))
LM Formula 2*	HOMBRE= 88.243 + (4.39 x Long (cm)); MUJER= 81.314 + (4.42 x Long (cm))
LM Formula 3*	HOMBRE= 85.7 + (4.06 x Long (cm)); MUJER= 80.13 + (3.39 x Long (cm))
Ancho de Mano (AM)	
AM 1*	HOMBRE= 98.23 + (8.51 x amplitud máxima (cm)); MUJER= 110.39 + (6.13 x amplitud máxima (cm))
Longitud de tibia (LT)	
LT 1*	HOMBRE Y MUJER= 91.39 + (2 x Longitud (cm))
LT 2*	HOMBRE= 70.18 + (2.552 x Long (cm)); MUJER= 61.89 + (2.7 x Long (cm))
LT 3*	HOMBRE= 78.52 + (2.52 x Long (cm)); MUJER= 61.53 + (2.9 x Long (cm))
LT 4*	HOMBRE= 81.02 + (2.52 x Long (cm)); MUJER= 64.02 + (3 x Long (cm))
LT 5*	HOMBRE= 56.36 + (3.18 x Longitud (cm)); MUJER= 42 + (3.44 x Longitud (cm))
chumlea*	HOMBRE= 64.19 + (0.04 x edad (años)) + (2.03 x Long (cm)); MUJER= 84.88 - (0.24 x edad (años)) + (1.83 x Long (cm))
chumlea modif*	HOMBRE= 64.19 - (0.06 x edad (años)) + (2.03 x Long (cm)); MUJER= 84.88 - (0.24 x edad (años)) + (1.83 x Long (cm))
Cúbito (U)	
U1*	HOMBRE= 74.15 + (3.7 x Long (cm)); MUJER= 57.76 + (4.27 x Long (cm))
U2*	HOMBRE= 76.65 + (3.7 x Long (cm)); MUJER= 60.26 + (4.27 x Long (cm))
U3*	HOMBRE= 84.95 + (5.27 x Long (cm)); MUJER= 25.58 + (5.83 x Long (cm))

0078 RESULTADO DE LA KINESIOLOGÍA CRÍTICA EN PACIENTES VENTILADOS

RA GIMENEZ(1), NS ROCCHETTI(1), D MORETTI(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)
(1) Eva Perón.

Introducción: La kinesiólogía crítica (KC) es una rama de la kinesiólogía general que aborda el cuidado del paciente severamente lesionado. Su incorporación al equipo multidisciplinario de atención permite la movilización precoz, prevención de escaras, recuperación de pacientes neurológicos agudos, kinesioterapia respiratoria, etc. Quizás, el mayor aporte de la misma se dé en los pacientes ventilados, ya que posibilita el monitoreo cercano, la corrección inmediata de los parámetros ventilatorios, la detección de complicaciones, la recopilación de datos para el control de calidad, etc.

Objetivo: Evaluar si la incorporación de la KC a nuestro servicio influyó sobre el tiempo de asistencia ventilatoria mecánica (AVM), cantidad de traqueotomías y estadía en la UCI.

Material y método: Estudio realizado en una UCI polivalente de 14 camas. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, de ambos sexos que requirieron AVM invasiva como mínimo 24 horas. Se compararon 2 grupos, el primero de ellos desde noviembre del 2007 a octubre del 2010 sin kinesiólogía (G-SK) y el segundo, desde mayo del 2014 a abril del 2016 donde ya se disponía de KC (G-KC). Variables de interés: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, SOFA, días de AVM, necesidad de traqueotomía y estadía en la UCI.

Resultados: El G-SK estuvo conformado por 372 pacientes y el G-KC por 498. La mediana de edad del primer grupo fue mayor que la del segundo (54 vs. 48 años) y el porcentaje de varones fue similar (70%). El APACHE II, SAPS II y SOFA fueron más elevados en el G-SK que en el G-KC ($p < 0,001$). El tiempo de AVM en el G-SK fue de 6 días (RI 2; 12,5) y en el G-KC de 4 (RI 2; 9) ($p < 0,001$). El 22,6% de los pacientes del G-SK y el 14,5% del G-KC fueron traqueotomizados ($p = 0,002$). La mediana de estadía en la UCI del G-SK fue de 9 días (RI 4; 16) y la del G-KC de 7 (RI 3; 12) ($p = 0,002$).

Conclusiones: Los pacientes del G-KC estuvieron menor tiempo en AVM, se le practicaron menos traqueotomías y tuvieron menor estadía en UCI. Sin embargo, es importante señalar que también tuvieron menor gravedad.

0079 SHOCK HIPOVOLEMICO EN CONTEXTO DE EPISTAXIS MASIVA SECUNDARIO A DEFICIT DE FACTOR VII

J OCHOA(1), NA SEGURA(1), J PACUAR PAUCAR(1), B ESCUDERO(1), M BETE(1), A SANTA MARIA(1), D MANCILLA(1), V MARLON(1), O CORREA(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Paciente masculino de 22 años con antecedente de deficiencia de factor VII, que se realiza cirugía laser de cornete nasal en forma programada, previa infusión de factor VII recombinante, evoluciona 10 días posterior a la cirugía con epistaxis masiva, shock hipovolémico y paro cardiaco. Requiere protocolo de transfusión masiva, asistencia ventilatoria mecánica y taponaje anterior y posterior con aporte de factor VII recombinante. Desde el punto de vista neurológico evoluciona satisfactoriamente con destete de la ventilación mecánica e intercorre luego del retiro del taponaje con nueva epistaxis y shock hipovolémico, requiriendo primera angiografía digital diagnóstica con embolización empírica de arteria facial derecha y esfeno palatina izquierda y nuevo taponaje nasal con infusión continua e intermitente de factor VII recombinante.

Posterior a retiro de segundo taponaje nasal presenta nuevo episodio de epistaxis masiva y shock hipovolémico, por lo que se realizó soporte transfusional incluyendo factor VII recombinante y se estudió con segunda angiografía digital evidenciándose Pseudoaneurisma de 3 mm en el extremo distal de la arteria esfeno palatina derecha, por lo que se embolizó con macropartículas la lesión y la arteria esfeno palatina contralateral.

Evoluciono favorablemente lográndose retirar taponaje sin nuevo episodio de sangrado, recibiendo un total de 116 mg de factor VII recombinante, durante 17 días de internación.

0080 IMPACTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA

V BLOTTO(1), KD FERRARI(1), ML CELADILLA(1), V HUARAYO(1)
(1) Teodoro Alvarez.

Introducción: Se presentara la modalidad de atención musicoterapéutica, brindada en una unidad de neonatología, dando cuenta mediante el análisis de 7 casos, el impacto de la asistencia musicoterapéutica.

Presentación del caso: El área de musicoterapia del Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez, ofrece un trabajo "centrado en la familia". Se interviene antes, durante y/o después de una intervención médica. Una de las intervenciones que más se destaca es la realización de la canción de bienvenida. Al finalizar cada internación se aplica al cuidador, una encuesta de calidad del servicio de musicoterapia. A continuación se describirá el análisis de 7 encuestas aplicadas durante febrero a marzo de 2018.

Análisis y resultados: El 90% de los encuestados considera muy favorable el trabajo de musicoterapia durante la internación. (tabla 1). Frente a la consulta de cuáles fueron las áreas que más se favorecieron, los mas seleccionados fueron: "favorecer la comunicación" y "contener emocionalmente a la mamá". Seguidos por "estimular sensorialmente al bebé" "tranquilizar al bebé" y "enseñar a los cuidadores una nueva forma de comunicación" (Tabla 2). En relación a la utilización de la música para relacionarse con su bebé, el 100% de los encuestados refiere utilizarla a través del uso de la voz cantada. (Tabla 3)

En relación al uso que los cuidadores le dan a la voz cantada el 100% eligió la opción "para dormirlo". (Tabla 4). Para finalizar la encuesta

se indago en relación al uso de la canción creada en musicoterapia par interactuar con su hijo, en donde un 90% refirió utilizarla de forma diaria. (Tabla 5)

Discusión: A pesar de la muestra es muy pequeña, se puede advertir un impacto importante

Conclusión: La internación de un neonato, presupone el paso por situaciones de disconfort tanto para el bebé como para su familia. La posibilidad de realizar este tipo de intervenciones posibilita incrementar la calidad de los servicios, impactando en la salud integral del neonato y favoreciendo la vinculación del mismo con su familia. Contar con un espacio de contención emocional destinado al grupo familiar, favorece la comunicación no solo intrafamiliar sino con el resto de los profesionales.

Tabla 1

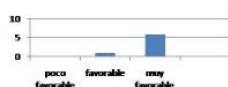


Tabla 2



Tabla 3

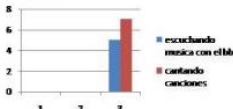


Tabla 4

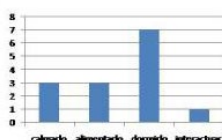
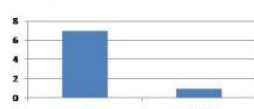


Tabla 5



0081 EXPERIENCIA DE TROMBOLISIS ENDOVENOSA EN ACV ISQUEMICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

I GONZÁLEZ MÁRQUEZ(1), L PERFETTI(1), F DANA(1), G WAISMAN(1), J TAMASHIRO(1), A ANTIK(1), M IZUS(1), G ZEBALLOS(1), L ALLER(1), L DE GREGORIO(1), E RUBIO(1), G OTTO(1), F RIOS(1), N VITTIPALDI(1), D GARCIA(1)
(1) Durand.

Introducción: El accidente cerebro vascular isquémico (ACVi) es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. En Argentina, fallecen 18400 personas a raíz de un ACV por año, de acuerdo con los últimos datos provenientes de las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación que corresponden a 2012. Esta enfermedad es, además, la primera causa de discapacidad en el país. La fibrinólisis endovenosa es el único tratamiento no invasivo que ha probado ser efectivo para mejorar la evolución de la enfermedad.

Objetivos: Comunicar la experiencia del Hospital Carlos G. Durand en el tratamiento agudo no invasivo del ACVi.

Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes trombolizados entre Marzo 2017 y Febrero 2018. Se incluyeron 9 pacientes tratados únicamente por vía endovenosa (EV). Analizamos las variables edad, sexo, factores de riesgo vascular, tiempo de puerta-aguja, evolución clínica temprana, incidencia de hemorragias cerebrales, mortalidad y situación funcional tres meses después del ACVi.

Resultados: La media \pm desviación estándar de edad fue de 58 \pm 15 años (rango 33-83), de los cuales 55% fueron hombres. El principal factor de riesgo cardiovascular fue la hipertensión arterial. El promedio de la escala de ictus del National Institute of Health (NIHSS) inicial fue de 11.55 \pm 4.85 puntos, a los 120 minutos 6.11 \pm 5 puntos y al alta 3.88 \pm 4 puntos. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas-administración rt-PA fue de 138 \pm 59.7 minutos. Dos

casos (22%) presentaron hemorragia cerebral, una asintomática (11%) y otra que evoluciono a muerte encefálica (11%).

Conclusión: El establecimiento y aplicación estandarizada de protocolos intrahospitalarios de atención urgente al ACVi permite ofrecer tratamiento trombolítico endovenoso en el infarto cerebral de manera segura y eficaz aun en centros con nula o poca experiencia previa.

0083 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

JE FARINA(1), C BALASINI(1), A CREMONA(1), C VIVIANA(1), E CUNTO(1), P SAUL(1), C PEREYRA(1), M BLANCO(1), M LARES(1), AL GONZALEZ(1), P JUAREZ(1), A LUCIANI(1), E SERRA(1), J VIDELA(1), S ARESO(1), DC ANALIA(1), E SOFIA(1), L MONTSERRAT

(1) Comité De Infectología Crítica De Sati.

Introducción: La *Candida* es el cuarto microorganismo aislado en los hemocultivos (HMC) en múltiples series evaluadas en terapia intensiva (UTI). La candidemia tiene elevada morbilidad y mortalidad, y las estrategias diagnóstico-terapéuticas difieren en los distintos centros.

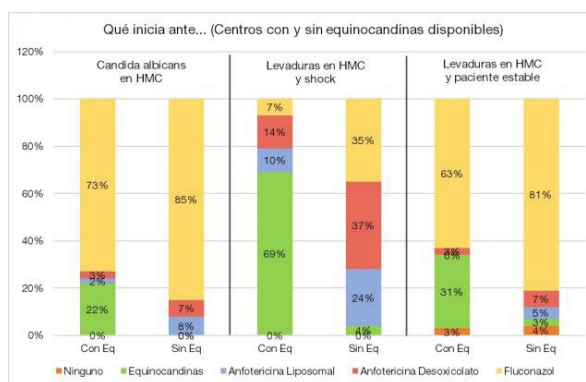
Objetivos: Evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las candidemias en las UTIs de Argentina.

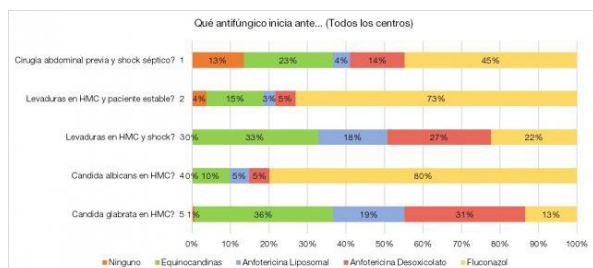
Material y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta a UTIs de Argentina. Se consideraron las características de las UTIs. Se realizaron 15 preguntas sobre disponibilidad de antifúngicos, diagnóstico y tratamiento en cada centro para candidemias. Las variables se analizaron como media, desvío estándar y porcentaje. En este caso mostraremos los resultados de las preguntas relacionadas al tratamiento en base a los distintos antifúngicos usados en diferentes situaciones.

Resultados: Participaron 134 UTIs de todo el país, con al menos 1 centro de cada una de las 23 provincias y de CABA. El promedio de camas es de 13 \pm 8. El 100% de los centros disponen de fluconazol, el 69% anfotericina desoxicolato, 53% anfotericina liposomal y el 44% equinocandinas. El resto de los resultados se visualiza en los gráficos.

Conclusiones:

- Todas las provincias participaron de la encuesta.
- El antifúngico más utilizado es el Fluconazol, solo el 44% de los centros disponen de Equinocandinas.
- La Anfotericina Desoxicolato forma parte del tratamiento habitual de pacientes en shock (27% de los centros), principalmente las instituciones que no cuentan con Equinocandinas, a pesar de las recomendaciones de NO utilizarla por su toxicidad renal.
- Al menos 1 de cada 4 centros de los que disponen de equinocandinas las eligen a pesar de que el paciente esté hemodinámicamente estable o se aísle *C. albicans* (2/3 si el paciente está en shock).
- Esperamos que esta encuesta sea un punto de partida para realizar un trabajo nacional para realizar recomendaciones locales sobre el tratamiento de las candidemias en Argentina.





0084 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN BAHIA BLANCA. EXPERIENCIA SOBRE LOS PRIMEROS 7 CASOS TROMBOLIZADOS EN EL HOSPITAL PRIVADO DEL SUR

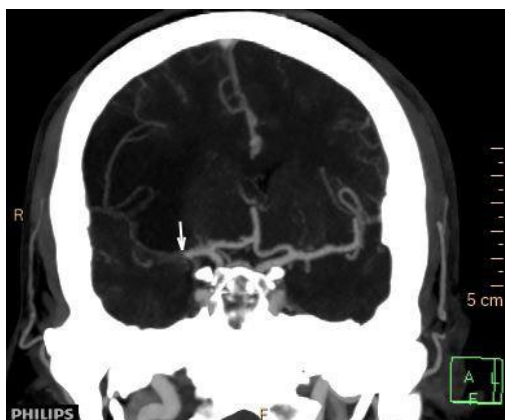
N BRUS(1), JI MELE(1)
(1) Privado Del Sur.

Introducción: En Argentina el accidente cerebrovascular representa una de las primeras causas de muerte y discapacidad. El principal factor de riesgo asociado fue la hipertensión arterial. El activador de plasminógeno de tipo tisular recombinante, es el único medicamento probado que afecta los resultados cuando se administra en el marco de tiempo hiperagudo (menor a 4,5 horas) después de la isquemia.

Presentación de casos: Se presentaron 7 pacientes, seis de sexo masculino y uno de sexo femenino, cuyas edades oscilaron entre los 36 y 74 años, con una media de 53.5 años. La forma de presentación de los síntomas fueron: 3 paresia grado III facioobraquicrural izquierda y 2 derecha, 2 plejía facioobraquicrural derecha. De ellos, 2 presentaron deterioro del sensorio y 1 síndrome cinetótico. Al ingreso se realizó tomografía axial computada sin contraste. Todos los pacientes recibieron tratamiento con activador de plasminógeno de tipo tisular recombinante dentro de las primeras 4 horas de inicio de los síntomas.

Discusión: Durante un periodo de 28 meses, se registraron 21 casos de accidente cerebrovascular isquémico en el servicio de terapia intensiva del Hospital Privado del Sur, de los cuales 7 cumplieron criterios de trombolisis con activador de plasminógeno de tipo tisular recombinante. De los 7 pacientes, 5 evolucionaron con mejoría de foco neurológico a las 6 horas del tratamiento trombolítico (de los cuales 2 se externaron asintomáticos, 2 con discapacidad leve a moderada y 1 presento discapacidad severa), 1 progreso a transformación hemorrágica y 1 a edema cerebral maligno.

Conclusión: De acuerdo con la bibliografía, la hipertensión arterial fue el factor de riesgo más frecuente asociado a accidente cerebrovascular isquémico. En base a los resultados observados en nuestra experiencia y apoyados en la evidencia del uso de activador de plasminógeno de tipo tisular recombinante, nos planteamos en el servicio, la creación de una unidad de stroke, que garantice un diagnóstico y tratamiento precoz.



0085 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

JE FARINA(1), C BALASINI(1), A CREMONA(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1), P SAUL(1), C PEREYRA(1), M BLANCO(1), M LARES(1), AL GONZALEZ(1), P JUAREZ(1), A LUCIANI(1), E SERRA(1), J VIDELA(1), S ARESO(1), A DE CRISTOFANO(1), S ESPOSTO(1), M LLORIA
(1) Comité De Infectología Crítica De Sati.

Introducción: La Candida es el cuarto microorganismo aislado en los hemocultivos (HMC) en múltiples series evaluadas en terapia intensiva (UTI). La candidemia tiene elevada morbilidad y mortalidad, y las estrategias diagnóstico-terapéuticas difieren en los distintos centros.

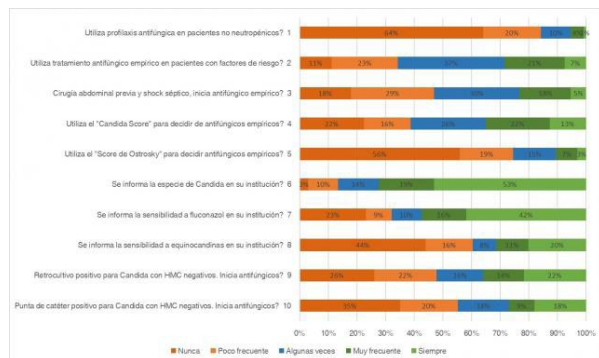
Objetivos: Evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las candidemias en las UTIs de Argentina.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta a UTIs de Argentina. Se consideraron las características de las UTI. Se realizaron 15 preguntas sobre disponibilidad de antifúngicos, diagnóstico y tratamiento en cada centro para candidemias. Las variables se analizaron como media, desvío estándar y porcentaje. En este caso mostraremos los resultados de las preguntas relacionadas al enfoque diagnóstico y terapéutico sin considerar los distintos antifúngicos usados.

Resultados: Participaron 134 UTIs de todo el país, con al menos 1 centro de cada una de las 23 provincias y de CABA. El promedio de camas es de 13 ± 8 . Los factores de riesgo determinantes para el desarrollo de una candidemia: nutrición parenteral (85%), antibióticos previos (79%), cirugía abdominal (74%) y neutropenia (70%). Ante una candidemia el 91% realiza HMC de control, 84% ecocardiograma (transesofágico 28%), 77% fondo de ojos y 63% ecografía abdominal. El resto de las respuestas se visualizan en los gráficos.

Conclusiones:

- La encuesta tuvo amplia participación de todas las regiones de nuestro país
- Los factores de riesgo más aceptados como determinantes de una candidemia son la nutrición parenteral, los ATB previos, la cirugía abdominal previa y la neutropenia.
- Un tercio de las instituciones utiliza el Candida Score frecuentemente para decidir inicio de tratamiento, mientras que el Score de Ostrosky no es utilizado.
- En el 37% de los centros no se informa en forma sistemática la especie de Candida.
- Un tercio de los centros trata frecuentemente las puntas de catéter (27%) o los retrocultivos (36%) positivos con HMC negativos.
- Sólo el 28% realiza ecocardiograma transesofágico ante una candidemia
- La mitad de los centros adopta la recomendación de las guías sobre la duración del tratamiento antibiótico (14 días desde HMC negativos).



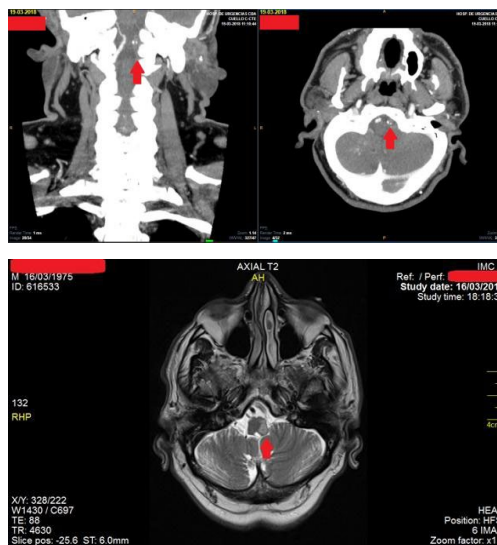
0086 SÍNDROME DE WALLEMBERG EN CONTEXTO DE TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO LEVE: PRESENTACION DE CASO
B SELVA(1), C ARANCIBIA(1), S PAVAN(1), P PAHNKE(1), L COLOMER(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: Los accidentes cerebrovasculares son la segunda causa de muerte a nivel mundial y se presentan de múltiples formas según el territorio afectado. En el síndrome de Wallemborg (infarto bulbar lateral) las estructuras afectadas son rama espinal del trigémino, vía espinaltálica, núcleo ambiguo del vago, pedúnculo cerebeloso inferior y fibras simpáticas descendentes, manifestándose con un conjunto de signos y síntomas que incluyen vértigo, hipoalgesia termoalgésica contralateral, hipoalgesia termoalgésica facial y ataxia ipsilateral, nistagmo, paresia velopalatina ipsilateral y paresia facial. Se presenta el caso de un paciente que combina TEC leve y síndrome de Wallemborg confirmado por neuroimágenes.

Presentación: Paciente masculino de 59 años, con antecedentes de HTA y DBT Tipo 2 no tratada, ingresa a guardia traído por SEM debido a caída de altura, presenta diplopía, vértigo y claudicación de MMII. Examen físico inicial según normas ATLS: déficit sensitivo de hemicuerpo derecho. TAC con hipodensidades periventriculares de aparente origen vascular y calcificación de arteria vertebral izquierda sin lesiones óseas craneocervicales. El examen secundario evidencia paresia de rectos oculares, reflejo plantar derecho indiferente e izquierdo flexor, fuerza y tono conservado. Hipoestesia del par V y VII izquierdo y hemicuerpo derecho con propiocepción disminuida ipsilateral asociado a alteración en la deglución. TAC a las 12 horas posteriores de similares características. Se trata con dimenhidrinato, difenhidramina, metoclopramida, ranitidina y se optimiza su medicación habitual sin resultados favorables durante las primeras 72hs de su internación. AngioTAC evidenció trombosis y placas calcicas en arteria vertebral izquierda desde el nacimiento hasta porción intracraneana. Se confirma con ECO DOPPLER y RMN. Se decide alta hospitalaria por mejoría clínica a los 7 días del ingreso con tratamiento farmacológico sintomático, fonoaudiológico y kinesiológico y rehabilitación ambulatoria.

Discusión: La cinemática del trauma puede confundir el diagnóstico. La clínica aclara la etiología del cuadro y los métodos complementarios (TAC, RMN) definen la patología como causa de origen vascular.

Conclusión: La revisión inicial del paciente traumatizado deja de lado innumerables pruebas semiológicas dando mayor importancia al examen secundario rutinario.



0087 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS PEDIÁTRICAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

JE FARINA(1), S ARESO(1), A DE CRISTOFANO(1), S ESPOSTO(1), C BALASINI(1), A CREMONA(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1), P SAUL(1), C PEREYRA(1), M BLANCO(1), M LARES(1), AL GONZALEZ(1), P JUAREZ(1), A LUCIANI(1), E SERRA(1), J VIDELA(1), M LLORIA
(1) Comité De Infectología Crítica De Sati.

Introducción: La Candida es el principal agente responsable de la micosis infantil, causando desde infecciones cutáneo-mucosa en pacientes sanos hasta la enfermedad invasiva grave en pacientes con factores de riesgo. La candidemia tiene alta morbilidad y mortalidad.

Objetivos: Evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las candidemias en las terapias intensivas pediátricas (UTIPs) de Argentina.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta a UTIPs de Argentina. Se consideraron las características de las UTIP. Se realizan 15 preguntas sobre disponibilidad de antifúngicos, diagnóstico y tratamiento en cada centro para candidemias. Las variables se analizan como media, desvío estándar y porcentaje.

Resultados: Participaron 16 UTIPs: CABA 8 (50%), Buenos Aires 4, Santa Fe 2, Córdoba 1, Formosa 1; 15/16 son polivalentes. El promedio de camas es de 12±5. Los antifúngicos disponibles son: fluconazol 100%, anfotericina liposomal 81%, voriconazol 75% y equinocandinas 56%.

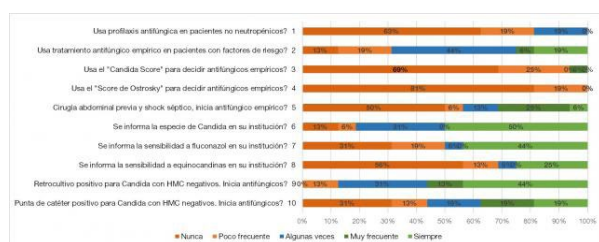
Ante una candidemia: 100% realizan ecografía abdominal, 93% fondo de ojos, 86% hemocultivos (HMC) de control y 75% ecocardiograma. La duración del tratamiento utilizada es de 14 días (37%), 14 días desde HMC negativos (31%) o 7-10 días (31%). Las demás respuestas se resumen en los gráficos.

Conclusiones:

- La muestra sólo representa la realidad de 16 UTIPs de nuestro país, con participación mayoritaria de centros de CABA y Pcia de Bs As.
- Sólo en la mitad de las UTIPs se informa la especie de Candida en forma sistemática.
- Un poco más de la mitad de las instituciones cuentan con equinocandinas y sólo en 1 centro las utiliza dentro de los tratamientos iniciales.
- Los Scores de uso habitual en adultos no presentan aceptación en las UTIPs participantes.

Resúmenes

- El antifúngico de elección en pacientes hemodinámicamente estables es el fluconazol, mientras que la anfotericina liposomal es la más utilizada ante la presentación con shock.
- Se espera mayor participación de los diferentes centros en las próximas iniciativas similares y así poder conocer y mejorar la realidad asistencial de esta patología en nuestro país.



0088 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS CON INFECCIÓN O PORTACIÓN DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC

B SELVA(1), L COLOMER(1), M FREITES(1), I PUIG(1), P PAHNKE(1), S PAVAN(1), C ARANCIBIA(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: El género *Klebsiella* son bacilos gram (-) parte de la flora normal intestinal de humanos y animales. La *K. pneumoniae* es la más prevalente e importante. La *K. pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC (KPC) es un patógeno emergente. Las carbapenemasas son enzimas capaces de hidrolizar los carbapenems y confieren resistencia a estos antimicrobianos. Infecciones por KPC son generalmente intrahospitalarias y se encuentran principalmente en pacientes inmunocomprometidos asociadas con altas tasas de morbi-mortalidad, especialmente en los pacientes con internación prolongada, críticos y expuestos a dispositivos invasivos.

Objetivo: Analizar características epidemiológicas de pacientes infectados de KPC, en el HMU dentro del período comprendido entre marzo de 2017 y enero de 2018.

Materiales y métodos: Estudio analítico retrospectivo, observacional donde se analizaron pacientes con hisopados perirectales para detección de KPC, según protocolo hospitalario desde marzo de 2017 a enero de 2018. Clasificados según portadores e infectados, días de internación, áreas de internación, sitios de recuperación, utilización de dispositivos invasivos. Se comparó la incidencia antes y después de la capacitación del personal y nueva protocolización.

Resultados: De 147 hisopados, 39% resultaron positivos, y de estos últimos, el 52% presentaban infección. De los portadores se encontró un promedio de edad de 39,73 años, siendo el 80% masculinos. La media de días de internación arrojó 88.66 días. La UTI arrojó una incidencia mayor de colonizados. El 70% de los pacientes presentó más de una infección por KPC durante la internación, siendo el 43% las ITU, seguidas de las infecciones de sitio quirúrgico (23%). El 73% de los pacientes utilizó al menos uno de los dispositivos invasivos. La comparación de incidencia de portadores posterior a la capacitación arrojó que de un 17.76% inicial, bajó a 7.35%, y de 33.38% previo a la implementación del nuevo protocolo, bajó a 19.11%.

Conclusión: Se concluyó que nuestro nosocomio, tiene un patrón retroalimentario en cuanto a estadía hospitalaria, invasividad del paciente, y unidad de alojamiento, pudiendo predecir las complicaciones para optimizar la prevención, limitando la incidencia de

casos, bajando morbilidad y reduciendo el costo hospitalario de los pacientes

0089 DISECCIÓN CAROTÍDEA ESPONTÁNEA

RD SIBOLDI(1), ME ECHEVERRÍA(1), G GUSMAROLI(1), M LORTORTO(1), D HILEN(1), P URBINATI(1), D ROVIRA(1)

(1) Sanatorio Los Alceres.

Introducción: Es provocada por desprendimiento de la capa íntima de la pared arterial, permitiendo la formación de un hematoma intramural, denominado falso lumen.

Se describen causas etiológicas: traumáticas, colagenopatías, arteriopatía y espontáneas.

Es una entidad infrecuente; incidencia estimada de 2,5 casos /100.000 habitantes, representa el 10-25% de las causas no ateroscleróticas de ACV en pacientes jóvenes.

Resumen: Presentamos paciente masculino de 39 años sin antecedentes personales; familiar de 1° grado: ACV no especificado. Niega automedicación, tabaco, drogas de abuso y traumatismos.

Consulta a guardia general por cuadro de 36 hs de evolución, presentaba paresia Facio-crujal derecha y disfasia.

Exámenes complementarios: TAC de cráneo: área hipodensa cortico-subcortical temporal-parietal izquierdo. Ecodoppler cuello arteria carótida interna izquierda no flujos ni doppler color, impresión ocluido. Angio RMI: Arteria carótida interna izquierda: reducción de calibre, contornos irregulares de aspecto arrosariados, caída de la intensidad de señal en su interior compatible con reducción del flujo vascular, signos indirectos de disección. Arteria cerebral media izquierda caída de la intensidad de señal, probables signos de obstrucción. Secuencia T2 región cortico subcortical frontotemporal izquierda, imagen focal, hipertintensa. Arteriografía oclusión de la carótida interna izquierda a nivel supra bulbar, muy probablemente secundario a disección. Perfil inmunológico: C3 C4 CH50 FAN ANTI ADN látex FR: negativos.

Inicia anticoagulación. Luego de 24hs presenta empeoramiento de foco neurológico: evoluciona a parálisis facial derecha, hemiplejía izquierda y afasia de expresión, por lo cual es ingresado a UTI.

Excluimos transformación hemorrágica y se incrementa dosis de anticoagulación.

El paciente presentó una evolución favorable durante los 5 días que se mantuvo en nuestra unidad. Continuó con anticoagulación al alta.

Conclusión: Consideramos importante reportar nuestro caso clínico, como entidad infrecuente; siendo que la disección carotídea espontánea de localización extracraneana es la causa más prevalente de AVC isquémico en adultos jóvenes. La presentación clínica se centró en un foco neurológico. La RMN continúa siendo el examen complementario que confirma el diagnóstico y la arteriografía es el método que permite la conducta intervencionista, ante el fracaso de tratamiento médico. Obtuvimos una buena respuesta terapéutica al tratamiento médico, sin evidencia de complicaciones hemorrágicas.

0091 HIPERPLASIA DE LA AMÍGDALA LINGUAL Y EPIGLOTIS EN OMEGA COMO CAUSA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL

S STERMAN(1), A FALDUTI(1), L BUDROVICH(1), ML LUDUEÑA(1), N RAIMONDI(1), G CHIAPPERO(1)

(1) Fernández.

Objetivos: Describir las anomalías faringolaríngeas encontradas en la vía aérea superior, evaluadas por endoscopia, asociados al fracaso de la ventilación e intubación endotraqueal.

Descripción: Paciente FC, de 47 años que ingresa a UTI por politraumatismo, secundario a colisión de vehículo de motor (moto vs. auto). Por ventilación prolongada se decide realizar de forma electiva una traqueostomía percutánea. Durante el procedimiento ocurre extubación accidental con dificultad para lograr ventilar y oxigenar al paciente con la unidad bolsa-válvula-máscara. Frente a

la presencia de una vía aérea difícil se procede a la colocación inicial de una máscara laríngea con la que se logra la optimización de la saturación arterial de oxígeno. Luego de varios intentos de intubación por profesionales experimentados y ante la imposibilidad de re-colocar adecuadamente la máscara laríngea el paciente evoluciona con hipoxemia y PCR durante 4 minutos. Se realiza traqueostomía percutánea de emergencia con técnica de GRIGGS, lográndose una vía aérea segura. El paciente evoluciona sin secuelas neurológicas y es dado de alta de la UTI.

Luego del procedimiento se decide realizar endoscopia para identificar las causas del fracaso de la intubación. Se observa hiperplasia de la amígdala lingual que enmascara la epiglotis y una epiglotis en omega que ocluye la vía aérea superior al plegarse sobre sí misma y sobre la pared posterior de la faringe.

Comentario: La hiperplasia de la amígdala lingual y la presencia de una epiglotis en omega y en retroflexión son condiciones que pueden causar obstrucción de la vía aérea superior y que contribuyen al desarrollo de ventilación con máscara e intubación difícil.

Bibliografía:

- 1.- Ovassapian A, Glassenberg R, Randel GI, Klock A, Mesnick PS, Klafka JM. The Unexpected Difficult Airway and Lingual Tonsil Hyperplasia. *Anesthesiology* 2002; 97:124-32
- 2.- Sánchez-Morillo J, Gómez-Diago L, Hernández-Cádiz MJ, Balaguer-Doménech J, Barber-Ballester G, Richart-Aznar M. Influencia de las anomalías faringolaríngeas diagnosticadas mediante laringoscopia indirecta en la predicción de la dificultad de intubación. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2015;62(5):245-252

0092 INJURIA MIOCARDICA SIN ELEVACION DEL ST EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VA RUBELT(1), M ZURITA(1), Y YOMA(1), A MORENO DE MARI(1), A SANCHEZ(1), M TURITICH(1), J LESCANO(1), A ENCINA(1), S CASTILLO(1), N PISTAN(1)
(1) San Bernardo.

Introducción: El SCASEST se da debido a la aparición o modificación reciente de dolor precordial anginoso que puede darse con el esfuerzo o reposo y acompañado de cambios ECG con infradesnivel del ST, inversión de la onda T y/o marcadores enzimáticos. Causas: reducción de la perfusión (ruptura de placa aterosclerótica), microembolización plaquetaria, shock hipovolémico. Puede existir una obstrucción dinámica que genera severo espasmo de uno o varios segmentos de las arterias coronarias con probable relación al consumo de sustancias como cocaína, tabaco, y alcohol.

Presentación de caso: Masculino 21 años – APP: Consumo de drogas ilícitas, etilismo ocasional.

MC: Ingresa con politraumatismo + TEC leve, por accidente moto sin casco.

TC de cerebro con HSD derecho + fractura a donde la fx de cráneo y fractura expuesta tibia peroné. Se realiza toilette y con colocación de tutor externo de tibia. Craniectomía + exéresis de fragmentos óseos de donde? Colocación sensor de PIC sub dural.

En UTI se constata HTO 18 %, Hb 6 mg/dl, inestable con requerimiento de vasoactivos. Se realiza laparotomía exploradora, por caída de hto, búsqueda de sangrados en sitios ocultos, abdomen en blanco.

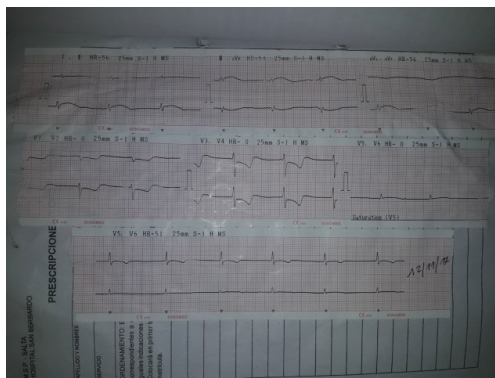
Examen físico: Paciente en ARM, bajo sedoanalgesia, inestable HD requerimiento de vasoactivos. Ap resp: hipoventilación bibasal. Ap CV: R1 – R2

Laboratorio: HTO 18% - HB 6 mg/dl – CPK 6000 u/l – CPK mb 630 u/l – troponina t 7000 ng/l ECG: infradesnivel del st de v1 – v4. Bradicardico. Ecocardiograma: Fey 71%, cavidades conservadas, sin valvulopatías ni flujos patológicos. Aorta y pericardio conservado.

Tratamiento: reposición sanguíneas. Múltiples esquemas antibióticos.

Evolución: Mejoría del estado hemodinámico, destete con buena evolución. Complicaciones: Intercurrencias infecciosas. Amputación de miembro inferior derecho.

Conclusion: Se llega a la conclusión que la causa del SCASEST que sufrió nuestro paciente puede haber sido por el shock hipovolémico que presentó en el accidente sufrido, sumado al antecedente de consumo de cocaína que puede haber tenido horas antes del hecho. Dicho cuadro lo pudimos comprobar mediante ECG y elevación de marcadores enzimáticos. Se recolecto datos donde sustenta dicha hipótesis.



0093 COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA CON TECNICA DE CIAGLIA. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA RESIDENCIA EN UTI

A PASTORIZA(1), L BUDROVICH(1), A DIEZ DE TEJADA(1), ML LUDUEÑA(1), L DE BARI(1), H NÚÑEZ(1), G CHIAPPERO(1), N RAIMONDI(1)
(1) Fernández.

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento frecuente en UTI. En octubre de 2016 se incorporó en el servicio la técnica de Ciaglia.

Objetivos: Describir las complicaciones inmediatas relacionadas con la realización de TP con la técnica de Ciaglia, realizadas por los residentes de UTI de cuarto año.

Material y métodos: Se realizaron TP en pacientes de UTI, entre octubre de 2016 hasta abril de 2018. Se excluyeron los pacientes con contraindicaciones absolutas. Las TP fueron realizadas, según técnica, por residentes de 4º año de UTI que se iniciaban en el procedimiento.

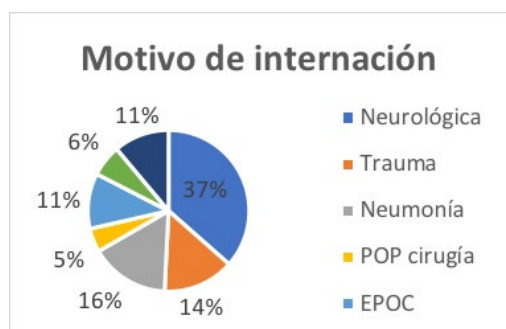
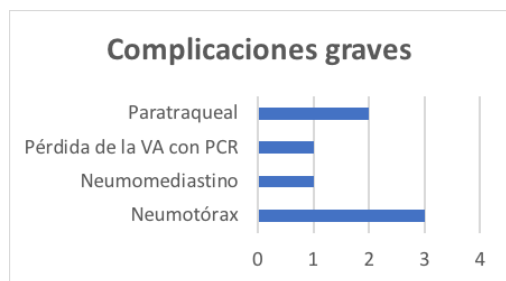
Se realizó la recopilación de las complicaciones inmediatas del procedimiento y se definió como complicaciones graves a: pérdida de la vía aérea con PCR, neumotórax, neumomediastino, colocación para-traqueal del dilatador o la cánula. Otras complicaciones fueron consideradas leves (sangrado, punción del manguito del tubo, dificultad para progresar el dilatador).

Resultados: Fueron incluidos 73 pacientes. 37 (59%) hombres, con una edad promedio de 53,35 años (rango 19-87 años). La media de los días de intubación fue 12 días (rango 2-25 días). El APACHE II medio fue 19,42 puntos con un rango comprendido entre 8 y 38. El promedio de procedimientos realizados por los residentes fue de 7 (rango 1-17). El motivo de internación en UTI correspondió a las siguientes causas: neurológica 23, trauma 9, neumonía 10, POP de cirugía 3, EPOC 7, sepsis 4 y otros 7 pacientes (fig. 1). El total de complicaciones relacionadas con la TP fue de 30. Las complicaciones leves más frecuentes fueron el sangrado y la dificultad para progresar el dilatador. Las complicaciones graves fueron 7 (11,11%) (fig. 2).

En cuatro procedimientos (6,34%) la TP fue finalizada por el personal entrenado acompañante, en dos oportunidades por colocación para-traqueal del dilatador, en otra por pérdida de la vía aérea con PCR y en la restante se necesitó la asistencia endoscópica para completar el procedimiento luego de un intento fallido.

Conclusiones: Es de destacar que el mayor número de complicaciones tuvo escasa significación clínica por lo que consideramos que la

realización de la TP con la técnica descrita por Ciaglia es un procedimiento seguro, aún realizada por profesionales en formación.



0094 EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN: UNA NECESIDAD CRECIENTE EN TERAPIA INTENSIVA

G CHIAPPERO(1), A FALDUTI(1), ME CATINI(1), N RAIMONDI(1)

(1) Fernández.

Introducción: Los trastornos de la deglución son problemas frecuentes en UTI. La evaluación endoscópica de la deglución (FEES) incluye el estudio anatómico de la vía aerodigestiva alta, sensibilidad laríngea y función deglutoria con la administración de alimentos con distintos volúmenes y consistencia.

Objetivos: Describir los hallazgos encontrados en pacientes de UTI sometidos a FEES como estrategia de evaluación de la deglución.

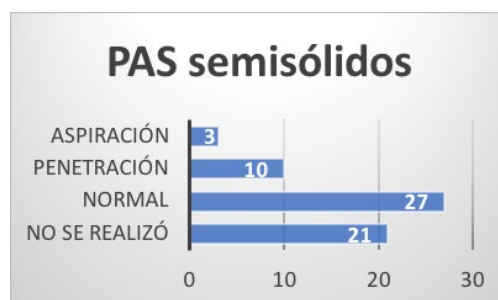
Material y métodos: Se realizaron FEES desde abril de 2016 hasta abril de 2018, cuando el médico tratante lo solicitó. Se evaluaron las características anatómicas de la faringe y laringe, la escala de acumulación de secreciones con el score de Murray y la escala de penetración/aspiración (PAS). Cuando el riesgo de aspiración era alto, no se progresó con el estudio. Los datos se muestran con la media y el DS y chi cuadrado para establecer relaciones entre datos categóricos.

Resultados: Fueron incluidos 71 pacientes. 35 (53,37%) hombres, con una edad promedio de $53,35 \pm 16,79$ años (20-87 años). La media de los días de intubación fue $10,75 \pm 5,69$ días (1-31 días). 47 (77%) fueron traqueostomizados. La causa de internación fue: neurológica 20, trauma 9, neumonía 11, POP cirugía 4, POP columna cervical 5, IRA 4 y otros 8 pacientes. 39 (63,9%) pacientes presentaron alguna alteración anatómica, las más frecuentemente encontradas fueron en la motilidad de cuerdas vocales o el cierre glótico. El score de Murray mostró un alto riesgo para aspiración en 15 (24,6%) pacientes. El test sensitivo fue negativo en 18 pacientes. La escala de PAS no pudo evaluarse en 21 pacientes por el riesgo de aspiración o falta de colaboración. La distribución para semisólidos y líquidos se muestra en las fig. 1 y 2.

No se encontró asociación entre la presencia de traqueostomía y alteraciones anatómicas ($p=0,50$), acumulación de secreciones ($p=0,45$) y escala PAS para semisólidos ($p=0,35$) o líquidos ($p=0,28$).

Conclusiones: La FEES es una técnica de evaluación, que debería realizarse en todos los pacientes críticos luego de la intubación

endotraqueal o la traqueostomía, ya que permite identificar los trastornos de la deglución que aumentan riesgo de aspiración del contenido faríngeo. Es de destacar que no encontramos relación entre la presencia de traqueostomía y los hallazgos encontrados.



0095 EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD MALIGNA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ARGENTINA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

MDP ARIAS LÓPEZ(1), M DE BARELLI(2), A FERNANDEZ(3), C MEREGALLI(4), M MOSCIARO(5), ME RATTO(6), R POTERALLA(7), A SIABA SERRATE(8), G SATI-Q PEDIATRICO(3)

(1) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez. (2) Hospital Provincial. Rosario. (3) Sati. (4) Hospital Elizalde. (5) Hospital Dr. Humberto Notti. (6) Hospital De Niños "sor María Ludovica". (7) Sanatorio Anchorena. (8) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La prevalencia de niños con enfermedades oncológicas en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) ha aumentado mundialmente debido a importantes avances en su tratamiento. Conocer sus necesidades y evolución permitirá optimizar sus cuidados.

Objetivos: Determinar la prevalencia y describir las características y evolución de los niños con cáncer ingresados en una muestra de UCIP argentinas. Comparar evolución con los pacientes sin enfermedad oncológica al ingreso.

Material y métodos: Multicéntrico, nacional, análisis secundario de base datos SATI-Q. Pacientes ingresados en 19 PICU argentinas, entre 1-3-2015 y 29-2-2016. Estadística descriptiva para caracterizar la población. Análisis univariado y multivariado de regresión logística para comparar evolución con los pacientes no oncológicos, ajustada por potenciales confundidores.

Resultados: Se analizaron 3483 internaciones en UCIP. La prevalencia de niños con enfermedad maligna fue 7.3 % (254/3483); 81 (32.3%) tenían leucemias/linfomas y 171 (67.7%) tumores sólidos. Los tumores del sistema nervioso central representaron las neoplasias más frecuentes [45.7% (116/254)]. La edad mediana fue de 89 meses [rango intercuartilo (RIC) 38-141] y la mortalidad predicha por PIM2 9.35% (DS 16). Los principales motivos de ingreso fueron monitorización postoperatoria (38,2% (97/254), causa neurológica (23,6% (60/254)) y sepsis (19,3% (49/254)); 29,5% (75/254) fueron admisiones electivas.

El 54% (138/254) requirió ventilación mecánica (VM), 61,8% (157/254) catéter venoso central y 26,4% (67/254) monitoreo ar-

terial invasivo. La mediana de estadía fue de 4 días (RIC: 2-11). El 35,8% requirió ingresos múltiples de UCIP vs. 14,2% de la población general [Odds Ratio: OR 2,96 (IC95% 2,21-3,97) ($p < 0.001$)] ajustado por motivo de ingreso. La presencia de enfermedad maligna se asoció con mortalidad; 21% falleció (53/252) versus 8.2% (263/3202) de la población general ($p < 0.001$), OR: 3.5 (IC95%: 2.3-5,3 ($p < 0,001$)) ajustado por PIM2, motivo de ingreso y VM. La tasa de mortalidad estandarizada (según mortalidad predicha por PIM2) fue 2,3 (IC95% 1,7-3).

Conclusiones: Los pacientes con cáncer representan una población con alta mortalidad y utilización de recursos en la UCIP. Es una prioridad optimizar su cuidado

0096 VALIDACIÓN DEL PUNTAJE ÍNDICE PEDIÁTRICO DE MORTALIDAD PIM3 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ARGENTINA: UN ESTUDIO MULTICENTRICO, PROSPECTIVO NACIONAL

MDP ARIAS LOPEZ(1), N BOADA(2), A FERNANDEZ(3), A FERNANDEZ(4), ME RATTO(5), A SIABA SERRATE(6), E SCHNITZLER(6), G VALIDACIÓN PIM3 ARGENTINA(4)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez. (2) Hospital De Pediatría " Prof. Dr. Juan P. Garrahan". (3) Hospital General De Agudos " Carlos G. Durand". (4) Sati. (5) Hospital De Niños "sor María Ludovica". (6) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La evaluación de la mortalidad como indicador de calidad en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es una tarea compleja. Con esta finalidad se usan los puntajes de predicción de riesgo de muerte. Estas herramientas deben ser actualizadas y previamente debe evaluarse su funcionamiento en la población en que se pretenden utilizar. El PIM2, puntaje utilizado actualmente en Argentina, ha mostrado en los últimos años un desempeño inadecuado en otras regiones, con predicción de mortalidad superior a la observada, por lo que se ha actualizado. Esta versión denominada PIM3 aún no ha sido validada en Argentina.

Objetivos: Evaluar el desempeño del PIM3 en una población de niños admitidos en UCIP argentinas.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo. Se incluyeron los pacientes entre 1 mes y 16 años de edad admitidos en las UCIP participantes entre 15-5-2016 y 15-2-2017. La discriminación y la calibración del PIM3 se evaluaron calculando el área bajo la curva ROC (AUC) y test de Hosmer – Lemeshow (H-L) respectivamente. Se analizó el funcionamiento del puntaje en la población general y en distintos subgrupos etarios, diagnósticos y según presencia de condiciones crónicas complejas (CCC)

Resultados: Participaron del estudio 49 UCIP. Se analizaron 6602 pacientes. La mortalidad observada fue 8% (531/6602) mientras que la mortalidad predicha por PIM3 fue 6,17% (407 muertes). La tasa de mortalidad estandarizada (TME) fue 1,3 (IC95% 1,2-1,42). El AUC-ROC fue 0,83 (IC95% 0,82-0,85). El test de H-L mostró inadecuada calibración [diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad observada y la predicha por PIM3 (χ^2 : 135,63; $p < 0,001$)] en la población general.

La discriminación de PIM3 fue adecuada en todos los grupos etarios, diagnósticos y según presencia de CCC. En cambio la calibración fue inadecuada. En todos los grupos etarios, la mortalidad observada fue superior a la predicha por PIM3 en forma estadísticamente significativa, excepto en los menores de 12 meses. En todos los grupos diagnósticos la mortalidad observada fue superior a la predicha excepto en los pacientes ingresados por trauma (44 muertes observadas vs 53,7 predichas, $p < 0,19$). En los pacientes con CCC se observaron 276 muertes vs 179 predichas, TME 1,54 (IC 95% 1,37-1,73) $p < 0,001$

Conclusiones: El puntaje PIM3 discriminó adecuadamente a los pacientes que murieron de los que sobrevivieron en nuestra población, pero subestimó el riesgo de muerte en la población general y la mayoría de los subgrupos analizados. Utilizar un instrumento actualizado como PIM3 permitirá una comparación realista de los

cuidados intensivos locales con la atención brindada a nivel internacional.

0097 POLITRAUMATISMO CON DESGUANTAMIENTO COMPLETO DE MIEMBRO INFERIOR

MC CARRUEGA(1), AC DI NAPOLI(1), M CRISTALDI(1), W WÜRMS(1), M MONTENEGRO(1), A BALBI(1)

(1) Hospital Militar Central.

Introducción: Las lesiones por desguantamiento (*degloving*) se caracterizan por la avulsión de tejidos blandos, con separación de extensas porciones de piel y tejido celular subcutáneo de los planos de fascia y musculo subyacentes. La gravedad está dada principalmente por la localización de la lesión y la pérdida hemática asociada.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 36 años que ingresa a Unidad de Terapia Intensiva luego de siniestro vial, siendo arrollada por un transporte de pasajeros. Sufre politraumatismo con desguantamiento extenso de miembro inferior derecho, exposición completa de plano muscular y óseo.

La lesión abarca desde la raíz del muslo hasta maléolo, con exposición de tejidos blandos y hueso, lecho sangrante, contaminación visible, con fractura de peroné y meseta tibial externa (Figuras 1 y 2). Pulsos pedio y poplíteo conservados, temperatura conservada. Arteriografía con flujos conservados. Requiere soporte vital avanzado con intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica para manejo de analgesia y posibilitar múltiples intervenciones quirúrgicas en las primeras horas de evolución. Soporte transfusional con glóbulos rojos, plasma, crioprecipitados y plaquetas.

Se emprende manejo multidisciplinario con participación de Cirugía plástica y cardiovascular, efectúan toilette y cierre por planos planos de piel y partes blandas. Se realiza aplicación de matriz dérmica se coloca sistema de aspiración continua, con recambios seriados del mismo.

Evoluciona con estabilidad hemodinámica y extubación exitosa. Se realizan 20 sesiones de cámara hiperbárica, 6 continuas con descanso de un día a la semana, para estimular la angiogénesis y neovascularización, tejido de granulación, regular el estrés oxidativo y la respuesta inflamatoria. Sufre como complicaciones episodio de crisis nerviosa debido a estado de claustrofobia dentro de la cámara, y registros de hipertermia post sesión de cámara, con crisis de ansiedad, astenia, cefalea, tinnitus.

Pasa a sala de internación luego de 25 días, siendo dada de alta hospitalaria al día 32. Continúa rehabilitación motora, deambula sin soporte protésico.

Discusión y conclusiones: Las lesiones por desguantamiento constituyen una patología de gran severidad por la afectación sistémica que se genera en lo inmediato, así como por el potencial compromiso del área involucrada a largo plazo. En nuestro caso se logró mediante un enfoque multidisciplinario precoz y agresivo, una recuperación funcional exitosa.





0098 UTILIZACIÓN DE ADHESIVO BRONQUIAL EN PACIENTE CON FÍSTULA TRAQUEO BRONQUIAL E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. REPORTE DE UN CASO

M LAS HERAS(1), J RODRIGUEZ GIMENEZ(1), A MONTSERRAT RIVERO(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), A DIETRICH(1), S GIANNASI(1), E BEVERAGGI(1), D SMITH(1), E SAN ROMAN(2)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La fístula broncopleurales es una complicación potencialmente mortal, su desarrollo está íntimamente relacionado con condiciones del paciente. La fístula se clasifica según su tiempo de aparición en precoces y tardías; o según su magnitud en totales y parciales.

Caso: Paciente de 29 años de edad con politraumatismo secundario a colisión vehicular. Presentó traumatismo cerrado de tórax (hemotórax y contusión pulmonar) con colocación de tubos de avenamiento pleural bilateral; traumatismo cerrado de abdomen. Laparotomía exploradora evidenció hemoperitoneo asociado a hematoma peri vaca. Continuó con ventilación mecánica y a los 10 días de ocurrido el politraumatismo es derivada a nuestra institución. Al ingreso presenta absceso pulmonar derecho más empiema por lo que se realiza drenaje de absceso pulmonar y empiema, lobectomía inferior derecha y traqueostomía.

A los 7 días de la lobectomía evoluciona con fístula broncopleurales, fibrobroncoscopia que muestra dehiscencia de anastomosis de bronquio inferior derecho. Se realiza decorticación pleural y reparación de dehiscencia con parche de músculo intercostal.

Evoluciona con SDRA por lo que se inicia ventilación mecánica protectora, evidenciándose pérdida aérea por tubo de avenamiento pleural. Una nueva fibrobroncoscopia muestra dehiscencia parcial de sutura bronquial que impide la correcta ventilación.

Se realiza broncoscopia rígida para colocar parche con adhesivo bronquial en la sutura bronquial; luego del procedimiento evidencia ausencia de fuga en aérea pleural, permitiendo la correcta ventilación en paciente con SDRA y con la consiguiente mejoría de la mecánica pulmonar, oxigenación y radiografía de tórax.

Discusión: La complejidad en el manejo de la fístula bronquiales conlleva a un manejo individualizado en cada caso, dependiendo de las condiciones clínicas del paciente. La intervención quirúrgica supone un gran riesgo, por lo que las técnicas endoscópicas menos agresivas pueden ser una opción terapéutica. Dentro de las mismas, aparecen diferentes opciones como catéteres bloqueadores, prótesis oclusivas de diferentes materiales y múltiples sustancias que se pueden utilizar para sellar el defecto de la sutura.

Conclusiones: El cierre de fístula broncopleurales mediante técnicas broncoscópicas y con aplicación de un sellador pleural en una paciente con insuficiencia respiratoria, parece ser ventajoso ya que evita los riesgos asociados a una toracotomía y se puede realizar en la cama de un paciente críticamente enfermo.



0099 TRANSPORTE PEDIATRICO CRITICO, ESTANDARES DE ESTABILIZACION GUIADOS POR TELEPRESENCIA

G PUJALES(1)
(1) San Luis.

Objetivos: Analizar la tasa de complicaciones registradas en el transporte de pacientes pediátricos críticos aplicando estándares de estabilización en el hospital emisor, guiados a través de telepresencia previo al traslado (Sistema ADO).

Material y metodos: Análisis retrospectivo descriptivo de traslados realizados durante 4 años. Los estándares de estabilización se realizan según la complejidad hospitalaria (Nivel 1, 2 y 3) y se aplicaron guiados a través de Telepresencia con equipos instalados entre el centro receptor (Servicio de UTI-CEP, PRSL) y los hospitales nivel 2 y 3. El traslado fue realizado por unidad de alta complejidad (Figura 1) Los estándares de estabilización siguen el siguiente esquema: PLANIFICADO-POSICIONADO-ASPIRADO-OXIGENADO-VENTILADO-CANALIZADO-HIDRATADO-MEDICADO-CONTROLADO-RESGUARDADO, siguiendo esta secuencia y no pasando a otro estándar sin previamente haber resuelto el anterior. Se distribuyeron poster de la sistemática de estabilización (figura 2).

Se distribuyeron elementos para el tratamiento (cajas ADO), se realizó entrenamiento para el uso de los dispositivos.

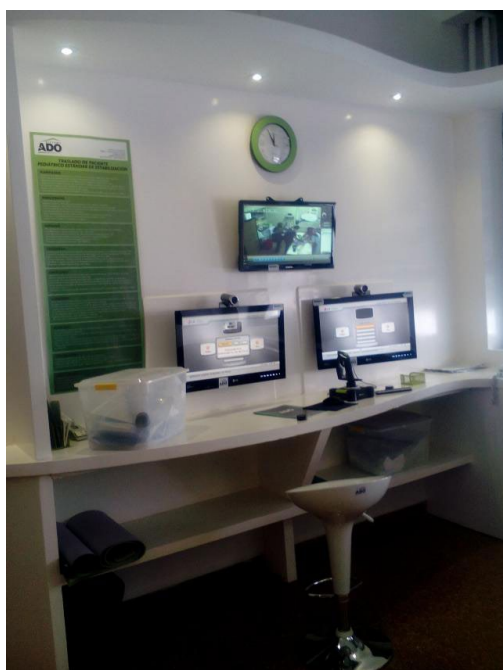
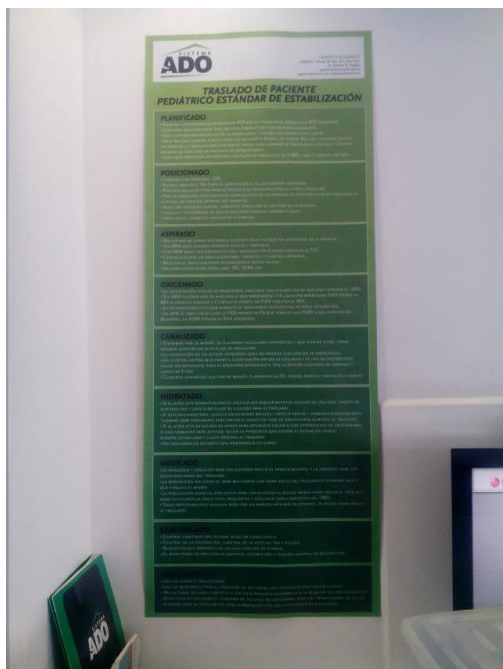
Sistemática: Ingreso al hospital de nivel 1 y 2-se trata según estándares de estabilización guiados por telepresencia desde el servicio de UTI-CEP y con el uso de elementos de la caja ADO-coordinación con Utip - sale ambulancia sistema ADO - telepresencia con hospital nivel 2 con asesoramiento desde la UTIP- arribo de la ambulancia - coordinación entre el medico de traslado y el de la UTIP por telepresencia, arribo al hospital receptor.

Resultados: Se realizaron 360 interconsultas que ingresaron al protocolo de aplicación de estándares por telepresencia, 5 pacientes (1,3%) presentaron óbito en el lugar de origen, antes del arribo

de la ambulancia, 29 pacientes(8%) se logró la estabilización no siendo necesaria la derivación.

Se trasladó a 326 pacientes,72 pacientes del total trasladado (19%) se internaron en sala de pediatría, no requiriendo UTIP. Cuatro pacientes presentaron complicaciones durante el traslado (1,2%), 2 requirieron RCP, y dos estabilización vía respiratoria.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de los pacientes al llegar al hospital de referencia no requirieron cuidados intensivos(19%),y solo el 1,2 % de los pacientes trasladados presento una complicación grave durante el traslado. Atribuimos estos resultados a la correcta estabilización realizada sobre la base de los estándares guiados por Tele presencia.



0100 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

PA AGUILAR(1), LD FRISCIONE(1), JC BRAZAO(1), MJ MANAGÓ(1), A DOGLIOTTI(1)

(1) Instituto Cardiovascular De Rosario.

Introducción: En los últimos 20 años los avances tecnológicos y científicos mejoraron la seguridad y disminuyó la incidencia de barotrauma en pacientes con ventilación mecánica invasiva (VMI).

Objetivo: Describir las características y evolución clínica de pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos.

Métodos: Se relevaron prospectivamente los pacientes en ventilación mecánica invasiva con al menos 12 horas de VMI y postoperatorio de cirugías no programadas.

Los pacientes fueron ventilados según fórmula de peso ideal, volumen corriente (VC) 6 - 7ml/kg, presión meseta 20 y "driving pressure".

Resultados: De 296 pacientes con ventilación mecánica invasiva se incluyeron 97 que cumplieron los criterios de inclusión.

Las patologías cardiológicas representaron el 57,70% de los motivos de ingreso a cuidados intensivos; y la inestabilidad hemodinámica fue la principal causa de ventilación mecánica con 31,95%.

El VC utilizado fue 6,41 ml/kg +/- 0,74; "driving pressure" de 9,83 +/- 2,43; presión meseta 17,3 +/- 3,45 cmH20; barotrauma 5,15%; días en ventilación mecánica 6 +/- 5,23; score Apache II 23,02 +/- 9,84; la desvinculación simple se presentó en 58,46% y la mortalidad general fue 39,1%.

Conclusión: En los pacientes que recibieron ventilación mecánica invasiva se observó una baja incidencia de complicaciones respiratorias por barotrauma.

0101 BACTERIEMIA EN PACIENTES EN CUIDADOS CRÍTICOS: UNA EXPERIENCIA DE UN AÑO EN EL HIGA "EVA PERÓN" DE SAN MARTÍN

SI CASTRO(1), A TUDURI(2), M ALMUZARA(2), R FANOLA NOVILLO(2), J VILCA QUISPE(2), R TAPIA VARGAS(2), J HOWARD DÍAZ(2), M MORANTE(2), P BOSCHINI(2), R QUIROGA(2)

(1) Higa Eva Perón - San Martín. (2) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: En el programa del National Healthcare Network de EE.UU. se informó una incidencia de bacteriemia relacionada con catéter central en UCI de un episodio por cada mil días de uso, con valores mayores en unidades de alto riesgo, donde puede ascender a 3 episodios. Esta se ha conseguido con la implementación de medidas de cuidados en su colocación y mantenimiento.

Objetivo: Establecer la prevalencia de gérmenes en hemocultivos de acuerdo con la procedencia del paciente y sus comorbilidades en 2017.

Material y métodos: Se revisaron las epicrisis y los protocolos de bacteriología de pacientes que cursaron un primer episodio de bacteriemia en UCI. Se consideró su adquisición en otro servicio cuando los pacientes provenían de otra sala y se rescataba en las primeras 48 horas.

Resultados: Se incluyeron 28 mujeres y 33 hombres. La mediana de edad fue de 60 años (rango: 14-86). Tiempo de internación: mediana 15 días (rango: 2-220). Requerimiento de ARM en 52/61 pacientes previo al rescate. Comorbilidades principales: DBT 8, HIV+ 4, EPOC 11, cáncer 9. Siete casos presentaron bacteriemia de la comunidad, hallándose *Escherichia coli*, neumococo, *Staphylococcus aureus* oxa resistente, SCN oxa sensible, *Enterococcus faecalis* y *Aeromonas sobria*. El foco urinario fue el más frecuente. El tratamiento empírico inapropiado fue del 28%, con una mor-

talidad cruda del 71%. Se hallaron 36 pacientes con bacteriemia desarrollada en UCI: *Staphylococcus aureus* 3, SCN oxa resistente 5, enterobacterias 7 (una KPC+), *Pseudomonas aeruginosa* 2, polimicrobiana 11, *Candida* 3, entre otros. Se evidenciaron 16 episodios de sepsis por catéter. Aquí el tratamiento inapropiado fue del 50% y la mortalidad cruda fue 54%. En aquellos donde se detectó bacteriemia proveniente de otro servicio (18), los gérmenes fueron: SAMS 1, SAMR 3, *Streptococcus viridans* 2, SCN oxa resistente 2, KPC 2, polimicrobiana 2, entre otros. Sepsis por catéter: 5 episodios. El tratamiento inapropiado fue en el 22% y la mortalidad cruda del 63%.

Conclusiones: Es importante conocer la prevalencia de gérmenes de acuerdo con la procedencia del paciente, para mejorar la elección antibiótica empírica y así disminuir la mortalidad. En esta serie, se halló escaso rescate de *Staphylococcus aureus* de origen intrahospitalario.

0102 SHOCK HEMORRÁGICO POR AVULSIÓN DEL PEDÍCULO RENAL. REPORTE DE UN CASO

P MEDICI(1), M NOGUEIRA(2), J ARANDA(2), M JACOBSEN(2), MG MENÉNDEZ(2)
(1) Hiemi Mar Del Plata. (2) Hiemi.

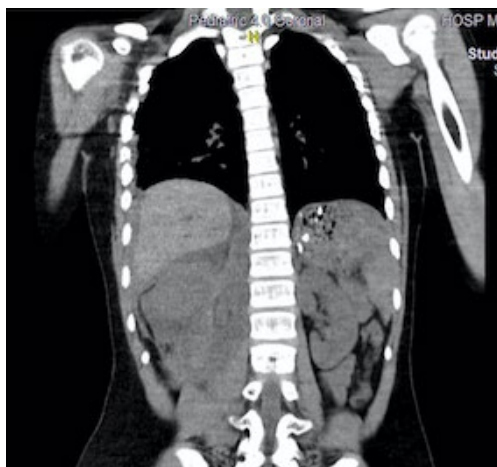
Introducción: El traumatismo abdominal afecta más del 30% de los niños politraumatizados, con compromiso renal en el 5%. Sólo las lesiones grado V y avulsión del pedículo renal requieren tratamiento quirúrgico, representando menos del 4% del total de las lesiones renales.

Presentación del caso: Paciente de 11 años que sufre traumatismo múltiple por incidente en vía pública. Ingresa pálido, con abdomen distendido, tenso y doloroso. Hematocrito 16%. Orina completa sin hematuria. Ecografía abdominal: riñón derecho con alteración morfológica del polo inferior, escaso líquido peritoneal. TAC de abdomen: hematoma retroperitoneal adyacente riñón derecho. Evoluciona con shock hemorrágico y se traslada a quirófano para laparotomía de urgencia. Se constata avulsión del pedículo renal derecho con hematoma retroperitoneal, se realiza nefrectomía. Se deja abdomen abierto y contenido. A las 12 horas por persistir con inestabilidad hemodinámica habiendo requerido transfusión masiva se traslada nuevamente a quirófano donde se identifica lesión a nivel de arteria duodenal con posterior control de cuadro. Evolucionó progresivamente con estabilidad hemodinámica, otorgándose el egreso hospitalario luego de 30 días.

Discusión: Se presenta el caso de una paciente con avulsión del pedículo renal, una entidad infrecuente que se puede producir en traumatismos con desaceleración. Presento orina completa normal, ecografía y tomografía abdominal no concluyentes con el diagnóstico final.

La presencia de hematuria después de un trauma abdominal es indicador de lesión renal. Sin embargo, en un 0,5 a 20 % está ausente, entre ellas la avulsión del pedículo. La ecografía tiene baja sensibilidad y especificidad para lesiones renales. Dificultad para identificar lesiones vasculares o infartos segmentarios. Ante la sospecha de lesión renal y estabilidad hemodinámica la tomografía de abdomen con contraste es el método de elección. Sensibilidad y especificidad cercana al 96%. La falta de captación de contraste por el riñón es distintiva de lesión del pedículo.

Conclusión: En pacientes con antecedentes de lesión por desaceleración con indicadores clínicos de traumatismo renal tener presente la avulsión del pedículo como probable etiología. Frente a estabilidad hemodinámica realizar tomografía con contraste. Ante inestabilidad, realizar laparotomía exploradora en busca de dicha lesión.



0103 NEUROMONITOREO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

L COLOMER(1), B SELVA(1), C VIGNETTA(1), I PUIG(1), P PAHNKE(1), S PAVAN(1), C ARANCIBIA(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE), principal causa de muerte en personas jóvenes, tercera causa global y sus secuelas originan un alto costo socioeconómico. Por ello resultan necesarias herramientas que mejoren su morbimortalidad.

Objetivos: Valorar mortalidad inmediata con neuromonitoreo en TCE graves: clínica, tomográficamente y, eventualmente con captores intracerebrales (PIC).

Analizar pronóstico en pacientes con TCE grave según Escala de Resultados de Glasgow Extendida (GOSE) y comparar con bibliografía internacional.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con TCE ingresados al Hospital de Urgencias durante 2016-2017. Incluyendo pacientes con Glasgow igual o menor a ocho al ingreso excluyendo aquellos que ingresaron con criterios de muerte encefálica o mecanismo lesional penetrante.

Se utilizó la clasificación tomográfica de Marshall y GOSE a los 6 meses de externación.

Resultados: Del total de 52 pacientes el sexo masculino correspondió al 82,7% (n=43). El traumatismo facial estuvo asociado un 88,5%, (n=46). La mayoría correspondieron a un Marshall II (84,6%, n=44). La conducta no quirúrgica inicial fue de 82,7%, (n=43) por sobre la quirúrgica 17,3% (n=9). El 11,47% (n=7) tuvo monitoreo con captores intracerebrales. El 9,63% (n=5) falleció durante la internación siendo la mortalidad precoz del 60% (n=3)

El GOSE promedio general fue de 4,5 y en aquellos monitorizados con captor de PIC 4,28.

Conclusiones: La mortalidad inmediata fue similar en pacientes con y sin monitorización invasiva, lo cual concuerda con la bibliografía internacional. Se obtuvo una baja discapacidad general.

Para tener una significación estadística necesitaríamos un número mayor de casos y adecuar las medidas económicas que permitan acceso a dispositivos de neuromonitoreo.

0104 ANALISIS DE DISNATREMIAS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

JM DAZA(1), L BENITO MORI(1), C PEREYRA(1), P SCHOON(1), E LUCHESSI(1)
(1) Higa Guemes De Haedo.

Introducción: Las alteraciones en el nivel plasmático de sodio son un fenómeno frecuente en pacientes neurocríticos. Conocer su incidencia e impacto en los resultados es importante para incorporar apropiados protocolos clínicos para la asistencia de estos pacientes.

Objetivo: Determinar la incidencia de disnatremias en pacientes con HSA, su relación con la mortalidad, categorización y complicaciones neurológicas, en un periodo de 10 años (2007 a 2016).

Material y Métodos: Estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico de HSA espontánea. Se agruparon de acuerdo cambios en la natremia: hipernatremias (Na⁺ mayor a 145 mmol/l), hiponatremias (Na⁺ menor a 135 mmol/l) y normonatremias. Se analizaron diferencias de mortalidad, escalas de categorización y complicaciones entre grupos mediante prueba chi² (Epiinfo 7.0 y Statistix).

Resultados: Se analizaron 158 pacientes. La incidencia de disnatremia fue de 50,63% (n:80 - 60% hiponatremias y 40% hipernatremias). La asociación entre disnatremias y mortalidad no alcanzó significancia estadística (P:0,09).

Pacientes con hipernatremias (n:32), tuvieron una mortalidad de 81% (n:26) de los cuales 84,6% (n:22) evolucionaron a la muerte encefálica (ME). Se observó significación estadística en la mortalidad comparado con pacientes normonatremias (P:<0,001). También existió significancia entre HSA de mal grado, escala Hunt y Hess 4-5, con el desarrollo de hipernatremia (P:<0,001). No existió relación estadística entre la escala tomográfica de Fisher y desarrollo de hipernatremia. Analizando complicaciones neurológicas, se evidencia una relación significativa entre Hipertensión endocraneal (P: <0,001) e isquemia (P: 0,008) con desarrollo de hipernatremia. Pacientes con hiponatremias (n:48), 69% fueron categorizados como síndrome cerebral perdedor de sal (SCPS), 4% SIHAD y 27% no pudieron ser categorizados en ninguno de los anteriores. No existió relación entre hiponatremia y mortalidad (p: 0,13), con la escala de Hunt y Hess (P:0,07), con la escala de Fisher (P:0,08) ni con complicaciones neurológicas.

Conclusiones: En esta serie de pacientes con HSA espontánea se observó:

- Alta incidencia de disnatremia, siendo más frecuente la hiponatremia.
- La causa más frecuente de hiponatremia fue SCPS.
- Fuerte relación entre hipernatremia, peor grado neurológico y mortalidad, con alta incidencia de ME en este grupo, probablemente esta última, la causa de hipernatremia.
- El relativo bajo impacto en la mortalidad, con excepción de ME/hipernatremia, podría deberse al estricto protocolo de control del sodio aplicado en la UCI.

0105 NIVELES DE CALCIO SERICO COMO PREDICTOR DE DETERIORO NEUROLOGICO SECUNDARIO A EXPANSION DE HEMATOMAS CEREBRALES INTRA PARENQUIMATOSOS ESPONTANEOS

F ACHARTA(1), A RAMOS(1), A DOGLIOTTI(2), C LOVESIO(1), D LATASA(1), M PEREZLINDO(1), J TOLEDO(1)
(1) Sanatorio Parque. (2) Grupo Oroño.

Introducción: La expansión del hematoma intra parenquimatoso es una de las principales causas de deterioro neurológico y mal pronóstico en pacientes cursando cuadros de hemorragia intracerebral. El Calcio sérico es un co factor indispensable en el desarrollo de la cascada de la coagulación. El objetivo de este estudio es documentar una relación entre los niveles de calcio sérico al ingreso con el desarrollo de deterioro neurológico secundario a la expansión.

Método: Desde Enero 2017 hasta Octubre 2017, 102 pacientes fueron evaluados por Hemorragia Intra Parenquimatoso con menos de 24 horas de evolución de los síntomas al momento del ingreso. Al ingreso se recabo información sobre características clínicas epidemiológicas, hallazgos de laboratorio y radiológicos los que fueron recolectados para su análisis correspondiente. El deterioro neurológico debido a la expansión del hematoma se definió como una disminución del Score de Glasgow de al menos 2 o mas puntos y un aumento de 6 o mas ml en el volumen del hematoma. El modelo de regresión logística fue utilizado para identificar si los niveles de calcio sérico se asociaron en forma independiente al deterioro neurológico. Se incluyeron en este análisis variables que mostraban un valor de p menor o igual a 0.2.

Resultados: De los 102 pacientes admitidos en el estudio, 9 mostraron deterioro neurológico secundario a la expansión del hematoma. Se utilizó un modelo multivariado para el análisis de estas variables y la influencia específica de los niveles de calcio sérico. Al aplicar los algoritmos correspondientes no se pudo hallar ninguna relación entre los niveles de calcio sérico y el deterioro neurológico secundario a la expansión del hematoma (p=0.18).

Conclusiones: No se encontró ninguna relación entre los niveles de calcio sérico y el deterioro neurológico secundario a la expansión del hematoma en pacientes con Hemorragia Cerebral Intra Parenquimatoso dentro del grupo de pacientes evaluados.

0106 TROMBOSIS DEL SENO VENOSO EN NUESTRA REALIDAD

Y YOMA(1), S CASTILLO(1), M TURITICH(1), A ENCINA(1), JM LESCANO(1), A MORENO DE MARI(1), A SANCHEZ(1), A RUBELT(1), M ZURITA(1)
(1) San Bernardo.

Introducción: La trombosis de los senos venosos cerebrales es una patología vascular infrecuente; representa el 0,5% al 1% de todos los accidentes cerebrovasculares. Ocurre a cualquier edad; el 75% son mujeres, posee baja mortalidad, cercana al 10%.

Presentación del caso: Paciente femenino de 19 años con antecedente de colecistectomía, extracción de tu mamario (fibroma), consumo de ACO (dos años), ingresa por presentar 72 hs previas, cefalea intensa progresiva hemicránea derecha asociada a vómitos incoercibles y quemosis palpebral bilateral.

Examen físico: anisocoria con midriasis en OD, quemosis bilateral, MOE conservados, fuerza 4/5 en miembro superior izquierdo, rigidez de nuca y somnolencia, evolutivamente presenta parálisis completa del III par.

TAC de cerebro sin lesión parenquimatoso, PL: leucocitos: 290 ml/m predominio PMN, proteínas 1,5 gr/dl, glucosa 0,4 mg/

Inicia: Ampicilina, Ceftriaxona, Aciclovir. IRM: se observa hiperintensidad en T2, flair, difusión en polo temporal y parietal derecho, senos frontales, etmoidales y cavernoso derecho con engrosamiento mucoso. Seno cavernoso hiperintenso en T2 (trombosis), infiltración de tejido retro orbitario derecho.

Dx: trombosis del seno venoso, inicia anticoagulación, evoluciona con deterioro del sensorio, hemocultivo +: ST. Aureus MRS.

Cursa internación en UTI, presenta complicaciones a nivel encefálico y respiratorio con repercusión general, fallece luego de 15 días.

Discusión: La clínica de la TVC es muy variable, el síntoma más frecuente es cefalea.

El diagnóstico es difícil, es imprescindible el apoyo de pruebas de neuroimagen.

El estudio angiográfico cerebral en fase tardía permite diagnosticar con alta especificidad el sitio exacto de trombosis.

La imagen por IRM revela áreas adyacentes de sufrimiento vascular, en la fase aguda el trombo aparece isointenso.

En todos los estudios de casos el tratamiento incluyó heparinas de bajo peso molecular, Ninguno reporto complicaciones relacionadas con la anticoagulación por lo que se confirma la seguridad de esta terapia.

Conclusión: Recomendamos sospechar esta patología en todo paciente que presente las manifestaciones clínicas sumadas a algún

■ Resúmenes

factor de riesgo, para iniciar la anticoagulación de manera temprana; así mismo se requiere de estudios posteriores para determinar qué factores de riesgo se asocian a esta patología y realizar acciones que disminuyan la exposición a estos en nuestra población.

0108 COLAPSO DINAMICO EXCESIVO DE LA VIA AEREA EN PACIENTES CON EPOC

A FELDMAN(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPINZANO(1), G SIBILLA(1), V NUNES(1), R OCHOA(1), S TOMZE(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Introducción: El colapso dinámico excesivo de la vía aérea dinámica (EDAC) se caracteriza por una invaginación excesiva de la pared posterior de la tráquea, estrechamiento del lumen de la vía aérea en > 50%, lo que se debe a la laxitud de la membrana de la pared posterior.

Objetivos: Describir EDAC en pacientes EPOC.

Materiales y métodos: Veinte pacientes con trastornos obstructivos de las vías respiratorias enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], que se mantuvieron estables en el tratamiento médico, pero con sibilantes espiratorios persistentes, se incluyeron en el estudio. Fueron evaluados para EDAC por broncoscopia y tomografía computarizada de tórax. La presencia de EDAC se correlacionó con variables que incluyen edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), índice de tabaquismo, nivel de disnea y gravedad de la enfermedad.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 62.7 ± 7.81 años. De 20 pacientes, 14 eran hombres. EDAC se encontró en el 40% de los sujetos de estudio. No se encontró asociación entre la edad, el sexo, el IMC, gravedad de la enfermedad, frecuencia de las exacerbaciones y los hallazgos radiológicos con la presencia de EDAC.

Conclusión: La EDAC es común en pacientes con trastornos obstructivos de las vías respiratorias. La incidencia de EDAC es del 22% en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con sibilancias espiratorias persistentes, ya que el diagnóstico de esta entidad podría proporcionar otra opción de tratamiento en estos pacientes con síntomas persistentes a pesar del tratamiento médico.

0109 DEGENERACION COMBINADA SUBAGUDA POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y REVISION BIBLIOGRAFICA

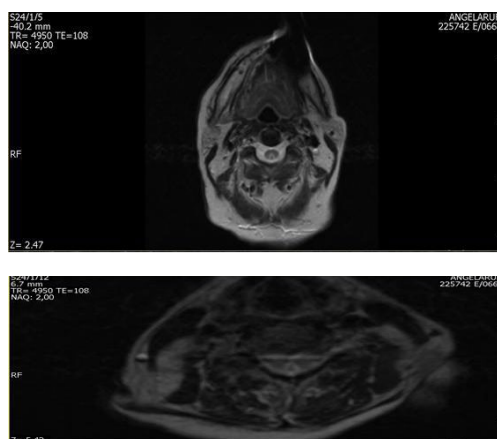
G TUTIVEN(1), M NAHRA(1), J VOSS(1), J MORENO(1), E CORTEZ(1), M FLORES(1), A LUQUETTI(1)
(1) Español De Buenos Aires.

Caso clínico: Paciente femenina de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial medicada y nódulo tiroideo que recibió yodo radiactivo hace 20 años. Ingresó al hospital por presentar paraparesia desde hace 5 meses, que fue progresando con trastorno a la marcha. Llama la atención al examen físico neurológico paresia de rectos superiores a predominio izquierdo, hipotonía de las cuatro extremidades a predominio izquierdo, paraparesia 3/5 en la escala de Asia, arreflexia de miembros inferiores. Progresó con mal patrón respiratorio, por lo que se decide intubación orotraqueal y su paso a unidad cerrada. Se realiza punción lumbar con estudio de LCR de aspecto post centrifugado: límpido, botón hemático, recuento celular de 3 leucocitos monomórficos, pH: 7.56; proteínas: 32.0 mg; glucorraquia: 77 mg; cL: 115 meq; lact: 2.4 mmol. Electromiograma normal. RMN de cerebro y columna con difusión que impresiona en RMN de columna cervical cambios a nivel de los cordones medulares posteriores relacionado al cilindro medular cervical configurando el signo de la "v" invertida sugerente de degeneración combinada subaguda. Se realiza dosaje de Vitamina B12: 121.6 pg/ml (180 - 914). Comienza tratamiento con reposición de vitamina B12, la cual presenta mejoría neurológica por lo que se decide extubarla, comprendiendo órdenes simples, con mejoría en el movimiento de

miembros superiores por lo que pasa a unidad intermedia para su rehabilitación.

Revisión bibliográfica: La Degeneración Combinada Subaguda se produce por desmielinización con degeneración vacuolar en cordones posteriores y laterales en medula cervico-dorsal con posterior gliosis.

La causa más común es por déficit de cobalamina por anemias megaloblásticas asociadas a la atrofia de la mucosa gástrica, anticuerpos contra factor intrínseco, carencia dietética de Vit B12, resección intestinal, anemia perniciosa(1). El compromiso neurológico con paresia y parestesia generalizada que progresa con paraplejía y ataxia. La RMN de columna con predominio en región cervico-dorsal compromiso del cordón posterior configurando signo patognomónico de la "V" invertida a nivel cervical y dorsal en forma de "Binocular" con una especificidad alta y sensibilidad del 14%. (2).



0110 CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS DE ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

P TAFFAREL(2), G BONETTO(1), F JORRO BARÓN(2), C GAVIÑA(3), M PASCUTTO(4), M PENAZZI(5), M GAMERMAN(6), J EXPOSITO(7), C MEREGALLI(2), L LANDRY(3), A ZIFFERMAN(7), C CAMBACERE(4), E MARI(5), M OLENDER(1)
(1) Sanatorio Allende. (2) Pedro De Elizalde. (3) J. P. Garrahan. (4) Cemic. (5) Del Niño De San Justo. (6) Infantil Municipal. (7) Sanatorio Sagrado Corazón.

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) resulta de una deficiencia de insulina asociada a un aumento de hormonas contrarreguladoras. Acarrea una mortalidad entre el 0,15 y el 0,30%, siendo el edema cerebral (EC) su principal causa. La terapéutica de la CAD se basa en la hidratación, insulino terapia, administración de electrolitos, además del tratamiento del factor precipitante.

Objetivo: Determinar la incidencia de CAD en unidades de terapia intensiva pediátricas (UTIPs) durante el período 01/01/2013 a 31/12/2017.

Describir y analizar los datos epidemiológicos, el tratamiento instaurado y determinar la existencia de factores predictores de EC.

Pacientes y Métodos: Todos los pacientes con diagnóstico de CAD ingresados en 8 UTIP de 7 hospitales de Argentina

Resultados: La incidencia de CAD en las UTIPs fue del 6%. Se analizaron 56 casos, edad de 11 años (8-14). El 53,6% fueron diabetes mellitus debut, presentando al ingreso: PIM II 2,3 (1-3,8), pH 7,07 (6,96-7,13) y HCO₃ de 5 mEq/L (3,65-6,7). El 39% (22/56) recibió corrección del medio interno con HCO₃, y el 50% presentaban compromiso neurológico [Glasgow 14 (12-15)].

El volumen de líquidos aportados mediante PHP en las primeras 24 horas fue de 4050 (3200-4520) ml/m², con aporte de Na⁺ de 70 (70-73,7) mEq/L. En el 76,8% de los casos la vía de administración de insulino terapia fue la endovenosa continua.

Las horas hasta la resolución de la CAD fueron 18 (12-26), con dosis acumulada de insulina de 2,25 (1,5-3,6) U/Kg.

El 43% de los pacientes presento EC clínico, en el 21% se objetivó con TAC de cerebro y se realizó terapia hiperosmolar. Diez pacientes requirieron ARM.

El PIM II, el PH y estado neurológico al ingreso, la administración de HCO₃, el volumen de líquidos aportado y la dosis acumulada de insulina se asociaron con EC ($p < 0.05$).

La estancia en la UTIPs fue de 3 días (2-5) y la mortalidad del 3,8% (2/53).

Conclusión: La incidencia de CAD en la UTIP es del 6%. Existe una tendencia a la sobre hidratación con soluciones hipotónicas. La severidad de la CAD, el aporte de HCO₃, la hiperhidratación y la mayor dosis acumulada de insulina se asocian a EC.

0111 NEUMONÍA GRAVE; NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE FORMOSA - ARGENTINA

MO FERNANDEZ(1), MF ROMANO(1), RR ACOSTA(1)

(1) Hospital De La Madre Y El Niño.

Objetivos: Identificar las características epidemiológicas, clínicas, culturales, radiológicas, microbiológicas y las alteraciones de pruebas analíticas en pacientes pediátricos con Neumonía grave o complicada, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital la Madre y el Niño

Observar la evolución del paciente.

De los 30 pacientes observados con Neumonía al ingreso en UCIP, en 6 meses de estudio, 60% sexo femenino, 43% menores de un año, 43% bajo peso, 57% con enfermedades de base, 87% de las radiografías de tórax con correlación clínica, 67% de la serie blanca alterada y 40% fueron tratados con oseltamivir. Los 2 pacientes con influenza no fueron tratados al inicio de la terapia con oseltamivir. No hubo rescate de otro virus en los aspirados nasofaríngeos. Un paciente con coqueluche, 10% de los pacientes ingresados a UCIP uso macrólidos.

Según la etnia de los pacientes el más frecuente fue el caucásico (57%) seguido de los Wichi (23%) y Quom(13%), por departamentos prevalecieron de Formosa (37%), y Patiño(26%).

El 30% de la población en estudio no requirió asistencia ventilatoria mecánica, mientras que el 7% estuvo más de 7 días ventilados. Solo un 3% se constató bacteremia (Enterococo).

El antibiótico más usado al ingreso fue la ceftriaxona (67%), seguido de la vancomicina (30%); el 52% uso más de un antibiótico al ingreso.

El cultivo de aspirado traqueal se hizo en el 22% de los pacientes y hubo un BAAR positivo.

Los pacientes evolucionaron con alta médica (53%), derivación a un hospital de mayor complejidad (17%) y óbito (30%).

Conclusión: Se evidencio una heterogénea población cultural y de diversos lugares de toda la provincia fueron enviados a este servicio de terapia intensiva donde el rescate microbiológico de sangre y aspirado traqueal, no se correlaciona con la prevalencias anuales de este servicio, tal vez fue el número de muestra en estudio. Casi el 50% era Bajo peso, y en todos los pacientes internados en UCIP más del 60% tuvo alteración hematológica con correlación radiográfica; 47% no se pudo dar resolución terapéutica.

EDAD	INFLUENZA	COQUELUICHE	OSELTAMIVIR	MACROLIDO	TOTAL DE PACIENTES (%)
<1 AÑO	0	0	7	0	13 (43)
1 Y 2 AÑOS	1	1	3	1	9 (30)
>2 AÑOS Y <6 AÑOS	1	0	1	1	4 (13)
> 5 AÑOS	0	0	1	1	4 (13)
TOTAL	2 (7)	1 (3)	12 (40)	3 (10)	30 (100)

Hospital de la Madre y el Niño, Noviembre 2017-Abril 2018, Formosa



Hospital de la Madre y el Niño Formosa, Noviembre 2017-Abril 2018

0112 NIVELES DE VANCOINEMIA EN NIÑOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

G SHEEHAN(1), M MEZZENZANI(2), MG SHEEHAN(2), C MEDICI(2), E MONTEVERDE(2), P NEIRA(2)

(1) Ricardo Gutierrez. (2) De Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: La prescripción de vancomicina es muy común en niños críticamente enfermos. El estado fisiológico propio de estos pacientes hace que esta droga se distribuya con una alta variabilidad. **Objetivos:** Determinar el rango de vancocinemia en niños críticamente enfermos. Examinar los perfiles de vancocinemia según dosis inicial y tiempo transcurrido hasta la determinación. Identificar factores que se asocian a alcanzar las metas de dosaje.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes de 1 a 180 meses internados en una UCIP entre 01/01/2016 y 31/12/2016. Se analizaron características demográficas, parámetros de dosis y tiempo transcurrido hasta la determinación.

Resultados: En conjunto, la primera vancocinemia fue de 15.5 mcg/ml (RIC 8.5-25.4) en los 80 pacientes analizados. 66% alcanzó un valle terapéutico ≥ 10 mcg/ml (n=53), 40% (n=32) tuvo ≥ 15 mcg/ml y en 35% (n=28) fue >20 mcg/ml. Con dosis estándares (60 mg/kg/día) 35% y 51% de los pacientes no alcanzó las metas de 10 y 15 mcg/ml, respectivamente; con dosis iniciales >60 las proporciones fueron 26.4% y 33.4%. El 21% (n=17) de los dosajes no superó el umbral de 10 mcg/ml en ninguna de las mediciones. Las diferencias entre los que llegaron vs. los que no fueron: edad 21 vs. 13 meses ($p < 0.001$), probabilidad de muerte por PIM2: 6.5 vs. 7.2 ($p < 0.001$) y la proporción que recibió dosis altas: 22.6% vs. 5.9% (test Fisher NS: $p = 0.17$). Los dosajes antes de 48 hs presentaron niveles menores que los que se efectuaron ≥ 48 hs: 13.9 mcg/ml (RIC 8.2-23.7) vs. 17 mcg/ml (RIC 9.3-27.5), $p < 0.001$.

Conclusiones: Una considerable proporción de pacientes no alcanzó el valle recomendado en el primer dosaje. Los pacientes que recibieron dosis mayores a 60 mg/kg/día al inicio del tratamiento tuvieron valores más elevados que los que recibieron dosis estándares. La vancocinemia más baja observada en <48 hs vs. ≥ 48 probablemente exprese la cinética de la droga.

0113 ECMO MOVIL PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS

M LAS HERAS(1), M TISMINETZKY(1), A MONTSERRAT RIVERO(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), S VILLARROEL MENDOZA(1), J CHAS(1), V KOTOWICZ(2), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

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

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda severa es una patología con alta morbilidad a pesar de la disponibilidad de nuevas técnicas de ventilación y tratamiento.

La utilización de la membrana extracorpórea (ECMO) es una opción terapéutica restringida a pacientes gravemente enfermos, y pocos centros de referencia están estructurados adecuadamente para ofrecer este apoyo. Asimismo, la transferencia interhospitalaria de pacientes con soporte de ECMO puede ser potencialmente mortal.

Objetivo: Presentación de nuestra experiencia de ECMO móvil en adultos.

Material y métodos: Serie retrospectiva de casos. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas de pacientes con requerimientos de ECMO entre enero del 2011 y enero del 2018.

Resultados: Durante el periodo estudiado se realizaron tres traslados terrestres con ECMO móvil a nuestra institución; dos fueron desde la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y uno desde el Gran Buenos Aires.

Dos de los pacientes fueron de sexo femenino, y el promedio de edad, 35 años, Apache II 21.3. Solo a uno de los tres pacientes se le realizó ventilación prono antes del traslado. Dos requirieron ECMO por hipoxemia refractaria secundaria a CDRA, y uno por evento de asma casi fatal.

Los pacientes fueron canulados en sus lugares de derivación, y luego trasladados a centro de referencia de ECMO; para el traslado se requirió de la presencia de dos médicos intensivistas, dos cirujanos cardiovasculares y dos perfusionistas. No se detectaron complicaciones mayores durante los traslados.

Los tres pacientes sobrevivieron con una estadía promedio de 46.6 días. En la actualidad se encuentran en plena capacidad funcional y cognitiva, y los estudios de funcionalidad respiratoria (espirometría, DLCO, test de la caminata y volúmenes pulmonares) no muestran alteraciones.

Conclusiones: El uso de ECMO móvil en pacientes adultos es una modalidad segura para la transferencia interhospitalaria de pacientes críticamente enfermos, siempre que sean correctamente seleccionados, brindando de esta manera una opción terapéutica de rescate.

0115 ECOGRAFÍA PULMONAR EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), M MENDOZA(1)

(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: La ecografía pulmonar se ha convertido en una técnica de imagen de gran utilidad en la insuficiencia respiratoria aguda en los pacientes críticos. Las ventajas son la gran precisión diagnóstica de las patologías más prevalentes y la realización en la cabecera del paciente evitando riesgos en el traslado, la repetición de la técnica las veces que sea necesario sin riesgo de radiaciones y su portabilidad.

Objetivo: Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de la ecografía pulmonar en los pacientes críticos con insuficiencia respiratoria aguda y determinar las patologías más prevalentes pleuropulmonares.

Material y Método: Se incluyen todos los pacientes que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva Polivalente con insuficiencia respiratoria aguda, realizando ecografía pleuropulmonar como técnica inicial, luego se realiza radiografía de tórax, tomografía de tórax y ecocardiograma doppler cardiaco, medición de vena cava inferior y colapsabilidad dosaje de péptido natriuretico cerebral y procalcitonina.

Se utiliza Ecografo portátil, con sondas 3,5-5 MHz Posición en decúbito supino a 30-45° decúbito lateral. Se realiza división de cada hemitorax en 6 cuadrantes.

Se utilizan patrones ecográficos (deslizamiento pleural, líneas A y B o cola de cometa, líneas C, E y Z etc.) para diagnosticar Síndrome alveolo intersticial, Consolidación pulmonar, neumotórax y derrame pleural.

Resultados: De los 15 pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva por insuficiencia respiratoria aguda se realizaron los siguientes diagnósticos por ecografía pleuropulmonar: 6 pacientes presentaron Insuficiencia cardiaca, 3 pacientes con neumonía aguda de la comunidad, 2 pacientes con intersticiopatía, 1 paciente con tromboembolismo de pulmón, 1 paciente con contusión pulmonar secundario a trauma, 1 paciente con derrame pleural y 1 paciente sin diagnóstico etiológico. Todas las patologías fueron confirmadas por tomografía de tórax (en los pacientes trasladables) y doppler

cardiaco, medición de vena cava inferior y colapsabilidad, péptido natriuretico cerebral y procalcitonina.

Conclusiones: En nuestra población la utilidad de la ecografía pulmonar en la cabecera de los pacientes fue fundamental para realizar un diagnóstico rápido que nos permita realizar precozmente el tratamiento, ya que en los pacientes inestables y no trasladables es de gran importancia.

0116 PLASMAFERESIS EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA HIPERTRIGLICERIDEMICA. REPORTE DE UN CASO

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), F ZECHNER(1), A FLORES(1)

(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: La hipertrigliceridemia es responsable del 1-10% de todas las causas de pancreatitis aguda. Los mecanismos implicados son desconocidos aunque los quilomicrones son partículas que impiden el flujo circulatorio en los capilares que resultan en isquemia que perturban la estructura acinar, los ácidos grasos libres proinflamatorios generados por la degradación enzimática de los quilomicrones amplían el daño celular y microvascular. La Aféresis o recambio plasmático ya que puede beneficiar en reducir los triglicéridos rápidamente, además de extraer citoquinas y mediadores inflamatorios.

Caso clínico: Paciente femenina de 47 años de edad, con antecedentes de diabetes tipo II, hipertensa, hipertrigliceridemia, obesa y pancreatitis aguda hace 4 meses, sin adherencia al tratamiento médico ni dietético.

Ingresó al Servicio de Terapia Intensiva con dolor abdominal difuso a predominio epigástrico con irradiación a dorso, taquifigmia normotensa y eúneica. Se realizan estudios complementarios: amilasa 698 lipasa 534 TG 4906 colesterol 815 glu 282

Ecografía abdominal: vesícula biliar alitiasica con paredes finas, no se visualiza páncreas.

Tomografía de abdomen: páncreas aumentado de tamaño, rodeado de líquido. Esteatosis hepática.

Criterios de Ranson al ingreso: 2 APACHE 1 Score de Balthazar C.

Presenta pancreatitis aguda hipertrigliceridemia.

Se realiza reposo digestivo, se inicia tratamiento con insulina corriente en infusión a 0,1 U/kg, y heparina de bajo peso molecular. Se realiza precozmente plasmaferesis con colocación previa de cook para recambio plasmático, la primera sesión utilizando 9 U de plasma fresco congelado, con buena tolerancia. Objetivo disminuir los triglicéridos de 500 a 1000 mg.

Se realiza control post plasmaferesis: Triglicéridos 470 colesterol 266 mg. Evoluciona favorable, culmina las sesiones de plasmaferesis.

Discusión: En nuestro caso la paciente portadora de hipertrigliceridemia severa (más de 1000mg/dl) asociada a diabetes mal controlada, obesidad, hipotiroidismo son causas secundarias que llevan a una pancreatitis aguda. La utilización de la plasmaferesis en nuestro caso disminuyó considerablemente a nuestro objetivo en la primera sesión de aféresis, como se relata en la literatura.

Conclusión: La aféresis puede beneficiar para reducir rápidamente el nivel plasmático de triglicéridos, el tiempo de inicio precoz de la terapia juega un rol importante. Parece ser un procedimiento seguro y eficaz aunque quedan interrogantes y son necesarios ensayos clínicos a futuro.

0117 SÍNDROME DE CLAUDE BERNARD-HORNER TRAUMÁTICO. REPORTE DE UN CASO

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), R SANTOS(1), M CHAMADOIRA(1), F ZECHNER(1), A FLORES(1), T FERNANDEZ(1)

(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: El Síndrome de Claude Bernard Horner se produce por una interrupción de la vía simpática en cualquier localización

de su recorrido, desde el sistema nervioso central hasta el globo ocular. Clínicamente cursa con ptosis palpebral, miosis y enoftalmos aparente. Este Síndrome cuando está asociado a trauma cervical es poco frecuente y una entidad potencialmente grave.

Caso clínico: Paciente masculino de 29 años de edad que ingresa a guardia derivado de otra Institución por accidente de moto con herida cortante de 2 cm en región antero lateral izquierda del cuello suturada, ptosis palpebral y miosis ipsilateral.

Ingresa al Servicio de Terapia Intensiva constatando paciente lúcido, estable hemodinamicamente, herida de cuello suturada con pulsos presentes. Se realizan estudios para descartar lesión vascular y evaluar topografía de la lesión.

Doppler carotideo: En el tercio medio de la arteria carótida común izquierda se observa irregularidad en la íntima arterial.

TC cuello y Angio TC cuello: Engrosamiento del músculo esternocleidomastoideo izquierdo, enfisema subcutáneo en cara lateral izquierda de cuello. En tercio medio de la arteria carótida común izquierda se observa un defecto de relleno en contacto con su pared antero medial que podría corresponder a un flap de disección. El flujo en la arteria carótida interna distal se encuentra conservado, no se visualiza defecto de relleno ni doble luz.

Es evaluado por cirugía vascular, interpretando lesión carotídea grado I e indicando tratamiento conservador y control evolutivo. Se realizó tratamiento con doble antiagregación, aspirina y clopidogrel.

Evoluciona favorable y se da de alta a los 4 días con control ambulatorio.

Discusión: El Síndrome de Claude Bernard Horner es infrecuente cuando se asocia a trauma, en nuestro caso por herida cortante contusa en el cuello región II antero lateral, constituye un desafío en el empleo de una correcta sistemática de estudio y tratamiento ya que es una entidad potencialmente grave, Presentaba lesión íntima con buen flujo indicando tratamiento conservador.

Conclusión: El Síndrome de Claude Bernard Horner traumático entidad infrecuente debe ser evaluado rápidamente ya que es una patología de estrategias terapéuticas diferentes según la gravedad de las lesiones.

0119 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS

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

(1) Hospital Central De San Isidro.

Introducción: La Miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune, que se caracteriza por la debilidad y fatiga muscular que afecta a distintos grupos de músculos. Esta enfermedad se asocia frecuentemente a la patología del timo por la existencia de antígenos compartidos por las células del timo y los receptores de acetilcolina.

Objetivo: El presente trabajo tiene como finalidad identificar cuáles son los diagnósticos de enfermería, para realizar un plan de cuidados de atención que se adapte a las necesidades de cada paciente, educándolo a él y a su familia para la adaptación efectiva de la enfermedad sobre la Miastenia Gravis.

Material y método: Para llevar a cabo este trabajo se realizó una revisión bibliográfica sobre la NANDA (Nort American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification), Scielo, Google Académico, sobre el diagnóstico enfermero de Miastenia Gravis en un paciente internado en la Sala de Terapia Intensiva del Hospital Central de San Isidro durante noviembre y diciembre de 2017.

Resultados: Se valoró a un paciente masculino de 22 años que ingresa a la unidad de terapia intensiva. Por presentar un patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por deterioro musculoesquelético, con una alteración de la movilidad física relacionada con la disminución de la fuerza muscular manifestada por la limitación de la habilidad

para las habilidades motoras gruesas, y un deterioro de la deglución relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por miastenia gravis. En los otros aspectos no encontramos relevancia alguna.

Conclusión: Podemos decir que el paciente miasténico en su mayoría requiere de un plan de cuidados de enfermería y este varía dependiendo de la etapa en el que el paciente se encuentre, poseer conocimiento sobre la patología ayuda a prevenir las crisis miasténicas, debiendo educar al paciente para que pueda asumir su enfermedad, y colaborar con el tratamiento a realizar para continuar con las actividades diarias de la vida cotidiana.

Palabras claves: Miastenia Gravis, Plan de cuidados de enfermería, Enfermería.

0120 CRIPTOCOCOSIS MENINGEA. EXPERIENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

R GREGORI SABELLI(1), P SAUL(1), C DOMINGUEZ(1), N CHACON(1), Y LAMBERTO(1), MDLM NANO(1), JC CHOMYN(1), E CORTEZ(1), JM FERNANDEZ(1), F MESINA(1), A BOCCASSI(1), G MAMMOLITI, V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)

(1) De Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: Criptococosis meningea (CM) causa más frecuente de meningoencefalitis en pacientes VIH/sida y conlleva una importante morbi-mortalidad (20-55%). Elevación de la presión endocraneana (SHE) es frecuente (alrededor de 50-75%), asociada con aumento de mortalidad, siendo importante tratamiento antifúngico y manejo protocolizado y agresivo de esta situación.

Objetivo: Describir características clínicas de CM en cuidados intensivos (CI) y relacionar diferentes variables con mortalidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo; 117 pacientes hospitalizados en CI, con VIH/sida y diagnóstico clínico-microbiológico de CM, en hospital público, setiembre 2006-diciembre 2017. Usamos estadística descriptiva: variables continuas calculamos media (M), mediana (Me), mínimo y máximo. Las variables discretas calculamos frecuencias y porcentajes. Considerándose p estadísticamente significativa < 0,05.

Resultados: Hombres 70%; proporción mujer: hombre 1:2,3, incidencia 92%. Edad M/Me 35/39 (18-67). El 90% referían cefalea y fiebre. Sin tratamiento antirretroviral (TAR) 85%. Diagnóstico de sida >1 año 72%. Causas de ingreso: disfunción neurológica relacionada con SHE 38% (Glasgow \leq 9 puntos), insuficiencia respiratoria 31%, sepsis 26%, insuficiencia renal 20% (IR) e insuficiencia hepática 8%. Días de internación en CI M/Me 3/4 días (1-28). Presión de apertura líquida cefalorraquídea (LCR) al ingreso 31/Me 35 (15-70) cmH₂O. Pérdida de peso, Karnofsky \leq 50 e hipoalbuminemia 80%; albumina Me 2,4 g (1,4-4,3). Linfocitos CD4 menor 200 células/ μ l 96% (M/Me 9/29 [0-648]). Tomografía de cerebro: imágenes frecuentes: lesión ocupante de espacio, atrofia e hidrocefalia. Apache II \geq 13 puntos 76%, Me APACHE II 19 (7-46) y SOFA 6 (2-21). Ventilación mecánica al ingreso 34%. Coinfectados con virus C 6%. Infecciones concomitantes con CM 44%, más frecuentes tuberculosis y sepsis. Tratamiento: anfotericina (IR 20%), fluconazol, SHE tratada por protocolo, 7 requirieron válvulas de derivación (VD) y 1 drenaje externo (DE). Mortalidad 50%.

Hallamos asociación estadística ($p \leq 0,05$) entre mortalidad y las variables disfunción neurológica, pérdida de peso, hipoalbuminemia, sin TAR, sida previo, linfocitos CD4 menor a 100 células/ μ l, APACHE II \geq 13 puntos, sepsis, insuficiencia respiratoria y renal

Conclusiones: Hallamos CM en adultos jóvenes, gran deterioro inmunológico, sin adherencia a TAR y desnutrición relacionados con mortalidad. Muchos pacientes padecían más de una enfermedad concomitante. Motivo de derivación a CI más frecuente fue deterioro neurológico por SHE. Se sugiere control estricto de esta, requiriendo en ocasiones punciones lumbares diarias, e inclusive varias en un mismo día, tratamiento alternativo a VD y DE.

0121 PRONOSTICO DE PACIENTES VIH/SIDA INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: UTILIDAD DE UN SCORE

R GREGORI(1), P SAUL(1), C DOMINGUEZ(1), JM FERNANDEZ(1), N CHACON(1), E CORTEZ(1), MDLM NANO(1), S CACERES(1), P VELASQUEZ LOPEZ(1), G MEDINA(1), L GONZALEZ(1), F GIL ZBINDEN(1), JC CHOMYN(1), M RODRIGUEZ LLANOS(1), O VILLAR(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)

(1) De Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: Se han descrito variables pronósticas a corto y largo plazo en pacientes VIH/sida que ingresan a cuidados intensivos (CI), estas no han sido valoradas en conjunto. Los scores usados habitualmente, considerados en forma aislada, no son confiables en este grupo de pacientes. El score más usado por los intensivistas, el APACHE II si bien considera el inmunocompromiso-sida- y le asigna un puntaje adicional de 5 puntos, no tiene en cuenta variables propias de la infección (CD4, causa de ingreso a UCI, estado nutricional, tratamiento antirretroviral –TAR-) que pueden influir en el pronóstico. Con el objetivo de valorar el riesgo y establecer un pronóstico en pacientes VIH/sida que ingresan a CI, se confeccionó un score integrando las variables pronósticas descritas en la literatura.

Objetivos: Primario: evaluar la utilidad del score pronóstico para pacientes VIH/sida

Secundario: definir características clínicas de pacientes VIH/sida ingresados en CI de un hospital público y relacionar diferentes variables con mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Incluidos 1274 pacientes con VIH/sida, ingresados en CI, periodo octubre 2006 a diciembre 2017. Se confeccionó una ficha de 13 variables, la suma de estas da un valor numérico entre 0 y 14 puntos. Las variables usadas son: estado nutricional-funcional (evaluado por Karnofsky 10% en 6 meses previos), APACHE II ≥ 13 puntos (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), ventilación mecánica al ingreso, enfermedad definitoria de sida al ingreso, diagnóstico de sida ≥ 1 año, diagnóstico de sida previo, recuento de CD4, tratamiento antirretroviral estable (recibido durante igual o más a 3 meses en forma continua), insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria, disfunción neurológica, sepsis/shock séptico Se realizó estadística descriptiva usando porcentaje (%), media (M), mediana (Me), rango (mínimo-máximo). Consideramos una p estadísticamente significativa $<0,05$.

Resultados: En 1274 pacientes evaluados se observó: Edad M 37/Me 40 (14-76) años. Hombres 66%. Por cada mujer, se evaluaron 2 hombres (1:2). Días de internación en CI M 3/Me 4 (1-76) días. Las causas de admisión más frecuentes fueron: respiratoria 44%, sepsis 36%, neurológica 24%, renal 20% y hepatopatía 16%.

El 83% de los pacientes al ingreso a CI tenían inadecuado estado nutricional-funcional, con una albuminemia de M 2/Me 2,1 (1-4,5) g/dl. El 60% de los pacientes tenían enfermedad definitoria de sida como causa de ingreso, diagnóstico de sida previo 90%, diagnóstico de sida mayor a 1 año 76%, Cd4 menor a 200 células/ μ l 88%, valores de Cd4: M 16/Me 52 (0-1607 células/ μ l); 82% no cumplía con el tratamiento antirretroviral. El 80% tenía APACHE II ≥ 13 puntos, con una Me 18 (6-48). Requiere ventilación mecánica el 37%.

El 11% estaba coinfectado con virus C. La mortalidad global 45%. Relacionando mortalidad con las variables: estado nutricional-funcional, APACHE II ≥ 13 puntos, ventilación mecánica, ingreso por enfermedad definitoria de sida, sida previo, sepsis/shock séptico, insuficiencia hepática, disfunción neurológica, insuficiencia respiratoria, CD4 menor a 100 células/ μ l, presentaron p estadísticamente significativa ($<0,05$) y un riesgo relativo mayor a uno. Un score mayor o igual a 9 puntos fue factor predictor de mal pronóstico.

Conclusiones: El score permite rápida identificación de pacientes de mayor riesgo y suministrar un tratamiento oportuno y adecuado y de esta manera mejorar los resultados clínicos. El score pronóstico es reproducible, práctico, uniforme y detallado, permite comparar entre instituciones y grupos de pacientes seleccionados.

La limitación de este predictor es no haber sido validado en otros entornos hospitalarios como ser terapia intermedia y cuidados crí-

ticos polivalentes.

Es de fácil realización usándose variables accesibles y tendría utilidad para identificar pacientes con alto riesgo de muerte (score mayor o igual a 9 puntos)

0122 NEUMONÍA NECROTIZANTE. SERIE DE CASOS

VR SALAS(1), L BENITO MORI(1), P SCHOON(1), A LUQUETTI(1), JL FERNANDEZ(1), A RUSTJA(1)

(1) Higa Luis Guemes.

Introducción: La neumonía necrotizante es una complicación infrecuente de las infecciones respiratorias, asociada a alta morbimortalidad. Se caracteriza por inflamación irregular, ausencia de perfusión y desarrollo de microabscesos.

Los factores de riesgo para su desarrollo incluyen consumo de drogas, alcohol, patología neurocrítica, diabetes, enfermedades pulmonares. Los germenés más frecuentes son *Stafilococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*.

Su tratamiento se basa en optimización de perfusión, obtención de cultivos y antibióticoterapia precoz. Frecuentemente es necesario complementar el tratamiento con agresivos procedimientos quirúrgicos (neumonectomías, lobectomías y segmentectomías), opción controversial sólo expuesta en trabajos observacionales, retrospectivos, reportes de casos, sin pautas claras establecidas. No obstante, podrían beneficiar a estos pacientes, cuya evolución es devastadora. En este trabajo describe 7 casos de neumonía necrotizante

Presentación de casos:

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5	CASO 6	CASO 7
Edad	28	23	43	21	35	18	43
Antecedentes	NO	NO	Tabaquismo cocaína	HTA obesidad	NO	NO	Tabaquismo cocaína
Motivo Ingreso	TEC Grave Trauma tórax	Trauma tórax	ACV Isquémico	Neumonía grave, shock séptico	TEC grave	TEC grave, trauma tórax	Neumonía grave, shock séptico
Tiempo internación al desarrollo de neumonía necrotizante	10 días	4 días	14 días	0 días	40 días	6 días	0 días
Desarrollo	si	si	si	si	si	si	si
Distrés							
ATB previo	no	no	si	no	si	no	si
Germen aislado	SAMRco	SAMRco	Sin rescate	SAMRco	Pseudomona	KPC	SAMRco
ATB	Vancomicina, linezolid, clindamicina	Tazonam, vancomicina, colistin	Imipenem, vancomicina, colistin	Tazonam, vancomicina, clinda micina	Colistin, ceftazidime	Colistin, tigeciclina	AMS, vancomicina, gentamicina
Complicación	Neumotórax, fistula bronco pleural	Neumotórax, fistula bronco pleural	Neumotórax, fistula bronco pleural	Neumotórax, fistula bronco pleural	Neumotórax, fistula bronco pleural	Neumotórax, fistula bronco pleural	Neumotórax, fistula bronco pleural
Tiempo de internación	37 días	5 días	37 días	1 día	47 días	29 días	29 días
Gesto quirúrgico	Avenamiento pleural	Avenamiento pleural	Avenamiento pleural	Avenamiento pleural	Avenamiento pleural	Neumonectomía izquierda.Cierre de muñon con prótesis	Avenamiento pleural
Evolución	óbito	óbito	óbito	óbito	óbito	óbito	óbito

Discusión: En los casos descritos, los antecedentes, comorbilidades y aislamientos se relacionan con los hallados en la literatura.

Todos nuestros pacientes fallecieron, a pesar del tratamiento antibiótico empírico correcto.

Solo en uno de los casos se realizó una cirugía mayor, sólo como salvataje, no como opción terapéutica temprana.

Conclusión: La neumonía necrotizante es una complicación potencialmente fatal.

Respecto al tratamiento complementario de la misma, la literatura médica, aunque en pobre calidad de evidencia, indica que estos pacientes podrían beneficiarse con conductas quirúrgicas agresivas precoces (decorticación, neumonectomía, lobectomías, segmentectomías).

En nuestra escueta serie de casos, no se adoptaron dichas alternativas terapéuticas en tiempo y forma potencialmente útiles, con resultados desfavorables en todos ellos.

Creemos necesario desarrollar pautas claras a seguir respecto al tratamiento complementario adyuvante de ésta entidad.

0123 DISECCIONES DE ARTERIAS CEREBRALES: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN UN CENTRO INTEGRAL DE NEUROLOGÍA VASCULAR

DE DOSSI(1), F RODRÍGUEZ LUCCI(1), VA PUJOL LEREIS(1), G POVEDANO(1), SF AMERISO(1)

(1) Fleni.

Introducción: La disección de arterias cerebrales (DAC) es una de las principales causas de ACV en sujetos jóvenes. Se producen debido a un desgarro de la lámina interna de la pared arterial provocando un hematoma mural. Esto puede resultar en estenosis u oclusión del vaso. Las DAC pueden ser asintomáticas o presentarse con síntomas. Su complicación más severa es el ACV isquémico y menos frecuente el hemorrágico. Las características demográficas y clínicas de esta enfermedad a menudo se basan en la compilación de casos de múltiples centros. Presentamos una gran serie prospectiva de pacientes con DAC de una sola institución en Buenos Aires.

Métodos: Análisis de pacientes con diagnóstico de DAC en nuestro centro durante 21 años. Se registraron las características clínicas, imagenológicas y manejo terapéutico en todos los pacientes.

Resultados: Se evaluaron 334 pacientes con DAC durante este período, edad 45 ± 12 años. El 37% (123) fueron disecciones extracraneanas (DEC), 35% (118) disecciones extracraneanas con compromiso intracraneal (DECI) y 28% (93) intracraneanas (DIC). La presentación más frecuente fue el ACV isquémico. La hemorragia subaracnoidea fue rara, 3% de todas las presentaciones, siendo más prevalente en las DIC (5%). El territorio anterior fue el más afectado en las DEC y DECI mientras que las DIC afectaron ambos territorios de forma similar. El patrón más frecuente para todas las DAC fue estenosis seguido de oclusión. El flap y el aneurisma disecante se presentaron en el 7 y 8% de todas las DAC respectivamente. El tratamiento más utilizado en DEC fue la anticoagulación, mientras que en las DIC se observó una mayor tendencia al tratamiento antiagregante. En subanálisis, el compromiso de territorio anterior en las DAC así como también las DECI, mostraron ser factores de mal pronóstico en estos pacientes.

Conclusión: Esta es una de las series institucionales mas grandes reportadas en la literatura. Nuestro trabajo aporta información relevante al tratarse de una población homogénea proveniente de un único centro. Las DAC, una causa frecuente de enfermedad cerebrovascular de causa no aterosclerótica, generalmente están asociadas a buen pronóstico clínico, baja tasa de recurrencia y adecuada respuesta al tratamiento médico.

0124 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN LA REPERFUSIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO AGUDO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS EN UN CENTRO INTEGRAL DE NEUROLOGÍA VASCULAR

MJ ALET(1), F RODRÍGUEZ LUCCI(1), S AMERISO(1)

(1) Centro Integral De Neurología Vascular - Fleni.

Introducción: El accidente cerebrovascular isquémico (ACVi) es la cuarta causa de muerte y la primera causa de morbilidad en Ar-

gentina. Para su tratamiento se cuenta con terapias de reperusión endovenosa con activador tisular del plasminógeno (rtPA) y de reperusión endovascular a través de trombectomía mecánica (TM). En nuestro país existen dificultades para que su implementación sea una práctica habitual.

Objetivo: Reportar la experiencia de un Centro Integral de Neurología Vascular en el uso de TM como tratamiento de reperusión del ACVi agudo.

Pacientes y métodos: Análisis retrospectivo descriptivo de pacientes consecutivos desde enero 2015 a mayo 2018, que recibieron tratamiento de reperusión con TM. Se registraron datos demográficos, tiempos de tratamiento, uso previo de rtPA, sitio de obstrucción, grado de recanalización, escalas de severidad y discapacidad previas y a tres meses.

Resultados: Sobre un total de 922 pacientes ingresados con diagnóstico de ACVi en este periodo, 87 recibieron rtPA (9,5%) y 24 recibieron TM (2,6%). La edad promedio fue 66 años ($\pm 15,5$). La mediana de NIHSS previo a TM fue 20 (RIC 14-24). El 62,5% presentó oclusión a nivel M1 de arteria cerebral media. La etiología más frecuente fue cardioembolia (58%).

Previo a TM, 15 pacientes (63%) recibieron rtPA endovenoso. La media de tiempo de ventana fue 184 minutos (± 42) y de puerta aguja 42 minutos (± 16). La media de tiempo de inicio de síntomas-recanalización 308 minutos (± 147). En 19 pacientes (79%) se logró recanalización exitosa (TICI grado 2B o 3).

La complicación más frecuente luego del tratamiento fue neumonía (50%), 10 casos presentaron hemorragia cerebral post procedimiento. En el seguimiento a tres meses, la mediana de NIHSS fue 5 (RIC 4-15) y de mRS 3.

Conclusión: Una logística adecuada ha posibilitado el uso de esta terapia en un número sustancial de casos. La utilización de protocolos y el entrenamiento de un equipo multidisciplinario son factores fundamentales para el reconocimiento de candidatos y obtención de tiempos óptimos. El desafío a futuro será seleccionar pacientes candidatos a reperusión con tiempo extendido hasta 24 horas desde el inicio de los síntomas. La TM complementa a la fibrinólisis sistémica, siendo de elección en pacientes clínicamente graves y obstrucción vascular proximal.

0125 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL G. RAWSON DE SAN JUAN, DURANTE EL AÑO 2017

J PONCE(1), E FERNANDEZ(1), L FIGUEROA(1), LA CLAVEL(1)
(1) Rawson.

Introducción: El desarrollo de las Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ha significado un avance importante en la atención de los pacientes en situación crítica. La UCIP debe tener un claro conocimiento de las características epidemiológicas de la población a la que asisten, para de esta manera, mejorar habilidades del personal con el que se trabaja y poder objetivar el resultado obtenido. Es por eso que estos cuidados no pueden prestarse ni ampliarse sin una evaluación previa de las necesidades y de la eficacia, motivo por el cual decidimos realizar la presente investigación.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes. Identificar los motivos de ingreso más frecuente. Realizar un promedio de la permanencia de los pacientes que ingresan en la unidad. Correlacionar los datos con los resultados 2013- 2016.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se registraron todos los pacientes ingresados en período 1 de enero/17 y el 31 de diciembre/16. Los pacientes que reingresaron en nuestra Unidad se consideraron como caso independiente. Se excluyeron los pacientes que ingresan en paro cardiaco y no resuelven dicha situación a pesar de haber recibido reanimación cardiopulmonar. Los datos fueron analizados con SATI-Q.

Resultados: N: 235. Sexo: Femenino 44%, Masculino 55%. Edad: 5.4 años. Motivo de ingreso: Respiratorio 41.3%; Postquirúrgico 7.7%; Neurológico 15.3%; Causa externa 23%; Cardiovascular 3.4%; Otras

9.3%. Procedencia: Terapia intermedia 20.4%; Internación pediátrica 32.8%; Guardia externa 31%; Otro 7.2%. Días de estadía: 11.5 días. Sobrevida: 87.3%; traslado a otra UCIP 2.1% y mortalidad 10.7%. PIM2 promedio: 11.2%. La razón de mortalidad estandarizada (RME) fue de 1.04.

Conclusiones: No hubo diferencias significativas entre varones y mujeres. La causa de ingreso más frecuente fue la respiratoria. El mayor porcentaje de los ingresos provinieron de internación previa en el hospital. La sobrevida fue similar a trabajos publicados para Sudamérica, y se correlaciona con el PIM2. Al correlacionarlo con datos del período previo se evidencia descenso de la mortalidad y PIM2, ya que en 2016 la mortalidad fue de 15.05%, con RME 1. La mortalidad de los años 2013 27.12%; 2014 23.02%; y 2015 22.15%; de estos últimos años no tenemos registro del PIM2.

0126 EXTUBACIONES ENDOTRAQUEALES NO PROGRAMADAS EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

JA BOGGIANO(1), E CASSAL(1), P BACHETTI(1), M TAVELLA(1), C IRRAZABAL(1)

(1) Instituto Alexander Fleming.

Introducción: Las Extubaciones Endotraqueales No Programadas (EENP) dentro de una Terapia Intensiva (TI) se clasifican en accidentales, si ocurren durante procedimientos realizados por Personal de la Salud (PS); o bien autoextubación, si el paciente (PTE) se lo retira. Hoy en día, prevenir las EENP es considerado un indicador de calidad de atención dentro de una TI. Aunque su frecuencia (FR) es variable, la SEMICYUC estableció hasta 15 por cada 100 días de VM. El tipo de intubación (nasal u oral), los sistemas de fijación, la vigilancia de PS son algunas de las medidas propuestas para su disminución.

Objetivo: Identificar la FR de las EENP en una TI en la que se aplican estándares de cuidado en los pacientes (PTES) ventilados.

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo y longitudinal que incluye los PTES ingresados desde el 01/01/2017 al 31/12/2017, utilizando la Base de Datos SATIQ. Todos los PTES con Ventilación Mecánica (VM) recibieron cuidados estándares para disminuir las complicaciones asociadas a la ventilación. Como medidas preventivas para evitar las EENP, en todos los PTES se utilizaron sujetadores de tubo endotraqueal oral; sujeción mecánica en ambas muñecas al comienzo del destete y la presencia permanente de PS. Se analizaron variables demográficas y se calcularon medidas de dispersión de los PTES ventilados. Los PTES ventilados por menos de 24 horas se los consideró como 0,5 día con fines estadísticos.

Resultados: El total de PTES internados en TI durante este período fue de 776; requiriendo VM el 15,33% (n=119); el 44,54% (n=53) eran mujeres y el 55,46% (n=66) eran hombres, con una media de 60,87 años (rango 27-88 años). El 16,81% (n=20) estuvieron con VM menos de 24 horas y el 9,24% (n=11) tuvieron más de un episodio de VM en la misma internación. El total de días de VM fue de 640 días. Se registró un solo episodio (0,84%) de "autoextubación" por excitación psicomotriz durante la desvinculación del ventilador, que requirió apoyo de VM no invasiva, evolucionando favorablemente.

Conclusión: La baja incidencia de EENP en nuestra TI es atribuible a la vigilancia del PS y la estandarización de medidas de prevención.

0127 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA AGUDA ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

M RABINO(1), P CASTELLANI(1), D BERGNA(1), M MENDOZA(1), P CAPORAL(1), A BORDOGNA(1), C LUTKEVICIUS(1), G APARICIO(1)

(1) Hiaep Sor María Ludovica.

Introducción: La leucemia es la enfermedad oncohematológica más frecuente en pediatría observándose, con las nuevas estrategias

diagnósticas y terapéuticas, supervivencias que alcanzan el 80% en las leucemias linfoides agudas (LLA) y 60% en las mieloides agudas (LMA). La atención de estos enfermos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) se ha vuelto cada vez más frecuente, tanto por la evolución de la enfermedad como por complicaciones del tratamiento.

Objetivos:

- Describir las características clínicas y mortalidad de pacientes con leucemias agudas ingresados en una UCIP.

- Comparar mortalidad de pacientes con LLA y LMA

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con leucemia aguda de 1 mes hasta 14 años de edad que ingresaron a UCIP entre el 01/01/13 y 31/12/17. Los datos fueron recolectados del programa SATI-Q y revisión de historias clínicas.

Resultados: Ingresaron 45 pacientes con leucemia de un total de 1745 (2,6%). Sexo femenino 24 (53,3%), mediana de edad 100 meses (RIQ 42-158). El 60% (27) correspondían a LLA, el 13,6%(6) presetaban debut leucémico y el 6,8%(3) había sido trasplantado. Mediana de días de internación previo a su ingreso 3 (RIQ 1-5). Motivo de ingreso: 24 sepsis/shock séptico (53,3%), 8 respiratorio (17,8%), 6 neurológico (13,3%), 4 lisis tumoral (4,5%) y 5 otros (11%).

38 (84,5%) requirieron asistencia ventilación mecánica (AVM), mediana de días de AVM 6 (RIQ2-14); 34 (79,1%) requirieron drogas vasoactivas. Mediana de días de estada 9 (RIQ 5-17)

De los pacientes que ingresaron por sepsis/shock séptico se aisló germen en 15 (62,5%), predominando infecciones bacterianas. En 8 de ellos la infección fue polimicrobiana. Los gérmes más frecuentes fueron: Klebsiella(6), St. Aureus (5), Candida albicans (4), Streptococo viridans (3), Pseudomona (2) y Adenovirus (2).

Índice de Mortalidad Pediátrica II (mediana): 20,59 (RIQ 6,2-38,7).

Mortalidad: 31,45% (14), 8 con LLA y 6 con LMA (p 0.8).

Conclusión: La leucemia presenta una alta morbimortalidad. El principal motivo de ingreso a nuestra UCIP fue sepsis y shock séptico, la mayoría requirió AVM y drogas vasoactivas. La mortalidad hallada es similar a la descrita en la bibliografía, no habiendo diferencia significativa entre LLA y LMA. Conocer las características clínico-epidemiológicas de esta enfermedad puede contribuir a mejorar su pronóstico y supervivencia.

0128 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO ASPIRACIÓN PURPURINA

JA CORREA LLERENA.(1), R ANDRADA(1), N LOPEZ(1), ME BAITAJ(1), G GALIANA(1), S LARDONE(1), P PACHO(1), E MARI(1), M PENAZZI.(1)

(1) Hospital Del Niños De San Justo.

Introducción: La purpurina es un material compuesto por bronce, cobre, estaño y estearina utilizado en manualidades y cosmética. Debido a su uso habitual en el hogar y escuela no parece haber conciencia sobre los riesgos que implican su uso, especialmente tras su inhalación accidental. Su ocurrencia puede devenir en un síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) cuya severidad no siempre se manifiesta en las primeras horas y que se relaciona con la cantidad de compuesto inhalado. Se suele presentar con insuficiencia respiratoria progresiva refractaria, sostenida por shunt intrapulmonar que, de no evolucionar fatalmente, deja secuelas pulmonares importantes. El abordaje terapéutico es sintomático.

Presentación de caso clínico: Niña de 3 años, 20 kg, sin antecedentes patológicos de relevancia, ingresó a Guardia luego de inhalar accidentalmente purpurina. Manifestó inicialmente dificultad respiratoria leve y vómitos, ingresando a UCIP tras interconsultar con Toxicología para monitoreo. Requirió oxígeno suplementario con máscara con reservorio por 48 hs, con desmejoría clínica posterior, ingresando en asistencia respiratoria mecánica (ARM). Desarrolló SDRA con severo síndrome de escape de aire (neumotórax derecho y enfisema subcutáneo importante). Se consideró la posibilidad de realizar BAL terapéutico el cual fue pospuesto debido a la mejoría

de los síntomas. A los 6 días de ARM se realizó extubación electiva exitosa, pasando a sala de Pediatría 2 días después.

Conclusiones: Se desprende la importancia de jerarquizar la peligrosidad y letalidad de la purpura a fines de limitar el acceso libre de los niños a la misma. Si bien han habido casos mortales en los últimos años con impacto en la prensa de nuestro país, parecería ser necesario focalizar en los niveles primarios de atención de salud, así como en la agenda de prevención de accidentes hogareños, con la finalidad de concientizar acerca de la potencial peligrosidad de estos productos.

No exento de polémica pero con justificación fisiopatológica está la posibilidad de abordaje terapéutico con el BAL.

0129 HIPERFILTRACIÓN RENAL COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS, RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE UN CENTRO

JF GERBER(1), A RAMOS(1), A DOGLIOTTI(2), ME PERELINDO(1), D LATASA(1), F ACHARTA(1), C LOVESIO(1)

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

Introducción: La hiperfiltración renal ha sido descrita en algunos grupos de pacientes críticos.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue determinar la relación existente entre el desarrollo de hiperfiltración renal y una mala evolución.

Métodos: Este es un estudio prospectivo en una terapia intensiva médico-quirúrgica (UCI). Desde julio de 2017 hasta marzo de 2018, se incluyeron los pacientes que permanecieron en UTI entre 48 y 72 horas. Se excluyeron los pacientes derivadas de otro hospital. El clearance de creatinina se calculó a partir de una recolección de orina de 24 horas. Una mala evolución se definió con el punto final combinado de muerte y estadía hospitalaria prolongada, fijada como el percentil 75 (> 19 días). Se utilizó un modelo de regresión logística para identificar si la hiperfiltración renal se asoció de forma independiente con una mala evolución.

Resultados: Se incluyeron sesenta pacientes. Tres pacientes murieron y dieciséis (26%) presentaron el punto final combinado. En el análisis multivariado, el desarrollo de hiperfiltración renal al tercer día en la UTI fue predictor de una mala evolución ($p=0,04$, OR: 1,02 IC 95%: 1,0005-1,04) (ABC ROC: 0,76, IC 95% 0,63-0,86).

Conclusión: Se estableció una relación entre la hiperfiltración renal y una mala evolución. Sin embargo, esto debe ser estudiado en una cohorte más grande de pacientes.

0130 COCIENTE NEUTRÓFILO/LINFOCITO COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN EL HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO ESPONTÁNEO

M PERELINDO(1), JF GERBER(1), A RAMOS(1), A DOGLIOTTI(1), F ACHARTA(1), C OITANA(1), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque.

Introducción: La inflamación juega un papel central en la lesión cerebral secundaria. La relación neutrófilos/linfocitos es un marcador de inflamación.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar si el cociente neutrófilo/linfocito se asocia a un mal resultado neurológico, definido como un Glasgow Outcome Scale (GOS) ≤ 3 al alta hospitalaria, en pacientes con hematoma intraparenquimatoso espontáneo (HIPE).

Métodos: Entre enero de 2007 y octubre de 2017 se trataron 102 pacientes con HIPE supratentorial dentro de las 24 horas posteriores a la aparición de los síntomas. Al ingreso se registraron datos de persona, hallazgos clínicos y de laboratorio, como así también características tomográficas. El resultado neurológico funcional fue determinado al egreso hospitalario.

Se utilizó un modelo de regresión logística para identificar si el cociente neutrófilo/linfocito se asoció de forma independiente

con un mal resultado neurológico. Se incluyeron las variables que mostraron un valor de $p \leq 0,2$ y el cociente neutrófilo/linfocito independientemente del valor de p .

Resultados: De 102 pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos debido a HIPE, 71 presentaron un mal resultado neurológico. El modelo multivariado fue integrado por: APACHE II ($p = 0,01$), edad ($p = 0,05$), Glasgow ($p = <0,001$), glóbulos blancos ($p = 0,02$), glucemia ($p = <0,001$), magnesio ($p = 0,17$), cociente neutrófilo/linfocitos ($p = 0,34$) y anomalías pupilares ($p = 0,04$). En el modelo multivariado, no hubo relación entre el cociente neutrófilo/linfocito y el punto final ($p = 0,55$). En cambio, encontramos una asociación entre la glucemia y la edad y el punto final ($p = 0,02$ y $0,04$; respectivamente).

Conclusión: No encontramos ninguna relación entre el cociente neutrófilo/linfocito y un mal resultado neurológico en pacientes con HIPE.

0131 MORTALIDAD EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON, PROVINCIA DE SAN JUAN, ARGENTINA, 2013 -2015

J PONCE(1), N RUIZ(1), E FERNANDEZ(1), L FIGUEROA(1), LA CLAVEL(1)

(1) Rawson.

Introducción: Dado el avance y crecimiento del servicio de terapia intensiva en los últimos años, decidimos describir y analizar la mortalidad del servicio en un periodo determinado, con el propósito de en un futuro poder evaluar y comparar la efectividad de los cuidados intensivos administrados.

Objetivos: Describir datos epidemiológicos de la población fallecida durante un periodo determinado. Comparar los motivos de ingreso y comorbilidades.

Materiales y Métodos: Trabajo descriptivo retrospectivo. Análisis 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015. Universo pacientes ingresados en unidad de terapia intensiva pediátrica y la población fueron los pacientes fallecidos en la misma unidad en ese periodo. Se procesaron los datos en Excel 2013.

Resultados: 545 internaciones. Obitos durante dicho periodo 132; solo se pudo obtener el 69% de las historias clínicas. La media de edad de los pacientes fallecidos fue de 4.4 años. Masculinos 53.84% y femeninos 46.15%. El tiempo promedio de estadía fue de 8.82 días. Los pacientes ingresaron provenientes de Guardia Externa 31.86%; Terapia Intermedia Pediátrica 24.17%; Sala de Cuidados Mínimos 24.17%; Otras instituciones 8.8%; Quirófano 5.5%; Neonatología 4.4%.

El 54.94% de los pacientes presentaban una condición crónica compleja.

En los motivos de ingreso, Otras 39.56% (Shock séptico, PCR, etc); Respiratoria 34.04%; Causa externa 15.4%; Postquirúrgica 5.5%; Neurológica 4.4%; Cardiovascular 1.1%. La TBM fue del 24.1%: 2013 27.12%, 2014 23.02%, 2015 22.15%.

Discusión: La supervivencia de los pacientes ingresados a nuestra UTIP fue de 75.9%. Los pacientes ingresaron en su gran mayoría desde guardia externa, UCIP y sala de pediatría. Más de la mitad de los pacientes fallecidos presentaban Condición Crónica Compleja. La más frecuente fue la Cardiovascular y la Neuromuscular. Las causas más frecuentes de ingreso fueron shock séptico, PCR intra y extrahospitalario, y shock hipovolémico, seguidas por las patologías respiratorias.

Conclusiones: Se puede observar en los resultados y cotejando publicaciones de otros países que la TBM de la UCIP del Hospital Rawson en San Juan ha sido notablemente superior, lamentablemente no contamos con los datos de PIM2 para evaluar la razón de mortalidad estandarizada. La mitad de los fallecidos presenta condición patológica crónica compleja, y la gran parte de estos neuromusculares.

0132 ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF COMO SUPERPOSICION A SINDROME DE GUILLAIN-BARRE

WE POZO SOTO(1), JL PACHECO(1), C MORENO(1), A LUZZI(1), P PARDO(1), C PLAZA(1), J LESCANO(1), E RODRIGUEZ(1)

(1) Sanatorio Julio Mendez.

Introducción: La Encefalitis de Bickerstaff es un Síndrome autoinmune, caracterizado por alteración de la conciencia, ataxia y oftalmoplejía, relacionado con la presencia de anticuerpos antigangliósidos en suero y LCR, formando parte de las variantes del Síndrome de Guillain Barre. Su incidencia y prevalencia es difícil de determinar por la escasa presentación y a la superposición con otras entidades autoinmunitarias, motivando esto nuestra presentación.

Descripción del caso: Paciente masculino de 78 años de edad, con antecedentes de diabetes tipo II, arteriopatía periférica y marcapaso definitivo por bradiarritmia, que fue intervenido quirúrgicamente de amputación transmetatarsiana de pie derecho por infección de piel y partes blandas, utilizando anestesia peridural, con rescate de Proteus Blee de hueso proximal (osteomielitis), inició tratamiento antibiótico refiriendo una semana después dolor lumbar (10/10) irradiado a miembros inferiores, debilidad progresiva ascendente arrefléctica, hipotonía anal y retención aguda de orina, con TC de columna lumbar con hernia discal y espondilolistesis. Posteriormente agregó paresia braquial bilateral y del motor ocular externo izquierdo, ptosis ipsilateral y confusión. El estudio del LCR revela características bacterianas, comenzando tratamiento antibiótico por sospecha de meningitis post procedimiento, con cultivo negativo. El electromiograma presenta polirradiculoneuropatía aguda desmielinizante, se indicó gammaglobulina hiperinmune (140 grs) y dosaje de marcadores GD1A y GD1B positivos, ANTIGM2, GQ1B normales. Evolucionó con mejoría motriz braquial bilateral y del sensorio, persistiendo con paraparesia moderada, otorgándose el alta con rehabilitación kinésica.

Discusión: La encefalitis de Bickerstaff es una de las variantes del Síndrome de Guillain Barre junto con el Síndrome de Miller Fisher, pudiéndose presentar aisladamente o como variante mixta, presentando anticuerpos antiGQ1B no siempre positivos y antiGM1b y GD1a presentes. Predomina en sexo masculino, posterior a un cuadro infeccioso respiratorio o gastrointestinal. Sin describirse casos secundarios a osteomielitis o a meningitis post procedimientos neuroinvasivos, presentando compromiso central y periférico.

Conclusión: Presenta un reto diagnóstico por su presentación infrecuente, las concomitancias clínicas que conlleva, los diagnósticos diferenciales, la terapéutica y su pronóstico. En este caso con un cuadro infeccioso previo, no teniendo esclarecido si el Proteus Blee puede estar relacionado. Fisiopatológicamente cualquier infección podría desencadenar reacción autoinmunitaria con daño cruzado central o periférico

0133 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS CONTRA EL RECEPTOR N – METIL – D- ASPARTATO: DIAGNOSTICO Y MANEJO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

MB MOLINA(1), MC ORLANDI(1), R HERNÁNDEZ(1), PR VILLEGAS(1), J MÉNDEZ(1), V ALDANA(1), D JALILE(1), C BENITEZ(1)

(1) Hospital Francisco López Lima.

Introducción: La encefalitis relacionada a anticuerpos (Ac) se caracteriza por presencia de Ac contra la subunidad GluN1 del receptor N – metil – D – aspartato (NMDAR). Inicialmente se describió como paraneoplásico del teratoma ovárico. Inicia con pródrómo pseudoviral y evoluciona como síndrome multifacético y progresivo con síntomas psiquiátricos. El tratamiento consiste en resección tumoral e inmunoterapia; en no respondedores se escala a rituximab y/o ciclofosfamida. Generalmente recupera completamente o con secuelas leves.

Presentación del caso: Varón de 25 años. Antecedente de encefalitis con crisis convulsivas a los 17 años y abandono de anticomiciales.

Ingresó por status epiléptico. Examen físico: GCS 6/15. IOT. Se inicia coma farmacológico.

Exámenes complementarios: TC encéfalo normal. LCR: 14 leucocitos/mm³, proteinorraquia y glucorraquia normal. RMN encéfalo con gadolinio: asimetría hipocampal en probable relación con trastorno del plegamiento del hipocampo izquierdo.

Evolución: Refractario a tratamiento. Por sospecha de encefalitis autoinmune se solicitan Ac séricos y en LCR siendo positivos. Ecografía testicular normal. Pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis. Persiste sintomático. Se inicia ciclos de rituximab. Lenta recuperación.

Discusión: En la encefalitis autoinmune los Ac contra NMDAR causan internalización de receptores generando pérdida progresiva y reversible. El cuadro inicia con pródrómo pseudoviral, evoluciona a síndrome multifacético: fase de psicosis y/o convulsiones, fase de mutismo o aquinesia, y fase hiperquinética, acompañado de disautonomía e hipoventilación central. LCR en fases iniciales puede ser normal con niveles altos de Ac anti-NMDAR. EEG actividad enlentecida y desorganizada; patrón de extreme delta brush asociado con cuadros prolongados y graves. RMN encéfalo: alteraciones en FLAIR en regiones corticales y subcorticales, con captación discreta o transitoria. Diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos primarios, encefalitis infecciosas, intoxicación con psicotrópicos y síndrome neuroléptico maligno. Se asocia frecuentemente a teratoma; debe buscarse en el abordaje inicial. El tratamiento consiste en inmunoterapia (corticoides, plasmaféresis, inmunoglobulinas endovenosas y anticuerpos monoclonales) y detección con resección tumoral. La recuperación es lenta y suele producirse en orden inverso a la presentación de los síntomas.

Conclusión: La encefalitis anti NMDAR es una entidad específica y reconocible. Se debe descartar teratoma ovárico o testicular. Es primordial la alta sospecha para instaurar terapéutica basada en inmunoterapia y resección tumoral.

0134 TERAPIA CON PLASMAFERESIS EN PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M VILLEGAS(1), L NAVARRO(1), I ROMERO(1)

(1) Sanatorio Guemes.

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

Caso Clínico: Paciente mujer de 41 años con antecedentes personales de tabaquismo, xantomas en miembros superiores e inferiores, resección de fibroadenoma mamario, obesidad, sedentarismo, consulta por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio asociado a náuseas y vómitos, polidipsia, polifagia, poliuria, pérdida de peso.

Ingreso lucido, compensado, abdomen doloroso sin reacción peritoneal, laboratorio con amilasa y lipasa elevadas, acidosis metabólica severa, colesterol total de 1130, hiperglucemia e hipertrigliceridemia de 5400. Ecografía abdominal: esteatosis grado II. TAC de abdomen y pelvis: aumento de la poción céfálica del páncreas con planos grasos circundantes. Con diagnóstico de Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia y debut diabético (cetoacidosis diabética), inicio plasmaféresis, realizando dos sesiones con buena tolerancia, con una disminución de triglicéridos y colesterol mayor al 80%. (TG: 540).

Se realizó diagnóstico de Diabetes Mellitus (HbA1c: 10%), evolución afebril, con buena tolerancia a la vía oral, con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio. Pasa a Clínica Médica al cuarto día, externándose bajo tratamiento con fenofibratos e insulina NPH.

Conclusiones: La pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, poco

frecuente, está relacionado a diabetes mal controlada, hipotiroidismo, obesidad, fármacos, embarazo o pacientes con hipotrigliceridemia familiar sin un factor secundario. Existen numerosos estudios que proponen a la plasmaféresis como método inicial de tratamiento para disminuir rápidamente el valor de TG. En nuestro paciente se observó una reducción de más del 80% de TG y colesterol, luego de 2 sesiones de plasmaféresis.

0135 DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA DIMENSIÓN CIENTÍFICO-CLÍNICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN UN MODELO DE CUIDADO

SR GUÁQUETA PARADA(1)

(1) Universidad Nacional De Colombia.

El diseño de un instrumento para medir los indicadores de la calidad del cuidado a partir de los referentes teóricos del Modelo HANC, permite obtener un mejoramiento continuo valorando la calidad del cuidado. El modelo de cuidado de Enfermería HANC, esta basado en los principios de humanización, necesidad de ayuda, necesidades básicas y calidad del cuidado, cuyo objetivo es el cuidado integral y de calidad al paciente crítico y su familia. El modelo, esta compuesto por 4 dimensiones, una de ellas es la dimensión científico-clínica del cuidado, la cual se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos, propios del saber y el ser de enfermería en la unidad de cuidado intensivo. Es así como a partir de la realización de una revisión bibliográfica exhaustiva y los fundamentos teóricos del modelo, se realizó la consolidación de las definiciones tanto de las variables como de los indicadores, con el propósito de diseñar los ítems para la construcción del instrumento. El objetivo fue diseñar un instrumento que permita evaluar la Dimensión científico-clínica del modelo de cuidado de enfermería para el paciente crítico HANC.

El proyecto investigativo es de tipo metodológico,(2) desarrollado en etapas: ETAPA I: Definición teórica de las variables y los indicadores de acuerdo a los referentes teóricos del modelo, determinando variables, que orientan la aplicación del conocimiento científico, un modo de pensar y actuar, gestionar el cuidado y aplicar resultados investigativos en el cuidado: proceso de enfermería, administrativo e investigativo (3) ETAPA II: Formulación de los ítems ETAPA III: Validación aparente y de contenido del instrumento a partir del juicio de expertos, obteniéndose un índice de acuerdo y el índice de Kappa alto. (4,5)

Se establecieron tres variables, (107 ítems): proceso de atención de enfermería, administrativo e investigativo. 27 indicadores de calidad del cuidado y posteriormente, se realizó la validez aparente y de contenido quedando con 52 ítems.

El instrumento desarrollado muestra una validez aparente y de contenido, el cual mide la dimensión científico-clínica del modelo de cuidado de enfermería HANC, teniendo en cuenta las variables, de proceso de atención de enfermería, proceso administrativo y el proceso Investigativo.

0136 EXANGUINOTRANSFUSIÓN (ET) EN COQUELUCHE GRAVE. ¿ET PHONE HOME?

M PENAZZI(1), E MARI(1), P PACHECO(1)

(1) Hospital Del Niño. San Justo.

Introducción: La coqueluche grave (CG) se caracteriza por insuficiencia respiratoria con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), neumonía, shock con taquicardia sinusal, hipotensión arterial, hipertensión pulmonar grave (HTP) y leucocitosis (superior a 40000). La mortalidad es alta y se debe a colapso cardiocirculatorio secundario a HTP severa.

No hay descrito a la fecha ningún tratamiento eficaz. Desde el 2004 se realiza ET con el propósito de atenuar la progresión de la HTP; se continúa 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 los que no se observan los beneficios de la ET auspiciosamente descritos en la década pasada y algunos autores hasta cuestionan la hipótesis fisiopatológica de la HTP 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 mes y 18 años con diagnósticos 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 del grupo de 23 pacientes sin ET fue de 56,5% (13). Del total de sobreviviente (12), el 77% (10) presentó 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 la ET en la CG y recordar que el énfasis sigue estando en la prevención. A valorar el rol del ECMO como sostén.

0137 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI-NMDA SECUNDARIA A UNA INFECCIÓN POR VIRUS HERPES 1: A PROPÓSITO DE UN CASO

N LOPEZ(1), S LARDONE OLIVERA(1), J CORREA(1), G GALIANA(1), ME BAITAJI(1), P PACHECO(1), E MARI(1), M PENAZZI(1)

(1) Municipal Del Niño De San Justo.

Introducción: La encefalitis por anticuerpos anti N-metil-D-aspartato (NMDA) es la segunda causa de encefalitis inmunomediada. Se debe a una predisposición a la autoinmunidad tras una infección vírica o presentación tumoral.

Presentación de caso clínico: Paciente de 20 meses de edad, previamente sano, que debutó con encefalitis por Virus Herpes 1, por lo cual cumplió tratamiento con Aciclovir durante 21 días, con control de PCR posterior negativa. Egreso con hemiparesia braquiocrural izquierda. Diez días posteriores, consulto por fiebre, desconexión y convulsiones focales. Se realizó tomografía (imagen hipodensa bilateral) y punción lumbar (40 leucocitos/mm³). Recibió tratamiento antibiótico y antimicrobial. Ingreso a terapia intensiva por asistencia ventilatoria mecánica durante 72 hs. Evoluciono con movimientos coreoatetósicos en hemicuerpo derecho, hemiparesia contralateral, desconexión con el medio, apertura bucal con protrusión lingual, lateralización cefálica e hiperreflexia rotuliana y bicipital. Ante sospecha de encefalitis inmunomediada, se solicitó anticuerpos IgG NMDA en suero y líquido cefalorraquídeo (LCR), siendo positivo en este último. Recibió gammaglobulina (2 g/kg) y pulsos de metilprednisolona (5 días) con franca mejoría clínica. Requiere corticoides hasta su egreso hospitalario. Actualmente continúa en seguimiento multidisciplinario.

Discusión: Si bien esta patología es de reciente aparición, existen criterios diagnósticos a tener en cuenta a la hora de pensarla: evolución subaguda (< 3 meses), asociado a: hallazgos de focalidad reciente, convulsiones no explicadas por epilepsia previa, pleiocitosis en el LCR (leucocitos > 5 cel/mm³) o resonancia magnética sugestivos de encefalitis, con exclusión de otras causas. Dentro de la sintomatología, se destacan: fiebre con anomalías psiquiátricas, epilepsia refractaria y disquinesias orofaciales. Ante la sospecha diagnóstica, realizar estudios de imagen, electroencefalograma y punción lumbar (pleocitosis, hiperproteínorraquia, bandas Oligoclonales o IgG elevadas). El diagnóstico se basa en la sospecha clínica

y presencia de anticuerpos anti NMDA en LCR. Cabe remarcar la importancia de los diagnósticos diferenciales; en nuestro caso se consideró recaída de infección por HSV-1, resistencia al Aciclovir del HSV-1 y otras encefalitis. El tratamiento incluye inmunoglobulina intravenosa, corticosteroides, plasmaféresis, o sus combinaciones; observándose mejoría en las primeras 4 semanas.

Conclusión: Esta patología, debe considerarse ante síntomas neurológicos luego de una encefalitis previa, trastornos neuropsiquiátricos y/o inicio de patología tumoral.

0138 RELACIÓN ENTRE LA DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE PRESIÓN PARCIAL DE DIOXIDO DE CARBONO Y LA DIFERENCIA ARTERIO-VENOSA DE OXIGENO CON EL LACTATO ARTERIAL, EN UNA POBLACION MIXTA DE PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA

V TORRES(1), JC PENDINO(1), L HESS, LR BETTINI(1), LP CARDONNET(1)
(1) Centenario.

Introducción: En condiciones de hipoxia tisular, el cociente respiratorio (VCO_2/VO_2) aumenta súbitamente. La relación entre la diferencia del contenido veno-arterial de CO_2 y la diferencia arterio-venosa de O_2 ($Dv-aCCO_2/Da-vO_2$), fue propuesta como análogo del VCO_2/VO_2 . El reemplazo del contenido de CO_2 , por las presiones parciales (relación $Dv-aPCO_2/Da-vO_2$), se sugirió como sustituto de la $Dv-aCCO_2/Da-vO_2$. De acuerdo a algunos autores, un aumento del VCO_2/VO_2 se reflejaría en una elevación de la relación $Dv-aPCO_2/Da-vO_2$ y un valor ≥ 1.4 pudiera predecir aumento del lactato. Esto no ha sido soportado por otros investigadores. Realizamos un estudio retrospectivo, tomando datos de mediciones de pacientes ingresados en una UTI y que fueron monitorizados con un catéter de Swan Ganz (CSG) y lactato arterial.

Objetivos: Comparar la relación $Dv-aPCO_2/Da-vO_2$ con el lactato arterial, en una población mixta de pacientes ingresado en UTI.

Pacientes y métodos: De una base de datos se incluyeron los pertenecientes a 16 pacientes. En total, se analizaron 36 datos. Se estableció un valor de corte de la $Dv-aPCO_2/Da-vO_2$ de 1.4. Para el análisis estadístico, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Se incluyeron 36 datos pertenecientes a 16 pacientes. Hubo 21 datos correspondientes a diagnóstico de shock distributivo (10 pacientes). Los 15 datos restantes correspondieron a diagnóstico de insuficiencia cardíaca (6 pacientes). En el pool total de 36 datos, no se encontró correlación con los valores de lactato arterial ($r=0,12$; $p=0,4708$). Tampoco hubo correlación entre los datos shock distributivo con el lactato ($r=0,057$; $p=0,8061$). En los datos restante, tampoco se encontró correlación, ($r=-0,46$; $p=0,0859$).

Comentarios: El lactato no siempre es marcador de anaerobiosis (ej sepsis). Una medición confiable del cociente respiratorio, requiere del análisis de gases expirados. La $Dv-aPCO_2/Da-vO_2$ puede aumentar al ser modificada por otros factores no solo relacionados con la presencia de metabolismo anaeróbico (Hb, acidosis metabólica, efecto Haldane). En nuestra población de pacientes mixtos, no se pudo establecer una correlación entre la $Dv-aPCO_2/Da-vO_2$ y el valor de lactato. Por las razones anteriormente expuestas, el aumento de la $Dv-aPCO_2/Da-vO_2$ no puede ser propuesto como predictor del aumento de lactato.

0139 LA EMPATÍA PUEDE SER ENSEÑADA?: UNA PROPUESTA DESDE LA INVESTIGACIÓN

MC TRIANA RESTREPO
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia

Introducción: La relación enfermera – paciente es el fundamento de la práctica de enfermería, sin embargo la literatura resalta que la empatía es el componente fundamental de esta relación. Se define la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona sumado a la capacidad

de comunicar este entendimiento. La presencia de la empatía se ha asociado con resultados positivos en salud para los pacientes.

Objetivo: Comparar el nivel de empatía de la enfermera antes y después de recibir una intervención tipo entrenamiento en “vínculo empático”.

Material y método: Estudio cuasiexperimental, las enfermeras recibieron un entrenamiento en empatía, sustentado en la teoría de Peplau y los principios de la relación de ayuda, antes y después del cual, se midió el nivel de empatía de la enfermera (autoreportado) mediante la escala de empatía de Reynolds (validez facial y de contenido) y se observó la intensidad del vínculo empático (comportamientos empáticos expresados por la enfermera durante el encuentro con el paciente en la UCI y la Unidad de cuidado intermedio).

Resultado: Participaron un total de 11 enfermeras y se observaron 311 encuentros enfermera paciente, 154 antes y 157 después. La intensidad del vínculo empático expresado por las enfermeras en los encuentros ocurridos tanto en la Unidad de cuidado intermedio como en la UCI mostraron un incremento del 15% en la presencia de comportamientos empáticos, después del entrenamiento. El nivel de empatía de las enfermeras antes y después de recibir entrenamiento cambió en más de 20 puntos, al recibir el entrenamiento

Conclusiones:

- El entrenamiento en “vínculo empático” sustentado desde la teoría de Peplau de las relaciones interpersonales modifica los comportamientos empáticos de las enfermeras.
- La empatía puede ser efectivamente enseñada y mejorada en la práctica
- La intervención tipo entrenamiento en vínculo empático muestra evidencia estadísticamente significativa en mejorar el nivel empático
- El entrenamiento aporta estrategias claras para enseñar a reconocer tres pasos fundamentales en expresar empatía, la escucha activa centrada en la observación, la comprensión y decodificación.

0140 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE ASOCIADO A HTLV1

A CACERES(1), C BOULAN(1), D LOPEZ CAMPOS(1), N VERGOTINI(1), H VILLACREZ(1), Y GONZALEZ(1), L BRIA(1), D NOVAES(1), G JACOB(1), F PERALTA MONTERO(1), C COZZANI(1), G CUETO(1), M TORRES BODEN(1), ME BRANIA(1)
(1) Cosme Argerich.

Introducción: El Síndrome de Guillain Barre (SGB) es una grave polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda, causa principal de parálisis motora aguda. Predomina en hombres (5:1), con incidencia de 4 casos cada 100.000. Su etiología es poco clara, pero se vincula a procesos infecciosos.

Caso clínico: Mujer, 65 años, antecedentes: hipotiroidismo, hipertensión, hemiparesia fascio-braquio-crurol derecha leve y disartria secundaria a atrofia multisistémica diagnosticada en 2014, trastorno bipolar tratado con quetiapina, lamotrigina y lorazepam.

Consulta por debilidad muscular proximal progresiva y simétrica de 4 miembros y disfagia para sólidos y líquidos de 72hs de evolución. Ingresó Glasgow 15/15, reflejos osteotendinosos (ROT) disminuidos, nauseoso abolido, sensibilidad conservada. TC cerebro: amplio sistema ventricular, dilatación de cisternas basales y silvianas, sin lesiones estructurales. Evoluciona con parálisis flácida, ROT abolidos, mal manejo de secreciones, broncoaspiración, insuficiencia ventilatoria e hipoxemia. Ingresó a UTI.

Se decide intubación orotraqueal y conexión a ARM. Punción lumbar: presión de apertura de 10cmH₂O, líquido hemático, proteinorraquia 0.76 g/l, 52 células a predominio PMN, glucorraquia 97mg/dl (glucemia 167 mg/dl), sin disociación albumino citológica. Bacteriológico y neurovirus negativos. Electromiograma: disminución de la velocidad de conducción con compromiso neurógeno axo-mielínico. Con diagnóstico de polineuropatía axonal inicia tratamiento con gammaglobulina recombinante humana por 5 días. Se realiza traqueostomía percutánea temprana. Mejora progresivamente de debilidad muscular y desvinculación de ARM el día 23. Se recibe

serología + HTLV1 (Western Blot pendiente). Pasa a sala general para control evolutivo y rehabilitación.

Discusión: SGB se caracteriza por disestesias y debilidad muscular distal simétrica de miembros inferiores, progresivamente ascendente, comprometiendo miembros superiores, pares craneales bajos, músculos respiratorios (30% requieren ARM) y disautonomías. Nuestro caso tuvo una presentación no habitual, con compromiso proximal y descendente. La disociación albumino citológica solo se presenta en 2/3 de los casos, disminuyendo su sensibilidad dentro de las 72hs de inicio de los síntomas. El sello diagnóstico fue el característico patrón electromiográfico. Por sus características no habituales se solicitó mapeo viral.

Conclusiones: La etiología infecciosa es de un 30%. El reporte de casos asociados con HTLV1 esta descripto, pero es poco frecuente.

0141 ENVEJECIMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA

M ACQUAFREDDA(1), F SIERRA(1), P DOMENICHINI(1), A QUIPE LAIME(1)
(1) Dr. Felipe Glasman.

Introducción: El ingreso de pacientes de edad avanzada en UCI es una situación cada vez más frecuente en nuestros hospitales y está relacionado con el envejecimiento de la población.

Objetivos:

1. Pacientes mayores de 65 años ingresados a UCI.
2. Edad como factor pronostico de evolución en adultos mayores.
3. Relacionar el Síndrome Geriátrico con Mortalidad y evaluarlo como factor pronóstico.

Materiales y Metodos: Estudio retrospectivo, trasversal y analítico .

Resultados: Pacientes:140 Edad 69.3 años. Estadia de 3.77 con apache II 13.43. La mortalidad fue del 19.28% (27p). 45.7% emergencias; 25% quirófano; 16.4% clínica médica; 7.8% hemodinamia. 3 categorías de acuerdo a la edad: Mayores de 65 años, menores de 64 años y mayores de 80 años. Se evaluó la mortalidad en los 3 grupos : de mayores de 65 años (97 p.) fallecieron 23 (23.71%), en el grupo menores de 64 años (43p) fallecieron 4p (9.3%) y en el grupo mayores de 80 años (33p) fallecieron 10 (30.3%) p: 0.04 y p: 0.019 . Se relacionó mortalidad con síndrome geriátrico (SG); 52 pacientes con SG; la mortalidad en ese grupo fue de 15p (28.84%) contra 12p de 88p sin GS (13.63%) p: 0.02. Se estudió a los pacientes con SG de acuerdo a los grupos etarios antes mencionados y la relación con mortalidad, encontrando mortalidad de 23.91% en el grupo mayores de 65, 26.31% en el grupo mayores de 80 y 16.6% en el grupo menores de 64 años, sin encontrar significación (p: 0.88 NS). Se evaluó la relación entre grupos etarios y estadia en uti encontrando un promedio de estadia de 2.8 para menores de 64 años, 4.2 para mayores de 65 y 4.42 para mayores de 80 años, resultado No Significativo (p: > 0.05)

Conclusiones: Hallamos una significación estadística en el aumento de la mortalidad a mayor edad. Se evaluó la relación entre Síndrome Geriátrico y mortalidad encontrando diferencias, (fallecieron 15p (28.84%) contra 12p de 88p sin GS (13.63%) p: 0.02. Se trata de una población de edad elevada para el estándar con impacto en la mortalidad . El síndrome geriátrico (SG) se asocia con mayor mortalidad.

0142 FALLA RENAL E HIPERTENSIÓN REFRACTARIA POR SÍNDROME DE ALPORT

P MARCONI(1), M D'ANGELO(1), A ROCCO(1), C CAPUTO(1), W WÜRMS(1), M MONTENEGRO(1), A BALBI(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: El síndrome de Alport es una enfermedad genética, en la que existe una alteración en la síntesis del colágeno tipo IV. Se caracteriza por tener afección renal, coplear y ocular. La principal señal de este síndrome es la microhematuria. Los hombres con el

síndrome Alport ligado al cromosoma X padecen microhematuria desde edades tempranas.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 16 años de edad con antecedente de glomeruloesclerosis focal y segmentaria desde la niñez, que ingresa a UTI por edema agudo de pulmón e hipertensión arterial refractaria a tratamiento asociado a sobrecarga de volumen por insuficiencia renal crónica en diálisis. Requiere intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Hipertensión arterial severa, refractaria a tratamiento, con antihipertensivos EV titulables y diálisis diaria. Ventilación mecánica prolongada con traqueostomía por complicaciones infecciosas y difícil manejo de tensión arterial, con múltiples episodios de edema agudo de pulmón. Mediante tratamiento antihipertensivo combinado vía oral, diálisis diaria y balance hídrico negativo, se logra desvinculación de AVM pasa a sala general. Intercure con nuevo episodio de edema agudo de pulmón y sobrecarga hídrica refractario a tratamiento por lo que requiere nueva internación en Unidad de Terapia Intensiva y AVM. Ecografía doppler de vasos renales sin particularidades, se realiza arteriografía renal en dos oportunidades sin alteraciones específicas. Marcadores reumatológicos negativos. Se efectúa estudio genético dando como resultado positivo para síndrome de Alport ligado al cromosoma X.

Se logra respuesta favorable al tratamiento instaurado con antihipertensivos titulables EV, rotando a VO con labetalol, minoxidil y enalapril y diálisis trisemal con restricción hídrica. Desvinculación de asistencia ventilatoria mecánica, pasa a sala general siendo dado de alta el día 73 de internación.

Al día de la fecha continúa en diálisis diaria, se realizo estudio genético de su hermano con resultado positivo para síndrome de Alport ligado al cromosoma X. Pendiente estudio genético de sus progenitores.

Discusión y Conclusiones: Se trata de una forma de presentación poco frecuente de falla renal crónica reagudizada, asociada a hipertensión arterial refractaria a múltiples líneas de tratamiento. El requerimiento de soporte vital avanzado y la dificultad para el diagnóstico etiológico, convierten al Síndrome de Alport en un desafío para el intensivista.

0143 REPORTE DE CASO: SHOCK HIPOVOLEMICO POR HEMORRAGIA PULMONAREN TUBERCULOSIS

P CAPORAL(1), CM LUTKEVICIUS(1), O RECUPERO(1), MS LABAT(1), G APARICIO(1), M MENDOZA(1)
(1) Sor Maria Ludovica.

Introducción: La hemorragia pulmonar en pediatría es altamente infrecuente, las etiologías son diferentes y el diagnóstico es dificultoso. Entre las causas podemos describir causas Reumatológicas; malformaciones vasculares; cuerpo extraño; Fibrosis quística Pulmonar; Coagulopatías; Infecciosas; Tuberculosis; Tumores y Cardiopatías... Se define hemorragia pulmonar masiva como la perdida sanguínea de más de 8 ml/kg o más de 100ml/24 horas/durante 6 días. Entre los métodos diagnósticos complementarios se encuentran: radiografía, tomografía computada, broncoscopia y arteriografía. Dentro del tratamiento la arteriografía y embolización es la primera opción terapéutica en hemoptisis masiva. La cirugía es la segunda opción. La mortalidad es del 50% sin cirugía.

Objetivo: Describir una causa infrecuente de shock hipovolémico por hemorragia pulmonar en pediatría.

Metodología: Análisis de un caso retrospectivo y observacional. Motivo de ingreso: Shock hipovolémico por hemorragia pulmonar. Antecedentes: Paciente de 5 años de edad que egresa de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 17 días antes por shock séptico a Stafilococo Meticilino Resistente a punto de partida de osteoartritis de tobillo izquierdo.

Metodología diagnóstica: Tomografía de tórax con contraste: Se observa una zona multilobulada 60 x 40 x 50 mm que realiza con contraste endovenoso en simultáneo con cavidades cardíacas y arte-

ria pulmonar, sugiriendo continuidad con rama de arteria pulmonar izquierda en reconstrucción (¿erosión por continuidad?).

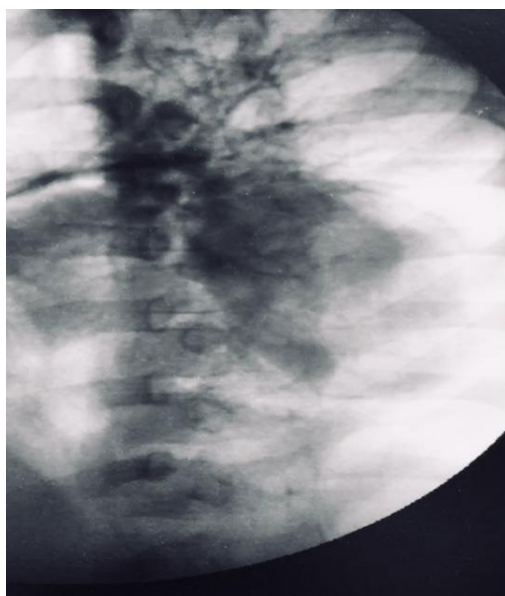
Hemodinamia: Fistula arterio pulmonar izquierda; pseudoaneurisma.

Tratamiento: Lobectomía inferior izquierda (toma de biopsia y muestra para bacteriología y TBC): Disección de lóbulo superior. Se constata compromiso pleuro parenquimatoso de lóbulo inferior. Disección de arteria pulmonar inferior que se clampea. Disección, ligadura y sección de arteria de lóbulo inferior y de la vena pulmonar inferior. (Toracotomía + lobectomía inferior por fistula arteria pulmonar más pseudoaneurisma.) Cultivo de material bacteriológico negativo.

Baciloscopia positiva para BAAR. (En biopsia pulmonar).

Biopsia pulmonar: Neumonía aguda necrotizante con cavitación. Pleuritis en organización, proceso inflamatorio agudo.

Reinterrogatorio: Padre con TBC pulmonar que no completa tratamiento. Madre que no completa estudios diagnósticos.



0144 INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN CUIDADOS CRÍTICOS: DISFAGIA SILENTE

P LACOMBE(1)

(1) Municipal De Urgencias.

Introducción: La implementación de un programa sistematizado de diagnóstico y manejo de la disfagia desde la unidad de cuidados críticos, reduce considerablemente la ocurrencia de neumonía por broncoaspiración de alimentos y/o secreciones, reduciendo tiempos de internación, de recuperación y morbi mortalidad.

Presentación: Paciente masculino de 79 años con herida abierta en cuello, auto-lesión con arma blanca, en zona II membrana tirohioidea. Se realiza IOT y cirugía reconstructiva.

Valoración clínica fonoaudiológica al séptimo día en UTI:

- Fonación eficiente, crepitante post deglución, déficit de tonos agudos
- Mecanismo deglutorio presente (reflejo y voluntario)
- Tiempos deglutorios aparentemente enlentecidos
- Desencadenamiento de la tos no inmediato al acto deglutorio (a los 20seg.)

Diagnóstico presuntivo: Falla en función de receptores de mucosa laríngea, anestesia por lesión de nervio laríngeo superior (rama sensitiva) Disfagia Silente.

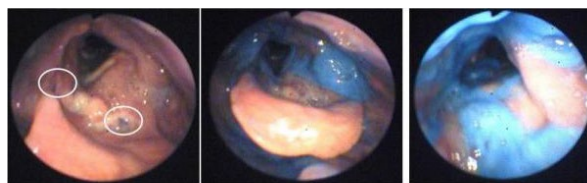
FEES: confirmación diagnóstica: mecanismo deglutorio presente, contenido orofaríngeo no es percibido por los receptores de la mucosa que tapiza laringe, epiglotis no obtura vía aérea permitiendo

que el alimento y las secreciones penetren sin que se produzca la protección por parte del reflejo tusígeno.

Se decide conjuntamente al equipo tratante, soporte nutricional enteral por gastrostomía. Abordaje de rehabilitación temprana, realizando la derivación e indicaciones oportunas al momento del alta hospitalaria.

Discusión: Habitualmente en unidades de cuidados críticos no se encuentra el fonoaudiólogo como miembro del equipo interdisciplinario. La falta de Fonoaudiólogos especialistas o con experiencia en el manejo de pacientes internados en estado crítico, conlleva a que la detección y abordaje inicial de la disfagia no sea el pertinente, comenzando comúnmente de forma tardía pasada la etapa aguda.

Conclusiones: La disfagia silente es síntoma de difícil detección, por lo que se debería enfatizar la importancia de la intervención fonoaudiológica temprana en el equipo interdisciplinario de manejo de la enfermedad trauma, para minimizar complicaciones como la neumonía por broncoaspiración, desnutrición y deshidratación, que ponen en riesgo la vida de los pacientes desde la internación en estadios de cuidados críticos como luego del alta hospitalaria.



Sutura

Penetración

Aspiración



0145 PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN EN LA PROVINCIA DE MENDOZA.

V AVENA(1), L IMPAGLIAZZO(1), D MESSINA(2), C CORTE(2), M ALCORTA(3), J ALMENDRA(3), E BUFFAGNI(3)

(1) Fundación San Andrés; Universidad Juan Agustín Maza.

(2) Universidad Juan Agustín Maza. (3) Fundación San Andrés.

Introducción: La sarcopenia (SP) es un síndrome definido como la pérdida de la masa muscular esquelética junto con una disminución tanto de la fuerza como del rendimiento físico. Su instauración en el paciente crítico resulta desfavorable puesto que conlleva a la aparición de complicaciones, derivando en un aumento del tiempo de ventilación mecánica, mayor estadía hospitalaria, mayor riesgo de malnutrición, infecciones, y morbi-mortalidad.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de sarcopenia en pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) y Polineuropatía del Paciente Crítico (PPC) internados en una Clínica de rehabilitación integral de la provincia de Mendoza.

Materiales y métodos: Se estudió una muestra de 35 pacientes, con edad media de 67 años. Se dividió en dos grupos según si presentaban SP o no, Grupo 1: SP (n=18) y Grupo 2: no SP (n=17). Se

excluyeron aquellos con IMC >32,5 kg/m², mayores de 80 años, con otras patologías neuromusculares y con diagnóstico de Traumatismo Encefalocráneo, Lesión Medular y Amputación. Para diagnosticar SP se tomaron las siguientes medidas: para evaluar Masa Muscular: Circunferencia de Pantorrilla (CP), Pliegue Tricipital y Circunferencia Braquial; para Fuerza Muscular: fuerza de presión mediante Dinamometría Digital (Jamar®Plus + Hand Dynamometer); para Rendimiento Físico: Velocidad de la marcha (<0,8 m/s disminuido). En pacientes con ACV, se tomaron en el hemicuerpo no afectado. Además se determinó días en Terapia Intensiva (UTI), días con Asistencia Ventilatoria Mecánica (ARM) previos al ingreso a la institución. El análisis estadístico se realizó mediante prueba T de Student para muestras independientes, según normalidad de las variables (p<0,05).

Resultados: Los pacientes con SP presentaron 45,12 ± 7,34 días en UTI y 44,13 ± 8,09 días de ARM, previos al ingreso a la clínica de rehabilitación. Mientras que en el Grupo 2, presentaron 27,15 ± 4,05 días en UTI y 23,27 ± 4,33 días de ARM (p<0,05 en ambos casos). Pacientes con SP presentaron menor CP que aquellos sin SP: 29,34 ± 0,32 cm contra 33,93 ± 0,57 cm (p<0,001).

Conclusiones: Los días de ARM y UTI predisponen al desarrollo de Sarcopenia. Por otra parte, la medición de CP sería de utilidad para realizar el diagnóstico precoz de Sarcopenia.

0146 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN VENTANA EXTENDIDA. REPORTE DE UN CASO

F CRUSAT(1), DM GARCIA(1), NM CIARROCCHI(1), JE SAN ROMÁN(1)
(1) Hospital Italiano.

Introducción: Recientemente se demostró que los pacientes con accidente cerebrovascular(ACV) por oclusión proximal con disociación clínica en relación con el volumen de infarto dentro una ventana entre las 6 a 24 horas, obtienen mejores resultados neurológicos con la trombectomía en comparación con el tratamiento médico. Se realiza presentación de un caso clínico con resultado favorable posterior a trombectomía en ventana extendida.

Presentación del caso: Femenina de 44 años sin antecedentes, ingresa por episodio de deterioro de la consciencia de 3.5 horas de evolución. Al ingreso se constató estupor, desviación forzada de la mirada hacia la izquierda con déficit motor braquiocrural derecho severo, NIHSS de 24. Posterior a la intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica, se realiza tomografía de cerebro que evidencia signos tempranos de isquemia en el territorio de la ACM izquierda, e hiperdensidad de la ACM ipsilateral, se calcula un score de ASPECTS de 7. Se realiza angiografía de cerebro confirmando imagen con restricción en difusión cápsulo-lenticular izquierda y ausencia de flujo de arteria carótida interna izquierda intra y extracraneal, volumen de infarto estimado 10.6 cm². Se excluye de protocolo de trombolisis sistémica por tiempo de evolución mayor a 4.5 hs. Se realizó angiografía digital a las 6.5 horas de inicio de los síntomas; se constata disección de ACL izquierda con oclusión distal de ACM homolateral. Se realiza colocación de stent carotídeo; se accede a la ACMI ocluida, se realiza trombectomía mecánica con stent retriever, más tromboaspiración con sistema penumbra con el cual se logra reperusión TICI 3. Tiempo total de recanalización de 450 minutos. Posteriormente evoluciona con franca mejoría sintomática con NIHSS de 4 a las 96 horas postreperusión.

Discusión: Presentamos un caso donde se realizó una adaptación al protocolo de trombectomía mecánica de ventana extendida en un paciente con oclusión proximal secundaria a disección carotídea.

Conclusión: Los pacientes que cumplen criterios de inclusión se benefician de tratamiento con trombectomía mecánica a pesar de tener más de 6 horas de evolución, y podrían ser evaluados sin necesidad de utilizar los software usados en los trabajos que sentaron precedente.

0147 INJURIA RENAL AGUDA (IRA) SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS POR SPINNING, A PROPOSITO DE UN CASO E MATIJACEVICH(1), M FUENTE(1), M MARINO(1), G EZCURRA(1), D VILLANI(1), L LEIT(1), R VISINTIN(1), J LASSAGA(1) (1) Higa San Jose.

Introducción: La rabdomiólisis constituye un síndrome clínico y bioquímico resultado del daño muscular, necrosis del músculo esquelético y liberación del contenido celular al torrente circulatorio. Los síntomas predominantes son mialgias, eliminación de orinas oscuras e impotencia funcional de miembros inferiores, acompañados de aumentos de creatinofosfoquinasa (CPK). Si bien la etiología es diversa, el spinning ha sido descrito como factor precipitante de rabdomiólisis. Cerca de 5 a 7% de los casos de rabdomiólisis por esfuerzo evolucionan a injuria renal aguda.

Presentación del caso: Paciente de 26 años de edad de sexo masculino, obeso, sin entrenamiento previo que refiere haber realizado spinning 96 hs previas, consulta por oliguria de 4 días de evolución, mialgias y debilidad muscular predominantemente en miembros inferiores, asociado a vómitos biliosos, dolor epigástrico e ingesta de analgésicos no esteroideos. El laboratorio informa valores compatibles con IRA, acidosis metabólica con GAP elevado, y CPK elevada. Se inicia fluidoterapia, diuréticos, manitol y bicarbonato, con escasa respuesta diurética, por lo que requiere iniciar terapia de reemplazo renal (TRR). El paciente evoluciona favorablemente, obteniendo el alta hospitalaria con indicaciones de control ambulatorio y rehabilitación con kinesioterapia motora.

Discusión: El caso presentado tiene características, tanto clínicas como bioquímicas, coincidentes con la mayoría de los casos ya descritos de rabdomiólisis por esfuerzo. Estudios indican que aproximadamente el 3% de los pacientes con IRA secundaria a rabdomiólisis por esfuerzo, requieren TRR. En nuestro caso, las indicaciones fueron el desbalance hídrico, cifras crecientes de metabolitos nitrogenados y un importante balance hídrico positivo.

Conclusiones: La rabdomiólisis es un cuadro clínico poco frecuente pero que nos podemos encontrar en nuestra práctica clínica habitual. Existe una gran heterogeneidad en cuanto a la sintomatología y factores etiológicos. El tratamiento debe ir orientado a la supresión del agente causal y soporte vital, presumiendo que la injuria renal es multifactorial. La rabdomiólisis debe buscarse en los pacientes con antecedente de esfuerzo físico intenso y mialgias para evitar las complicaciones fatales. Debe tenerse en cuenta esta entidad y alertar a los pacientes que deseen iniciar esta actividad u otras que requieran un esfuerzo físico extenuante.

0148 NEUROSIFILIS Y ESTATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO

M QUIROGA ENCINAS(1), L ESPINOSA(2), P CARDOZO(2), C ARMOA(2), I RETTA(2), M RAYS(2), J POTITO(2), P GOMEZ(2), E NANNI(2), E AMUNDARAIN(2), B DORFMAN(2), O FARIÑA(2)
(1) Cruce. (2) El Cruce.

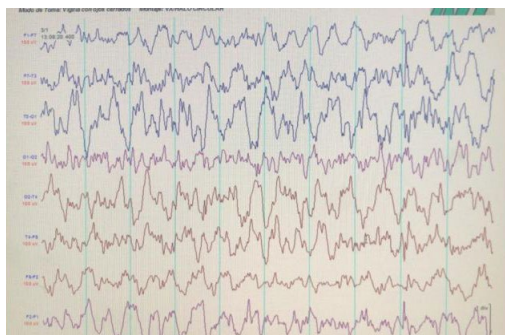
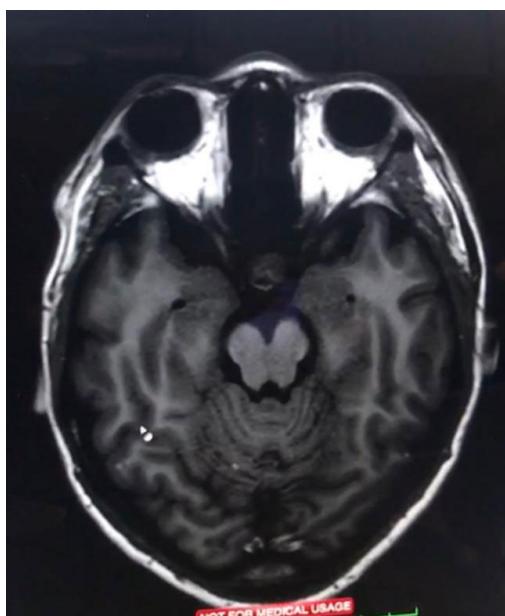
Introducción: Históricamente la sífilis es conocida como "la gran imitadora". Recientemente y con el uso descontrolado de antibióticos, su espectro clínico se ha tornado más heterogéneo y dentro de éste, la neurosífilis es un estadio raro. La incidencia de convulsiones en la neurosífilis es variable. Presentamos un caso de neurosífilis que debutó como estatus epiléptico super refractario en paciente inmunocompetente.

Caso clínico: Femenina 21 años sin antecedentes, presenta episodios convulsivos generalizados autolimitados sin respuesta a tratamiento ambulatorio, evoluciona a estatus epiléptico super refractario. TC, RMN y angioRMN cerebral normales, LCR 2cel/61gluc/77prot/2lac. cultivo negativo, panel viral, panel autoinmune, HIV, Ac antiNM-DA, Ac antiGABA, Ac antiglutamato, Ac anti LG11 negativos, perfil tiroideo normal. En suero VDRL 32 dil, FTA-ABS reactivo. En LCR VDRL no reactiva y FTA-ABS positivo. Requiere triple esquema anti-

comicial y coma barbitúrico por 31 días. Por múltiples intercurencias infecciosas recibió tratamiento prolongado con ceftriaxona y meropenem. Evolucionó favorablemente, sin crisis comiciales. VDRL control 8 dils.

Se considera neurosífilis tratada. Fue dada de alta lucida, sin déficit focal.

Discusión: La meningoencefalitis por sífilis es una entidad rara. No hay consenso en cuanto a criterios diagnósticos, y aunque hoy en día es prácticamente un diagnóstico de exclusión en cuadros de encefalitis, la sospecha clínica y las pruebas serológicas treponémicas y no treponémicas tanto en suero como en LCR son pilar fundamental en él, sus diferencias de sensibilidad y especificidad en suero y LCR constituyen un desafío diagnóstico. La sensibilidad del treponema y el tratamiento antibiótico no constituyen una dificultad.



0149 SINDROME DE DEVIC: UNA ENFERMEDAD INFRECUENTE DE CURSO POTENCIALMENTE LETAL

W TAPIA VEINTEMILLAS(1), O RECUPERO(1), CM LUTKEVICIUS(1), T AMESTOY(1), P CASTELLANI(1)
(1) Sor Maria Ludovica.

Introducción: Se caracteriza por mielitis aguda, neuritis óptica, simultánea o posterior y ausencia de otra enfermedad que las genere. La Resonancia Magnética encefálica es normal, y la medular tiene afectación de más de 3 cuerpos vertebrales, y líquido cefalorraquídeo con pleocitosis. Existen formas agudas y recurrentes, completas y parciales. La presencia NMO(neuromielitis óptica) -IgG anti acuaporina 4, es valiosa para diagnosticar la NMO). Los diagnósticos diferenciales son mielitis transversa (la ausencia de

bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo descarta el diagnóstico), esclerosis múltiple, y ACV medular. La evolución puede ser fulminante. El tratamiento precoz busca evitar la cuadriparesia, la afectación del nervio óptico y la falla ventilatoria. Se recomienda metilprednisolona 1 gr./ día por 5 días, luego prednisona oral. Ante mala evolución, plasmáferesis, o interferón con azatioprima

Objetivo: Describir una enfermedad infrecuente y grave con afectación medular y bulbar.

Metodología: Análisis de caso retrospectivo y observacional.

Motivo de ingreso: paciente de 7 años que durante un acto en la escuela, comienza con dolor intenso en hombro y región cervical, evolucionando rápidamente a cuadriparesia flácida aguda. Ingresó al Hospital de Junín, diagnosticándose parálisis flácida, se realiza PL que muestra ligera pleocitosis, medicándose con Aciclovir y ceftriaxona. Se realiza RMN de cerebro y medula siendo normal. Al 7 día comienza con dificultad respiratoria, ingresa en asistencia ventilatoria mecánica, indicándose gammaglobulina 2 gr /k, en 48 hs, se toman muestras de materia fecal, hisopado y líquido cefalorraquídeo para virológico. A los 15 días ingresa a la Unidad de cuidados intensivos de nuestro Hospital, donde se realiza RMN donde se observa en bulbo raquídeo y medula cervical y dorsal hasta D3 imagen hiperintensa en T2 y flair, que luego del contraste realiza en C5, 6, 7 y bulbo. Se realiza angiografía que es normal. A los 20 días comienza con un Síndrome de Claude Bernard Horner. Se interpreta como neuromielitis óptica, comenzando con metilprednisolona 1 gr/día por 5 días y luego prednisona oral.

Se recibe: muestras del Hospital Malbrán negativas, Inmunoglobulina G anti acuaporina 4 positiva y bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo negativas.

0150 COMA MIXEDEMATOSO: UN DESAFÍO EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

G PINTO(1), N PEREZ(1), V REYES(1), D RUIZ(1), M STEINHAUS(1), P BOSCHINI(1)
(1) Oncológico Angel Roffo.

Introducción: La complicación más grave del hipotiroidismo es el Coma Mixodematoso, infrecuente y elevada mortalidad. En quienes han abandonado el tratamiento, las manifestaciones y complicaciones son más severas en comparación con los pacientes debutantes como este caso. La mortalidad histórica de 80%, se redujo a 25% dado a los avances en técnica de diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Paciente masculino de 62 años, ingresa a UTI del Roffo, con IRA AKIN III, que presentó anorexia de 5 días de evolución. Antecedentes de carcinoma de laringe glótico Estadioll carcinoma escamoso de pulmón derecho E. IV B con metástasis SNC.

Medicación Habitual: difenilhidantoina 100mg c/8hs, Pregabalina 150 mg/d. Omeprazol 20mg/d.

Al ingreso: TA 100/60, FC 75, PVC Aspirativa. Temp 35.2°C. Apache 18. Presenta Estupor, Palidez mucocutánea, deshidratado, hipoventilación basal derecha. Abdomen depresible, distendido, Laboratorio: HTO20 HB6.9 Urea131 Cr5.88 Orina Na84 K21 Cl68 FENA>1.5 EAB: 7.30/26/85/-12/12.6/94.5% TSH 48 T4L 0.07.

Inicia tratamiento hemodialísis e infusión de levotiroxina carga EV, según protocolo. Con curva hormonas tiroideas y seguimiento Endocrinológico.

Discusión: Son factores de mal pronóstico: diagnósticotardío, hipotermia, hipotensión, bradicardia, ARM, alteración de conciencia, uso de sedantes y Scores pronósticos menos favorables(SOFA>4 APACHE>18).

En ocasiones el diagnóstico no es claro, pero hay scores que ayudan en el screening en paciente crítico.

La administración de Levotiroxina de carga intravenosa cumple con el objetivo de completar el pool hormonal periférico, evidenciando rápida mejoría. Se continúa con mantenimiento de 100 mcg/diario. La terapia concorticoidea se agrega ante la posibilidad de insuficiencia suprarrenal relativa.

El éxito terapéutico debe: 1-Reconocer la causa precipitante 2-Administración precoz de levotiroxina e hidrocortisona. 3-Medidas de sostén.

Conclusión: El Coma Mixedematoso, es infrecuente y un desafío del intensivista. Debe tenerse un alto grado de sospecha en todo paciente que presente, insuficiencia renal, deterioro del sensorio, hipotensión arterial, hipotermia.

0151 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN POSOPERATORIO INMEDIATO DE EXERESIS DE TUMOR RETROPERITONEAL Y NEFRECTOMIA IZQUIERDA

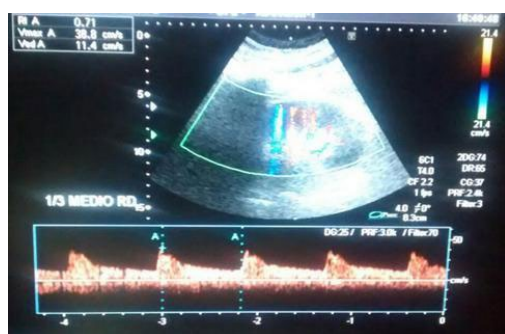
J AGUILAR(1), V REYES(1), G CUOMO(1), C DIAZ(1), M STEINHAUS(1), P BOSCHINI(1)
(1) Oncologico Angel Roffo.

Introducción: Los fenómenos vasomotores renales que se presentan en un riñón influenciado por fenómeno obstructivo en riñón contralateral pueden condicionar el desarrollo de fracaso renal en pacientes posquirurgicos con factores de riesgo predisponentes.

Caso clínico: Paciente masculino de 41 años con antecedente de tumor retroperitoneal que afecta cavidad abdominopelviana desplazando estructuras hacia la derecha, causando efecto de masa y desplazamiento de estructuras con atrofia renal izquierda, en quien se realiza exeresis de tumor y nefrectomía izquierda; en posoperatorio inmediato evoluciona con insuficiencia renal aguda anurica con parámetros de repuesta a volumen negativos, descartando causas frecuentes de obstrucción post renal (con catéter doble Jota izquierdo normo insertado); sin embargo se evidencia por EcoDoppler renal con aumento significativo del índice de resistencia arterial (índice de resistencia = 1), demostrando la existencia de lesión de la microvasculatura renal. Se realiza tratamiento dialítico de urgencia por hiperkalemia sintomática, recuperando ritmo diurético en menos de 24hs de iniciada la diálisis, y posterior descenso de niveles de creatinina e índice de resistencias arteriales renales < 0.7.

Discusión: El paciente evoluciona en su posoperatorio inmediato de nefrectomía izquierda a insuficiencia renal AKI III con aumento de las resistencias arteriales renales y requerimiento de hemodiálisis, se consideró cuadro secundario a proceso vasomotor e inflamatorio que afecto al riñón contralateral previamente sano, lo que constituye presentación poco habitual de esta entidad, teniendo en cuenta y descartando diagnósticos diferenciales causales de IRA en posoperatorio inmediato como obstructivos, hipoperfusivos e infecciosos.

Conclusión: Teniendo en cuenta que los riñones funcionan como unidad funcional y no como órganos independientes, la lesión de uno de ellos genera una cadena inflamatoria y fenómenos vasomotores intraparenquimatosos que afectan toda la unidad funcional renal alterando las resistencias arteriales.



0152 EXTREME DELTA BRUSH: PATRÓN ICTAL EN PACIENTES CON ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR ANTI-N- METYL-D-ASPARTATO

F CABAÑUZ(1), F RODRIGUEZ LUCCI(1), A HLAVNIKA(1), N WAINSZTEIN(1)
(1) Fleni.

Introducción: La encefalitis anti-N- metyl-D-aspartato receptor (anti-NMDA) es un síndrome con manifestaciones neuropsiquiátricas, convulsiones, alteración del estado de conciencia.

En la fase aguda puede observarse un patrón electroencefalográfico denominado del inglés, extreme delta brush (EDB), caracterizado por ritmo delta generalizado superpuesto con ritmo beta de alta frecuencia.

Se reporta un caso de status epilepticus, confirmado por monitoreo electroencefalográfico continuo con patrón de EDB como expresión cuasipatognomónica de encefalitis anti receptor NMDA.

Objetivo: Reportar un patrón electroencefalográfico inusual que hace sospechar encefalitis antiNMDA.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed de artículos escritos en inglés publicados hasta abril 2018. Palabras clave: N-methyl-D-aspartate receptor (NMDA receptor), electroencefalogram, VEEG, extreme delta brush, delta brush pattern, autoimmune encephalitis, anti-NMDAR encephalitis.

Caso clínico: Paciente de 27 años de edad presentó desorientación temporoespacial, seguido de trastorno de la memoria episódica, alucinaciones visuales y movimientos clónicos de músculos faciales. Se interpretó el cuadro clínico como encefalitis, siendo las serologías virales negativas.

El monitoreo electroencefalográfico evidenció status epilepticus con patrón de EDB, por lo que inicio tratamiento con meprednisona, seguido de plasmaferesis y gammaglobulina por estatus epiléptico suprarrefractario. Por sospecha de encefalitis antiNMDA, se realizó dosaje de anti cuerpo anti NMDA, siendo positivo en LCR. Se encontró masa anexial compatible con teratoma. Anatomía patológica: teratoma grado I.

Resultados: La evidencia actual disponible reporta patrones electroencefalograficos alterados (ondas polimórficas focales o difusas) en las encefalitis. Sin embargo, las asociadas a Ac antiNMDA podrían tener un patrón característico de electroencefalograma denominado EDB el cual se reporta una incidencia que no supera el 30%. Se ha reportado que el patrón de EDB se asocia a peor pronóstico e internación más prolongada. La sospecha electroencefalografica de nuestro caso fue confirmada por Anticuerpos anti NMDA positivos.

Conclusiones: El monitoreo electroencefalografico continuo es una herramienta útil en el diagnóstico precoz de encefalitis por anti NMDA, siendo un estudio de bajo costo y con evaluación en tiempo real. Si bien la especificidad de EDB en encefalitis por anti NMDA no es concluyente, su presencia en un contexto clínico adecuado, podría generar fuerte sospecha del diagnóstico.

0153 GUILLAIN BARRE, PRELUDIO DE PATOLOGIA LUPICA. REPORTE DE UN CASO

CA VILLANUEVA CARVAJAL(1), S PATZI(1), P CARDOZO(1)
(1) Hospital Federico Abete.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno inflamatorio autoinmune multiorgánico que presenta un amplio espectro de anomalías clínicas e inmunológicas del tejido conectivo. Una de ellas, la polineuropatía relacionada con el lupus. Nosotros describimos un raro caso de LES con presentación clínica para Síndrome Guillain Barré (SGB), teniendo una incidencia de 0.1%.

Caso clínico: Paciente de 24 años con antecedentes de anemia, cefalea y cervicalgia. Clínica de una semana de evolución con cefalea exacerbada, fiebre, paresia e hipoestésias en miembros inferiores. Al ingreso, LCR con disociación albumino-citológica, RMN de cerebro y columna dorsolumbar negativos, electromiograma informa Neuropatía Periférica Axonal compatible con SGB. Inicia tratamiento con plasmáferesis, con evolución tórpida, febril, ptosis palpebral, anisoria, diplopía, desviación de comisura labial, hiperreflexia rotuliana, e hiperestesia en miembros inferiores con anestesia plantar, sin control de esfínter vesical. En estudios subsiguientes, anticuerpos Anti-RO, Anti-P y ANA positivos nos inclinaron hacia LES iniciando tratamiento con pulsos de Metilprednisolona y posteriormente Ciclofosfamida a dosis bajas, presentando mejoría de síntomas neurológicos.

Discusión: LES es un trastorno de desregulación inmune que involucra a cualquier órgano con un amplio espectro de presentación clínica, teniendo un difícil diagnóstico cuando se presentan manifestaciones neurológicas centrales, periféricas o autonómicas. La ocurrencia simultánea del SGB y LES puede ser explicado por un disparador etiológico poco común, considerándose una complicación potencialmente fatal, siendo importante descartar los desencadenantes infecciosos, metabólicos, farmacológicos, o de inmunización. Es por lo tanto, imperioso el diagnóstico de manera oportuna con pruebas de laboratorio serológicas, para la instauración del tratamiento dirigido.

0154 RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR COCAÍNA, A PROPÓSITO DE UN CASO

M FUENTE(1), E MATIJACEVICH(1), M MARINO(1), G EZCURRA(1), D VILLANI(1), L LEIT(1), R RODRIGUEZ(1)
(1) Higa San Jose.

Introducción: La rabdomiólisis es un síndrome clínico potencialmente grave, que resulta de la necrosis de las fibras musculares con la fuga de los componentes intracelulares al extracelular, pudiendo llevar a varias fallas orgánicas. Esta patología tiene diversas etiologías, entre ellas ha sido descrito el consumo de cocaína.

La intoxicación por cocaína produce síntomas neurológicos, cardiovasculares, psiquiátricos, nefrológicos, pulmonares, musculares y gastrointestinales, mediante toxicidad directa e isquemia por vasoconstricción.

En un estudio se observa un 30% de las rabdomiólisis se dan por consumo de cocaína, presentando predominio masculino, jóvenes entre 25 y 34 años, asociando comúnmente impotencia funcional de miembros, mialgias y orina de color oscura.

Caso clínico: Paciente masculino de 23 años de edad, consumidor frecuente de drogas ilícitas, sin más antecedentes de jerarquía, ingresa por cuadro de excitación psicomotriz, acompañado de taquicardia, hipertensión, y fiebre, secundario a intoxicación por cocaína. Luego del tratamiento inicial, evoluciona con deterioro del sensorio, con necesidad de asistencia mecánica respiratoria, requerimiento de drogas vasoactivas. Presenta aumento progresivo de CPK acompañada de valores de laboratorio compatibles con injuria renal aguda leve. Se interpreta el cuadro como rabdomiólisis grave. Se solicitan tóxicos en orina siendo positivo para cocaína. Intercurre con neumonía broncoaspirativa y distres respiratorio secundario, ocasionando el fallecimiento luego de 7 días.

Discusión: Es un caso con clínica atípica de rabdomiólisis, siendo el diagnóstico bioquímico. Por lo antedicho, surge la necesidad de definir una terapéutica adecuada. Se debe instaurar un tratamiento dirigido a mantener el equilibrio hidroelectrolítico para evitar el desarrollo de complicaciones mayores como CID e injuria renal aguda.

Conclusión: La rabdomiólisis es una patología grave, potencialmente mortal que puede presentarse sin la tríada clínica característica. La alta sospecha y su seguimiento estricto podría evitar complicaciones mayores.

0155 GASTROPARESIA SECUNDARIA A DEXMEDETOMIDINA. ¿ES UN EFECTO ADVERSO EN EL PACIENTE CRÍTICO? A PROPÓSITO DE 3 CASOS

KC SOLANO RODELO(1), JD POLANCO(2), J MARIN(2), CA VELASQUEZ(2), S ARCIER(2), JL VASTA(2), F LIPOVESTKY(2)
(1) Hospital Universitario De La Uai. (2) Uai.

Introducción: La dexmedetomidina es un agonista selectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tanto a nivel periférico como en el cerebro y la médula espinal. Produce un efecto sedante y ansiolítico mediante la estimulación presináptica de los receptores alfa 2-adrenérgicos a nivel del locus coeruleus. Un efecto indeseable, descrito solo en estudios experimentales y en voluntarios sanos, es la aparición de gastroparesia aguda. Se presentan 3 casos en que la aparición de gastroparesia tiene relación exclusiva con el uso de dexmedetomidina. Se desconoce la frecuencia de aparición de este efecto adverso en el paciente crítico.

Caso Clínico: Caso 1: Mujer de 59 años internación por EPOC exacerbado con requerimientos de ARM, intercorre con delirium y weaning dificultoso, se indica dexmedetomidina a una dosis de 0.4 mcg/kg/h, presenta a las 72 hs vómitos e intolerancia digestiva. Se descartan causas típicas de gastroparesia. Caso 2: Varón de 55 años en postoperatorio de extracción de angioma cavernoso, en ARM por delirium se indica dexmedetomidina 0.4 mcg/kg/h. A las 24 hs presenta distensión abdominal, RG+ >500 ml y vómitos. Se descartan causas de gastroparesia. Caso 3: Varón de 73 años internación por neumonía obstructiva por tumor de pulmón. Estando en ARM y por delirium, se indica dexmedetomidina a 0.4 mcg/kg/h. Presenta a las 24 hs distensión abdominal y vómitos.

Discusión: En nuestra serie de casos, llama la atención la aparición de gastroparesia en contexto de recibir dexmedetomidina. Todos los pacientes mejoran al suspender la droga, habiéndose descartado otras causas de gastroparesia. Hay estudios que sugieren que la dexmedetomidina inhibe vaciado gástrico y tránsito gastrointestinal en ratas, recientemente se describió este efecto en voluntarios sanos. La dosis de dexmedetomidina utilizada en estos estudios es similar a la recomendada en los pacientes críticos (0.2-0.7 mcg/kg/h) para la sedación de la UCI. Cuando se da en dosis más bajas, la dexmedetomidina también podría inhibir el vaciamiento gástrico.

Conclusiones: Si bien el efecto indeseable del fármaco aquí referido (gastroparesia) ha sido descrito en voluntarios sanos, en nuestra serie de casos aparece por primera vez en pacientes críticos, no referido hasta ahora en la literatura mundial. Proponemos a partir de nuestra observación se reporten aquellos casos en que dicho efecto adverso aparezca en esta población, descartadas otras causas frecuentes de gastroparesia.

0156 SÍNDROME DE AUSTRIAN, SIN BACTERIEMIA DOCUMENTADA. REPORTE DE UN CASO

M ESPITIA(1), F SALVANESCHI(1), MA TORRES(1), A ELINGER(1), A PESTANA(1), A HERÉNU(1)
(1) Sanatorio Sagrado Corazon.

Introducción: El síndrome de Austrian se caracteriza por la tríada de neumonía, endocarditis y meningitis neumocócica, el nombre se debe al Dr. Robert Austrian. Antes del descubrimiento de la penicilina, el neumococo era una de las causas más comunes de endocarditis,

actualmente representa menos del 1% con una mortalidad elevada. La enfermedad neumocócica se definió como una infección confirmada por aislamiento de *Streptococcus pneumoniae* de un sitio estéril (sangre, líquido cefalorraquídeo). *S. pneumoniae*, es una causa importante y conocida de bacteriemia en pacientes inmunocompetentes como inmunosuprimidos.

Caso clínico: Femenina de 52 años de edad con antecedentes de HTA y asma, consulta por alteración del comportamiento. Al ingreso se realiza TAC de encéfalo sin alteraciones y líquido cefalorraquídeo con látex positivo para neumococo y físico-químico compatible con infección de origen bacteriano. Inició tratamiento con ceftriaxona y vancomicina.

Evolucionó con shock séptico secundario a meningitis neumocócica con requerimiento de ventilación mecánica y monitoreo hemodinámico invasiva con catéter de Swan Ganz, presentando patrón distributivo y cardiogénico. Al examen físico se ausculta soplo mesosistólico e hipoventilación bibasal. Se le realiza TAC de tórax que evidenció infiltrados bilateral a predominio izquierdo con derrame pleural. Ecocardiograma transesofágico con destrucción franca de la válvula aórtica con reflujo severo, mitral degenerativa e incompetente y presencia de absceso en raíz aórtica. Se realiza reemplazo valvular aórtico.

Discusión: El síndrome de Austrian es una entidad poco frecuente con alta morbimortalidad por daño valvular. Las publicaciones hacen referencia a reporte de casos clínicos aislados.

Se presenta este caso por tratarse de una enfermedad aguda, agresiva y de baja incidencia causada por *Streptococcus pneumoniae*, con compromiso respiratorio, neurológico y cardíaco.

La afectación endocárdica es habitualmente sobre válvula nativa, reportándose en la bibliografía una incidencia mayor en topografía aórtica. A pesar del tratamiento antibiótico adecuado, la mayoría de los pacientes que cursan con síndrome de Austrian requieren cirugías correctivas.

Bibliografía:

1. Grandsden WR, Eykyn SJ, Phillips I. Bacteriemia neumocócica: 325 episodios diagnosticados en el Hospital St Thomas. Br Med J (Clin Res Ed) 1985; 290: 505.
2. Aronin SI, Mukherjee SK, West JC, Cooney EL. Revisión de la endocarditis neumocócica en adultos en la era de la penicilina. Clin Infect Dis 1998; 26: 165.



0158 EFECTOS DEL POSICIONAMIENTO EN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO.

AC PAPAIZIAN(1), NG ESCALIER(1), MV SAIÑO(1), KB TORRES(1), MB SPATH(1), J LEBUS(1), L TRUNZO(1), R BORRACCI(1)
(1) Clínica La Sagrada Familia.

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda es la disfunción no neurológica más común en la injuria cerebral aguda. La severidad de la falla respiratoria puede agravar el daño cerebral isquémico empeorando el pronóstico neurológico, aumentando la estancia hospitalaria y mortalidad. La ventilación en posicionamiento prono es una estrategia raramente implementada en este subgrupo de pacientes por los posibles efectos deletéreos sobre la presión intracraneana (PIC) y la presión de perfusión cerebral (PPC).

Objetivo: Observar el comportamiento de PIC, tensión arterial media (TAM) y PPC durante la maniobra de posicionamiento prono en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) y síndrome de

distrés respiratorio agudo (SDRA). Secundariamente, analizar las variaciones en la oxigenación y en la compliance del sistema respiratorio (Csr).

Materiales y Método: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, con diagnóstico de HSA aneurismática, con asistencia ventilatoria mecánica ≥ 24 hs. y monitorización de la PIC, que intercurrieron con SDRA, presentando $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150$ mmHg, con presión de fin de espiración ≥ 5 cmH₂O y $\text{FiO}_2 \geq 0.6$, y que requirieron de posicionamiento prono.

Resultados: Se analizaron los datos de seis pacientes, 83% de sexo femenino, mediana de edad de 69 años (min-máx 61-79) y mediana de tiempo en posición prona de 23 horas (P25-75% 20,5-24). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la PIC entre posición supina y prona (10 p25-75% 7-16 vs. 20 p25-75% 18-21 p=0,014) sin observarse diferencias en TAM y PPC. La $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ no mostró diferencias estadísticamente significativas entre posición supina y posición prona, sin embargo, presentó una variación del 69,4 % con una diferencia de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ de 75 mmHg.

Conclusión: El posicionamiento prono en estos pacientes con HSA y SDRA, mostró un incremento significativo de la PIC, sin variaciones de TAM y de PPC. En la vuelta a supino se observó una disminución significativa de la TAM y de la PIC, ésta última regresando a valores basales. La oxigenación incrementó un 69,4% durante la pronación y en la vuelta a supino disminuyó 23,5%. Por otra parte, la compliance del sistema respiratorio no mostró diferencias en ninguno de los decúbitos.

0159 STATUS SUPERREFRACTARIO EN ENCEFALITIS AUTOINMUNE

M VILLEGAS(1), K ESTRADA(1), S MARCA(1), I ROMERO(1), D MAGOSEVICH(1), E LUNA(1)
(1) Sanatorio Guemes.

Introducción: La encefalitis aguda es un trastorno neurológico debilitante que se desarrolla como una encefalopatía rápidamente progresiva causada por la inflamación cerebral. Debido a que las causas más frecuentemente reconocidas son las infecciosas, sin embargo, en los últimos 10 años se ha comprobado el aumento de casos no infecciosos; la mayoría son de etiología autoinmune.

Caso clínico: Paciente varón de 17 años de edad sin antecedentes patológicos, ingresa por cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por extenuación psicomotriz, distimia y labilidad emocional, sin fiebre u otros síntomas. Se realizó tomografía y resonancia magnética de cerebro sin hallazgos significativos, punción lumbar con hiperproteínorraquia. Ante la sospecha de encefalitis viral inició tratamiento con aciclovir y ceftriaxona en forma empírica, solicitándose determinaciones virales y anticuerpos en LCR. Evolucionó con convulsiones tónica-clónicas generalizadas, con evidencia de actividad epileptiforme en EEG, por lo que se indicó tratamiento anticonvulsivo y por deterioro del sensorio ingresa a la unidad de cuidados intensivos, requiriendo intubación orotraqueal y conexión a asistencia ventilatoria mecánica. Con sospecha de status epiléptico secundario a encefalitis autoinmune, se realizó pulsos de metilprednisona, 7 sesiones de plasmaféresis y ciclofosfamida. Persistió con evidencias electroencefalográficas de status epiléptico a pesar del tratamiento con fenitoína, levetiracetam, ácido valproico, lacosamida, midazolam, tiopental, ketamina y dieta cetogénica. Se detectaron anticuerpos anti-NMDA positivos.

Luego de un mes de internación en la unidad, el paciente evoluciona con shock séptico a foco abdominal y fallece a causa del mismo.

Comentario: La encefalitis por Ac. anti NMDAr es una enfermedad que se produce cuando los anticuerpos producidos por el mismo sistema inmunológico atacan a los receptores NMDA que se encuentran en la mayoría en el cerebro.

Existen criterios para la Encefalitis Autoinmune que son demasiado dependientes de los análisis de anticuerpos y de la respuesta a la inmunoterapia. Por otra parte, la ausencia de autoanticuerpos no excluye la posibilidad de que un trastorno esté mediado por la in-

munidad, y una prueba positiva no siempre implica un diagnóstico preciso.

0160 TRASTORNOS DEGLUTORIOS Y LESIONES LARÍNGEAS POST-EXTUBACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA POR FIBROENDOSCOPIA

M LUGARO(1), S JIMENEZ(1), V LAURIA(1), L BENITO MORI(1), P SCHOON(1)

(1) Higa Dr. Luis Güemes.

Introducción: La disfagia luego de la Ventilación Mecánica Invasiva (VM) es frecuente en Cuidados Intensivos (UCI). La Fibroscópica evaluatoria de la deglución (FEES) es una técnica útil para el estudio de la deglución y factible al pie de la cama.

Objetivo: Determinar la prevalencia de disfagia y la evaluación de lesiones laringeas post extubación mediante FEES.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectiva, no consecutivo y comparativo. Los pacientes post extubación fueron evaluados por FEES. El período Marzo 2015 a Diciembre 2017. Criterios de inclusión: VM \geq 48hs y post extubación \geq 24hs. Criterios de exclusión: Delirio al momento del estudio, embarazadas, limitación de esfuerzos terapéuticos, contraindicación del ingreso de fibroscopio a través de la nariz.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, tabla 1. La prevalencia de los trastornos deglutorios (TD) en pacientes extubados fue del 65% (IC 95% 50-80). En tabla 2 se muestran las diferencias significativas entre los pacientes con y sin TD: presencia de shock, tolerancia al estudio en posición de 90° vs 60°, la anormalidad en la escala de Langmore (Retención de saliva en laringe) y el movimiento anormal de las cuerdas vocales. Sin eventos adversos significativos. Las alteraciones anatómicas en 33/40 pacientes (82%), siendo la presencia de edema la más frecuente (97% de las lesiones), seguido de las úlceras y el eritema. Las lesiones no se asociaron a TD.

Conclusión: Los TD y las lesiones laringeas evaluadas por FEES son frecuentes. Es factible y seguro realizar FEES en la cabecera del paciente en UCI. Creemos que la realización de FEES permite iniciar rehabilitación precoz e indicar la ruta adecuada de la nutrición.

Tabla 1	Total de pacientes (N° 40)
Admisión de causa No-Neurológicos	24
Admisión de causa Neurológicos	16
Edad años (mediana y rangos)	51 (16-88)
Sexo masculino (n)	29 (58%)
Estadía en UCI días (meidia SD)	14 \pm 10
APACHE II (meidia SD)	19 \pm 7,4
Comorbilidades	
Cardiológico	15
Respiratorio	7
Neurológico	5
Neoplásico	2
Abdominales	4
DBT	7
Ventilación Mecánica (mediana y Rangos)	7 (2-20)
Shock	19
IOT de Urgencia	31
Necesidad de nueva IOT	10
Parada Cardíaca	5
Infección Nosocomial	21

Delirio	16
Score Glasgow	12 (3-15)
Uso de Drogas	
Sedantes	28
Relajantes Musculares	8
Corticoides	13

Tabla 2	Sin Trastorno deglutorio (14)	Con Trastorno deglutorio (26)	p
Shock	2	17	0,002
Horas post Extubación (mediana y Rangos)	60 (24-144)	39 (24-168)	0,171
Estudio realizado sentado a 90°	12	14	0,044
Alteración Anatómica	10	23	0,176
Landmore anormal	8	24	0,001
Movimiento de Cuerdas Vocales anormal	2	18	0,001
Reflejo Tusígeno conservado	14	24	0,287
Duración del procedimiento en minutos (Mediana y Rangos)	13,5 (10-20)	11 (6-20)	0,424

0161 ABORDAJE KINÉSICO DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL. ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO

G GARAU(1), M MARTINEZ(1), A LOJO(1), G ROSATI(1), C REYES ARMUA(1), V AQUINO(1), M REHWALD(1), H MONZON SOLE(1), F REBORATTI(1)

(1) Jose Ramon Vidal.

Introducción: La parálisis diafragmática unilateral puede ser idiopática o secundaria a múltiples causas, de las cuales la más común es un tumor con afectación del nervio frénico o el traumatismo quirúrgico, aunque también se ha descrito por iatrogenia postpunción de vía venosa central.

El síntoma característico de la parálisis diafragmática es la disnea de esfuerzo y/o en decúbito supino, excepcionalmente cursa con dolor.

Caso clínico: Paciente de 19 años de edad que ingresa con diagnóstico de asma casi fatal, que requirió ventilación mecánica por 48 hs, que saliendo de los efectos de la sedación presento excitación psicomotriz, evolucionando luego de 12 hs con hiperalgesia de hombro derecho, anestesia de antebrazo y disminución del arco de movimiento con limitación dolorosa y debilidad muscular a la flexión y abducción de brazo.

Se efectúan exámenes complementarios como radiografía simple de tórax, evidenciándose una elevación diafragmática unilateral, por lo que se realiza una radioscopía, constatando la parálisis del hemidiafragma derecho.

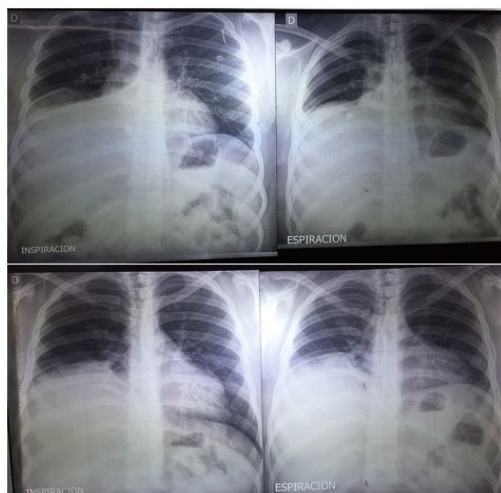
El tratamiento kinésico aplicado, se enfocó en dos direcciones: por un lado, el tratamiento de los escalenos y miembro superior derecho y por otra parte procurar la re inervación del nervio frénico, para lo cual se utilizó tratamiento medicamentoso complejo vitamínico B, corticoides, y en cuanto a la parte kinésica se recurrió a la termoterapia, masoterapia, magnetoterapia y electroterapia en conjunto con elongaciones.

Discusión: La lesión del nervio frénico da lugar a parálisis, paresia diafragmática o eventración del mismo con movimientos paradójicos.

cos durante la respiración, siendo una entidad infradiagnóstica y en muchos casos aparece como hallazgo casual en una radiografía torácica realizada por otros motivos.

Generalmente tiene escasa repercusión clínica permaneciendo los pacientes asintomáticos, aunque en algunos enfermos se observa disnea de esfuerzo progresiva y en ocasiones invalidante.

Conclusión: A pesar del corto y discontinuado tiempo de tratamiento, se observó mejoría en la semiología respiratoria, en la comparación radiológica, como así también en el tono, fuerza y sensibilidad del miembro superior derecho, no siendo posible una completa rehabilitación, ya que el paciente abandono el tratamiento.



0162 SHOCK HIPOVOLEMICO POR SCHWANNOMA ABDOMINAL, RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE URGENCIA
A FLORES SEMPTEGUI(1), MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), FE ZECHNER(1)
(1) Sanatorio Profesor Itoiz.

Introducción: El schwannoma también conocido como neurilenoma es un tumor típicamente benigno, que se origina de las células de schwann. Los schwannomas del tracto gastrointestinal son poco frecuentes constituyendo el 2-6 % de todos los tumores mesenqui-

males, habitualmente aparecen en estomago o intestino delgado y en menos frecuencia en colon.

Caso: Paciente femenina de 26 años de edad, derivada de Clínica privada con antecedentes de anemia crónica, hemorragia digestiva alta desde el 04-02-18 que requirió transfusiones de hemoderivados, con videoendoscopia alta normal. Ingres a Servicio de Terapia Intensiva con proctorragia y melena, hemodinámicamente inestable, requiere transfusiones de hemoderivados y reanimación con cristaloides.

De urgencia se realiza Videocolonoscopia observando hematoquezia no se evidencia sitio de sangrado, Videoendoscopia digestiva alta evidenciando a nivel de la cuarta porción duodenal lesión subepitelial, con ulceraciones en su superficie. Ante la sospecha diagnóstica se solicita AngioTC Abdomen y Pelvis, donde se observa liquido libre subhepatico e interasas, formación heterogenea de 12x5 cm de diámetro con componentes sólidos y quísticos en mesenterio, a la izquierda de la línea media. El componente solido presenta intensa tinción con contraste endovenoso en fase arterial. Es intervenida quirúrgicamente de urgencia, realizando resección de tumor de intestino delgado a 15 cm de angulo de Treitz, con enteroenteroanastomosis. Evoluciona estable. A las 48 hrs inicia dieta líquida con progresión a dieta blanda, evoluciona favorablemente. Informe Histopatológico (intestino delgado yeyuno) Neoplasia de estirpe neural tipo Schwannoma. Inmunohistoquímica: Anticuerpo monoclonal Anti Vimentina positivo, Anti proteína S 100 positivo.

Discusión: El Schwannoma intestinal es raro, la localización más frecuente es en ciego, sigma y transverso, colon descendente y recto, en nuestro caso es de localización infrecuente, en intestino delgado. Son neoplasias benignas con síntomas variados. Las opciones de tratamiento son quirúrgicas y presentan baja malignidad y buen pronóstico. En nuestro caso presento hemorragia digestiva severa que requirió resección quirúrgica y buena evolución

Conclusión: El Schwannoma abdominal localizado en intestino delgado es infrecuente y de características benignas, en el caso de nuestro paciente fue potencialmente grave ya que presento hemorragia digestiva severa como síntoma atípico de dicha entidad y requirió de tratamiento quirúrgico de urgencia.

0163 NEUMONITIS AGUDA LÚPICA. OTRA FORMA DE SDRA
RA MARTÍNEZ OVEID(1), DB ROMINA(1), F SEBASTIAN(1), R MARIANO(1), T LIONEL(1)
(1) Rosendo García.

Introducción: La neumonitis aguda por lupus eritematoso sistémico es una forma de S.D.R.A y es una manifestación infrecuente (1 a 12%) de esta enfermedad y representa para el médico de cuidados intensivos, un desafío clínico en su diagnóstico y tratamiento precoz.

Se comunica un caso de S.D.R.A secundario a Neumonitis Lúpica, debido a que es una entidad que requiere su reconocimiento precoz para mejorar su pronóstico.

Caso clínico: Mujer, de 49 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial esencial y LES de 10 años de evolución que recibió tratamiento con Belimumab hace 2 años y actualmente en tratamiento con hidroxiclороquina.

Consulta por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por mialgias, artritis de tobillo derecho. Luego agrega tos persistente no productiva, rinorrea, fiebre, disnea progresiva y dolor en putada de costado por lo cual consulta al servicio de emergencias.

Al examen físico presentaba taquipnea, taquipnea, hipertensión arterial, fiebre y saturación de 86% a aire ambiente.

Eritema malar, rales crepitantes bilaterales basales y semiología de artritis en tobillo derecho y poliartralgias.

Rx Tórax: infiltrados difusos de tipo intersticiales en ambos campos pulmonares a predominio bibasal.

Laboratorio: Linfocitopenia. Procalcitonina menor de 0,5 ng/dl. , función renal normal, FAN 1/320, Ac. DNA no reactivo y complemento normal.

Inicia tratamiento antimicrobiano de amplio espectro y prednisona 1mg/Kg de peso.

Al segundo día de internación se vincula a asistencia ventilatoria mecánica por evolución a SDRA grave.

Al tercer día de tratamiento antibiótico empírico con cultivos negativos y con evolución gasométrica y radiológica desfavorable inicia tratamiento con por metilprednisolona 1 gramo/día por 3 días endovenoso.

Evidencio al tercer día mejoría clínica y de la PAFI logrando la desvinculación de ARM en el día de 10 de internación con resolución radiológica del cuadro.

Discusión: La neumonitis lúpica es una complicación grave e infrecuente del LES. Este cuadro debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de SDRA en pacientes lupicos.

La evaluación de la actividad de la enfermedad, los reactantes de fase aguda, los biomarcadores y el juicio clínico permiten establecer el diagnóstico diferencial entre infección respiratoria y neumonitis lúpica.

Conclusión: En pacientes lupicos con SDRA, la neumonitis lúpica representa un desafío diagnóstico y terapéutico.

0164 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO PRODUCIDO POR EL SINDROME DE DIFERENCIACION CELULAR POR ACIDO TRANSRETINOICO EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA

F SEBASTIAN(1), DB ROMINA(1), RA MARTINEZ OVEID(1), O JERONIMO(1), M RAMIREZ(1), L TALAMONTI(1)
(1) Rosendo García.

Introducción: El SDRA secundario al síndrome de diferenciación celular es una complicación grave del tratamiento con ácido transretinoico en la leucemia promielocítica aguda. Su incidencia es del 5-25% con una mortalidad del 30%.

Presentación de caso: Paciente de sexo masculino de 24 años de edad sin antecedentes de jerarquía con diagnóstico reciente de leucemia promielocítica aguda que inició tratamiento con ácido transretinoico en dosis de 45 mg/m²/día VO.

A las 48 horas, presenta SDRA leve con hipoxemia, infiltrados pulmonares radiológicos bilaterales en los cuatro cuadrantes y fiebre. Se descartó insuficiencia cardíaca. Comenzó tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro y se suspendió el ácido transretinoico. Además, se realizaron transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas, se indicó ácido tranexámico por criterios bioquímicos de CID, y dexametasona 8 mg ev cada 8 horas. Se administró O₂ permanente por máscara sin necesidad de ARM. Evoluciona con mejoría progresiva del intercambio gaseoso y resolución de infiltrados radiológicos bilaterales, pasando a sala general al quinto día.

Discusión: El síndrome de diferenciación celular es una complicación grave y potencialmente fatal del uso del ácido transretinoico en la leucemia promielocítica aguda. Habitualmente aparece a los pocos días de iniciado el tratamiento y su incidencia es del 5 a 20%, con una mortalidad que puede llegar al 30%. Es un síndrome cardiorrespiratorio caracterizado por fiebre, aumento de peso, disnea, infiltrados pulmonares, insuficiencia renal, derrame pleural, derrame pericárdico. Los factores de riesgo para el desarrollo del síndrome no fueron todavía completamente definidos, sin embargo, los pacientes con leucocitos de inicio superior a 50.000/mm³ como en este caso, deben ser objeto de una supervisión estricta. El tratamiento propuesto se basa en la suspensión del ácido transretinoico, medidas de sostén, y esteroides.

Conclusión: El SDRA debe considerarse como complicación potencialmente grave en pacientes oncohematológicos que reciben tratamiento con ácido transretinoico.

0165 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES CON TEC GRAVE EN EL HOSPITAL DE AGUDOS IGNACIO PIROVANO

DN GAUNA(1), A FELDMAN(1), S GONZALEZ(1), B SAVATANANO(1)
(1) Pirovano.

Introducción: La craniectomía descompresiva (CD) se indica en el tratamiento de Hipertensión Endocraneana (HTE) refractaria secundaria a Traumatismo encefalocraneano (TEC) grave. Objetivo: Conocer el efecto terapéutico de la CD con TEC grave.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron pacientes ingresados a UTI con politraumatismo y TEC grave que requirieron monitoreo de PIC. Las variables registradas fueron edad, sexo, días de ARM, Apache II, estadía, PPC, Glasgow de Outcome y mortalidad. Los datos se expresaron como media, DS, mediana, Rl, y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 3 pacientes con TEC grave que requirieron CD. La edad de 28 (18-44). El 66,6% fueron hombres. El Apache II fue de 14 con un riesgo de mortalidad de 15%, el ISS 27(21-33). El Glasgow de ingreso 4/15, 6/15 y 14/15 respectivamente, los tres evolucionaron con HTE (< 37 mmHg) refractaria al ingreso por lo cual requirieron CD fronto-parieto-occipital amplia unilateral en dos pacientes y bilateral en uno de ellos. La CD se realizó en las primeras 4 hs. La PPC > 70 mmHg. Requirieron intubación orotraqueal y conexión a ARM. El promedio de días de ARM 11. Evolucionaron hemodinámicamente estable con requerimiento de drogas vasoactivas, RASS -5 y durante internación en UTI fueron extubados exitosamente, GOS de 5 en los tres casos. Estadía en UTI 18,3 días (17-20).

Conclusión: Existe controversia sobre los beneficios de la CD en pacientes HTE refractaria. Si bien la mortalidad del TEC grave que requiere CD es de 26% a 6 meses y de 30,4% a los doce meses según la bibliografía, en este grupo de pacientes con alto riesgo de mortalidad en nuestro medio, se observó evolución favorable con excelentes resultados.

0166 HIPERTENSIÓN PORTOPULMONAR Y TRASPLANTE HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

C LOCKHART(1), D GARCÍA GIRALDO(1), S VILLARROEL(1), S GIANNASI(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: Hipertensión portopulmonar (HTPP) es el aumento de la tensión arterial pulmonar (AP) secundaria a la hipertensión portal por hepatopatía crónica. El gold standard para el diagnóstico es el cateterismo cardíaco derecho (CCD). El trasplante hepático (TH) en pacientes con HTPP está asociado a alta mortalidad (70%), existiendo poco experiencia en el manejo del mismo.

Presentación del caso: Femenina de 38 años con cirrosis autoinmune CHILD C, MELD 21, ingresa en operativo de TH, vía de excepción por encefalopatía invalidante. Como monitoreo pre e intraoperatorio se coloca catéter Swan-Ganz que evidencia PMAP 55 mmHg, RVP (resistencias vasculares pulmonares) 410 dinas/s/cm, ETT con función sistólica ventricular derecha conservada. Se inicia tratamiento con milrinona y nitroglicerina con descenso de las presiones pulmonares, se decide continuar con la cirugía, requiriendo alto soporte vasopresor, infusión continua de nitroglicerina, milrinona y óxido nítrico (ON). Evoluciona en terapia intensiva con alto soporte vasopresor, debiéndose suspender el tratamiento con milrinona y nitroglicerina. Continúa tratamiento con ON. Evoluciona con PSP de 60 mmHg, con posterior mejoría de parámetros de oxigenación con persistencia de HTPP moderada, se

inicia sildenafil con mejoría progresiva de los parámetros hemodinámicos pulmonares y adecuada función ventricular derecha. Se logra suspender ON a las 72 horas, y se adiciona ambrisentan. ETT posterior con disminución significativa del PSAP, se logra progresar en el weaning sin complicaciones. Evoluciona favorablemente y se da alta institucional. se realiza ETT 4 meses post TH mostró una PDAP 11 mmHg con cavidades derechas y función ventricular conservadas.

Discusión: Se reporta caso de HTTP pretrasplante en el quirófano con screening ETT negativo previo. Existe poca experiencia a nivel mundial sobre TH en paciente con HTTP que hayan realizado tratamiento previo, para lograr una reducción de la PAMP menor a 35 mmHg, con función ventricular derecha conservada.

Conclusión: Por reporte de casos previos, junto con la experiencia del equipo de trasplante, se podría considerar el TH en pacientes con HTTP (con función del ventrículo derecho conservada) que hayan mostrado respuesta significativa al tratamiento. Se debe tener precaución con los pacientes seleccionados, optimizando PAMP, brindando tratamiento agresivo los casos moderados/severo.

0168 INTOXICACIÓN POR 3,4-METILENDIOXIMETANFETAMINA (MDMA / "ÉXTASIS") CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE CON ECMO: REPORTE DE UN CASO

I CARBONI BISSO(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La sustancia conocida como 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), coloquialmente llamada "éxtasis", es una droga perteneciente a la familia de las anfetaminas de síntesis. Su uso y difusión original está relacionado con las fiestas electrónicas y la cultura rave, con un crecimiento exponencial de su disponibilidad a partir de los años 90.

La intoxicación por MDMA cursa con hipertermia, hepatotoxicidad, agitación psicomotriz, injuria renal aguda, toxicidad cardiovascular, hiponatremia, síndrome serotoninérgico, coma y eventual muerte. No existe antídoto específico disponible a la fecha, por lo que el tratamiento es sintomático y de soporte vital.

Presentamos el caso de un paciente adulto que cursó con falla multiorgánica secundaria a intoxicación por MDMA con requerimiento de soporte vital con Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO).

Caso clínico: Paciente de 31 años, con antecedente de abuso de sustancias, ingresó por presentar alteración del estado mental con excitación psicomotriz, rigidez neuromuscular e inestabilidad autonómica. Acompañantes refirieron consumo de 3 comprimidos de éxtasis en las últimas 12 horas.

Al ingreso hemodinámicamente inestable con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, en shock refractario mixto (hipovolémico y cardiogénico) con altas dosis de vasopresores.

Evolucionó en el curso de las primeras 24 horas con falla multiorgánica, con plaquetopenia crítica, falla renal aguda con acidosis metabólica, falla cardíaca con deterioro severo de la función del ventrículo izquierdo, falla hepática fulminante, y síndrome de distress respiratorio agudo severo con hipoxemia refractaria a pesar de tratamiento óptimo. Examen toxicológico en orina positivo para amfetamina y MDMA. APACHE II de 35, SOFA 21 al ingreso.

Se decide conexión a soporte con veno-veno-arterial (fémoro-yugular) para soporte hemodinámico. Inicia terapia de reemplazo renal con buena tolerancia.

Evolucionó favorablemente. Cursó 74 días de internación en terapia intensiva. Se otorgó el alta luego de 104 días de internación total.

Conclusión: El uso de ECMO también se ha extendido en los últimos años, como medida de soporte tanto ventilatorio como hemodinámico, debiendo considerarse como alternativa en pacientes con intoxicación por abuso de drogas.

Este reporte de caso propone abrir a discusión sobre el reconocimiento del uso del ECMO como soporte en dichas situaciones.

0169 TRATAMIENTO MEDICO DE LA HIPERTENSION ENDOCRANEANA SEVERA SECUNDARIA A ACV HEMORRAGICO EN DEBUT LEUCEMICO

M PENAZZI(1), ME BAITAJI(1), EA MARI(1), P PACHECO(1), S LARDONE OLIVERA(1), G GALIANA(1), N LÓPEZ(1), J CORREA LLERENA(1), R ANDRADA(1)

(1) Hospital Del Niño De San Justo.

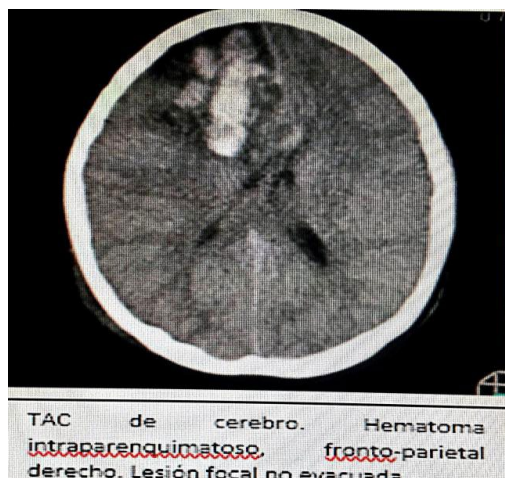
Introducción: La leucemia mieloide aguda (LMA) es poco frecuente en la infancia, al presentarse suele revestir mayor gravedad que las formas linfoides. Como complicación la hemorragia intracraneana fatal está relacionada con peor pronóstico; representando 5.2% de mortalidad. En este caso, presentamos una paciente femenina, con debut de Leucemia Promielocítica Aguda (LPA), que ingresa con Accidente Cerebrovascular Hemorrágico (ACVH), generando un debate interdisciplinario clínico – quirúrgico respecto del tratamiento del hematoma intraparenquimatoso y la consecuente hipertensión endocraneana.

Presentación del caso: Paciente de 12 años, previamente sana, que ingresa con palidez generalizada, ptequias sensorio alterante, bradicárdica e hipertensa con sangrado activo por cavidad bucal secundario a extracción dentaria 6 hs previas al ingreso. Por deterioro del sensorio, ingresó en asistencia respiratoria mecánica. TAC de encéfalo: hemorragia intraparenquimatoso con desviación de la línea media. Neurocirugía decidió adoptar conducta quirúrgica expectante dada la posibilidad de agregar morbilidad. Requirió múltiples transfusiones de hemoderivados. A las 48 hs de su ingreso se realizó PAMO y confirmándose el diagnóstico de LPA (M3), iniciando tratamiento con ácido trasretinoico. El hematoma intraparenquimatoso no progresó, resolviendo por completo. Por no contar con Servicio de Hematooncología, fue derivada a otro centro, donde evolucionó favorablemente (sin secuelas neurológicas).

Discusión: La LPA corresponde al subtipo M3 de las leucemias mieloide aguda. Desde el punto de vista clínico, los pacientes suelen presentarse al momento del diagnóstico con organomegalias, coagulopatía y trombocitopenia, que se asocian con hemorragias. El ACVH, puede ser una forma de presentación. Plantea un desafío terapéutico en su manejo neuroquirúrgico, considerando la morbilidad – mortalidad que conlleva. Otro pilar del tratamiento es el sostén clínico con las diversas herramientas que lo integran actualmente (hemoderivados, ácido tranexámico, FVIIr, etc.) que complementan los procedimientos invasivos, quedando a criterio del equipo médico decidir la mejor alternativa terapéutica a considerar, según cada paciente.

Conclusión: Considerando el diagnóstico de base, su complicación neurológica y la evolución favorable, se destaca la importancia de la adaptación prudente del manejo terapéutico neuroquirúrgico tradicional; por una conducta más conservadora para evitar un daño mayor y dirigir gran parte del esfuerzo en lograr un diagnóstico de base precoz y su tratamiento específico.

GB	880
Hb	4.5
Hto	13
Plaquetas	3000
TP	35%
KPTT	24 seg



0170 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA SECUNDARIA FIBROSIS PULMONAR POST-QUIMIOTERAPIA

F PERALTA MONTERO(1), MG JACOB(1), A CÀCERES(2), L BRIA(2), D NOVAES(2), N VERGOTTINI(2), H VILLACRES(2), D LOPEZ CAMPOS(2), Y GONZALEZ(2), C BOULAN(2), M TORRES BODEN(2), CB COZZANI(2), E BRAÑA(2), G CUETO(2)
(1) General Agudos Dr Cosme Argerich. (2) Agudos Dr Cosme Argerich.

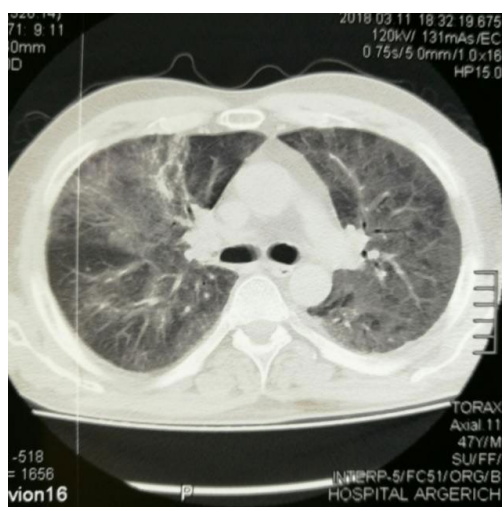
Introducción: El rituximab ha demostrado beneficios, sólo o combinado con otros citotóxicos, en el tratamiento de enfermedades hematológicas y autoinmunes. Aunque su perfil de seguridad es bueno, fueron comunicados efectos adversos raros como la enfermedad intersticial pulmonar.

Caso clínico: Paciente de 47 años con antecedentes de Linfoma No Hodgkin Difuso de Células Grandes Tipo B no centrogerminal, en tratamiento con RCHOP (rituximab, doxorubicina, vincristina, ciclofosfamida, prednisona), que luego del 4° ciclo, presenta disnea clase funcional IV de 72hs de evolución, fiebre, hipoxemia, desaturación y utilización de músculos accesorios.

Por insuficiencia ventilatoria pasa a UTI. Una radiografía mostró infiltrados en 4 cuadrantes. Una TC pulmonar evidenció patrón en mosaico difuso bilateral, extensas áreas en vidrio esmerilado, múltiples tractos lineales y disminución de volumen. Un ecocardiograma fue normal. Por sospechar NACS en neutropénico febril se inicia tratamiento con Imipenem, Claritromicina, TMS y Oseltamivir. Requiere soporte ventilatorio, primero no invasivo pero luego IOT y ARM. Evolucionó con shock, que se asume séptico a foco respiratorio, soportado con altas dosis de vasopresores. Se realizó BAL negativo. Una nueva TC reafirmó opacidades en vidrio esmerilado, algunas consolidativas, bilaterales. Se realiza biopsia pulmonar quirúrgica. Intercurre con NAV por pseudomona aeruginosa progresando a Distress severo. La patología mostró fibrosis rápidamente progresiva asociada a neumonía organizativa con bronquiolitis obliterante e inmunohistoquímica negativa para CMV. Se inician pulsos de metilprednisolona durante 3 días. Evolucionó sin respuesta, con mayor hipoxemia y óbito.

Discusión: Por sospechar de neumonía bilateral, progresión de enfermedad de base o reacción adversa a quimioterápicos, se decidió la biopsia. Su informe, junto al antecedente del tratamiento oncológico, habiéndose descartado infección y linfoma, apoyó el de fibrosis pulmonar subaguda asociada a rituximab, que debe considerarse en todo paciente que, habiéndolo recibido, desarrolle síntomas respiratorios o infiltrados radiográficos nuevos. Su incidencia es de 3.7%, pero su mortalidad del 18%

Conclusión: Esta fibrosis pulmonar, secundaria a rituximab, se manifestó luego del 4° ciclo con una latencia de 30 días. Los corticoides presentan elevada tasa de refractariedad.



0171 FLEXIBILIZACION DEL HORARIO DE ACOMPAÑAMIENTO EN UNIDADES DE CUIDADOS CRITICOS

DR CARRANZA(1), MA GARCIA(2), C FERREYRA(2), ML BUEMO(2), PN TABORDA(2), A QUINTEROS(2), JJ ORTEGA(2), JD FERNANDEZ(2), MP RUIZ(2), RS ROJAS(2), N BONETTO(2), S CARRIZO(2), JC CELIA(2)

(1) Regional Víctor Sanguinetti. (2) Hospital Regional Víctor Sanguinetti.

Introducción: Históricamente, la política de "visitas familiares" a los pacientes internados en Cuidados Críticos ha seguido un modelo restrictivo, actualmente se dispone de evidencia suficiente como para argumentar y promover un cambio de paradigma hacia un acompañamiento más flexible por parte del familiar, entendiendo al mismo como parte fundamental del cuidado integral del paciente críticamente enfermo.

Partiendo de esta premisa es que implementamos el presente trabajo, tratando de valorar las opiniones existentes entre los profesionales de nuestra unidad respecto de esta práctica.

Objetivos:

- Evaluar el conocimiento de los integrantes de nuestra unidad respecto del concepto de "UCI puertas abiertas"
- Conocer las opiniones de los integrantes de nuestra unidad respecto de los potenciales beneficios de la flexibilización del horario de acompañamiento.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte con encuesta de respuesta cerrada de opción múltiple. Inclusión: staff de unidad de Cuidados Críticos adultos, Hospital Regional Comodoro Rivadavia.

Resultados: Total de encuestados 36. 73% (n=27 OR1.5) conocen el concepto de UCI Puertas Abiertas, con leve predominancia proporcional entre los enfermeros. 63% (n=23), está de acuerdo con la flexibilización del horario de acompañamiento, refiriendo que la mejoría se vería en la contención del paciente (80% n=29), como aspecto negativo más destacado, el 47% (n=17) cree que esta práctica generaría un aumento de la demanda por parte de la familia.

Discusión: Los beneficios de una Unidad de Cuidados Críticos con horarios de acompañamiento flexibles son ampliamente conocidos y demostrados. Las controversias que demostramos en este estudio son las mismas que están descritas en la bibliografía consultada, sin embargo también vemos que el 76% (n=28), se adaptaría a una flexibilización del horario de acompañamiento, dado los potenciales beneficios.

Conclusión: La implementación de horarios extendidos es una realidad aplicable en el ámbito de nuestra unidad, dado que la mayoría de los profesionales afirma un potencial beneficio. Humanizar los cuidados críticos es posible.

0174 FLEGMASIA CERULEA DOLENS

A ELINGER(1), M ESPITIA(1), F SALVANESCHI(1), MA TORRES(1), A HERNANDEZ(1), L ROJAS(1), A PESTANA(1)
(1) Sanatorio Sagrado Corazon.

Introducción: La flegmasia cerulea dolens es una presentación poco frecuente y grave de la trombosis venosa profunda (TVP). Se produce por obstrucción del flujo venoso del miembro inferior que conlleva a una alta morbilidad. Tiene mayor incidencia en mujeres, las neoplasias son el factor desencadenante más común y está presente en aproximadamente del 20 al 40% de los pacientes. Un 10% son de causa idiopática.

Presentación del caso: Masculino de 40 años con antecedente de tenorrafía aquiliana izquierda un mes previo. Ingresa por dolor, eritema y cianosis del miembro inferior izquierdo, se realiza arteriografía que evidencia adecuado flujo arterial es valorado por traumatología quien realiza fasciotomía por sospecha de síndrome compartimental y fascitis. Evoluciona con shock e ingresa a terapia intensiva, donde evoluciona con mayor descompensación hemodinámica, siendo revalorado por cirugía vascular y traumatología. Nueva angiografía llegando al diagnóstico de trombosis venosa profunda femoral izquierda, se realiza trombectomía y toilette de herida quirúrgica. Posteriormente inicia anticoagulación con heparina sódica. Evoluciona de manera favorable.

Discusión: Presentamos el caso, ya que los artículos reportados en la literatura son escasos, siendo una patología grave y poco frecuente. Si la trombosis es masiva y bloquea completamente el retorno venoso del miembro afectado, se produce isquemia tisular. De persistir el trastorno circulatorio, progresa a la necrosis y gangrena con pérdida del miembro. El diagnóstico permite instaurar de inmediato un tratamiento agresivo de desobstrucción venosa.

Conclusión: La flegmasia cerulea dolens constituye una emergencia médica cuyo reconocimiento precoz puede salvar la vida del paciente. Su tratamiento es idealmente multidisciplinario e incluye medidas de soporte hemodinámico, cuidados locales, anticoagulación y trombolisis química y/o mecánica. El objetivo terapéutico es restablecer de inmediato la circulación venosa, para evitar el infarto venoso de los territorios afectados con pérdida del miembro amenazado.

Bibliografía:

1. Lazaro A, Merelo J, Carbia C, diagnóstico y tratamiento flegmasia cerulea dolens, SAH 2009 2: 68-72
2. Perkins JMT, Magee TR, Galland RB. Phlegmasia caerulea dolens and venous gangrene. Br J Surg. 1996; 83: 19-23.
3. Ascaño A, Flegmasia Cerulea Dolens, presentación de un caso, Rev cubana Angiol Cir Vasc. 2014 15(1)
4. Moran CN, Zepgk B, Eluzen G N, Ubilla SM. Flegmasia Cerulea Dolens: diagnóstico y tratamiento. Rev ANACEM. 2011;5(2):109-11.



0175 HEMOLISIS SEVERA POR COLOCACION DE AMPLATZER

D MASPOLI(1), CL LUCERO BOTTA(1), J BAEZ(1), ML CAMPASSI(1), FG REPETTO(1), FP TRAVERSP(1), M COLABELARDINO(1), P BELOTTI(1)
(1) Clínica La Pequeña Familia.

Introducción: La hemolisis intravascular de causa mecánica es una complicación infrecuente luego de colocación de dispositivo ocluser amplatzer por comunicación auriculoventricular, con una prevalencia del 0,1-3 % de los casos. Aumenta su incidencia cuando coexiste con coartación de aorta e hipertensión arterial severa.

Presentación del Caso: Paciente de 36 años con anomalía de gerbode, coartación de aorta e hipertensión arterial. Ingresa en el postoperatorio de colocación de amplatzer.

Intercurre en las primeras horas con hemolisis severa y en días posteriores; síndrome de distress respiratorio agudo, falla renal por necrosis tubular aguda debida a hemoglobinuria, que requirió hemodiálisis. Presenta requerimientos de antihipertensivos por presión diferencial aumentada. Se coloca Stent en coartación aortica y se extrae dispositivo quirúrgicamente.

Evoluciona con bloqueo AV completo con colocación de marcapaso definitivo, posterior parada cardiaca y óbito del paciente.

Discusión: La anomalía de gerbode es una comunicación entre el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha, a través del séptum interauricular. La escasa obliteración del dispositivo colocado para resolverla provoca un flujo tipo lick en el circuito, el mismo genera cizallamiento y rotura de los glóbulos rojos provocando hemolisis intravascular mecánica. Por lo general la hemolisis puede ceder en 72 horas, lo que implica tratamiento de sostén de fallas adquiridas por hemolisis.

Conclusión: La hemolisis severa por colocación de dispositivo ocluser amplatzer es una grave complicación que puede llevar al óbito del paciente por lo que se debe considerar la extracción quirúrgica del dispositivo en forma temprana.

0176 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO

CL LUCERO BOTTA(1), J BAEZ(1), D MASPOLI(1), ML CAMPASSI(1), F REPETTO(2), FP TRAVERSO(1), ML ANGIOLINI(1), P PERLO(1)
(1) Clínica La Pequeña Familia. (2) Clínica La Pequeña Familia.

Introducción: El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una enfermedad infrecuente pero con alta mortalidad si no se diagnostica y trata precozmente. Se relaciona con drogas que actúan sobre receptores dopaminérgicos y se caracteriza por hipertermia, rigidez muscular, deterioro de la conciencia y disautonomía. Su peor expresión es la insuficiencia renal aguda (IRA) por mioglobulina asociada a rhabdomiólisis.

Caso clínico: Hombre de 37 años con brote psicótico recientemente internado en clínica psiquiátrica. Recibió por excitación psicomotriz y agresividad benzodiacepinas, antipsicóticos (haloperidol - prometazina) y sujeción mecánica. Evolucionó con fiebre, deterioro del sensorio, oliguria e hipotensión arterial; por lo que fue traído a terapia intensiva.

Ingresó en coma, con pupilas mióticas reactivas, rigidez generalizada, mala perfusión periférica y shock. Requirió intubación orotraqueal y sostén con vasopresores al no responder a cristaloides. El laboratorio mostró falla renal (uremia 306 mg/dl, creatinemia

16,58 mg/dl) asociada a acidosis metabólica con acidosis láctica y elevación del potasio, sodio, magnesio y fósforo, con hipocalcemia. Además presentaba creatinina- fosfoquinasa (CPK) 116.000 mU/ml y proteinuria.

Se inició tratamiento antibiótico y hemodiálisis de urgencia. A las 48 hs presentómala evolución y fallece.

Discusión: El SNM es una complicación infrecuente con alta mortalidad. Este paciente presentó una rápida evolución a IRA por rhabdomiólisis, a pesar de un corto tiempo de tratamiento con antipsicóticos. Característicos son: la rigidez, elevación de CPK y el síndrome febril acompañantes.

Conclusión: Es importante pensar el diagnóstico de SNM para un precoz tratamiento lo que disminuye su mortalidad.

0177 ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN DESTETE DIFÍCULTOSO

M LOPEZ SALVA(1), L CARBALLIDO(1), G SUTTON(1), R COUCE(1), K FERRARI(1), P SERNA(1), A BRUVERA(1), J RAMIREZ(1)

(1) Sanatorio San Jose.

Introducción: Es relevante la tendencia actual de aplicación de estrategias que enriquecen los procesos de internación, tendientes a la humanización del área crítica. Este estudio de caso presenta un proceso de weaning dificultoso en un paciente adulto, atendido en la Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio San José. El abordaje interdisciplinario de las áreas de kinesiología, musicoterapia, medicina y enfermería, posibilitó una extubación exitosa.

Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años de edad, con hemo-neumotórax grado 3 y fracturas costales múltiples, atendido en la Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio San José.

El paciente fue atendido por un equipo multi profesional de forma coordinada y en algunos casos aplicando estrategias conjuntas.

Síntesis de intervenciones: Durante el primer día postoperatorio, el paciente presentó RASS +2 y se encontró en PCV, con propofol y remifentanilo como sedación. Con requerimientos de vasoactivos y PAFI 182, sin plan de weaning. Se realizó trabajo en conjunto de las aéreas de kinesiología, medicina y enfermería.

En el segundo día, la PAFI mejoró a 256, se suspendió el propofol y el remifentanilo, y se inició dexmedetomidina. Se comenzó plan de weaning. Evolucionó con RASS + 3 y mala mecánica ventilatoria. Se reinició sedación y rescates. Se re-conectó en un modo controlado. El tercer día, se cerró sedación (remifentanilo/dexmedetomidina). Se comenzó a trabajar en manejo de ansiedad no farmacológico en intervención conjunta entre musicoterapia y kinesiología, obteniendo RASS 0, y logrando destete exitoso.

Discusión: Dada su complejidad, el proceso de weaning pone de manifiesto la necesidad de la puesta en marcha de diferentes estrategias interdisciplinarias, que incrementen el confort y favorezcan la humanización. Siendo ésta una estrategia interdisciplinaria realizada de forma conjunta inédita en la literatura, es imposible comparar con otros hallazgos similares.

Conclusión: La utilización de estrategias interdisciplinarias no farmacológicas

Favorecieron el confort del paciente, generando un mejor pronóstico a largo plazo.

Impactaron en reducción del delirio (RASS +3 a RASS 0), de días de internación en el área crítica y de administración de fármacos.

Intervenciones por áreas	MEDICO	ENFERMERIA	KINESIO	MUSICOTERAPIA
17/01. Turno mañana	Propofol/remifint Noradrenalina PAFI: 182	RASS +2 Higiene y confort Medicación	Pta en am PCV Control de vía aérea permeable	No se interviene
18/01 Turno Mañana	Precedex PAFI 256	RASS -1 Higiene y confort Decubito Medicación	Comienza weaning. PSV 12	Desde experiencias musicales percaptivas, se comienza a trabajar el proceso de buen despertar. El paciente focaliza la atención
18/01 Turno tarde	Se aumenta Precedex Se reinicia sedación, rescates con propofol	RASS +3 Higiene y confort Decubito Rotación	Esfuerzo respiratorio. Mala mecánica ventilatoria Se reconecta a PCV	
19/01 Turno mañana	Se cierra remifint y precedex	RASS -1 Higiene y confort	PCV PSV 10 (2 HORAS)	En PSV, focaliza atención
19/01 12 hs		RASS 0	PVE 35 minutos BMV. Buen EAB PAFI 280 Se realiza extubación conjunta con área de musicoterapia.	PVE. Focaliza atención. Alerta y tranquilo. Comprende órdenes. Puede mediante la técnica de arrastre estabilizar su respiración.

0178 ROL DE LA COMPLACENCIA PULMONAR EN EL DESARROLLO DE VILI

N PISTILLO(1), O FARIÑA(1)

(1) Alta Complejidad El Cruce.

VILI resulta de la interacción entre la potencia mecánica aplicada y el pulmón ventilable. La complacencia pulmonar (CL) ha sido asociada con factores involucrados en su desarrollo (*baby lung*).

Objetivo: Evaluar el rol de la CL en el desarrollo de VILI.

Materiales y Método: Se incluyeron pacientes con SDRA moderado/severo. Excluimos: enfisema, asma, neumotórax y shock refractario. Los pacientes fueron ventilados bajo iguales condiciones de volumen tidal (Vt: 6ml/kg PCI), frecuencia (22/min) y presión plateau (PPlat: 30cmH2O). PEEP fue ajustada para alcanzar la PPlat objetivo (ExPress). Stress fue definido como la presión transpulmonar al final de la inspiración (PTPinsp), strain como la relación entre Vt/EELV, reclutamiento/desreclutamiento intratidal (R/D) como la diferencia inspiratoria/espíroratoria del pulmón no aireado (100 a -100UH), e hiperinsuflación como el pulmón comprendido entre -900 a -1000UH. Los pacientes fueron clasificados según la CL (CL= Vt/PTPinsp-PTPesp) en CL alta $\geq 43\text{ml/cmH}_2\text{O}$ o CL baja $< 43\text{ml/cmH}_2\text{O}$ considerando la mediana del grupo. Datos: promedio \pm DS. Comparación entre variables: Test de Mann-Whitney U y correlación con Test de Spearman. Significativo: $p < 0.05$.

Resultados: Ingresaron 14 pacientes. Edad: 35,86 \pm 13,01 años. APACHEII: 19,79 \pm 3,92. Siete por grupo: CL alta: 54,64 \pm 9,98ml/cmH2O vs. CL baja: 30,62 \pm 7,38ml/cmH2O $p=0,002$.

Los pacientes con CL baja tuvieron peor PaO2/FiO2 (124,86 \pm 52,76 vs. 190,0 \pm 47,0 $p=0,03$) y Murray (3,29 \pm 0,41 vs. 2,75 \pm 0,25 $p=0,04$). En SDRA con CL alta, PEEP promovió hiperinsuflación regional (9,81 \pm 4,7 vs. 1,64 \pm 0,10, $p=0,007$) incluso con valores considerados seguros de PTPinsp (13,59 \pm 0,82cmH2O), PPlat (29,86 \pm 0,37cmH2O) y ΔP (13,00 \pm 1,29 cmH2O). Posiblemente niveles elevados de PEEP (CL baja: 13,43 \pm 1,51 vs. CLalta: 16,86 \pm 1,57 cmH2O, $p=0,008$) y PTPesp (CL baja: 7,50 \pm 3,05 vs. CLalta: 5,43 \pm 1,49cmH2O, $p=NS$) evitaron diferencias en el R/D (12,34 \pm 10,25 vs. 2,19 \pm 0,72% $p=NS$).

En pacientes con CL baja el Vt resultado ser relativamente elevado para la cantidad de pulmón ventilable, promoviendo mayor ΔP (16,29 \pm 2,13cmH2O, $p=0,01$), stress (PTPinsp: 20,73 \pm 5,88cmH2O, $p=0,002$) y strain (29 \pm 8 vs. 16 \pm 4%, $p=0,03$).

La CL correlacionó significativamente con la potencia mecánica ($r=0.74$ $P=0.002$).

Conclusión: Una estrategia ventilatoria protectora puede promover diferentes mecanismos de VILI (asociados a exceso de PEEP o Vt) dependiendo de condiciones propias del pulmón (CL).

0179 RESCATE LIPÍDICO EN PARO CARDÍACO INDUCIDO POR LIDOCAINA

JD POLANCO(1), KC SOLANO RODELO(2), A CAVAGNA(3), S ASCIERI(2), JL VASTA(2), CA VELASQUEZ(2), F LIPOVESTKY(2)
(1) Hospital Universitario De La Uai. (2) Hospital Universitario Uai. (3) Hospital Universitario Uai.

Introducción: Las emulsiones lipídicas intravenosas (ELI) se han utilizado durante décadas como nutrición parenteral por la Food and Drug Administration (FDA) indicaciones para la suplementación calórica y deficiencia de ácidos grasos esenciales. La emulsión de lípidos también se usa como portador de medicamentos solubles en lípidos, más notablemente propofol. Los beneficios de la emulsión de lípidos para el envenenamiento por bupivacaína se sugirió por primera vez en una rata modelo de Weinberg et al en 1998.

Presentación del caso clínico: Paciente masculino de 80 años de edad, con diagnóstico de EPOC exacerbado sobreinfectado - Anthonisen II - mMRC III, se encontraba internado en el servicio de clínica médica, en manejo con ATB (Ampicilina Sulbactam, Ciprofloxacina y Oseltamivir), quien evoluciona con presencia de hematoma, edema en antebrazo y mano derecha, asociado a limitación funcional, piden ecografía de miembro superior derecha, con impresión diagnóstica de síndrome compartimental en miembro superior derecho. fue programado por el servicio de traumatología y anestesiología, donde le realizan en quirófano bloqueo axilar con lidocaína y epinefrina, con posterior convulsión tónica clónica generalizada, seguida de bradicardia extrema y asistolia; En tres ocasiones de 7 minutos, requirió de masaje cardiaco externo, adrenalina cada 3 minutos, vía aérea definitiva con tubo orotraqueal, 1000 ml de suero fisiológico, sin mejoría, requirió rescate lípido tipo intralipid al 20 %, y paciente retorna a ritmo sinusal, luego pasa a la terapia intensiva para manejo y monitorización.

Discusión: Además del uso con fines nutricionales, las ELI se introdujeron en el tratamiento de graves intoxicaciones. Existe un número limitado de estudios sobre el uso de la terapia de emulsión de lípidos en pacientes envenenados como antídoto, y la mayoría de los estudios disponibles son estudios en animales e informe de casos.

Conclusión: Aunque el nivel de evidencia científica es bajo, la ELI parece tener hoy en día un papel indiscutible no sólo en la reanimación de la cardiotoxicidad de los anestésicos locales, sino también en la de otros tipos de efectos tóxicos sobre el aparato cardiovascular inducidos por sustancias muy liposolubles, en particular algunos betabloqueantes, cuando los pacientes no responden a otras terapias más convencionales.

0180 LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA: IDENTIFICACIÓN DE CRITERIOS

L TUMINO, C BALASINI(1), S CARINO(1), A TORO(1), MG VIDAL(1), L RODRIGUEZ(2), JJ CONDE(1), M PADILLA(1), P LORAN(1), B FRANCO(1), R REINA(3), E ESTENSSORO(3)
(1) Higa San Martín De La Plata. (2) El Cruce. (3) Higa San Martín.

Introducción: La discusión sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es frecuente en las UCIs. Se desconoce cuales son los criterios que condicionan la indicación de la LET en nuestro país.

Objetivo: Identificar los criterios que se toman en consideración al momento de indicar la LET entre los médicos de la República Argentina.

Identificar si hay diferencia entre los criterios seleccionados por los intensivistas y los profesionales de otras especialidades.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta anónima on-line, siendo compartida por redes sociales y publicada en la pagina web de SATI.

Se efectuaron preguntas sobre la especialidad y criterios de LET (seleccionando variables basadas en la práctica habitual y en estudios publicados), con opción abierta para sugerir otros criterios. Los resultados se presentan como porcentajes. Las comparaciones se

efectuaron con test de Chi2; se consideró significativa una $p < 0.05$. Se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se analizaron 358 encuestas respondidas; 68,4% por médicos intensivistas y 31,6% por otras especialidades (cardiología, emergentología, neurología, neurocirugía, clínica médica, cirugía general y enfermería). En la tabla 1 se presentan las respuestas, comparando los intensivistas vs. otros especialistas. Cada profesional seleccionó 4 ($DS \pm 2$) criterios para iniciar la LET. Ante la opción de citar un criterio no incluido, 7,8% de los encuestados mencionaron las directivas anticipadas del paciente y 3,6% la calidad de vida posterior al egreso de a UCI, sin diferencia entre intensivistas y otros profesionales.

Conclusiones:

- Los criterios más frecuentemente seleccionados en ambos grupos de profesionales fueron: cáncer en estadio avanzado, lesión cerebral grave y edad avanzada.
- Los intensivistas tienen en cuenta la calidad de vida previa al ingreso ($p=0,04$) y la decisión familiar ($p=0,08$), más frecuentemente que otras especialidades.
- Dentro de los criterios no listados destacan las directivas anticipadas del paciente y la calidad de vida posterior al egreso de la UCI.

Tabla 1. Criterios de LET, comparación entre intensivistas y otros especialistas. Los datos se expresan como porcentajes (%).

Variables LET	UTI N=245	Otros N=113	P
Edad avanzada	50,6	54	0,5
Lesión cerebral grave	64,1	67,3	0,26
Patología médica	33,5	41,6	0,14
Cancer avanzado	75,5	81,4	0,21
Calidad de vida previa	51	39,8	0,04
Antecedente enf grave	35,1	41,6	0,23
RCP previo UCI	15,5	12,4	0,43
Dosis Vasopresores	25,7	27,4	0,73
Sedación profunda	0,8	1,8	0,42
Disponibilidad de cama	0,8	2,7	0,16
Decisión familiar	63,7	54	0,08

0181 LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA: ¿NO INICIAMOS O PROGRESAMOS, O RETIRAMOS EL SOPORTE VITAL?

L TUMINO(1), C BALASINI(2), A PASARELLI(2), S BARRIOS(2), A PAGLIA(2), N QUETGLAS(2), G ZUNA(2), L RODRIGUEZ(3), MC MARCHENA(2), R REINA(2), E ESTENSSORO(2)
(1) Higa San Martín De La Plata. (2) Higa San Martín. (3) El Cruce.

Introducción: La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es de discusión frecuente en las UCIs. Se desconoce qué tipo de LET (No iniciación o progresión [withholding]; o suspensión o retirar del soporte vital [withdrawing]) se realiza en nuestro país.

Objetivo: Conocer cual es la forma de LET que más frecuentemente se aplica en la Republica Argentina.

Identificar si hay diferencias en la forma de LET entre los intensivistas y los profesionales de otras especialidades.

Material y métodos: Estudio transversal, mediante encuesta anónima on-line, siendo compartida por redes sociales y publicada en la pagina de SATI. Se efectuaron preguntas sobre especialidad, años de ejercicio y tipos de LET. Los resultados se muestran como porcentajes. Se efectuaron comparación por medio del test Chi2; se consideró significativa una $p < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico STATA14.

Resultados: Se analizaron 358 encuestas; 68,4% fueron respondidas por intensivistas y 31,6% por otras especialidades (cardiología, emergentología, neurología, neurocirugía, clínica médica, cirugía general y enfermería). Los tipos de LET realizados se observan en la Tabla 1, comparando los intensivistas vs. los otros especialistas. El 86,9% prefiere "no iniciar/no progresar" como forma de LET, agrupando los tipos de LET: No ingreso a la UCI, no iniciar tratamiento luego de ingreso a la UCI, y no indicar tratamiento por mala evolución.

Conclusiones:

- Los intensivistas optan por no iniciar tratamiento por mala evolución ($p=0,03$), mientras que las otras especialidades optan por el no ingreso a la UCI ($p<0,05$).
- Cuando se analiza el retiro del soporte vital, los intensivistas optan por retirada de la ventilación mecánica de forma gradual ($p=0,01$).
- Queda en evidencia la preferencia de "no iniciar/progresar" como forma de LET entre los médicos argentinos.

Tabla 1. Tipo de LET, comparación entre intensivistas(UCI) y otras especialidades. Los datos se presentan como porcentajes (%).

Tipo de LET	UCI N=245	Otros N=113	P
No ingreso UCI	11,4	30,01	<0,05
No tto luego de ingreso	20	12,4	0,08
No tto por mala evolución	55,5	43,4	0,03
Medidas invasivas condicionadas	19,6	20,5	0,84
No medidas invasivas	32,4	40,7	0,02
No medidas adicionales	38,4	33,6	0,39
Retirada soporte vital	13,1	13,3	0,95
Retirada con VM gradual	11,4	3,5	0,01
Retirada con VM directa	2	1,8	0,78

0182 DIFERENCIAS EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO ENTRE LOS SUBSECTORES DE SALUD PÚBLICO Y PRIVADO

L TUMINO(1), C LOUDET(2), M JAUREGIBERRY(2), L CABILLON(2), L RODRIGUEZ(3), D JUAREZ(2), AL GONZALEZ(2), G SAENZ(2), H CANALES(2), R REINA(2), E ESTENSORO(2)
(1) Higa San Martín De La Plata. (2) Higa San Martín. (3) El Cruce.

Introducción: La Limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es una discusión frecuente en las UCIs. Se desconoce en nuestro país si existen diferencias entre los subsectores de salud público y privado, en cuanto a los criterios y el tipo de LET que se realiza.

Objetivo: Conocer si existen diferencias entre los subsectores de salud público y privado en cuanto a los criterios para indicar la LET, y que tipo de LET se efectúa (no progresar o iniciar, o suspender).

Material y métodos: Estudio transversal mediante encuesta anónima on-line, siendo compartida por redes sociales y publicada en la página web de SATI. Se efectuaron preguntas sobre criterios para indicar LET (opciones basada en la práctica habitual y opción abierta para indicar otros criterios no incluidos); y tipo de LET, como así también si los encuestados ejercen en el subsector de salud privado o en el público. Los resultados se muestran como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con el test Chi²; se consideró significativa una $p<0,05$. Se utilizó el programa estadístico STATA14.

Resultados: Se analizaron 358 encuestas; 64,8% de los encuestados pertenecía el subsector público de salud, mientras que 35,2% al subsector privado. Cabe destacar que solo 43,9% pertenecientes al subsector público y 40,5% al privado cuentan con Comité de Bioética; y que 12,9% en el público y 19,8% en el privado utilizan protocolos institucionales de LET. Las comparaciones realizadas se muestran en las Tablas 1 y 2.

Conclusiones:

- En ambos sectores la predomina como tipo de LET "no iniciar/progresar" sobre la de "suspender/retirar".
- En el sector privado predomina la no indicación de tratamiento luego del ingreso a la UCI, y la no instauración de medidas invasivas.
- La decisión familiar como criterio de LET prevalece en el sector privado.
- El sector privado cuenta más frecuentemente con protocolos de LET y consideran a la calidad de vida previa al ingreso a la UCI como criterio de LET, aunque estos resultados no son estadísticamente significativos.

Tabla 1. Comparación de los criterios de LET entre los subsectores de salud público y privado. Los resultados se expresan como porcentajes (%).

Variables de LET	Público N=232	Privado N=126	p
Edad avanzada	49,6	55,6	0,28
Lesión cerebral grave	64,7	65,9	0,75
Patología médica	34,2	39,7	0,3
Cáncer avanzado	75,4	81	0,23
Calidad de vida previa	43,9	54,4	0,06
Antecedente enf grave	38,8	34,1	0,38
RCP previo UCI	13,8	15,9	0,59
Dosis Vasopresores	19,9	19,8	0,98
Sedación profunda	0,9	1,6	0,53
Disponibilidad de cama	2,2	0	0,09
Decisión familiar	56,5	68,2	0,03

Tabla 2. Tipos de LET en los subsectores de salud público y privado. Datos presentados como porcentajes (%).

Tipo de LET	Público N=232	Privado N=126	p
No ingreso UCI	17,7	16,7	0,81
No tto luego de ingreso	14,7	23	0,05
No tto por mala evolución	54,3	46,8	0,17
Medidas invasivas condicionadas	19,9	19,8	0,98
No medidas invasivas	28,9	38,9	0,05
No medidas adicionales	38,4	34,1	0,43
Retirada soporte vital	12,9	13,5	0,88
Retirada con VM gradual	10,3	6,3	0,21
Retirada con VM directa	2,6	0,79	0,24

Tto: tratamiento, VM: ventilación mecánica

0183 IMPACTO DE LA ASINCRONIA PACIENTE-VENTILADOR SOBRE EL CONSUMO DE OXIGENO EN UN PACIENTE BAJO SEDACION PROFUNDA. REPORTE DE UN CASO

A GOLDBERG(1), L GIMENEZ(1), P GIMENEZ(1), G NAHMIA(1), G AVACA(1), E STEINBERG(1), M OJEDA(1), M BOSO(1), K MIRALLES(1), G GARCÍA(1), N SEGURA(1), M BERTE(1), A SANTA MARÍA(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1), S FREDDES(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Introducción: La presencia de asincronías durante la ventilación mecánica es frecuente y afecta negativamente los resultados de los pacientes (aumento del trabajo respiratorio, aumento de los días de ventilación mecánica, mayor mortalidad). Usualmente se recurre al uso de sedación profunda para disminuir la presencia de asincronías y disminuir el consumo de oxígeno (VO₂), sin embargo la evidencia acerca de la disminución del VO₂ mediante la sedación profunda es escasa.

Presentación del caso: Paciente femenina, de 89 años que ingresa a la unidad de terapia intensiva por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) grave con requerimiento de ventilación mecánica invasiva, que evoluciona con inestabilidad hemodinámica con requerimiento de tratamiento vasopresor. En el contexto de acidosis metabólica presenta asincronía de flujo en VC-CMV con VT 7 ml/kg peso corporal predicho y dobles disparos, a pesar de encontrarse en RASS -5 con infusión continua de propofol y fentanilo, con un índice de asincronía de 100% al momento de la medición. Se corrige la asincronía en modo PC-CMV y se realizan mediciones de consumo de O₂ (VO₂) con el ventilador Engström Carecape R860 con módulo de calorimetría indirecta. Se obtienen valores de VO₂ de 83, 94 y 102 ml/min con un AI 100% que descienden a 59, 56 y 47 ml/min en PC-CMV.

Discusión: Uno de los objetivos de la sedación profunda en los pacientes en ventilación mecánica es disminuir el consumo de O₂. Sin embargo, ciertas situaciones clínicas que aumentan la demanda ventilatoria (fiebre, acidosis metabólica, seteo inadecuado de la ventilación mecánica) pueden llevar al desarrollo de asincronías, pudiendo esto generar un aumento del consumo de O₂.

Conclusion: Las mediciones evidencian un aumento de consumo de oxígeno durante la presencia de asincronías severas, a pesar

de encontrarse el paciente bajo sedación profunda. Se requieren futuros estudios evaluando no solo el consumo de oxígeno sino también el impacto mecánico (PTP, VT) de las asincronías bajo distintos niveles de sedación.

Modo ventilatorio	VC-CMV	PC-CMV
	83	59
VO ₂ (ml/min)	94	56
	102	47

0184 EVENTOS ADVERSOS FRECUENTES Y SUS CONSECUENCIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

GMM SOTO(1), SA LOPEZ(1)
(1) Sanatorio Privado.

Introducción: Evento adverso: Es un suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo. Hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo. puede prolongar el tiempo de hospitalización, dejar alguna incapacidad u ocasionar la muerte.

Objetivos:

- Determinar los Eventos Adversos que ocurren con mayor frecuencia durante la atención de enfermería en el servicio de Cuidados Intensivos de adultos del Sanatorio Rivadavia, durante el mes de septiembre del año 2017.
- Evaluar las consecuencias que producen los mismos en los pacientes bajo estudio.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: 65 pacientes internados en la UCI de adultos del Sanatorio Rivadavia. Para el análisis de datos se utilizó el método de estadísticas y análisis descriptivos de las variables bajo estudio. Para la recolección de datos: adaptación del cuestionario modular (MRF2) del estudio IBEAS.

Resultados: Se observó que de los pacientes internados en UCI, el 45% tienen entre 61 y 80 años, mientras que el 12% tiene 20 y 40 años de edad. El 55% de los pacientes bajo estudio son sexo femenino. Se observó que ocurrieron incidentes en el 28% IC95% (17%-40%) de los pacientes bajo estudio y que en el 52% IC95% (39%-65%) los Eventos Adversos estuvieron presentes. En el 91% IC95% (76%-98%) de los casos, los pacientes con Eventos Adversos presentaron daños, siendo que el 59% tuvo daño moderado y en un 2% se produjo la muerte.

Conclusiones: En esta investigación se ha detectado, que a pesar de que existen elementos que hacen posible la prevención de los eventos adversos, estos aún se encuentran presentes. El porcentaje de eventos adversos es alto (48%) en comparación al resultado del Harvard Medical Practice Study, (1991), que indicó que un 4% de los pacientes sufren algún tipo de evento adverso en la internación. Se concluye que un 59% de los pacientes presentaron daño moderado como consecuencia de los eventos adversos y en un 2% los Eventos Adversos ocasionaron la muerte del paciente.

0185 A PROPOSITO DE UN CASO: ESOFAGITIS NECROTIZANTE

JA FIORANELLI(1), G GALVAN(2), M ESPEJO(2), PI ALVARADO(2), A MEDINA(2), A CANO(2), H QUEZADA(1), W CHINCHE(2), VJ QUEVEDO CASTEDO(2)
(1) Carlos G Durand. (2) Carlos G. Durand.

Introducción: La esofagitis necrotizante (EN) es una rara entidad de etiología desconocida. Se caracteriza por el hallazgo de la coloración

negruzca que afecta la mucosa esofágica de generalmente el tercio distal y termina abruptamente en el cardias. La confirmación diagnóstica es histológica. Es asociada a una alta mortalidad.

Objetivo: Describir los aspectos diagnósticos y el manejo terapéutico de esta patología poco frecuente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial y desnutrición. Ingreso por shock séptico a foco abdominal y shock hipovolémico, secundario a hemorragia digestiva alta (HDA), requiriendo IOT/AVM, transfusiones, inhibidor de bomba de protones y múltiples vasopresores (noradrenalina, vasopresina y adrenalina) a altas dosis. Se realizó video endoscopia alta (VEDA) evidenciándose esofagitis necrotizante (con biopsia que confirma), sin sitio de sangrado activo. Inicia tratamiento antibiótico empírico; y Ganciclovir en sospecha de Citomegalovirus. Cumple tratamiento sin rescates bacteriológicos con buena respuesta. Se repite VEDA al quinto día, visualizándose mejoría de la mucosa esofágica, sin áreas de necrosis. Weaning prolongado, traqueostomizado, con múltiples intercurencias infectológicas. Se logra decanular en forma programada y pasa a sala de Clínica Médica. Actualmente permanece internado por motivo social.

Discusión: Existen varias causas predisponentes: edad avanzada, enfermedad cardiovascular, sexo masculino, hipoproteinemia, insuficiencia renal, enfermedad hepática, hipercoagulabilidad, causas infecciosas, compromiso hemodinámico, obstrucción pilórica, vómitos severos luego de ingesta alcohólica. Se ha propuesto a la isquemia como patogénesis, por el frecuente compromiso del tercio distal del esófago. La manifestación clínica más común de este cuadro es la HDA. Diagnósticos diferenciales: melanosís, pseudomelanosis, melanoma, acantosis nigricans, ingesta de carbón e ingesta de otros agentes corrosivos o cáusticos que provoquen necrosis esofágica.

Conclusión: La sospecha de Esfagitis necrotizante es importante en pacientes añosos con enfermedades asociadas y hemorragia digestiva alta, es importante hacer un diagnóstico diferencial temprano para mejorar el pronóstico.



0186 ANALISIS DEL PROTOCOLO DE ATENCION DE PACIENTES CON SANGRADO ACTIVO Y ALTO RIESGO DE COAGULOPATÍA INDUCIDA POR TRAUMA (SATIC)

L LACOMBE(1), P PAHNKE(1), C ARANCIBIA(1), CA CURA(1), C LA GIGLIA(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: El sangrado post-traumático no controlado en politraumatizados es la principal causa de muerte potencialmente prevenible. El manejo de la hemorragia masiva incluye: identificación temprana del sangrado, reducir al mínimo la pérdida de sangre, restaurar la perfusión tisular, pago de la deuda de oxígeno y estabilización hemodinámica. En 2011 Europa desarrollo la Campaña Stop The Bleeding, para contrarrestar las muertes prevenibles por sangrado masivo por trauma. Se creó el algoritmo, Early Coagulation Support (ECS), basado en reanimación global de control de daño, restricción de líquidos y prohibición de los coloides. Hospital Muni-

cial de Urgencias (HMU) han desarrollado un protocolo de atención de pacientes traumatizados con sangrado activo, alto riesgo de transfusión masiva y coagulopatía inducida por trauma (SATIC). **Objetivos:** Evaluar y comparar la mortalidad del protocolo SATIC al inicio de su implementación (año 2015) con los resultados actuales. Tasar la utilización de hemoderivados antes de la implementación de dicho protocolo, en su inicio y al presente. Evaluar como predictor de mal pronóstico los parámetros de coagulación al ingreso en aquellos pacientes que no presentan normalización del lactato a las 6 horas

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo en HMU. Los datos analizados fueron del 01 de enero al 30 de junio del 2017. Variables: datos epidemiológicos, índice de severidad de trauma (ISS), índice de shock (IS), ABC score, TASH score, parámetros de laboratorio, grados de hemorragia según IS- EB, uso de ácido tranexámico, vitamina K, transfusiones de hemoderivados, cirugía control de daño, sobrevida de los pacientes.

Resultados: Población total 495, 41 con diagnóstico de politraumatismo y criterios de protocolo SATIC. 78, 5% masculinos, edad promedio 28.39. Promedio ISS 25.39, IS 1.06, EB -7.07, ABC 1.58, TASH score 8.46. Correlación IS- grado de hemorragia 22% moderada, 27 % severa. Relación EB-grado de hemorragia 46 % moderada, 20% severa. Lactato promedio ingreso 4.51 mmol/litro, 6 horas 3.48. Mortalidad global 24%, el 70 % coagulopatía asociada.

Conclusión: El protocolo SATIC no demostró disminución significativa en la mortalidad de los pacientes con coagulopatía inducida por trauma.

0187 EXPERIENCIA DE 7 AÑOS DE MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

M LAS HERAS(1), M TISMINETZKY(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), A MONTSERRAT RIVERO(1), S VILLARROEL MENDOZA(1), J CHAS(1), V KOTOWICZ(2), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

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

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda es un problema creciente, con altas tasas de morbilidad y mortalidad a pesar de los avances en los tratamientos médicos y las nuevas modalidades de ventilación mecánica invasiva.

En un grupo definidos de pacientes, donde las terapéuticas convencionales fracasan, el uso de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) en sus diferentes modalidades puede ser una alternativa válida. Sin embargo su uso sigue siendo restringido por la falta de centros de referencia y por sus costos.

Objetivo: Presentación de nuestra experiencia de ECMO en adultos. Material y métodos

Serie retrospectiva de casos. Se evaluaron las historias clínicas electrónicas de pacientes con requerimientos de ECMO entre enero del 2011 y enero del 2018.

Resultados: Durante el periodo evaluado, 60 pacientes fueron sometidos a ECMO, 48% en el contexto de trasplante de pulmón y 52% por otras patologías, siendo lo más frecuente el SDRA primario 26% seguido de SDRA secundario 6%, hipoxemia y shock circulatorio en un 6%, shock circulatorio 3%.

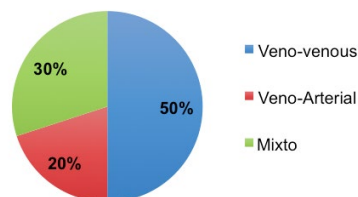
En el 50% de los casos se realizó ECMO modalidad veno venosa, 19% veno arterial y en el 31% modalidad mixta.

La mortalidad fue de un 37%, siendo la causa más frecuente el shock séptico en un 43%, seguido de falla multiorgánica en un 39%, hipoxemia 22%, hemorragia cerebral 9%, hemorragia pulmonar 9%.

Las complicación más frecuente fue la trombocitopenia en un 45%, seguida por problemas en el sitio de inserción de la cánula en un 23%.

Conclusiones: La utilización de ECMO en sus diferentes modalidades, es un excelente tratamiento para pacientes con insuficiencia respiratoria aguda refractaria, con o sin compromiso hemodinámico. Siendo uno de los elementos más importantes para definir las tasas de éxito, los equipos multidisciplinarios compuestos por cirujanos cardiotorácicos, intensivistas, perfusionistas, kinesiólogos y enfermeros especializados.

Tipos de ECMO



0188 15 AÑOS DE TROMBOLISIS INTRAVENOSA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO INTEGRAL DE NEUROLOGÍA VASCULAR

J ROSALES(1), F RODRIGUEZ LUCCI(1), F CARPANI(1), S AMERISO(1)

(1) Fleni.

Introducción: El ACV isquémico (ACVi) es la primer causa de discapacidad y segunda de demencia a nivel mundial. Existen terapéuticas de emergencia que permiten la restauración del flujo sanguíneo cerebral, entre ellas, la trombolisis intravenosa (IV) con activador tisular del plasminógeno (rTPA), la cual presenta un beneficio tiempo-dependiente. En 1995 el estudio NINDS demostró su beneficio dentro de las 3 horas y en 2008 el estudio ECAS III amplió la ventana terapéutica a 4,5 horas.

Objetivo: Describir la experiencia de un centro integral de neurología vascular durante 15 años de trombolisis IV.

Materiales y métodos: Se evaluaron historias clínicas de pacientes consecutivos con ACVi trombolizados entre enero 2003 y mayo 2018. Se registraron variables demográficas, tiempos puerta-aguja, NIHSS/mRS al ingreso y 3 meses, subtipo de ACV clasificado por TOAST, mortalidad intrahospitalaria y complicaciones hemorrágicas.

Dentro del análisis se lo dividió en 3 periodos, reconociéndose como hitos históricos al 2008 (ampliación de la ventana terapéutica) y 2012 (creación de la Unidad Cerebrovascular de la institución, UCV), quedando establecidos P1 (2003-2007), P2 (2008-2012) y P3 (2013-2018). También se comparó con los resultados del NINDS y ECAS III.

Resultados: Se incluyeron 159 pacientes, edad media 68 años. El tiempo promedio de inicio de los síntomas fue de 188 min y el 67% recibió rTPA dentro de los 60 minutos de llegada a la institución. El subtipo etiológico más frecuente fue el cardiembólico (42%). Al ingreso la media de NIHSS fue 9; a los 3 meses el 63% presentó NIHSS 0-1 y el 58% mRS de 0-1. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3% y la transformación hemorrágica sintomática del 6%. El período junio-julio (nuevos residentes) no presentó diferencias en cuanto a morbimortalidad ni prolongación del tiempo puerta-aguja (PA). En el análisis comparativo entre periodos hubo un descenso significativo del tiempo PA tras la apertura de la UCV.

Conclusión: Nuestra experiencia demuestra que la fibrinólisis IV es un tratamiento efectivo, realizable en nuestro medio, con una baja tasa de complicaciones. La creación de unidades cerebrovasculares mejora en forma considerable el tratamiento de esta entidad, disminuyendo en forma significativa el tiempo PA y aumentando el número de pacientes trombolizados.

0189 NEUMONIA ORGANIZADA EN PACIENTE CON TRAUMATISMO DE TORAX GRAVE EN TERAPIA INTENSIVA

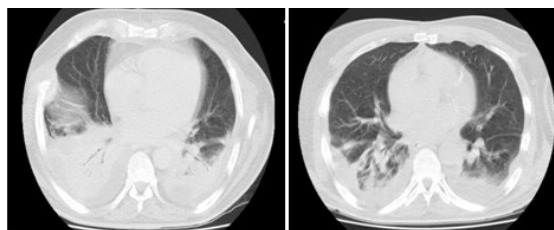
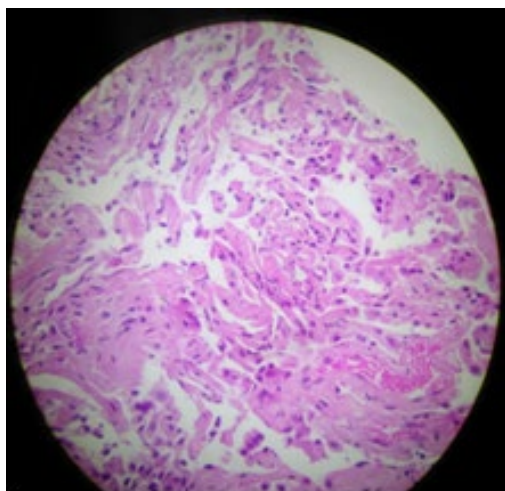
N ARBELAIS(1), M ALBORNOZ(1), NS ROCCHETTI(1), MD RE(1), MF CORBACHO RE(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1) (1) Eva Peron.

Introducción: La neumonía organizada (NO) es una enfermedad inflamatoria infrecuente y sub diagnosticada, con rasgos clínicos, imagenológicos y patológicos distintivos. Su forma predominante es la criptogénica potencialmente sensible a corticoides. La tomografía axial computada (TAC) es el método diagnóstico por imágenes de elección y su confirmación es histopatológica.

Caso clínico: Varón de 64 años, diabético tipo 2, ingresa a UCI por traumatismo cerrado de tórax secundario a vuelco vehicular. Examen: AVM, taquicárdico, normotenso, afebril, disminución bibasal del murmullo vesicular, avnamiento pleural bilateral. Laboratorio: PaFiO₂ <100; SPO₂ 95%; Hemoglobina 10 g/dl; leucocitos 7100/mm³. TAC de tórax al ingreso: fractura esternal y costales bilaterales; derrame pleural, neumotórax y contusiones pulmonares bilaterales. Al día 11°: NAV a P. aeruginosa, consolidaciones y derrame pleural bilateral tabicado por TAC. Se realiza traqueotomía, drenaje y debridamiento pleural. Sin rescates microbiológicos, completó 21 días Colistin. Día 39 de internación, weaning dificultoso, fiebre, disminución bibasal del murmullo vesicular; hipoxemia persistente, leucocitosis, PCR 9,6 mg/dl, PCT 0,23 ng/ml. Nueva TAC: consolidaciones bibasales subpleurales con broncograma aéreo. Inició antibioticoterapia y antifúngicos empíricos, obteniéndose hemocultivos, VIH y panel inmunológico negativos, fondo de ojo normal y ecocardiograma transesofágico sin vegetaciones. Se realiza biopsia transbronquial (BTB): alvéolos colapsados, grumo muco-fibroso con macrófagos y escasos polimorfonucleares, fibrosis de tabiques. Lavado broncoalveolar (LBA): 400 células, macrófagos alveolares 49%, neutrófilos 44%, linfocitos 4,5%, eosinófilos 2,5% y cultivo negativo. Se interpretó como NO, suspendiéndose antimicrobianos y antifúngicos. Inició prednisona 1 mg/Kg/día con mejoría clínica y gasométrica al 3° día de tratamiento. Se retira la AVM y pasa a sala general 6 días después.

Discusión: La NO, descrita en 1983, debe incluirse como diagnóstico diferencial de pacientes con neumonía de lenta resolución (NLR). En el 60% de los casos es criptogénica. La forma secundaria se asocia a múltiples causas, pero no se ha vinculado al traumatismo de tórax y/o AVM. La BTB, el LBA y la TAC pueden guiar al diagnóstico incluso cuando no es posible la biopsia pulmonar transbronquial o abierta.

Conclusión: Reconocer tempranamente a la NO entre las causas de NLR impacta directamente en el pronóstico de esta entidad debido a su excelente respuesta a esteroides.



0190 SHOCK CARDIOGENICO POR INTOXICACION CON AMITRIPTILINA

A GIRA(1), B LOOR(1), C NAVEDA GAVILANES(1), D MONARDO(1), J NUÑEZ(1), J ALVAREZ(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1) (1) Universitario Austral.

Introducción: La amitriptilina (antidepresivo), causa frecuente de intoxicación y genera morbimortalidad por toxicidad cardiovascular y neurológica.

Produce inhibición de la recaptación de neurotransmisores, bloqueo de receptores adrenérgicos, dopaminérgicos y GABA. Su pico de acción es a las 2-8 hs, el cuadro clínico aparece rápidamente y las muertes en las primeras horas, presentan un volumen de distribución (10-20 L/K), en algunos tejidos la concentración del fármaco es de 10-100 veces la concentración sanguínea.

Existe 3 mecanismos de cardiotoxicidad; Inhibición de los canales de sodio del miocardiocito, Bloqueo de salida de K del miocardiocito y Disminución del calcio intracelular. Generando arritmias ventriculares.

El tratamiento consisten en el ABC, bicarbonato de sodio, lidocaína, tratamiento extracorpóreo los ADT no son dializables, no se recomiendan la hemodialisis

Plasmaferesis; reduce significativamente niveles séricos de amitriptilina .

E.C.M.O. (Extracorporeal Membrane Oxygenation) considerarse en forma temprana en arritmias refractarias e hipotensión.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 25 años, con antecedentes de 2 intentos autolíticos, tratada con medicación psiquiátrica.

Ingresa a la guardia, posterior a la ingesta de ácido valproico 7500mg, amitriptilina 1250mg (Dosis letal 25mg/Kg), alprazolam 30mg, ingresa con Glasgow 6/15 con requerimiento de ARM, hemodinámicamente estable, a las 24 hs evoluciona con inestabilidad hemodinámica "Shock cardiogenico", ecocardiograma con FEY del 15%, aquinesia apical e hipercontractilidad basal (Takotsubo), presenta 2 episodios de PCR, el primero de 15 minutos (AESPTV) y el segundo de 2 minutos (Asistolia), evoluciona con Shock cardiogenico/Vasoplejico, con requerimiento de vasopresores e inotropicos (Milrinona-Levosimendan), E.C.M.O. (4 días) y plasmaferesis (1 día). Al sexto día se estabiliza hemodinámicamente, ecocardiograma con FEY del 56%, se externa a un psiquiátrico.

Discusión: La Dosis toxica de los ADT ; > 5 MG/KG es toxica, entre 10-20mg/kg toxicidad grave, > 25 mg/kg dosis letal. La paciente consume 25mg/kg. La amitriptilina es genera taquicardia sinusal, hipotensión arterial, taquicardia y fibrilación ventricular, alteración del ECG (ensanchamiento y deformación del QRS, prolongación del QT).

Conclusiones: La reanimación debe ser rápida con lavado gástrico y carbón activado, se recomienda plasmaferesis sobre hemodiálisis dentro de las primeras horas. Ante arritmias y shock cardiogenico pensar en Soporte extracorpóreo.

0191 MUCORMICOSIS RINOCEREBRAL

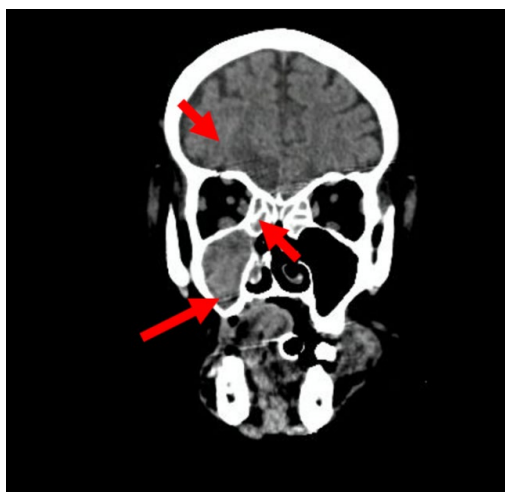
AE BAEZ(1), R GIMENEZ(1), A BIANCHI(1), E PIOMBETTI(1), M RETAMAL(1), A FERRERO(1), T LIONEL(1), G IZAGUIRRE(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1), M FERNÁNDEZ(1)
(1) Provincial De Rosario.

Introducción: La mucormicosis es una infección micótica invasiva poco frecuente, fulminante y aguda. Es causada por hongos del grupo mucorales. La mucormicosis rinocerebral constituye un 70% de los casos.

Presentación del caso: Mujer 58 años, diabética tipo II insulino-dependiente no controlada, consulta por cuadro de 48 horas de astenia, somnolencia, vómitos en borra de café, hiperglucemias, leucocitosis, plaquetopenia, falla renal, y acidosis metabólica asociado a depresión del sensorio. Ingres a UTI por cuadro interpretado como cetoacidosis diabética y shock séptico, con requerimiento de asistencia mecánica ventilatoria. Se toman hemocultivo, urocultivo y minibal positivo para Klebsiella. Realiza tratamiento con piperacilina - tazobactan. 14 días después presenta proptosis unilateral derecha, se realiza TAC SNC: Área hipodensa con pérdida de la diferenciación sustancia gris blanca bifrontal basal a predominio derecho, pansinusopatía, agrandamiento difuso de los músculos orbitarios recto interno e inferior de la órbita derecha asociado a reticulación de la grasa intra y extraconal. Se toma biopsia de mucosa del seno maxilar que muestra tejido necrótico, microorganismos micóticos e hifas gruesas compatible con el diagnóstico de mucormicosis y cultivo y se comienza tratamiento con anfotericina B. Paciente evoluciona desfavorablemente y fallece.

Discusión: El 70% de los pacientes con mucormicosis son diabéticos. El hallazgo anatomopatológico característico es la invasión de los vasos sanguíneos por las hifas. La mucormicosis rinocerebral es la forma clínica más frecuente. La trombosis del seno cavernoso y de la arteria carótida interna son complicaciones frecuentes. El diagnóstico es establecido por obtención de una biopsia del área comprendida. El cultivo es positivo en menos del 20% de los casos. La TAC es superior en demostrar el compromiso de senos paranasales y orbitario. El tratamiento incluye terapia antimicótica sistémica y quirúrgica agresiva.

Conclusión: Es una complicación infecciosa grave en aquellos pacientes con cetoacidosis diabética. El diagnóstico precoz y el alto índice de sospecha tiene impacto en la supervivencia.

**0192 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME DE GUILLAN BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO**

N LOPEZ(1), S LARDONE OLIVERA(1), J CORREA(1), G GALIANA(1), ME BAITAJU(1), P PACHECO(1), E MARI(1), M PENNAZZI(1)
(1) Municipal Del Niño De San Justo.

Introducción: El Síndrome de Guillan Barre (SGB) es una polirradiculopatía postinfecciosa que afecta a los nervios motores, sensitivos y autónomos. Es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda.

Presentación de caso clínico: Paciente de 5 años previamente sano, que días previos a la consulta presento varicela; 48 hs antes, comenzó con vómitos, cefalea, dolor en miembros inferiores y sensorio alterante, por lo que se realizó punción lumbar y tomografía de cerebro (ambas normales). Ingreso a terapia intensiva por debilidad muscular progresiva que requirió ARM. Intercurrió con episodio de disautonomía (hipertensión arterial, taquicardia y anisocoria – midriasis derecha-, con ptosis palpebral ipsilateral), con control tomográfico normal. A las 48 hs de su admisión, se realizó nueva punción lumbar (sin elementos, proteinorraquia 0.69 mg/dl). Por presentar hiperalgesia e hiperextensión de miembros inferiores, hipotonía de miembros superiores, estrabismo convergente unilateral, ptosis palpebral, reflejo pupilar ipsilateral enlentecido y paresia del VI par, asociado a reflejo cutáneo abdominal ausente con presencia de reflejos rotulianos y bicipitales simétricos (manifestaciones clínicas de SGB atípico), se plantearon como diagnósticos diferenciales: mielitis transversa, encefalomiелitis necrotizante y encefalomiелitis aguda diseminada, (se descartaron por resonancia cerebral, bandas oligoclonales en LCR y fondo de ojo normal). El electromiograma fue patológico. Ante sospecha de SGB atípico, recibió gammaglobulina (2gr/kg). Al 8° día de internación se realizó nueva punción lumbar (disociación albumino/citológica: sin elementos, proteinorraquia de 1,74 mg/dl para valor previo de 0,69mg/dl). El paciente evoluciona de manera favorable, con recuperación de movilidad y tonicidad muscular a los 60 días.

Discusión: El SGB es una urgencia neurológica. Se la considera un grupo de cuadros clínicos que se clasifican en diferentes subtipos: polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda (forma típica de presentación), neuropatía axonal sensitivo-motora aguda, neuropatía axonal motora aguda, síndrome de Miller Fisher, polineuritis cranealis, síndrome faringo-cervico-braquial, neuropatía aguda sensorial de la niñez y pandisautonomía aguda (formas atípicas). La parálisis ocurre en un período de 1 a 28 días y con frecuencia, se asocia a compromiso autonómico. Generalmente la evolución es favorable con baja mortalidad.

Conclusión: Es importante tener en cuenta la forma de presentación atípica de esta patología para realizar diagnóstico y tratamiento precoz.

0193 DISECCION DE ARTERIA CEREBELOSA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN LA UCI HIGA EVA PERON DE SAN MARTIN

RS TAPIA VARGAS(1), S CASTRO(1), R LOMA(1), J HOWARD(1), M MORANTE(1), R QUIROGA(1), J RISSO PATRON(1)
(1) Higa Eva Peron De San Martin.

Introducción: La disección espontánea de la arteria cerebelosa, es causa poco frecuente de Hemorragia Subaracnoidea. La etiología es variada y puede relacionarse a condiciones predisponentes como displasia fibromuscular, síndrome de Ehler danlos y traumas de distinto grado de severidad. La incidencia anuales intracraneales 3%, extracraneales 90% intra y extracraneales 7%.

Se reporta un caso ingresado en enero del 2017 con aneurisma disecante de la arteria cerebelosa superior izquierda que se presentó como HSA FIV y HH II. Se analizaron las características clínicas, evolutivas y tratamiento de dicho paciente.

Presentación del caso: Paciente de 53 años con antecedente de madre fallecida por ACV. Consulta por cefalea, vértigo, confusión, foco braquial derecho, Glasgow 14/15, 3er par craneal. Se realizó Tomografía de cerebro evidenciando HSA F IV y HH II. En la Angiografía se observó: Displasia de carótidas en segmentos oftálmicos, infiltración ateromatosa de carótida interna izquierda en su bifurcación. Aneurisma disecante en arteria cerebelosa superior izquierda con falta de relleno capilar en el territorio correspondiente.

Se decide realizar tratamiento endovascular, donde se ocluye la cerebelosa superior y el aneurisma con 2 coils.

Paciente evoluciona favorablemente. Se da alta con ptosis palpebral izquierda, ataxia, sin foco motor.

Discusión: En pacientes con HSA se debe descartar ruptura aneurismática de tipo congénito, MAV y aneurisma micótico, en esta paciente se indagó, antecedentes de trauma, realización de esfuerzo excesivo lo cual fue negativo.

Conclusión: La disección arterial como causa de ACV es infrecuente, presentándose más comúnmente en población joven, asociado a un trauma menor que involucra la hiperextensión del cuello. Se manifiesta frecuentemente como un evento isquémico cerebral, siendo una rareza la aparición de hemorragia.

Para realizar el diagnóstico de esta enfermedad es necesario un gran sospecha clínica, basada en conocer los factores de riesgo y en los hallazgos del examen neurológico.

Si bien es conocida la utilidad de métodos de neuroimagen clásico como TAC y RNM. En la actualidad se está implementando en forma creciente la resolución de estos casos a través de técnicas endovasculares.

0194 SÍNDROME CEREBRO PERDEDOR DE SAL EN STATUS EPILEPTICO: REPORTE DE UN CASO

M TEJADA(1), M ANTONIO(2)

(1) H. Central De Mendoza. (2) Hospital Central De Mendoza.

En el paciente neurocrítico la hiponatremia es un trastorno frecuente, que se asocia a un aumento de estadía hospitalaria y morbimortalidad. Entre las múltiples causas se encuentra el Síndrome Cerebro Perdedor de Sal (SCPS). Descripto inicialmente en 1950 por Peters y co, se caracteriza por la triada: lesión intracerebral, hiponatremia y reducción del volumen extracelular asociado a natriuresis elevada. Ocurre habitualmente dentro de las 2 semanas posteriores a la injuria cerebral y su frecuencia en la literatura es desigual, en parte por la dificultad a la hora de establecer diagnóstico diferencial con el Síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH).

Con fisiopatología desconocida, se asocian múltiples patologías al SCPS, que incluyen Hemorragia Subaracnoidea, TBC, neurocirugías, Trauma craneoencefálico, ACV y reparación de sinostosis craneal. Sin embargo, en una búsqueda en Medline hasta enero de 2018 utilizando como palabras claves: "cerebral salt wasting syndrome", "epilepsy", "status epilepticus", se describen solo 2 casos asociados a status epileptico, ambos en pacientes pediátricos.

Presentamos un caso de un paciente masculino de 32 años con antecedentes de epilepsia idiopática diagnosticado en la infancia con regular adherencia al tratamiento con fenitoína. Ingresó en octubre de 2017 por status epileptico en el curso de NAC basal derecha, con necesidad de ARM. TC de cerebro con atrofia cortico subcortical y cisterna magna, sin otras alteraciones. En el 9no día de internación presentó poliuria (4,2ml/kg/h), hiponatremia de 129mEq/L, Nau en orina espontánea de 172mEq/L y tendencia a la hipotensión. Se diagnosticó SCPS y se inició reposición de sodio durante 7 días con mejoría progresiva de los niveles plasmáticos de Na.

Conclusión: El SCPS puede asociarse a status epiléptico y no solo a infección o trauma de SNC, por lo que se debería considerar su diagnóstico ante hiponatremia y sospecha de reducción de líquido extracelular.

0195 MEDICIÓN DEL ÁCIDO LÁCTICO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON SHOCK HEMORRAGICO Y SU UTILIDAD COMO FACTOR PREDICTOR DE MORTALIDAD

E NASUTE(2), C ARANCIBIA(1), P PAHNKE(2)

(1) Hospital Municipal De Urgencia. (2) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: El shock hemorrágico es la principal causa de muerte en politraumatizados. Retrasos de solo 2 horas en iniciar una reanimación adecuada de un paciente que ha perdido el 40% de su volemia pueden traducirse en una incapacidad para restaurar la perfusión tisular. Se define como hipoperfusión tisular oculta aquella que no tiene evidencias clínicas de shock, pero con hiperlactacidemia persistente.

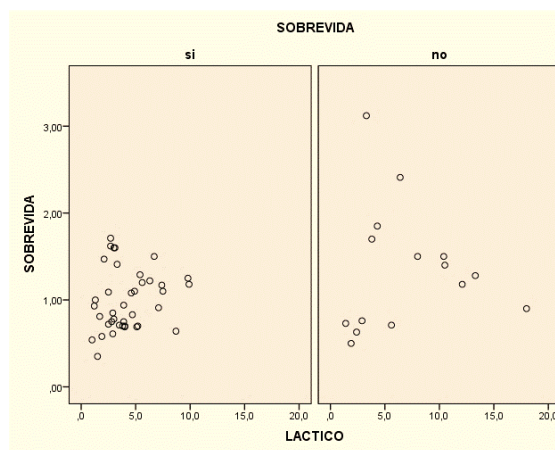
Objetivo: Primario, evaluar utilidad del ácido láctico (AL) como marcador de hipoperfusión oculta en pacientes politraumatizados y relación morbimortalidad en las primeras 24 hs de atención. Secundario, relacionar 3 parámetros que se utilizan para categorizar hemorragia (índice Shock-IS, EB y AL).

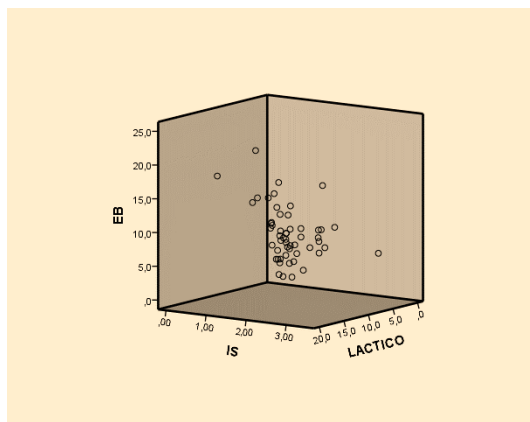
Materiales y métodos: Trabajo prospectivo analítico y observacional, febrero a diciembre de 2017. Pacientes politraumatizados ISS >15, y reanimación hídrica y hemoderivados en las primeras 24hs. RESULTADOS: Muestra 54 personas (n: 54). Edad media 29, 63 años + 11,96. ISS M=24,26+10,96. AL: M=5,11+3,70. Lo esperable es tener aumento moderado (M=6,36+0,99 (n. 12, 22,22%). La categorización grave (M=12, 53+3,87) se encontró en el 12,96%. Sobrevida: 72, 22%. La 1° medición se reportó un valor alto, en la 2° y 3° disminuye, con descenso más puntual entre la 2° medición y 3°. Este componente como predictor explica 30,5% del modelo asumido, lo que significa que debe estudiarse otras variables o la forma de hacer la lectura de este ácido.

Media del IS 1,09 + 0,50, lo esperable fue hemorragias moderadas (M=1, 12+0,12) y grave (M=1, 74+0,47). Media del EB 7, 79+4, 53, encontrando aumentos moderados (M=- 6,80+1,08) o grave (M=- 13,70+3,45).

Con el coeficiente de correlación Spearman se relacionó IS y EB con una correlación baja. Al agregar la variable AL se observan correlaciones positivas y bajas. Relación más significativa: EB y LACTICO. Con prueba T se asume que no hay relación entre los grupos.

Conclusión: no se encontró una relación significativa entre AL y mortalidad temprana, no pudiendo ser utilizado como variable pronóstica independiente, no significa que no sea un predictor importante en una muestra. Encontramos que los 3 parámetros (IS, EB y AL) no tienen relación entre sí, y EB el único que se relaciona significativamente con mortalidad.





0196 IMPLEMENTACIÓN DEL PAQUETE DE MEDIDAS ABCDEF EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BS. AS.

IA HUESPE(1), F CARINI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El paquete de medidas ABCDEF, propuesto por la SCCM, ha demostrado reducir significativamente la mortalidad en la UCI. Su implementación es compleja y se han reportado barreras para su aplicación: desconocimiento, miedo a efectos adversos y fallas de comunicación.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento del paquete de medidas en la UCI del HIBA.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo. Se evaluó el cumplimiento del paquete de medidas a través del análisis de historias clínicas (HC) de pacientes con internación en UCI mayor a 24 hs.

Resultados: Durante el período comprendido entre el 26/3/17 al 5/4/17 se analizaron 122 días de internación en UCI de 53 pacientes. Los resultados por componente fueron:

A: Todos los días se evaluó dolor al 100% de los pacientes mediante escala numérica (NPS) y CPOT. En el 20% de los registros de dolor (NPS ≥ 4 o CPOT ≥ 4) no se registró indicación de analgesia dentro de los 60 min posteriores y en el 30% no se reevaluó dolor.

B: 15 pacientes estuvieron bajo sedación, sumando 38 días, durante los cuales el 32% (12 días) no realizaron vacación de sedación, todos la tenían contraindicada en la HC. 31 pacientes estaban ventilados sumando 60 días de ARM, de los cuales el 40% (25 días) no realizaron prueba de ventilación espontánea, de estos el 25% no tenían contraindicación médica.

C: Siguiendo lineamientos de PAD guidelines se evidenció bajo uso de benzodiazepinas y opiáceos (midazolam 5% y remifentanilo 20%), priorizando dexmedetomidina (40%) y propofol (35%).

D: Se evaluó delirium con CAM-ICU el 100% de los días, fue positivo en el 29% pero solo en el 15% se jerarquizó como problema relevante.

E: 38 días del total (33%) no se inició movilización temprana, 63% tenía contraindicación.

F: Se permitió acompañamiento familiar las 24hs.

Conclusiones: La aplicación del paquete de medidas en nuestro centro se inició en 2009, esta es la primer medición sobre el cumplimiento. Los resultados concuerdan con los reportados por Morandi et al. 2017. Sin embargo tenemos que mejorar en instancias como tratamiento y reevaluación del dolor, manejo del delirium y movilización precoz.

0197 ASMA CASI FATAL EN UNA PACIENTE EMBARAZADA

D PEREZ ROCHA(1)

(1) Hospital De Trauma Y Emergencias Dr. Federico Abete.

Introducción: Las exacerbaciones del asma en una mujer embarazada se producen en el 20-36% y cumple la regla de los tres tercios, un tercio mejoran un tercio no se modifican, y un tercio se agravan. Con una forma de presentación variable: de inicio lento y de inicio rápido, y una incidencia máxima de exacerbaciones graves durante las semanas 14 a 24 del embarazo. Hoy día se cuenta con una amplia gama de fármacos que se pueden utilizar en el embarazo, a pesar de ello existen pacientes que por diversos factores sociales no pueden cumplirlo o incluso realizándolo presentan exacerbaciones graves. Que pueden comprometer la vida de la paciente.

Presentación del caso: Paciente femenino de 23 años con antecedentes de asma, múltiples episodios de crisis asmática en los últimos años, G3 P2 y cursando un embarazo de 15 semanas, crisis asmática en el primer embarazo donde requirió Ventilación Mecánica no Invasiva; ingresa a Terapia intensiva por Crisis asmática casi fatal, se interpreta como secundario a neumonía. Con obstrucción severa al flujo aéreo (Peak Flow < 100), desde su ingreso con alteración del intercambio gaseoso, y aumento del trabajo respiratorio. Se intentó VNI como soporte asociado al tratamiento broncodilatador, con mala respuesta que requiere ventilación mecánica invasiva. Con obstrucción persistente al flujo aéreo, sin respuesta a tratamiento de primera, segunda y tercera línea, se realiza interrupción del embarazo con inmediata resolución del cuadro ya desde el post operatorio inmediato. Lográndose la extubación y la internación a sala general.

Discusión: Los temas en discusión son la aplicación de Ventilación Mecánica no Invasiva en las crisis graves, los tratamientos disponibles y la indicación de interrupción del embarazo.

Conclusión: Aunque no tenemos mucha evidencia sobre episodios de asma casi fatal en embarazadas, la VNI no tiene evidencia como soporte ventilatorio, los tratamientos disponibles priorizan la vida de la madre, la interrupción del embarazo puede ser una alternativa frente a un cuadro que pone en riesgo la vida de la paciente.

0199 ENCEFALITIS Y FALLA MULTIORGANICA EN FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA

AE BAEZ(1), R GIMENEZ(1), A BIANCHI(1), E PIOMBETTI(1), M FERNÁNDEZ(1), M RETAMAL(1), A FERRERO(1), L TALAMONTI(1), G IZAGUIRRE(1), G ELIAS(1), S SANCHEZ(1)

(1) Provincial De Rosario.

Introducción: La FHA es una zoonosis viral aguda grave que afecta nuestra región. La presencia de encefalitis y falla multiorgánica es indicio de forma grave de presentación clínica.

Presentación del caso: Varón de 29 años de edad, sin antecedentes, consulta por cuadro de 21 días de síndrome febril inespecífico y mialgias generalizadas. Agrega vómitos, dolor abdominal y coluria. Laboratorio: GB 2,9 mil/mm³, plaquetas 81 mil/mm³, CPK 18.750, VES 26 mm/h, TGO 600 mUI/mm, bilirrubina 1,9 mg/dl, acidosis metabólica con lactato normal. Evoluciona con excitación psicomotriz y alteración del sensorio, se realiza TAC de cráneo s/c normal y Punción Lumbar: 15 elementos (80 MN/12 PMN), glucorraquia 143 mg%, proteinorraquia 1,04 gr/l. Agrega insuficiencia renal aguda y respiratoria con requerimiento de ARM. Ingres a UCI. SOFA de ingreso 10, APACHE 21.

Laboratorio inmunológico: C3 55 (90-180), C4 8 (10-40), LÁTEX AR, FAN, ANCA-C, ANCA-P negativos. Serologías: Mycoplasma, Chlamydia, VHB, VHC, HIV, virus Nilo, San Luis, Enterovirus y Hantavirus IgM negativas. Dengue I-II-III-IV (PCR), Ag. NS1, IgM y Leptospiriosis (MAT), IgM: negativas. FHA PCR coágulo positiva. LCR: criptococo, VDRL, herpes virus y enterovirus, no reactivos. Persiste con cuadro neurológico. TAC de cráneo: hipodensidades focales múltiples subcorticales frontal izquierda y occipital derecha.

Realiza tratamiento con piperacilina-tazobactam y aciclovir. Evo-

luciona con shock hipovolémico por hemorragia digestiva alta secundaria a gastropatía erosiva. Fallece el día 17 de internación.

Discusión: la FHA es una enfermedad endémica de nuestra región de afectación multistémica que puede producir desde formas clínicas leves con presentación inespecífica a formas clínicas graves. El compromiso neurológico es frecuentemente leve y fugaz y las formas graves son mas infrecuentes pudiendo presentar excitación psicomotriz (9%) y coma (< 3%). Además puede acompañarse de compromiso multiorgánico con afectación pulmonar, renal y hematológica como en este caso.

La FHA es prevenible con la vacuna Candid1 con alta eficacia. El plasma de convaleciente antes del 8° día reduce la mortalidad del 30% a menos del 1%.

Conclusión: La FHA en sus formas graves puede presentarse como encefalitis y falla multiorgánica por lo cual debe contemplarse entre los diagnósticos diferenciales ya que se dispone de tratamiento específico y efectivo.

0200 INDICE UREA CREATININA EN ORINA AISLADA COMO ESTIMADOR DEL HIPERCATABOLISMO PROTEICO EN PACIENTES VENTILADOS

M RÉ, M DINO(1), R NICOLAS(1), B DANIEL(1), S CLAUDIO(1), B MARTIN(1), Q MARTA(1)
(1) Escuela Eva Peron.

Introducción: El hipercatabolismo proteico (HCP) es una de las alteraciones metabólicas principales del paciente crítico. La pérdida de proteína corporal se asocia con resultados adversos. El nitrógeno urinario total (NUT) es habitualmente utilizado para el reconocimiento del HCP pero es poco práctico y falible.

Objetivos: Estudiar la correlación del índice urea/creatinina en orina aislada (Uru/Cru) con el NUT y la capacidad discriminativa de HCP severo de dicho índice en pacientes críticos.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional. UCI polivalente. Incluyó pacientes ≥ 18 años, ventilados, sin Insuficiencia renal aguda o crónica. Variables: APACHEII y NUTRIC. Se recolectó orina de 24 horas al 2do (T0) y 4to día (T1) para determinar el NUT y orina aislada para obtener el Índice Uru/Cru, pre y post recolección de orina de 24 horas. Análisis estadístico: Coeficiente de correlación de Pearson. Regresión logística binaria.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes. Edad: 41,73 años ($\pm 16,76$). 67,31% varones. Las patologías más frecuentes fueron trauma (40,4%) y sepsis (19,2%). Las medias de APACHE II y NUTRIC fueron 16 ($\pm 6,88$); y 2,80 ($\pm 1,81$). Pacientes con HCP severos (NUT >15 g) en T0 y en T1: 26,9% y 55,7%. La correlación entre NUT e Índices Uru/Cru PRE y POST fue en T0: -0,044 (p 0,757) y 0,319 (p 0,021); en T1: 0,276 (p 0,048) y 0,479 (p 0,000). El índice Uru/CruPOST tuvo mayor poder de discriminación del HCP severo al 4° día que APACHEII y NUTRIC (AUC 0,849 vs 0,669 y 0,656. IC95%: 0,740-0,957; 0,519-0,818 y 0,506-0,806 respectivamente). El valor de corte del índice Uru/CruPOST para diagnóstico de HCP severo fue de 20,77 con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, L-R positivo y negativo del 72,41%, 86,96%, 87,50% y 71,43%, 5,55 y 0,32, respectivamente. Días promedio de internación y AVM 13,33 ($\pm 13,15$) y 9,90 ($\pm 11,90$). Mortalidad en UCI 30,77%.

Conclusión: El índice Uru/Cru en orina aislada posterior a la orina de 24hs logra la mayor correlación con el NUT en dicha muestra. El Índice Uru/CruPOST tiene una aceptable capacidad para discriminar el HCP severo al 4° día en paciente críticos ventilados sin falla renal superando al APACHE y al NUTRIC.

0201 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO REFRACTARIO EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICA. CUANDO LA AUTOPSIA MODIFICA EL DIAGNÓSTICO

V CELLERI(1), G SHEEHAN(1), A BORDÓN(1), A COSTAS(1), A GATTARI(1)
(1) Gutierrez.

Introducción: Los niños con enfermedades oncohematológicas presentan riesgo de desarrollar complicaciones pulmonares debido a infecciones, infiltración de células malignas o efectos adversos de los fármacos. El síndrome de distress respiratorio agudo constituye su manifestación más crítica y se asocia a alta mortalidad.

Presentación del caso: Niña de 15 años, consulta en marzo de 2015 por tumoración lumbosacra. En septiembre 2015 se realiza biopsia que confirma el diagnóstico de sarcoma de alto grado con diferenciación muscular no específica. Comienza quimioterapia y en octubre 2015 se deriva a nuestra institución para continuar seguimiento. La TC de Tórax de dicha fecha confirma metástasis en lóbulo inferior izquierdo. Se realiza toracotomía y exéresis de la misma. Recibe Ifosfamida y doxorubicina. En enero de 2016 se realiza cirugía del tumor lumbosacro con extirpación completa. En noviembre de 2016 en TC torax de control se observa nueva metástasis en lóbulo inferior izquierdo. Se realiza nueva toracotomía y exéresis. Recibe cursos de radioterapia pulmonar y quimioterapia.

En marzo de 2017 se interna en sala por dificultad respiratoria y neutropenia. Permanece internada 10 días. En abril de 2017 re-ingresa al hospital por Shock Séptico con foco pulmonar. Inicia ventilación mecánica invasiva con parámetros elevados de Ventilador. SDRA refractario: No responde a maniobras de reclutamiento y posición prona. No se obtiene mejoría con Ventilación de Alta Frecuencia ni Óxido Nítrico Inhalado. Se realizan estudios para establecer diagnóstico: Hemocultivos, Aspirado Traqueal, aislamiento de Virus respiratorios, Pneumocistis Jiroveci, Reacción en Cadena para Polimerasa para Citomegalovirus (CMV) y determinación de galactomananos séricos negativos. Recibe diferentes esquemas antibióticos sin respuesta clínica. Luego de 33 días en AVM fallece. La autopsia confirma "Infección Diseminada por CMV, depleción linfocitaria secundaria y ausencia de enfermedad neoplásica".

Conclusión: Este caso pone en relieve las dificultades en el diagnóstico etiológico del fallo respiratorio en estos pacientes. La marcada inestabilidad hemodinámica y la hipoxemia refractaria impidieron la realización del lavado broncoalveolar que podría haber confirmado diagnóstico y modificado la evolución. La infección pulmonar por CVM fue sospechada pero la PCR en plasma negativa alejó la posibilidad. La autopsia reveló el diagnóstico, confirmando su utilidad.

0202 CALCIFILAXIS (ARTERIOPATIA UREMICA CALCIFICANTE)

VJ QUEVEDO CASTEDO(1), MM ESPEJO MENDOZA(1), G GALVAN(1), A MEDINA(1), A FIORANELLI(1), A CANO(1), W CHINCHE(1)
(1) Durand.

Introducción: La arteriopatía urémica calcificante es una vasculopatía caracterizada por isquemia y necrosis cutánea, por calcificación de la íntima y trombosis de las arteriolas panculares que se presenta en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) terminal, presentándose también en pacientes con función renal normal, la mortalidad es alta por complicaciones derivadas de la infección de las lesiones, el diagnóstico es histopatológico. No hay registrado hallazgos específicos de laboratorio. Se debe realizar tratamiento de las lesiones, antibioticoterapia, cámara hiperbárica y tiosulfato sódico debido a su actividad antioxidante y quelante.

Caso clínico: Paciente femenina de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, IRC en hemodiálisis, anemia, diverticulitis, angiodisplasia, internación previa por hemorragia digestiva baja, donde presento maculas rojo violáceas en miembros inferiores, alta voluntaria. Reingresa, por progresión de lesiones en miembros inferiores, signos de necrosis, radiografía que evidencia calcificación en

arteria tibial, shock séptico a foco de piel y partes blandas, derivada por requerimiento de hemodiálisis, mala evolución intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica, múltiples desbridamientos y toilettes quirúrgicas, se descarta vasculitis (biopsia compatible con calcifilaxis). Se inicia tratamiento con tiosulfato de sodio, por estado crítico de paciente no se realiza cámara hiperbárica.

Discusión: La calcifilaxis es una enfermedad poco frecuente con insuficiencia renal crónica en fase terminal, no siendo el caso por el reciente diagnóstico, sin embargo, presento criterios clínicos e histológico, cuyo tratamiento y estudio fue tardío en internación previa, se descartó vasculitis, alteraciones del calcio, y paratohormona, se realizó múltiples toilettes y desbridamiento, presentando nuevas lesiones instaurándose tratamiento sin evidenciar cambios.

Conclusión: La calcifilaxis es un padecimiento poco frecuente, afecta a 1-4% de los pacientes con IRC, género femenino y en hemodiálisis. El caso cumplía con los criterios clínicos, e imagenológicos, confirmándose histopatológicamente. Se trató de forma tardía por la baja sospecha. Se debe prestar especial atención a las concentraciones de calcio, fósforo y paratohormona, en pacientes con factores de riesgo para realizar el diagnóstico en etapas tempranas y disminuir la mortalidad secundaria a sepsis.

0203 HEPATITIS FULMINANTE POR FIEBRE AMARILLA

M KIRSCHBAUM(1), C GRIPPO(1), R SENESTARI(1), M MARTÍNEZ(1), MA TOLEDO(1), M TATOLLI(1), R GOMEZ PAZ(1), IN NIHANY(1), HA FERRARO(1), FD ROTRYNG(1), P BRUNETTI(1)
(1) Sanatorio Finochietto.

Introducción: Hace una década un brote de Fiebre Amarilla (FA) en Brasil alcanzó zonas de Argentina y Paraguay. Desde el 2016 Brasil sufre un nuevo brote que se incremento desde julio del 2017. Este año en Argentina se reportaron hasta la SE 16 7 casos importados, 2 fatales.

Presentación del caso: JD, 69 años, con antecedentes de HTA, Ex TBQ, DBT 2. Consulta por cuadro de astenia y fiebre. El día de inicio de los síntomas, había arribado de un crucero por Brasil, con escala en Río de Janeiro e Ilha Grande. El paciente no estaba vacunado para FA por su edad.

Presentaba ictericia y signo de Faget, con leucopenia, plaquetopenia y hepatitis en el laboratorio. Evolucionó febril, y con insuficiencia hepática. 72 hs después se confirma el diagnóstico de FA (qRT-PCR).

Al sexto día desarrolla encefalopatía hepática e hiperamonemia por lo que se inicia plasmaféresis, sofosbuvir y cefepime. Se realizaron en total 3 sesiones de plasmaféresis, con recambio de 2200 ml cada una.

Intercurre con insuficiencia respiratoria, requiere AVM, presenta shock refractario, requiriendo noradrenalina y vasopresina. Presenta bacteriemia por listeria monocytogenes, se rota antibiótico a ampicilina, gentamicina, daptomicina y colistin.

Intercurrió con fibrilación auricular que requirió amiodarona. Debiéndose suspender sofosbuvir por interacción con la misma.

Agrega insuficiencia renal aguda oligoanúrica, inicia diálisis, cumpliendo dos sesiones, sin mejoría.

Evolucionó con fallas orgánicas progresivas y óbito al día 12 día de internación.

Discusión: Entre el 15-25% de los casos de FA tiene un curso grave con una mortalidad de hasta 50%. La insuficiencia hepática es una de las principales complicaciones y causa de muerte. A raíz de este caso se plantea la utilización de plasmaféresis de alta volemia (PFAV) como sostén y puente al trasplante; o soporte exclusivamente. Hay un estudio que muestra mejor supervivencia a los 3 meses en pacientes con insuficiencia hepática aguda que se trataron con PFAV (1)

Conclusión: Considerar la utilización de plasmaféresis de alta volemia como tratamiento compasivo en pacientes con insuficiencia hepática por FA.

A su vez considerar contraindicar el viaje a zonas de riesgo a todo paciente que no pueda ser vacunado.

FECHA	DÍA 1	DÍA 6	DÍA 8	DÍA 12
GB	1601	2780	2621	10120
NEUTROFILOS %	74	55	68	76
PLAQUETAS	57.580	28.250	55830	107300
BT	2,86	4,8	4,95	9,71
BI	1,99	1,28	1,4	3,02
BD	0,87	3,52	3,55	6,69
GPT	1953	4520	1083	2123
GOT	3404	11650	2706	7458
APTT	44,1	84,6	54,7	110,9
TP %	77,5	41,8	63,3	24,8
RIN	1,16	1,87	1,31	3,1
FACTOR V		52 %		32%
AMONEMIA		231	192	597
FIBRINOGENO		-70		
HIV	NEG			
CMV IGG	+ 174			
CMV IGM	NEG			
EBV IGM	NEG			
EBV IGG	+ 41			
HBV	NEG			
HVC	NEG			
HAV IGM	NEG			
HAV IGG	+			

0204 USO DE VASOPRESINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP)

PC ARANCIBIA(1), D FLORES(1), G MÉNDEZ(1), J FARFÁN(1)
(1) Hospital Publico Materno Infantil.

Introducción: La Vasopresina (VP) es un neuropéptido hipotalámico liberado en respuesta a la hiperosmolaridad plasmática, la hipovolemia e hipotensión. En pacientes con fallo cardiovascular resistente a catecolaminas (CTC); se ha propuesto el uso de la VP para reducir las dosis de estas.

Objetivo: Caracterizar la población tratada con VP durante un periodo de 51 meses y evaluar los potenciales beneficios terapéuticos en Shock Refractario a Catecolaminas (SRC).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo- retrospectivo. Se analizaron historias clínicas de niños con diagnóstico de SRC tratados con VP entre el 01/09/2012 y 01/01/2017. Se evaluaron dosis inotrópicas empleadas y el impacto luego del uso de VP.

Resultados: Se analizaron 10 pacientes, 7 de sexo femenino; edad promedio de 5,3 años; refractarios al tratamiento con fluidoterapia y CTC. El SRC fue definido como secundario a sepsis en 8 casos: 2 por Gram +, 3 por Gram -, 1 por Cándida y 4 sin rescate de germen. 3 de los pacientes tenían diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda. 7 pacientes recibieron VP dentro de las 24 hs del SRC; el resto entre las 48 - 216 hs. Al iniciar la VP, la dosis media de adrenalina fue de 0,40 µg/Kg/min, la noradrenalina de 0,49 µg/Kg/min; el Índice de shock medio inicial de 2,1. En 8 niños se pudo descender a las 24 hs la adrenalina a 0,1 µg/kg/min y la noradrenalina a 0,2 µg/kg/min. Los valores de tensión arterial media con un ascenso del 30% a las 24 hs en 6 casos, un promedio de 68,4 mmHg, mientras que 4 pacientes no presentaron respuesta significativa. Las dosis de VP con impacto positivo hemodinámico estuvieron entre 0,0005 y 0,0013 UI/kg/min. El tiempo medio de infusión fue de 29 hs, 7 pacientes la recibieron durante 24 hs. Fallecieron 8 pacientes, 5 entre las 6 y 72 hs de iniciado el tratamiento con VP y el resto entre las 96 hs y los 14 días.

Conclusion: La VP permitió disminuir la dosis de CTC en el 80% de los pacientes, mejoró los valores de tensión arterial media en el 60%; pero la mortalidad se mantuvo en un 80%.

0207 ASINCRONÍAS EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA DEL SDRA: FRECUENCIA Y FACTORES PREDICTIVOS

P RODRIGUEZ(1), M SETTEN(1), E GOGNIAT(2), N TIRIBELLI(3), S FREDDES(4), G PLOTNIKOW(5), R PRATTO(5), I FERNANDEZ(2), S ILUTOVICH(4), M MADORNO(6), A RAIMONDI(7), P MASKIN(1), I BONELLI(1)

(1) Cemic (centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas). (2) Hospital Italiano De Buenos Aires. (3) Hospital Churrucua Visca. (4) Sanatorio Mitre. (5) Sanatorio Anchorena. (6) Mbmed. (7) Universidad De Buenos Aires.

Introducción: Las asincronías paciente respirador han sido claramente descriptas durante la ventilación mecánica asistida. Recientemente se han detectado también durante el curso de la ventilación controlada en casos de SDRA (síndrome de distres respiratorio agudo), siendo esto un hallazgo inesperado que podría impactar en el pronóstico.

Objetivos: Establecer la frecuencia de esfuerzos ineficaces (EI) y doble ciclados (DC) y variables asociadas en pacientes con SDRA precoz.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, observacional desarrollado en 5 centros de la Ciudad de Buenos Aires.

Se enrolaron pacientes adultos que cumplían los criterios de SDRA de Berlin y con una ventilación mecánica de menos de 72 horas. Se excluyeron aquellos con uso de relajantes musculares continuos o mal pronóstico vital.

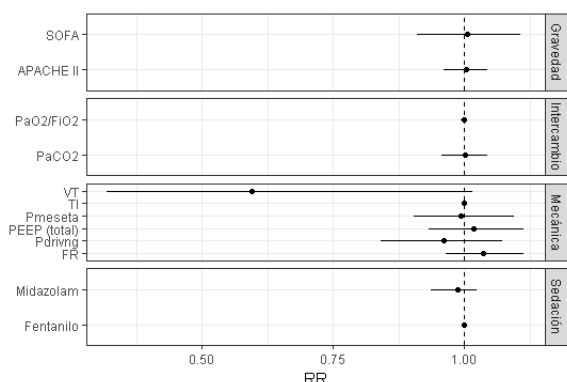
Se recolectaron datos generales en una plataforma web y se adquirieron señales de flujo, presión de la vía aérea y esofágica (cuando estuviere disponible) durante 30 minutos. La detección de asincronías se realizó con un programa previamente validado. Se calculó el índice de asincronías (IA) totales y las tasas de esfuerzos ineficaces (EI) y doble disparos (DC). Para evaluar la relación entre variables predictivas y la tasa de asincronías se utilizó regresión de quasi-Poisson.

Resultados: 128 pacientes con SDRA fueron hospitalizados del 2016-05-10 al 2018-05-08, de los cuales 86 fueron incluidos. 50 pacientes (58.14%) eran de grado moderado y 6 (6.98%) graves.

Se observó un IA $\geq 10\%$ en 29 pacientes (33.72%). En estos casos, las medianas (IQR) de tasas de EI y DC fueron de 8.42 (3.48-13.82) y 1.76 (0.21-3.46) por minuto.

La cantidad de asincronías se relacionó con la dosis equivalente de fentanilo y con el VT (figura). Los pacientes con IA $\geq 10\%$ tuvieron menor dosis equivalente de fentanilo (75 (55-110) versus 110 (62.5-1600) mcg/h, $P=0.017$) y un VT inferior (6.06 (5.9-6.41) versus 6.33 (5.98-6.9) ml/kg, $P=0.03$). Sólo, el primero resultó ser un predictor independiente ($P=0.035$).

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con SDRA en su fase precoz presentaron asincronías frecuentes, mayormente esfuerzos ineficaces. Registramos una mayor dosis de opiáceos y un VT mayor en pacientes sin asincronías, siendo la primera la única variable predictiva independiente de la tasa de asincronías.



0208 LEPTOSPIROSIS DE RAPIDA EVOLUCION A FALLA MULTIORGÁNICA Y HEMORRAGIAS CEREBRALES

HE FIGUEROA(1), AM AGUZZI(2), ML PIPOLO(2), C ALTAMIRANDA(2)

(1) Hospital Interzonal De Agudos "Dr. Abraham F. Piñeyro". (2) Hospital Interzonal De Agudos "Dr. Abraham F. Piñeyro".

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis causada por *Leptospira* spp. La enfermedad puede ser asintomática o presentarse en forma bifásica con un síndrome febril inespecífico inicial y luego el período de estado que va de formas leves a graves. Presentamos un caso de leptospirosis confirmada con presentación clínica de hemoptisis masiva de rápida evolución a falla multiorgánica y hemorragias cerebrales.

Resumen de caso: Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes patológicos de importancia. Oriundo de Junín (Bs. As.). Comienza con fiebre, mioartralgias y odinofagia de dos días de evolución. Consulta al tercer día presentando hemoptisis masiva e insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de ARM. Al ingreso se constata fiebre, deterioro agudo del sensorio post hemoptisis, taquicardia, taquipnea, hipotensión arterial y rales crepitantes bilaterales difusos. Radiografía de tórax: opacidades alveolares difusas bilaterales. Laboratorio: leve hiperbilirrubinemia, GOT 72 mg/dl, GPT 78 mg/dl, concentración de protrombina $<10\%$, KPPT 73 segundos, estado ácido base con acidosis mixta, PAFI 32 y lactato 17 mg/dl. Resto del laboratorio sin particularidades. Se inicia tratamiento antibiótico para sepsis grave de la comunidad con ceftriaxona, vancomicina y claritromicina. Se realizan estudios complementarios descartándose otras etiologías y se demuestra conversión serológica de leptospirosis posmortem. Evoluciona de forma tórpida presentando hipoxemia refractaria requiriendo decúbito prono, insuficiencia renal con necesidad de diálisis, falla hepática con coagulopatía y hemorragias intracraneales. Fallece el día 18 de internación.

Discusión: Solamente un 5 a 10 % de los casos de leptospirosis presentan formas graves. En nuestro paciente, destacamos la rápida y tórpida evolución presentando las complicaciones mencionadas como hemoptisis, insuficiencia respiratoria y falla renal al tercer día de inicio de la enfermedad. Asimismo señalamos la presencia de complicaciones, según la literatura, muy poco frecuentes como insuficiencia hepática y hemorragias cerebrales.

Conclusión: Presentamos un caso atípico de leptospirosis grave y de rápida evolución con complicaciones infrecuentes. Creemos que se debe considerar la leptospirosis en el diagnóstico diferencial de cuadros graves de similar presentación.

0209 ABORDAJE MUSICOTERAPEUTICO PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS INTERNADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

A BRUVERA(1), J RAMIREZ(1), K FERRARI(1), L CARBALLIDO(2)

(1) Sanatorio San José. (2) Sanatorio.

Introducción: El delirium es una alteración aguda de la conciencia, fluctuante en el tiempo. En la actualidad existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para prevenirlo y tratarlo. La prevención del delirium dentro de la Unidad de Terapia Intensiva requiere un enfoque multidisciplinar, donde la musicoterapia tiene mucho para aportar. Recientes estudios han presentado evidencia sobre el impacto positivo en la reducción del delirium en pacientes ventilados a partir de la utilización de experiencias musicales receptivas (Sikandar H 2017).

El presente trabajo realizará un análisis transversal de 17 sesiones musicoterapéuticas, mediante la observación de registros audiovisuales, analizando la aplicación de las intervenciones, desde cuatro variables: orientación, memoria, atención y movilización precoz, a fin de evidenciar los beneficios que ofrece la disciplina para favorecer la prevención y/o disminución de los síntomas asociados al delirium.

Presentación de caso: Se analizarán 17 sesiones de musicoterapia en pacientes de entre 40 y 85 años, internados en la unidad de terapia intensiva en el Sanatorio San José.

Discusión: De las 17 sesiones analizadas, se observó que las intervenciones que tuvieron mayor incidencia fueron aquellas que trabajaron en la estimulación de la Atención 94,12%; Memoria 94,12%; seguidas por Movilización precoz 70,59% y Orientación 41,18%.

Si se tiene en cuenta que estancias prolongadas en la Unidad de Cuidados Intensivos aumentan la probabilidad de la aparición del delirium, generando a corto o largo plazo mayor mortalidad, (PALENCIA-HERREJÓN E y Col 2008) se infiere que la posibilidad de favorecer un mayor funcionamiento cognitivo y motor impactará positivamente en la prevención del delirium.

Asimismo, por ser la musicoterapia una disciplina no farmacológica de bajo costo, su implementación favorecerá la calidad de vida de los pacientes, impactando en la disminución de días de internación y consumo de fármacos.

Conclusión: Se concluye que la estimulación de funciones cognitivas y motrices, a partir de intervenciones musicoterapéuticas, en los casos estudiados, posiciona al paciente en un rol activo en relación a su estado de salud. De esta forma y mediante intervenciones no farmacológicas centradas en el paciente, se favorece la humanización colaborando en la disminución y prevención de los síntomas asociados al delirium en el paciente crítico.

0210 BIOPSIA PULMONAR VIDEOTORACOSCÓPICA EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

A RAMOS(1), D LATASA(1), A DOGLIOTTI(2), V RONCORONI(1), C CAPITAIN FUNES(1), J ROBLES(1), ME PEREZLINDO(1), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque. (2) Grupo Oroño.

Introducción: El rol de la biopsia pulmonar por videotoracoscopia en el distrés respiratorio agudo (SDRA) es controvertido debido a las potenciales complicaciones y un bajo rédito diagnóstico.

Objetivo: Los objetivos de este estudio fueron definir mejor la frecuencia de los diagnósticos inesperados realizados por biopsia pulmonar por videotoracoscopia, los resultados de la biopsia que han generado un cambio en el manejo clínico y la frecuencia de las complicaciones del procedimiento.

Métodos: Se analizaron los pacientes sometidos a biopsia pulmonar por videotoracoscopia entre 2007 y 2017 para la evaluación de SDRA según la definición de Berlín.

Resultados: La edad media en esta cohorte de 20 pacientes fue de 55,6 años (DE +/- 15 años) con una media de PaO₂/FiO₂ al momento de la biopsia de 144 mm Hg (DE +/- 72 mm Hg). En el 75% de los casos se obtuvo un diagnóstico diferente a daño alveolar difuso o fibroproliferación. El diagnóstico alternativo más frecuente fue hemorragia alveolar (4 pacientes) y linfangitis carcinomatosa (2 pacientes). El resultado de la biopsia generó un cambio de tratamiento en la mayoría de los pacientes, en el 65% se agregó una terapéutica diferente y en el 35% se abandonó la terapéutica instaurada. Ningún paciente presentó complicaciones asociadas al procedimiento.

Conclusiones: En pacientes con SDRA seleccionados, la biopsia pulmonar por videotoracoscopia puede realizarse de forma segura, a menudo revela un diagnóstico insospechado y con frecuencia conduce a alteraciones en la terapia.

0211 ABORDAJE DE LAS CANDIDEMIAS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL

JE FARINA(1), C BALASINI(1), A CREMONA(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1), P SAUL(1), C PEREYRA(1), M BLANCO(1), M LARES(1), AL GONZALEZ(1), P JUAREZ(1), A LUCIANI(1), E SERRA(1), J VIDELA(1), S ARESO(1), A DE CRISTOFANO(1), S ESPOSTO(1), AV SANCHEZ

(1) Comité De Infectología Crítica De Sati.

Introducción: La Candida es el cuarto microorganismo aislado en los hemocultivos (HMC) en múltiples series evaluadas en terapia intensiva (UTI). La candidemia tiene elevada morbilidad y mortalidad, y las estrategias diagnóstico-terapéuticas difieren en los distintos centros.

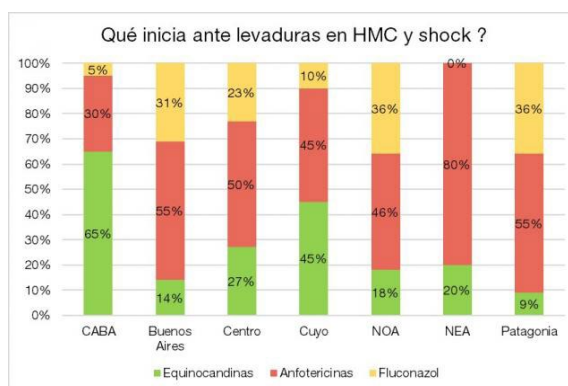
Objetivos: Evaluar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las candidemias en las UTIs de Argentina.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta a UTIs de Argentina. Se consideraron las características de las UTI. Se realizaron 15 preguntas sobre disponibilidad de antifúngicos, diagnóstico y tratamiento en cada centro para candidemias. Las variables se analizaron como media, desvío estándar y porcentaje. En este caso mostraremos las principales diferencias entre las distintas regiones de nuestro país.

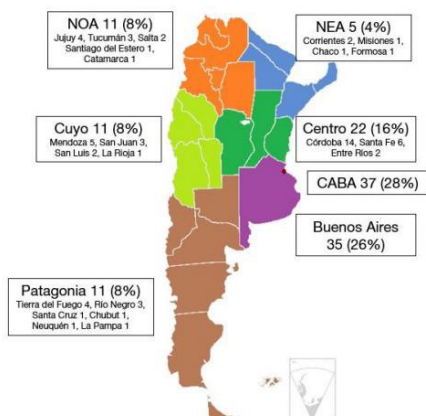
Resultados: Participaron 134 UTIs de todo el país, todas las provincias están representadas con al menos 1 centro. Se analizaron los resultados en base a las regiones sanitarias (La provincia de Buenos Aires se analizó en forma independiente por la cantidad de centros participantes). La conformación de las regiones con la cantidad de centros participantes y el uso de antifúngicos en pacientes con shock se observan en los gráficos. La disponibilidad de equinocandinas es: CABA 78%, Cuyo 64%, Centro 32%, Buenos Aires 31%, NOA 27%, NEA 20% y Patagonia 9%. En un paciente estable con levaduras en hemocultivos el uso de este antifúngico es: CABA 32%, Centro y Cuyo 18%, NOA 9%, Buenos Aires 3% y el resto 0%.

Conclusiones:

- La encuesta tuvo amplia participación de todas las regiones de nuestro país
- Las diferencias entre las distintas regiones son importantes y están asociadas principalmente a la disponibilidad de diversos antifúngicos.
- El uso y la disponibilidad de equinocandinas está polarizada en provincias del centro de nuestro país, con escasa presencia en las regiones del norte y sur.
- En todas las regiones excepto CABA menos del 50% de los centros inician equinocandinas ante levaduras en hemocultivos y shock.



REGIONES SANITARIAS Y CANTIDAD DE CENTROS PARTICIPANTES



0212 CARACTERÍSTICAS DEL PUNTAJE TISS-28 EN PACIENTES ADOLESCENTES INGRESADOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS O PEDIÁTRICA POLIVALENTE DE UNA MISMA INSTITUCIÓN

E BARRETO(1), Y YOLY(1), R NATALIA(1), S MABEL(1), P PAZOS(1)

(1) Sanatorio Trinidad Ramos Mejía.

Introducción: Los adolescentes (entre 12 a 19 años) son muy diferentes a la población habitual de una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), que comprende principalmente bebés y niños en edad preescolar, y la unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA) con adultos mucho mayores. En nuestra Institución se utiliza en ambas unidades el puntaje TISS-28 como herramienta para evaluar carga del trabajo de enfermería y gravedad de los pacientes, registrándolo directamente en el software SATI-Q.

Objetivo: Describir el "case mix" y el perfil del puntaje TISS-28 de los adolescentes admitidos en UCIA y UCIP de una misma Institución.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional. Se registraron los datos de todos los ingresos en UCIA y UCIP de adolescentes (01-09-2016 hasta 31-03-2018). Definimos categoría vigilancia intensiva a pacientes con puntaje TISS-28 ≥ 20 . Variables cuantitativas se expresan como promedio y DE. Las categorías como frecuencia y porcentaje. Los adolescentes ingresan en UCIA o UCIP con un punto de corte de 15 años definido por las autoridades de las Unidades.

Resultados: Ingresaron 63 adolescentes, 24 en UCIA y 39 en UCIP, edad promedio 15 años (17 ± 2 años UCIA vs 14 ± 1 años UCIP), 54% masculinos, estadía promedio 3 ± 5 días (4 ± 4 días UCIA/ 3 ± 5 días UCIP). Se registraron en total 202 días de puntaje TISS-28 (70 en UCIA/132 en UCIP). Promedio de TISS-28 diario: 16 ± 5 (20 ± 5 puntos UCIA/ 14 ± 5 puntos UCIP). El 22% de los días de internación los pacientes requirieron vigilancia intensiva, solo el 7% en UCIP. El principal motivo de ingreso en ambas unidades fue la causa externa (UCIA 41%/UCIP 43%). No hubo fallecidos.

Conclusiones: Aunque los adolescentes ingresados a UCIA requirieron mayores cuidados de enfermería según el puntaje TISS-28, los resultados al alta fueron similares en ambos grupos. Los politraumatismos o causas externas fueron el principal motivo de ingreso de adolescentes en las UCI de adultos y pediátrica. El puntaje TISS-28 no contempla tareas particulares de enfermería en este grupo de pacientes, como la contención familiar al enfrentarse al delicado estado de salud del adolescente.

0214 FALLA HEPÁTICA AGUDA: ANÁLISIS DE 11 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE ROSARIO

N ZANCOCCCHIA(1), C GUERRINI(1), W ARAUJO(1), MG GU-TIÉRREZ(1), A COSTAGUTA(1)

(1) Sanatorio De Niños Rosario.

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es un síndrome clínico caracterizado por un compromiso severo y repentino de la función hepática, que se presenta en un niño previamente sano. La etiología se relaciona con la edad del paciente y la región geográfica de procedencia: metabólica, infecciosa, tóxica, autoinmune, vascular y tumoral. La causa indeterminada, es la más común (30 a 50% de los casos). A pesar de los avances terapéuticos, la FHA resulta en muerte o trasplante hepático en un alto porcentaje de los pacientes.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con FHA diagnosticados en nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y su evolución con el tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes menores de 18 años, con diagnóstico de FHA (RIN >2 , o RIN $>1,5$ con encefalopatía) internados en la UTI en un periodo de 11 años (marzo 2007- marzo 2018).

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, etiología de la FHA, score MELD/PELD al ingreso, necesidad de trasplante, tipo de injerto, sobrevida del paciente, sobrevida del injerto, aplicabilidad y causa de muerte.

Resultados: Muestra: 18 pacientes (12 varones), edad promedio de 7,6 años (17 días - 16 años). Todos los pacientes presentaron score MELD/PELD mayor a 30. 16 niños recibieron ARM, 3 hemodiálisis, 1 diálisis peritoneal, y 1 monitoreo invasivo de PIC. Etiología de la FHA: Enfermedad de Wilson: 3, indeterminada: 8, hepatitis autoinmune: 3, isquemia hepática: 1 (posttraumática), hepatitis fetal autoinmune: 1, infecciosa: 1 (Herpes tipo I), posthepatectomía por tumor: 1 (hepatoblastoma). 13 pacientes recibieron trasplante. Tipo de injerto: cadavérico entero 9, cadavérico reducido: 2, donante vivo relacionado: 2. Sobrevida global 92,3% (1 paciente fallecido por absceso cerebral). Sobrevida del injerto 92,3% (1 falla primaria del injerto, retrasplante). Aplicabilidad: 72%. 3/4 pacientes no trasplantados fallecieron.

Conclusión: Los resultados obtenidos concuerdan con lo publicado. La causa indeterminada fue cercana al 50% y la sobrevida global al año, de 92,3%. El trasplante hepático es un recurso terapéutico efectivo en la mayoría de los pacientes, con una sobrevida al año comparable a otras indicaciones.

0215 SÍNDROME TÓNICO CLÓNICO ASCENDENTE SECUNDARIO A INYECCIÓN INTRATECAL ACCIDENTAL DE CONTRASTE IODADO

IL CÉSPEDES POQUECHOQUE(1), M MARIO IGNACIO(2), IL CÉSPEDES POQUECHOQUE(2), F RÍOS(3), D PIEZNY(2), L ARGÜELLES(2), D VERA GONZALEZ(3), M ESTEBAN(2), J SARGARDÍA(2)

(1) Hospital Nacional Profesor A Posadas. (2) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (3) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: El contraste yodado inyectado accidentalmente dentro del espacio intratecal durante un estudio de diagnóstico por imágenes o en una intervención quirúrgica puede resultar en un evento catastrófico. Siendo su espectro desde efectos leves hasta convulsiones tónico clónicas generalizadas e incluso la muerte. Reconocer esta condición en forma rápida, seguido de un tratamiento adecuado, es esencial para mejorar el pronóstico del paciente. Para ello, resulta imprescindible el correcto manejo del status convulsivo, el soporte vital y el monitoreo electroencefalográfico (EEG).

Objetivo: Describir dos casos de Síndrome Tónico Clónico Ascendente secundario a inyección intratecal de contraste yodado.

Método. Descripción del caso: Se presentan dos casos de inyección intratecal accidental con contraste yodado (diatrizoato meglumínico) (Tabla 1).

	Paciente 1	Paciente 2
Edad	38 Años	61 Años
Apache II al ingreso a UTI	18	12
Vasopresores	Si	No
Motivo de ingreso	Status convulsivo. Post operatorio colocación fallida de cateter J.	Convulsiones tónico clónicas post bloqueo raquimedular por lumbociatalgia
Días en internación en UTI	10 Días	1 Día
Drogas	Propofol, midazolam, fentanilo, tiopental, levetiracetam, difenilhidantoína	Levetiracetam, difenilhidantoína
Electroencefalograma	El primero: trazado con status focal. El segundo: trazado con ondas agudas y rápidas en región temporal izquierda de moderada frecuencia. Los 5 siguientes: sin actividad paroxística ni focal	Levetiracetam, difenilhidantoína
TAC de ingreso	Ventricular, cisternal y los espacios subaracnoideos corticales. Edema cerebral difuso.	Aumento de la densidad del lcr a nivel del sistema ventricular, espacios cisternales y subaracnoideos a predominio parieto-temporal bilateral.
Resultado	Alta hospitalaria	Alta hospitalaria

Resultados: Ambas pacientes evolucionaron en forma favorable, sin secuelas neurológicas. Decidiéndose su pase a Sala General, en primera instancia; y luego su Alta Hospitalaria.

Conclusiones: El Síndrome Tónico Clónico ascendente es una complicación poco frecuente. En una revisión de 32 casos de inyección intratecal accidental con contraste iónico hiperosmolar se reportó que este error se producía con frecuencia durante mielografías (23 casos), y de estas inyecciones resultaron en óbito 11 casos.

En esta presentación, la evolución neurológica fue favorable no siendo necesario el lavado de LCR descrito en la literatura.

La inyección accidental de contraste yodado es un error médico prevenible. La implementación de protocolos, listas de chequeo y rotulación de jeringas son medidas efectivas para su prevención.

0216 EVALUACIÓN DE PARÁMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES INGRESADOS A CDVMR

D NOVAL(1), D VILLALBA(1), R RODRIGUES LA MOGLIE(1), M GONTERO(1), R JOFRE(1), V LEIVA(1), M SCRIGNA(1), J COLLINS(1), AP ROCCO(1), A MATEA(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 TOCALINI(1), J CURIA(1), E PEREZ CALVO(1), P DIAZ BALLVE(2), M ANDREU(3), P BUÑRIGO(1), F PLANELLS(1)

(1) Basilea. (2) Posadas. (3) Olivos.

Introducción: Durante los últimos años se ha visto acrecentado el número de pacientes en VMP. Se ha descrito para esta población

bajo éxito de weaning de la VM y alta mortalidad. Un adecuado aporte nutricional podría mejorar los outcomes de los pacientes en UTI, sin embargo, la cantidad óptima es controversial. No existen en nuestro país estudios descriptivos del estado nutricional de los pacientes en VMP ingresados a centros de desvinculación de la VM y rehabilitación (CDVMR).

Objetivos: Describir el estado nutricional y la evolución de las variables nutricionales de pacientes ingresados a un CDVMR. Correlacionar peso corporal con variables nutricionales.

Materiales y método: Estudio observacional retrospectivo (ingresos desde 04/2016 hasta 03/2018). Se registraron datos epidemiológicos, de UTI y de ingreso al centro. Las variables nutricionales se registraron al ingreso y una vez/mes (peso, BMI, albúmina, prealbúmina, transferrina y recuento linfocitario). Se registró la indicación de calorías y proteínas en cada medición.

Se utilizó la prueba de Spearman para evaluar el grado de correlación entre el peso y las variables nutricionales.

Resultados: Se analizaron 184 pacientes. Mediana de edad 72 años (RQ 25-75% 61-79). La tabla 1 muestra las variables nutricionales al ingreso. La albúmina, prealbúmina, transferrina y el recuento linfocitario se encontraron por debajo de los valores de referencia al ingreso al centro. La mediana de ingesta calórica al ingreso fue de 1650kcal/día y el aporte proteico de 1.13gr/kg/día.

Los valores de variables nutricionales mejoran a 6 meses manteniendo el peso desde el ingreso (gráfico N°1). No se halló correlación entre el peso y el resto de las variables nutricionales en ninguno de los 6 meses de seguimiento (TABLA 2).

Conclusión: Este es el primer reporte de valores nutricionales en pacientes en VMP ingresados a un centro especializado en Argentina. La condición nutricional de ingreso logra mejorarse durante los primeros meses de internación. El peso se mantiene constante durante el periodo de seguimiento y no tiene correlación con la evolución de las variables nutricionales probablemente debido a la retención hidrosalina de los pacientes críticos-crónicos, consideramos a los parámetros bioquímicos más fiable para seguimiento del estado nutricional de estos pacientes.

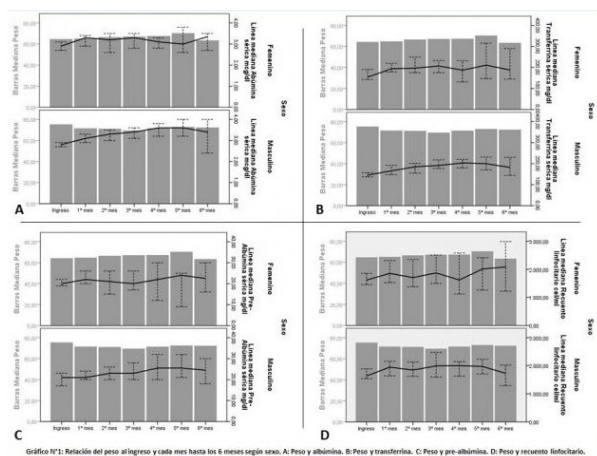
Tabla N° 1 Variables nutricionales al ingreso

Variables nutricionales	Valor al ingreso al CDVMR
Albúmina*	2.9g/L (2.5-3.3)
Prealbúmina*	21mg/L (16-25)
Transferrina*	157mg/dL (126-194)
Recuento linfocitario*	1650/mL (1309-2254)
Body mass index (BMI)*	26.4Kg/m ² (24.1-30.3)
Peso*	69.8Kg (62.6-81.6)

*Mediana(Q25-75)

Tabla N° 2 Correlación del peso con variables nutricionales en cada mes de medición

	n	Albúmina	Transferrina	Pre-albúmina	Recuento linfocitario
Peso Ingreso	150	0.097	- 0.083	- 0.085	0.086
Peso 1 ^{er} mes	109	- 0.125	- 0.051	- 0.180	0.089
Peso 2 ^{er} mes	70	- 0.053	- 0.084	- 0.159	0.083
Peso 3 ^{er} mes	46	- 0.209	- 0.085	- 0.288	0.142
Peso 4 ^{er} mes	28	- 0.188	- 0.051	- 0.207	- 0.081
Peso 5 ^{er} mes	24	- 0.201	- 0.197	- 0.209	0.024
Peso 6 ^{er} mes	19	- 0.272	- 0.216	- 0.120	- 0.211



0217 RELACIÓN DE VARIABLES NUTRICIONALES Y EL WEANING Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS A CDVMR

D NOVAL(1), D VILLALBA(1), R RODRIGUES LA MAGLIE(1), M GONTERO(1), R JOFRE(1), V LEIVA(1), M SCRIGNA(1), J COLLINS(1), AP ROCCO(1), A MATEA(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 TICALINI(1), J CURIA(1), E PEREZ CALVO(1), P DIAZ BALLVE(2), M ANDREU(3), P BUÑIRIGO(1), F PLANELL(1)
(1) Basilea. (2) Posadas. (3) Olivos.

Introducción: Durante los últimos años se ha visto acrecentado el número de pacientes en VMP. Está descrito que esta población tiene bajo éxito de weaning de la VM y alta mortalidad. Una adecuada aporte nutrición podría mejorar los outcomes de los pacientes en UTI, sin embargo, la cantidad óptima es controversial. No existen en nuestro país estudios descriptivos del estado nutricional de los pacientes en VMP ingresados a centros de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR) y su relación con la desvinculación de la VM y la mortalidad.

Objetivos: Describir el estado nutricional de pacientes ingresados a un CDVMR. Correlacionar las variables nutricionales con la desvinculación de la VM y con la mortalidad.

Materiales y método: Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes ingresados desde 04/2016 hasta 03/2018. Las variables nutricionales se registraron al ingreso (albúmina, prealbúmina, transferrina y recuento linfocitario). Se registró el aporte calórico y proteico en cada medición. Se registró el éxito de la desvinculación y la mortalidad durante la internación.

Las variables continuas se expresaron como media/desvío estándar o mediana/rango intercuartílico, según corresponda. Las variables categóricas se expresaron con el número absoluto y porcentaje. Se utilizó el test χ^2 o el test exacto de Fisher para comparar proporciones, según haya sido lo apropiado.

Resultados: Se analizaron 64 pacientes. Las variables de ingreso según si lograron o no la desvinculación se muestran en tabla 1. Las variables de ingreso según si fallecieron en el centro se muestran en tabla 2.

Conclusión: Las variables nutricionales de ingreso se hallaron por debajo de los valores de referencia normales, tanto en el grupo que logró la desvinculación como en el que no la logró y no tuvieron influencia en el éxito del weaning de la VM. Tanto la edad como la prealbúmina al ingreso al centro se asociaron a mayor mortalidad. El resto de las variables nutricionales no se asociaron a mayor mortalidad.

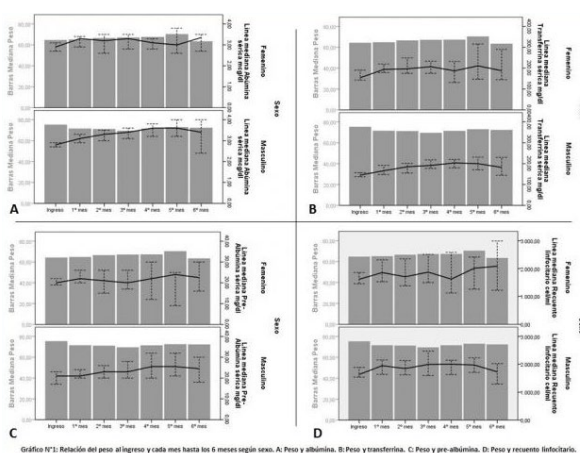
Tabla N° 1 Variables nutricionales al ingreso

Variables nutricionales	Valor al ingreso al CDVMR
Albúmina*	2.9g/L (2.5-3.3)
Prealbúmina*	21mg/L (16-25)
Transferrina*	157mg/dL (126-194)
Recuento linfocitario*	1650/mL (1309-2254)
Body mass index (BMI)*	26.4Kg/m ² (24.1-30.3)
Peso*	69.8Kg (62.6-81.6)

*Mediana(Q25-75)

Tabla N° 2 Correlación del peso con variables nutricionales en cada mes de medición

	n	Albúmina	Transferrina	Pre-albúmina	Recuento linfocitario
Peso Ingreso	160	0,097	- 0,083	- 0,085	0,066
Peso 1º mes	109	- 0,125	- 0,051	- 0,180	0,069
Peso 2º mes	70	- 0,053	- 0,064	- 0,159	0,063
Peso 3º mes	46	- 0,209	- 0,085	- 0,286	0,142
Peso 4º mes	28	- 0,188	- 0,051	- 0,207	- 0,081
Peso 5º mes	24	- 0,201	- 0,197	- 0,209	0,024
Peso 6º mes	19	- 0,272	- 0,216	- 0,120	- 0,211



0218 REPORTE DE CASO: COMPORTAMIENTO BIFÁSICO DEL CALCIO SÉRICO EN LA RABDOMIOLISIS SEVERA

AM VALDES(1), C PINTO SAYAGO(1), V BRUZZO(1), M ALFANO(1)

(1) Nacional "Dr. Prof. Alejandro Posadas".

Introducción: Las anomalías del metabolismo del calcio son frecuentes en la rabdomiolisis con fallo renal agudo y puede presentarse con un patrón bifásico.

Presentación de caso: Niño de 6 años, sin antecedentes patológicos. Presenta shock séptico a foco gastrointestinal y paro cardiorespiratorio prolongado. Ingres a Unidad de Terapia Intensiva postquirúrgico de peritonitis generalizada a foco apendicular. Evoluciona con fallo múltiple de órganos presentando insuficiencia renal aguda oligoanúrica y rabdomiolisis severa: creatinquinasa sérica (CPK) mayor a 100000UI/L, hipercalcemia, hiperfosfatemia, hiperuricemia e hipocalcemia grave (calcio total 5,4mg/dL). Recibe hiperhidratación y diuréticos, mejorando la función renal y trastornos hidroelectrolíticos.

A los 18 días presenta hipercalcemia grave (calcio total 16,2mg/dL), hiperfosfatemia, con función renal normal, poliuria, índice calciuria/creatininuria aumentado, parathormona sérica baja (3ng/L) y perfil tiroideo normal. Recibe hiperhidratación, diuréticos, bifosfonatos y Calcitonina. Normaliza la calcemia al sexto día de tratamiento.

Discusión: La hipocalcemia en la rhabdomiólisis es un trastorno conocido y esperable; suele aparecer durante el fallo renal oligoanúrico. Si bien los mecanismos no son bien conocidos, los más aceptados son los depósitos de fosfatocálcico en los músculos lesionados y la resistencia del esqueleto a la acción de la parathormona.

La hipercalcemia en la fase poliúrica del fallo renal es un trastorno conocido pero poco frecuente, por lo que nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales: hiperparatiroidismo primario, hipervitaminosis D y A, insuficiencia suprarrenal, hipertiroidismo, síndromes paraneoplásicos y síndrome de hipercalcemia hipercalcémica familiar.

En el caso de la rhabdomiólisis, la hipercalcemia en la fase diurética ocurre al mismo tiempo que el fosfato disminuye. Esto se correlaciona con la liberación del calcio depositado en los músculos lesionados y partes blandas a la circulación sanguínea. Esta hipótesis se refuerza con el dosaje bajo de parathormona y vitamina D, si bien en algunas publicaciones estos resultados fueron discordantes.

Conclusión: Es crucial recordar que los pacientes con rhabdomiólisis no se encuentran fuera de peligro cuando la función renal comienza a mejorar. Debe conocerse la doble cinética del calcio en la rhabdomiólisis con fallo renal agudo para planificar una monitorización e intervención adecuadas.

0219 MORTALIDAD DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON REQUERIMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN UTI

N FRETES(1), JP SUAREZ(2), E ZAMBRANO LEON(2), V GARCIA FERNANDEZ(2), M KHOURY(2), E DORADO(2)
(1) Lanari. (2) Instituto Lanari.

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) en pacientes internados en unidades de terapia intensiva (UTI) se asocia con una alta mortalidad.

Objetivo: Analizar factores relacionadas con mortalidad en pacientes con IRA internados en UTI que requieren tratamiento de reemplazo renal (TRR).

Pacientes y métodos: Se revisó la base de datos de UTI de 3732 pacientes internados entre 1 de septiembre de 2009 y 31 de diciembre de 2017 (48% varones) con mediana de edad de 76 años (rango=17-97) y en 102 se utilizó TRR (2.7%). De 3630 pacientes que no recibieron TRR, fallecieron 325 (8.25%). Se excluyeron los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (estadio V). Los resultados se muestran como mediana y rango inter-cuartil (IQR). Se utilizó prueba de Mann-Whitney y test exacto de Fisher para comparar variables continuas y dicotómicas respectivamente. Odds Ratio (OR) univariados y ajustados se calcularon con regresión logística. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 97 pacientes (54 varones) con TRR internados en UTI, la mediana de edad fue 74 años (IQR:68-78). Los motivos de IRA más frecuentes fueron sepsis (41.24 %) y necrosis tubular aguda isquémica (36.08 %). El 22.68 % de los pacientes eran diabéticos. La mediana de APACHE II fue 23 (IQR:19-28). El 75.26% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) y el 81.44%, inotrópicos. La mediana de días internación en UTI fue de 8 (IQR:4-11) y la mortalidad fue del 58.76% (n=57).

En el análisis individual, no se encontró asociación entre mortalidad con sexo, edad, APACHE II, diabetes ni de otros factores de riesgo cardiovascular. La mortalidad se asoció con ARM (OR=33.61; $p < 0.0001$), el uso de inotrópicos (OR=41.39; $p < 0.0001$) y el antecedente de enfermedad renal crónica (ERC) (OR=0.31; $p = 0.008$). Al incluir las tres variables en un modelo multivariable: ARM (OR=14.16; $p = 0.003$), inotrópicos (OR=8.73; $p = 0.07$) y ERC (OR=0.27; $p = 0.020$).

Conclusiones: Pacientes ingresados a UTI que requirieron TRR presentaron elevada mortalidad. El requerimiento de ARM e inotrópicos se asociaron con mayor mortalidad, aunque inotrópicos no alcanzó significación estadística en el análisis multivariable. Se observó asociación entre el antecedente ERC con menor mortalidad. Los resultados son consistentes con otros estudios publicados.

0220 SÍNDROME DEL ÁREA MOTORA SUPLEMENTARIA POSTOPERATORIA (REPORTE DE UN CASO)

JC GALARZA(1), B VARELA(1), D MAESTRE TORRES(1), MB VAZQUEZ(1), N POZO(1), N GRUBISSICH(1), J SALAZAR(1), D PINA(1), E CORREGER(1)
(1) Ua Dr. Cesar Milstein.

Masculino de 75 años, inicia enfermedad actual 11 meses previos a la consulta por cuadro de cefalea frontal, mareos y "sensaciones de giro". RNM: LOE en región fronto medial en contacto con ventrículo lateral izquierdo.

En POP de microcirugía programada de resección quirúrgica de la mencionada lesión, durante el procedimiento presentó sangrado intra ventricular por lo que se colocó DVE.

En el POP paciente con Ventilación espontánea; evolucionó con movimientos tónico clónico generalizado y GCS 8/15, con inadecuada protección de vía aérea, se procedió a IOT y conexión AVMM; se aplicó carga de DFH, TC de encéfalo nuestro neuroencefalo leve en zona frontal y lesiones hemorrágica leve en el sitio quirúrgico, EEG: trazado simétrico, sin evidencia status epiléptico.

A las 24 hs ventana de sedoanalgesia para valoración neurológica; logra alternar PCV con PSV con pobre respuesta neurológica.

Posteriormente evoluciona con fiebre, asincronía AVMM, se cultiva con muestra por la DVE y se cubre meningitis postquirúrgica, TC control muestra hematoma del lodge quirúrgico en reabsorción. 5to día EEG no muestra actividad eléctrica patológica.

8vo día se logra desvincular del ventilador mecánico, al examen presenta paraplejía y paresia de MSI (2/5), con reflejos osteotendinosos abolidos y sensibilidad conservada, lenguaje hipofluente; RNM de cerebro y columna no muestra alteraciones patológicas, con electromiograma y potenciales evocados que desestima afectación periférica.

Día 12vo del POP evoluciona con recuperación paulatina de la cuadriparesia (2/5), obedece ordenes simples, flujo verbal disminuido, ecolalia, al día 17 logra sedestación, movilizandolos miembros superiores (5/5) y pasa a sala general.

Comunicación telefonica al hijo (Médico) a los 90 días, quien nos refirió mejora de la motricidad de los MMII, observando paresia (4/5 de ambos MI) y motricidad conservada en MSI.

Reportamos este manuscrito ya que existen escasas publicaciones del síndrome de área motora suplementaria, esta patología se presenta en pacientes sometidos a resección de lesiones localizadas en dicha región y está caracterizado por déficit motor contralateral o paraplejía con mayor afección de los movimientos voluntarios respecto a los automáticos y afasia transcortical motora. De carácter transitorio y probabilidad de recuperación posterior.

0221 IMPLEMENTACION DE CATETERIZACION VENOSA CENTRAL ECOGUIADA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL DE MISIONES, ROL DEL SERVICIO DE FARMACIA

C LAPHITZ(1), S ALTEMBURGER(1), M ESPINDOLA(1), A MOREL(1)
(1) Materno Neonatal.

Introducción: La canalización vascular venosa o arterial con propósitos clínicos, fue descrita por primera vez a principios de los años 50, siendo una de las técnicas más comunes en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Actualmente se puede realizar bajo visión ultrasonográfica, siendo éste el gold standard debido a la importante disminución de las complicaciones. En el presente trabajo analizaremos la implementación de la técnica teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta el Hospital Materno Neonatal (HMN) y de qué manera garantizamos las condiciones sépticas del procedimiento.

Objetivos:

- Describir el método utilizado en UCI del HMN para implementar de la técnica modificada de Seldinger (TM).

- Analizar la Historia Clínica (HC) del paciente sometidos a la TM.
- Materiales y metodos:** Se realizó un estudio descriptivo, en dos etapas:
- Consenso con el médico intensivista para la provisión desde farmacia de mangas confeccionada de film de polietileno de 40 micras de 10 cm x 1 mt de largo, esterilizadas en oxido de etileno, clorhexidina alcohólica como medio conductor entre la manga y la piel del paciente, junto con demás materiales necesarios.
 - Se realizó el seguimiento a través de sistema informático del HMN con el fin de detectar posibles complicaciones que deriven de la TM. Población y criterio de selección: todos los pacientes con los que se utilizo la TM durante el periodo FEBRERO-ABRIL del 2018.
- Resultados:** Se realizaron 11 procedimientos. Se registro 1 complicación en total (9,09%), cuando analizamos la variable se detecto caries dentales sumadas a abundante sialorrea.
- Conclusiones:** La ecografía facilita la inserción de vías centrales y disminuye las complicaciones considerando actualmente su uso el gold standard para la inserción. La adaptación de la TM permitió alcanzar un porcentaje elevado de éxitos.

0222 SÍNDROME CARCINOIDE Y SHOCK EN POSTOPERATORIO DE TUMOR PANCREÁTICO

MG JACOB(1), F PERALTA MONTERO(2), AS CACERES(2), D NOVAES(2), L BRIA(2), D LÓPEZ CAMPOS(2), N VERGOTTINI(2), H VILLACRÉS(2), Y GONZALEZ(2), E BRAÑA(2), M TORRES BODEN(2), C COZZANI(2), G CUETO(2)
(1) Cosme Argerich. (2) Argerich.

Introducción: El síndrome carcinoide se produce por la liberación de sustancias por el tumor, principalmente serotonina e histamina. Se caracteriza por flushing, hipermotilidad gastrointestinal, dolor abdominal, cardiopatía carcinoide, broncoespasmo y crisis carcinoideas. Los tumores carcinoideas primarios más usuales asientan en apéndice, intestino delgado y pulmón. Los pancreáticos son poco frecuentes.

Caso clínico: Paciente masculino, de 55 años, con antecedentes de diarrea crónica, flushing, insuficiencia renal crónica e internaciones por insuficiencia cardíaca derecha descompensada, con insuficiencia tricuspídea y pulmonar severas. Se solicitan marcadores tumorales: cromogranina-A, serotonina y ácido 5-hidroxiindolacético en orina que resultan positivos. En la RMN se observó una imagen hepática compatible con metástasis y el PET mostró foco hiper captante en páncreas. Se realizó punción aspiración de la lesión hepática resultando positiva para tumor carcinoide.

Se realizó pancreatomectomía parcial izquierda con inestabilidad hemodinámica intraoperatoria que requirió soporte con: noradrenalina, dobutamina y octeótride. Ingresó a UTI con acidosis hiperlactacidémica, ingurgitación yugular, baile arterial, soplo sistólico pulmonar, mala perfusión distal, sin respuesta a vasopresores e inotrópicos. Por el shock refractario se colocó catéter de Swan-Ganz que mostró patrón hipovolémico. Se expandió con cristaloides con mejoría hemodinámica, suspendiéndose la noradrenalina y continuando con dobutamina y octeótride. Un ecocardiograma transesofágico evidenció cavidades derechas dilatadas con disfunción del VD e hipokinesia de la pared libre, insuficiencia pulmonar y tricuspídea severas, insuficiencia mitral leve-moderada y shunt derecha a izquierda por foramen oval permeable (FOP).

Se extubó al 9° día. A las 24hs se reintubó por mala mecánica ventilatoria. Evolucionó con acidosis metabólica hiperlactacidémica, shock refractario y óbito.

Discusión: Se expone este caso clínico porque es una patología con un manejo hemodinámico dificultoso. Es frecuente que estos pacientes presenten crisis carcinoideas, shock vasopléjico, hipovolémico y/o cardiogénico. Está indicada la administración de octeótride desde el preoperatorio. Si bien se utilizó en este paciente, el uso de

noradrenalina es controvertido. Este caso es singular por la afectación valvular mitral debido al FOP.

Conclusión: Los tumores carcinoideas son de difícil manejo tanto por el riesgo de crisis carcinoideas como por la cardiopatía carcinoidea por lo cual es imperioso un manejo interdisciplinario y un control hemodinámico estricto.



0223 FACTORES PREDISPONENTES A LA EXTUBACION NO PROGRAMADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL PABLO SORIA DE SAN SALVADOR DE JUJUY DURANTE EL PERIODO DE ENERO A MARZO 2018

AA TOCONAS(1), MA MARTINEZ(1), MM LAMAS(1), IG FLORES(1), ARF FIGUEROA(1), AP BAEZ(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: Durante la internación del paciente crítico existen extubaciones no programadas (ENP) incluyendo entre estas auto-extubaciones, cambio de tubo por rotura de balón de neumotaponamiento y extubaciones accidentales. Esto nos llevó a estudiar los factores predisponentes a las extubaciones no programadas.

Objetivo: Identificar los factores predisponentes a la ENP durante el periodo de enero a marzo de 2018 en la UCI del HPS. Cuantificar la incidencia de ENP. Abordar medidas para prevenir ENP.

Material y método: Se realizó un estudio estadístico retrospectivo transversal cuantitativo en el HPS; ubicado en San Salvador de Jujuy (Argentina) en la UCI mixta con un total de 12 unidades. El universo estuvo constituido por 109 pacientes hospitalizados desde el mes de enero a marzo del 2018, la muestra está conformada por 10 pacientes que presentaron ENP; Las variables de estudio fueron tiempo de intubación, motivo de extubación, sedo analgesia, edad y necesidad de traqueotomía.

Resultados: En el período de 3 meses ingresaron 109 pacientes con un promedio de edad de 42 años, de los cuales 83 (76%) necesita-

■ Resúmenes

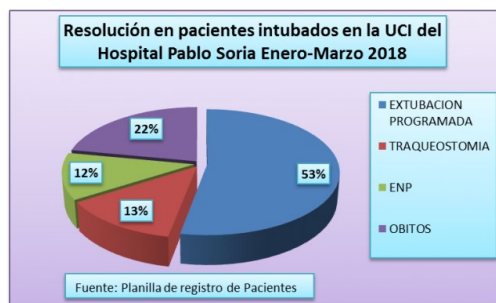
ron ser intubados y de estos el 13%(11) requirieron traqueotomía; el 53% (44) fueron extubados de forma programada; el 12%(10) represento a las ENP. El 90% de las ENP sucedieron durante la etapa de destete y un 10% en pacientes sometidos a coma farmacológico. El 30% (3) ocurrió por autoextubación, 70%(7) por rotura del balón de neumotaponamiento y 0% extubaciones accidentales. En ambos casos se observo como factor predisponente la falta de valoración del personal de salud ya que no hubo registros de uso de escalas de valoración de delirio, dolor y sedación.

Conclusión: El estudio ha servido para conocer las características de nuestra población de referencia. Las ENP ocurren, generalmente, cuando el paciente se encuentra durante la fase de destete del ventilador y los factores predisponentes inciden de manera directa. Por lo cual es necesario utilizar las escalas BPS (dolor); RASS (sedación) Y CAMICU (delirio) con mayor frecuencia para detectar los factores predisponentes y así prevenir las ENP.

PACIENTES CON	N° DE PACIENTES	%
EXTUBACION PROGRAMADA	44	53%
TRAQUEOSTOMIA	11	13%
ENP	10	12%
OBITOS	18	22%
TOTAL DE PACIENTES INTUBADOS	83	100%

Dentro de los pacientes que obitaron no se contabilizo a aquellos que requirieron traqueotomía, sufrieron ENP o Extubación programada.

Fuente: Planilla de registro de pacientes ingresados en UCI



0224 NEUMONIA VARICELOSA Y FALLO MULTIORGANICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE UN CASO

J HOWARD(1), P BOSCHINI(1), G CERRO(1), R LOMA(1), R TAPIA(1), D RODRIGUEZ(1), J RISSO(1)
(1) Higa Eva Peron San Martín.

Introducción: La neumonía varicelosa, es excepcional en niños, aparece en el 15% de los casos de varicela en adultos y es especialmente virulenta en embarazadas. Es la complicación más frecuente en el adulto, con alta mortalidad. Se reporta un caso de neumonía varicelosa en un adulto inmunocompetente, analizando las características clínicas, evolutivas y tratamiento.

Presentación del Caso: Paciente de 43 años, con antecedente de tabaquismo. Ingres a UTI (8/12/16) por 2 semanas de fiebre, malestar general, lesiones vesiculares cutáneas en diferentes estadios, disnea severa, secreciones pulmonares e infiltrados intersticiales pulmonares difusos bilaterales en TAC de tórax, se interpreta como varicela complicada con neumonía grave. SOFA 11 al ingreso, necesidad de IOT + ARM. Manejado con Aciclovir EV, Vancomicina 1 gr c/12 h, por persistencia de fiebre a las 48 h de su ingreso se agrega Pieracilina-Tazobactam 4.5 gr c/12 h, LEU: 9900, HTO: 35.2, Hb: 11, Plt: 181000, Glu: 106, CREAT: 1.34, UREA: 0.29, Na: 145, K: 4.6, Cl: 109, QUICK: 78%, LDH: 1789, BT: 0.29, GOT: 97, GPT: 111. Evolucion a SDRA,

acidosis respiratoria y finalmente fallece a 7 días de ingresar a UTI.
Discusión: El diagnóstico de la Varicela es clínico, como en este caso, sin embargo pueden ser utilizados otros métodos confirmatorios como cultivo, PCR y anticuerpos IgG e IgM para virus de varicela zoster, en casos en los cuales la clínica no sea clara o haya dudas diferenciales.

Conclusiones: El paciente evoluciona con falla multiorgánica a pesar de la instauración temprana de Aciclovir en altas dosis EV y la ventilación mecánica al ingreso. El uso de corticoides es controvertido, no utilizándose en este caso. El aislamiento respiratorio y de contacto y el empleo de circuitos cerrados de aspiración previenen la diseminación intrahospitalaria. El interés por el reporte de este caso se debe a la rareza de la varicela como etiología de neumonía en el adulto.

0225 ESTAFILOCOCCEMIA

NF VILCHEZ ZARZA(1), G OMARINI(1), R EMILIO CESAR(1), F ALBERTO(1)
(1) Imrc.

Introducción: La disfunción multiorgánica por estafilococo aureus, posee un 80 % de mortalidad según bibliografía. Se expondrá como la detección temprana, el tratamiento agresivo y multidisciplinario pueden revertir el curso natural de esta patología.

Presentación del caso: Paciente de 48 años, masculino, con antecedentes Psiquiátricos (esquizofrenia) y fractura de tibia y peroné derechos con múltiples intervenciones quirúrgicas, ingresa a UTI por shock séptico por infección de herida quirúrgica con DMO. SOFA: 11 ptos. APACHE II: 16 ptos. Rx Tórax derrame pleural izquierdo. Al ingreso, soporte orgánico ARM, drogas vasopresoras. Se pautativa (Cultivo de LCR; Hemocultivos; urocultivo; Cultivo líquido pleural) y se inicia con PTZ + Vancomicina. Ecocardiograma doppler: derrame pericárdico leve, sin vegetaciones.

A las 24 hs: Amputación infracondilea de pierna derecha.

A las 48 hs: mejoría clínica se suspenden vasoactivos. Extubación.

Día 4º: Intercurre con insuficiencia respiratoria, nuevamente en shock. ARM-vasoactivos, se transfunden 3 UGR (hb: 5 gr/dl Hto: 15%). Oliguria, (urea: 1,2 mg/dl Cr: 2,6 mg%) se indica BIC de diuréticos. TAC tórax: derrame pleural bilateral predominio izquierdo. Se coloca drenaje pleural izquierdo.

Informe de cultivos: LCR, Hemocultivos x 2 (+): SAMR. Líquido Pleural (+): SAMR y Klebsiella Pneumoniae multiresistente. Urocultivo y cultivo quirúrgico (Tejido óseo y TCS): E. Coli sensible.

Se rota a Meropenem + vancomicina + Rifampicina.

Día 7º: Traqueostomía Percutánea. Alimentación enteral.

Poliserositis: derrame pericárdico moderado, derrame pleural bilateral y Ascitis. Se realiza decorticación pleural + pleurodesis + pericardiotomía con ventana pleuropericárdica. Paracentesis (800 ml). Día 15º: transfusión de 3 UGR (total 6 UGR) x Hb: 3 gr/dl. Hto.12% y 4 PFC (APP: 29%, RIN: 2,5). Se realiza VEDA: gastropatía erosiva sin signos de sangrado.

Se objetiva signos de vasculitis periférica.

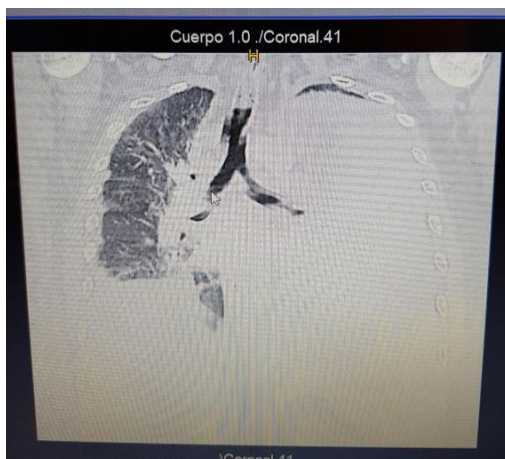
Día 25º: se suspenden diuréticos y antibióticos.

Día 30º: decanulación. Inicia dieta oral.

Día 40º: traslada a sala común.

Discusión: Los mecanismos de defensa del estafilococo aureus dificultan su destrucción, sumado a liberación de toxinas al torrente sanguíneo genera reacción inflamatoria generalizada requiriendo sostén multiorgánico y multidisciplinario.

Conclusión: La estafilococcemia es una entidad con elevada mortalidad por alta resistencia terapéutica y complicaciones orgánicas, sumado a detección tardía por escasa frecuencia de casos. Su diagnóstico temprano y soporte adecuado, son claves para disminuir su morbimortalidad.



0226 CLORHIDRORREA CONGENITA, REPORTE DE UN CASO.

JL CHONILLO COBEÑA(1), M ALFANO(1), MJ BRUERA(1), MJ MONTELLANOS JARAMILLO(1), S LUGO(1)
(1) Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La clorhidrorrea congénita es una enfermedad rara, autosómica recesiva, caracterizada por diarrea secretoria con alto contenido de cloro. La incidencia es de 1/40000 casos. Se presenta un caso diagnosticado en nuestra unidad.

Caso Clínico: Niña de 4 meses que concurre para control de salud. Antecedente de polihidramnios y distensión de asas intestinales por ecografía prenatal, nacida de 34 semanas de 1680g. Internada en UTIN 53 días por sospecha de sepsis y obstrucción intestinal realizándole biopsia para descartar Hirschsprung. Al ingreso se encontraba desnutrida, con marcada distensión abdominal, deshidratada con peso 1700g, presentaba hiponatremia (sodio 106 meq/l) e hipocloremia severa (54 meq/l). Las deposiciones eran líquidas, indistinguibles de la orina. Requirió múltiples correcciones del medio interno y alimentación parenteral. Por la clínica y el laboratorio se sospecha clorhidrorrea congénita que se confirma con el valor elevado de cloro en materia fecal (Cloro de 140 meq/L). Se suplementa con cloruro de sodio y de potasio. Presenta recuperación clínica y de laboratorio. Se inicia aporte enteral con buena respuesta.

Discusión: La Clorhidrorrea Congénita es una enfermedad causada por mutaciones en el gen *slc26a3* (c7). Se manifiesta por un defecto

selectivo en la absorción de electrolitos intestinales causando una diarrea secretoria con pérdidas elevadas de cloro, sodio y potasio. En la ecografía prenatal puede observarse polihidramnios e imágenes de asas intestinales fetales distendidas. Es habitual la prematuridad. Al nacer, los pacientes presentan el abdomen distendido con radiografías que muestra asas de ileon y colon dilatadas. La diarrea acuosa pasa desapercibida y se confunde con orina. Ante la sospecha clínica se debe realizar la determinación de cloro en materia fecal, siendo su alta concentración el criterio diagnóstico final. El objetivo del tratamiento es mantener dentro de límites normales la concentración de electrolitos en sangre suplementando las pérdidas intestinales. De ello, depende el pronóstico del paciente.

Conclusión: La presencia de polihidramnios y distensión de asas intestinales en el recién nacido con hiponatremia e hipocloremia amerita mediciones de cloro en materia fecal para confirmar diagnóstico de clorhidrorrea congénita. El diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento tienen implicancias pronósticas para el paciente.

0227 OBSTRUCCIÓN ALTA POST EXTUBACIÓN: EXPERIENCIA EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

J SIMONASSI(1), JP BONORA(1)
(1) Garrahan.

Introducción: La obstrucción alta postextubación (OAPE) es una complicación frecuente en la terapia intensiva pediátrica (UCIP) y tiene estrecha relación con el fracaso de extubación.

Objetivo: Determinar la prevalencia de OAPE, analizar su evolución en nuestra UCIP y describir las actuales estrategias de tratamiento no farmacológico que utilizamos.

Material y método: Estudio descriptivo-analítico, retrospectivo y transversal, llevado a cabo en la UCIP polivalente de un Hospital pediátrico de Alta Complejidad desde enero del 2016 a diciembre del 2017. Ingresaron al estudio todos los pacientes de 1 mes a 18 años que recibieron ARM a través de un tubo endotraqueal, realizaron weaning y se extubaron al menos una vez. Se registraron variables relacionadas con la demografía, vía aérea, ARM, weaning, uso de VNI y cánula de alto flujo (CNAF) postextubación. La variable dependiente OAPE fue definida como: presencia de estridor con retracción muscular de al menos un grupo muscular. El análisis descriptivo se realizó con tablas comparativas y porcentajes; para las variables continuas se utilizó mediana, percentil 25-75 y la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Para las variables categóricas se utilizó Chi2 o el test de Fisher. Fue estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de OAPE fue del 25% (65/260). 36 pacientes con esta complicación tenían una condición crónica compleja (CCC) previa al ingreso (55,4%). De los que tuvieron OAPE el 41,5% fracasó la extubación. Se utilizó VNI postextubación en el 33,8 % de los pacientes (22/65) siendo exitoso el tratamiento en el 50% (11). Se utilizó interfaz total face en el 95,5% (21). La CNAF se implementó en el 6,15% (4/65) siendo exitoso en todos los casos.

Conclusiones: La OAPE tiene una prevalencia del 25%. El uso de VNI para esta complicación es un tratamiento frecuente. La CNAF aparece como otra alternativa para esta problemática.

0228 REPORTE DE CASO DE PACIENTE CON BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD, CON IMPACTO SISTÉMICO

MM MASIP PEREZ BAROJA(1), F DADOMO(1), MJ KENNY(1), PR DOPAZO(1), A DEL PORTILLO(1), RD COSTABILE(1), G GAUDENZI(1), SL AGUIRRE(1), F BARSAGLINI(1), A BELLOCHIO(1), CE BENITEZ(1), B ALVAREZ(1), A LOPEZ(1), G MONTI(1), G CARDONATTI(1)
(1) Hospital Central De San Isidro.

Introducción: El SAMR adquirido en la comunidad se ha convertido en una frecuente etiología de NAC, que es su forma de presentación

■ Resúmenes

más habitual. Causa el 10-20% de los abscesos cerebrales, siendo esta una presentación poco común.

El tratamiento consiste en controlar el foco infeccioso de forma temprana e iniciar el tratamiento antibiótico adecuado.

Presentación del caso: Paciente masculino de 40 años, tabaquista. Consulta por dolor abdominal, fiebre y disnea. Al examen físico se encuentra lúcido taquipneico, taquicárdico, hipotenso y febril. Presenta rales crepitantes secos en torax y lesión indurada en glúteo izquierdo. Se realizó tomografía de tórax, abdomen y pelvis. Se observan en tórax múltiples imágenes de aspecto pseudonodular con bordes poco definidos, algunas con cavitación central. En abdomen hígado homogéneo y aumentado de tamaño.

Inicia tratamiento antibiótico con AMS, Clindamicina y Vancomicina cubriendo foco pulmonar. Ingres a UTI. Evolucion a desfavorablemente requiriendo IOT - ARM por IR tipo I. Presenta shock séptico con requerimiento de vasopresores, rabdomiolisis y parámetros de SDRA. Se reciben resultados bacteriológicos que informan hemocultivos, cultivo de esputo y de aspirado traqueal con presencia de SAMR-AC. Se optimiza dosis en base al dosaje de vancocinemia.

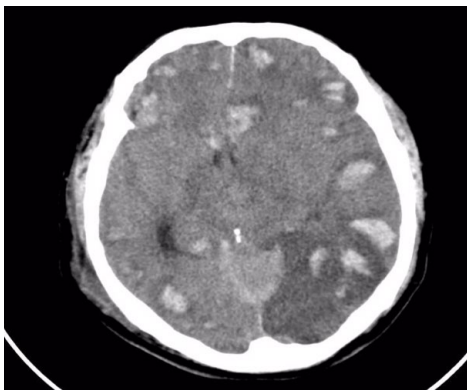
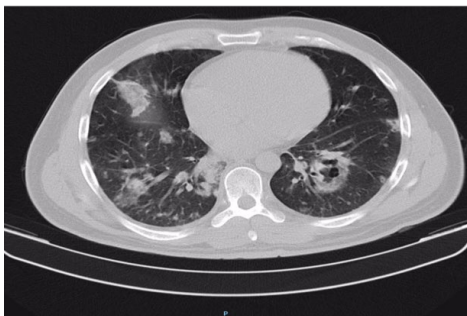
Al quinto día de internación se constata midriasis arreactiva, se realizan medidas antiedema y tomografía de encéfalo, donde se observan múltiples imágenes isquémicas con transformación hemorrágica y signos de edema cerebral. Se descarta conducta quirúrgica. Se suspende sedación sin observarse respuesta neurológica. Intercede con paro cardíaco.

Discusión: Se presenta paciente joven, con lesión en piel e importante compromiso sistémico. Se inicia tratamiento antibiótico sospechando SAMR-AC. Se realiza tomografía de torax que muestra hallazgos compatibles con impactos sépticos a nivel pulmonar. Evolucion a desfavorablemente. Se obtienen resultados de cultivos compatibles con diagnóstico planteado. Se ajusta dosis antibiótica en respuesta a concentración sérica en valle. Presenta compromiso neurológico, TAC de cerebro que muestra lesiones isquémicas y hemorrágicas. Sin conducta neuroquirúrgica. Paciente muere.

Conclusiones: Se debe tener en cuenta SAMR-AC como etiología frecuente.

Se sugiere descartar impactos sépticos de forma temprana.

El tratamiento de elección es Vancomicina, y se debe ajustar dosis en base a su concentración.



0229 EFECTO DE LA RECLUTABILIDAD SOBRE LA DIFERENCIA DE PRESIÓN EN LA VÍA AÉREA EN PACIENTES CON SDRA MODERADO Y SEVERO

N TIRIBELLI(1), S FREDES(1), M LOMPIZANO(1), D ROSSI(1), D CANTO(1), E ARISTA(1), P ESCALANTE(1), C CANESSA(1), R ALVARADO(1), S WELSH(1), N POZO(1), D VARELA(1), D QUARANTA(1), A FELDMAN(1), M GUAYMAS(1)

(1) Hospital Churruca Visca.

Introducción: En pacientes con SDRA la diferencia de presión en la vía aérea (ΔP_{va}) depende de volumen corriente, PEEP y compliance del sistema respiratorio (Csr).

Categorizar a los pacientes como reclutables o no reclutables (por mecánica respiratoria y variaciones en el volumen pulmonar o EELV no se utiliza frecuentemente en la práctica clínica. El efecto de la reclutabilidad sobre la ΔP_{va} no ha sido evaluado.

Objetivo: Describir el efecto de la reclutabilidad sobre la ΔP_{va} en pacientes con SDRA moderado/severo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, se registraron con PEEP 15 y 5 presión plateau (Ppl), PEEP total (PEEPT), y EELV (ml/kg). Se calculó ΔP_{va} y Csr a PEEP 5 y 15. La reclutabilidad se calculó: Variación de volumen medida = EELV PEEP 15 - EELV PEEP 5. Variación de volumen esperada = Csr a PEEP 5 x 10. Volumen reclutado = Variación de volumen medida - Variación de volumen esperada.

Si volumen reclutado >15% de variación de volumen esperada, el paciente fue considerado reclutable.

Los valores se reportan media (DS) o mediana (RIC). Se compararon diferencias con test de T apareado. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes. Sus características se describen en tabla 1. La mecánica respiratoria se describe en tabla 2. 31 fueron considerados reclutables y 27 no reclutables.

En el total el EELV fue mayor a PEEP 15 que a PEEP 5: 1510 (586) vs. 1014 (454) ml, $p=0,01$.

El EELV a PEEP 5 fue similar entre reclutables y no reclutables: 1045 (471) vs. 978 (439), $p=0,57$. El EELV a PEEP 15 fue mayor en los reclutables: 1680 (596) vs. 1314 (518) ml, $p=0,01$.

En el grupo total, la ΔP_{va} fue mayor a PEEP 15 que a PEEP 5: 10,8 (3,7) vs. 10,1 (3,2), $p=0,04$.

En los no reclutables la ΔP_{va} fue mayor a PEEP 15 que a PEEP 5: 11,3 (4,5) vs 9,8 (3,6), $p=0,01$. En los reclutables no hubo diferencia en la ΔP_{va} a PEEP 15 y a PEEP 5: 10.3 (2.8) vs. 10.3 (3.1), $p=1$.

Conclusiones: En pacientes reclutables, la PEEP alta aumentó el volumen pulmonar sin cambios en la ΔP_{va} . En no reclutables, la PEEP alta aumentó el volumen pulmonar pero aumentó la ΔP_{va} .

Tabla 1. Características de los pacientes.

Edad (mediana, RIC)	62 (40-71)
Sexo (n, %)	Hombres 38 (66) Mujeres 20 (34)
SAPS II (mediana, RIC)	45,5 (35-56)
Causa de VM (n, %)	Coma (6, 10) Aspiración (3, 5) Neumonía (16, 27) Trauma (10, 17) POP (9, 15) Sepsis (9, 15) Otra (5, 9)
PaO ₂ /FI _O 2 (mediana, RIC)	145 (112-189)
Días de VM (mediana, RIC)	8 (5-12,75)
Días de UCI (mediana, RIC)	11 (7-18,5)
Mortalidad (n, %)	18 (31)

Tabla 2.

Variable	PEEP 5 cmH2O			PEEP 15 cmH2O		
	Total	Reclutables	No Reclutables	Total	Reclutables	No Reclutables
Presión plateau, cmH2O (media, DS)	16,7 (3,3)	16,5 (3)	16,9 (3,7)	26,8 † (3,6)	26,3 (2,7)	27 (4,3)
PEEP total, cmH2O (media, DS)	6,5 (1,4)	6,9 (0,6)	6,2 (1)	15,8 (0,7)	15,7 (0,7)	15,9 (0,8)
Δ Pva, cmH2O (media, DS)	10,1 (3,2)	10,3 (3,1)	9,8 (3,6)	10,8 (3,7)	10,3 (2,8)	11,3 * (4,5)
EELV, (ml/kg) (media, DS)	1014,4 (454,1)	1045,7 (471,3)	978,5 (439,6)	1510,2 † (586,1)	1680,4 # (596,2)	1314,7 * & (518,1)

† p < 0,05 vs. PEEP 5 (Total)
 * p < 0,01 vs. PEEP 5 (No reclutables)
 # p < 0,01 vs. PEEP 5 (Reclutables)
 & p < 0,016 vs. PEEP 15 (Reclutables)

0230 HIPERFILTRACION RENAL EN UTI

PS MARINO(1), DR ARIAS(1), MC BIANCHI(1), C DAMIAN AMIN(1), AM D'ONOFRI(1), A PALAORO(1), A RUSCELLI(1), VE VARELA(1), M STRADINI(1), J AGUILA(1), MG POCE(1), M ORSATTI(1)
 (1) Higa Rossi.

Introducción: La Hiperfiltración Renal (HR), es una condición clínica caracterizada como la eliminación renal potenciada de los solutos circulantes y definida por clearance mayor de 130 ml/min en hombres y 120 ml/min en mujeres.

Su fisiopatología se relaciona con el desarrollo de un patrón cardiovascular hiperdinámico consecuencia de la respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por diversas injurias. Las principales patologías asociadas a HR son trauma, grandes quemados y neurocríticos—mayoritariamente TEC y HSA. Se reconocen como factores predisponentes, la reanimación con grandes volúmenes de fluidos y derivados sanguíneos.

El potencial impacto de la HR es la generación de concentraciones subterapéuticas de drogas de eliminación renal (heparinas y antibióticos).

Objetivo principal: Establecer la prevalencia de HR en pacientes críticos de terapia intensiva del HIGA Rossi desde enero 2017 hasta abril del 2018.

Objetivos secundarios: Determinar prevalencia según patología en mismo servicio y periodo de tiempo.

Metodología: Realizamos un estudio observacional, transversal, retrospectivo. A partir de un sistema básico de registro, se identificaron 260 pacientes internados en terapia intensiva en el periodo enero de 2017 - abril 2018. Se accedió a 132 historias clínicas con un IC 95%, en las cuales se reconoció RH calculado a través de formula con recolección de orina de 24hs en forma diaria.

Se discrimino por grupos de patologías: posoperatorio de cualquier causa excepto neurológicos, sepsis, neurocríticos—se incluyó postoperatorio— politraumatismos y otros (pancreatitis aguda, fibrosis quística, insuficiencia respiratoria en general, enfermedades neuromusculares).

Resultados: De un total de 132 pacientes analizados se obtuvo una prevalencia de 31,6 % de pacientes con HR. La valoración por patología específica identifiqué 34,8% de pacientes neurocríticos, 13,9 % posoperatorios, 13,9% sépticos, 11,62% trauma, otros: 25,58%. El clearance promedio fue de 176,1 ml/min con una media de 158 ml/min.

Conclusiones: Se reconoció la presencia de un porcentaje alto de HR en nuestra UTI, en concordancia con la bibliografía consultada. El presente trabajo motiva la persecución del reconocimiento de esta entidad para disminuir el impacto de sus consecuencias y realizar nuevos estudios con fines específicos de protocolizar el ajuste de fármacos que alteran su vida media en esta situación.

0231 VALORACIÓN DEL DELTA DE PRESIÓN EN PACIENTES CON SDRA MODERADO Y SEVERO: EFECTO DE LA UTILIZACIÓN DE LAS MANIOBRAS DE OCLUSIÓN

S FREDÉS(1), N TIRIBELLI(1), L MATIAS(1), C DIEGO(1), N FALCÓN PEREZ(1), L GRIECO(1), N GUMIELA(1), P ALDO(1), C PINO(1), N POZO(1), P REVEL CHION(1), G SIBILA(1), A FELDMAN(1), D QUARANTA(1), M GUAYMAS(1)
 (1) Cmpfa Churruca Visca.

Introducción: El delta de presión (DP) es la diferencia de presión elástica que se produce en el sistema respiratorio en relación al cambio de volumen, se encuentra directamente relacionado a las fuerzas de stress en el pulmón y representa la deformación cíclica a que el parénquima es sometido durante cada ciclo ventilatorio. Amato ha demostrado en pacientes ventilados con diferentes combinaciones de VT y PEEP que el DP se relaciona con mortalidad, pudiendo ser una herramienta útil para identificar riesgo de VILI. DP se define como la diferencia de presión entre el fin de inspiración (oclusión inspiratoria, plateau) y espiración (oclusión espiratoria, PEEP total). Sin embargo, estudios incluidos en su análisis y posteriores, no utilizan una valoración unificada del DP al no estandarizar las maniobras de oclusión.

Objetivos: Comparar el DP estático (DP Est) (presión de oclusión inspiratoria y espiratoria de 2 segundos) y DP dinámico (DP Din) (presión de oclusión de 0.3 seg, y PEEP seteada) en pacientes con SDRA moderado severo.

Material y métodos: Se incluyeron 48 pacientes con SDRA moderado y severo precoz (Tabla 1). En modo VC-CMV, a 6ml/Kg, flujo cuadrado, pausa 0.3 seg. y en ausencia de esfuerzos inspiratorios, se realizaron oclusiones inspiratorias y espiratorias y se registraron DP Est y DP Din a PEEP 0, 5 10, 15 y 20 cmH2O. Se realizó análisis descriptivo de las variables. Se reportan media, desvío estandar e Intervalos de Confianza (IC) 95%, o proporciones según corresponda. Las comparaciones se realizaron mediante ANOVA mediciones repetidas. Se consideró significativo una p<0.05.

Resultados: Considerando las 480 mediciones, el DP Din fue mayor al DP Est (14.69 ± 4.36 vs. 10.77 ± 3.73 cmH2O) con una diferencia de medias de 3.92 ± 2.34 cmH2O (IC 3.62-4.22, p=0.000). Utilizando DP Est, 12.91% de los pacientes presentaron DP ≥ 15, mientras que con DP Din fueron 39.58%. Los valores de DP fueron diferentes a todos los niveles de PEEP (Tabla 3).

Conclusiones: Existen diferencias en la evaluación del DP en relación a la manera de obtención de los valores de presión de fin de inspiración y espiración. Consideramos necesaria una puesta en común en la forma de evaluación de esta variable que refleje el comportamiento mecánico del sistema respiratorio.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos

Características de los pacientes incluidos	
n	48
Sexo masculino	32/48 (66.6)
SAPS II	46.9 ± 14.78
PaFIO; a la inclusión	131.2 ± 32.45
Motivo de VM	
ERC	2 (4.16)
IRA	41 (85.84)
Neumonía	9 (18.75)
Postoperatorio	9 (18.75)
Sepsis	8 (16.66)
Trauma	6 (12.5)
SDRA	2 (4.16)
Aspiración	2 (4.16)
EAP	1 (2.08)
PCR	1 (2.08)
Otra	3 (6.25)
Coma	4 (8.33)
Enf. Neuromuscular	1 (2.08)
Días de VM	8.6 ± 6.26
Extubados	28/48 (58.3)
Reintubados	5/28 (17.8)
Traqueostomizados	12/48 (25)
Mortalidad en UCI	16/48 (33.33)

ERC: enfermedad respiratoria crónica reagudizada, IRA, insuficiencia respiratoria aguda, SDRA, síndrome de distress respiratorio, EAP: edema agudo de pulmón, PCR: paro cardiorespiratorio

Tabla 2. Valores de DP Dinámicos y Estáticos a diferentes valores de PEEP.

PEEP	DP Dinámico	DP Estático	p
0	16.58 ± 4.69	10.88 ± 3.29	0,000
5	13.66 ± 3.65	9.72 ± 2.86	0,000
10	12.71 ± 3.23	9.49 ± 2.84	0,000
15	13.51 ± 3.47	10.25 ± 3.12	0,000
20	16.99 ± 4.85	13.5 ± 4.84	0,000

ANOVA mediciones repetidas de 1 factor.

0232 VALORACIÓN DE DOLOR EN UTI: BARRERAS Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

F CARINI(1), C GALVAN(1), S RODRIGUEZ(1), V VIAMONT(1), M GARBARINI(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable. Afecta entre el 50-65% de los pacientes en UTI, y hasta un 15% que sufren un dolor moderado. El paquete de medidas ABCDEF lo pone en primer lugar. Contamos con escalas útiles para medirlo, pero su implementación tiene barreras en la práctica diaria.

Objetivos:

1. Definir la prevalencia de valoración/ re-valoración (V-RV) adecuada de dolor en una UTI de un hospital privado de comunidad de la CABA
2. Detectar barreras para su implementación e idear estrategias para superarlas.

Material y métodos: En septiembre 2017 se realizó una medición basal de grado de cumplimiento con la V-RV mediante revisión de la HCE (Historia Clínica Electrónica). Para detectar las barreras se realizaron encuestas, entrevistas individuales y grupos focales.

El plan de mejora incluyó: educación en campo y vía campus virtual o mail y auditoría en HCE de V-RV con feedback individualizado. Se volvió a evaluar el cumplimiento en marzo de 2018.

Resultados: El cumplimiento basal con la V-RV fue del 52,63% (objetivo: 100%).

La mayoría reportaba conocer las herramientas que se utilizaban para medir dolor, así como el protocolo a cumplir. Entre las barreras para el registro se destacan: olvido; sobrecarga de trabajo (registro); desconocimiento; falta de indicación médica y demora en preparación de la medicación.

Se trabajó en campo con cada grupo de enfermería (150 enfermeros) y se continuó con auditoría y feedback personalizado (50 casos). También, se mejoró el ciclo de preparación de medicación. En marzo de 2018 el cumplimiento del ciclo V-RV era del 70%; el 100% de los pacientes tenían al menos una valoración de dolor por turno de enfermería (8 hs)

Conclusiones: Existen barreras para la implementación de este tipo de programas. Ajustar las acciones a las barreras e idiosincrasia de cada lugar de trabajo es esencial para el éxito de estas propuestas. El próximo paso será continuar con la implementación del paquete de medidas ABCDEF en forma integral.

0233 SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN Y RIESGO DE CONCIENCIA DURANTE EL PROCEDIMIENTO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

F CARINI(1), S GIANNASI(2)
(1) Hiba. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La intubación orotraqueal es un procedimiento de rutina en UTI. Las últimas recomendaciones internacionales refuerzan la importancia de la secuencia rápida de intubación (SRI) como estrategia de sedación/relajación óptima en esos casos. Existe el riesgo que el paciente esté consciente y con relajación neuromuscular durante el procedimiento. Presentamos un caso de conciencia mantenida durante intubación y revisamos las posibles causas y formas de prevenirlo.

Caso: Paciente femenina de 72 años (50 kg peso real), politraumatismo con fracturas costales múltiples por caída de altura. Al tercer día de internación en UTI requiere AVM, se decide IOT por secuencia rápida utilizando infusión en bolo EV de fentanilo 75 ug, etomidato 20 mg y bromuro de rocuronio 100 mg. Se logra intubación sin complicaciones. Al tercer día se logra extubar a la paciente, y ella relata haber estado consciente durante todo el procedimiento. Revisión de la evidencia y estrategias de mejora.

Existen reportes de conciencia durante la intubación con incidencias variables, que en algunos casos superan el 50%. Los factores de riesgo son la utilización de medicación sedante de corta vida media

y BNM de larga duración, la pobre calidad de accesos venosos, la utilización previa de medicación (como BZD) por parte del paciente y la sub-dosificación de la medicación sedativa. En el contexto de la SRI, no se recomienda esperar a que haga efecto el sedante antes de la infusión del BNM, con lo que otra estrategia útil podría ser el monitoreo con BIS. La planificación adecuada del procedimiento podría ayudar a evitar el riesgo de este EA (efecto adverso).

Conclusiones: La planificación adecuada del procedimiento de IOT ayuda a prevenir EA como la conciencia durante la intubación. Resaltamos la importancia de la SRI como estrategia óptima de abordaje en estos casos. La adecuada combinación de fármacos puede reducir notablemente la incidencia de conciencia durante la IOT.

0234 IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS RESPIRATORIOS Y OPTIMIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN POTENCIALES DONANTES DE PULMÓN

M BEZZI(1), S BORELLO(1), C BROVIA(1), JM CARBALLO(1), M ELIAS(1), A MORENO(1), V RUIZ(1), F CORDIVIO(2), D BARBIERI(2), A FARIÑA(2), L CAMPUTARO(2)
(1) Santojanni. (2) Eait.

Introducción: El pulmón es uno de los órganos que sufre mayor impacto en el contexto de la muerte encefálica (ME) perjudicando su procuración para trasplante. La baja disponibilidad de pulmones es consecuencia de múltiples factores asociados a la muerte encefálica, la administración de líquidos y la ventilación mecánica (VM) obligada. Algunos estudios sugieren la aplicación de una estrategia de protección pulmonar para mejorar el número y calidad de los pulmones procurados.

Objetivo: Determinar la eficacia de un protocolo de cuidados respiratorios implementado por el Instituto de Trasplante de la C.A.B.A. en término de alcanzar el objetivo de oxigenación en los potenciales donantes (PD) de pulmón. Objetivo secundario: comparar los resultados en cuanto a tasa de pulmones procurados e implantados con datos históricos.

Materiales y Métodos: Serie de casos prospectivo. Se incluyeron PD aptos para procuración de órganos con ME internados en las áreas críticas de instituciones de la C.A.B.A. que ingresaron consecutivamente desde abril de 2017 hasta marzo de 2018. Variables principales: número de PD que alcanzan el objetivo de procuración (PaO₂/FiO₂ mayor a 300), tasa de pulmones procurados, tasa de pulmones implantados.

Se consideraron valores significativos $p < 0.05$ (Test Chi cuadrado, Test exacto de Fisher).

Resultados: en el análisis principal se incluyeron 30 PD de los cuales 4 fueron eliminados. De los 26 restantes, 23 (88.5%) cumplieron el objetivo de oxigenación. En 10 PD el protocolo fue suspendido, de los restantes, 20 donaron órganos y 8 de ellos donaron pulmones (4 bipulmonar, 8 unipulmonares). El número de pulmones procurados e implantados en el período Abril 2016 - Marzo 2017 (control) fueron 7 mientras en el mismo periodo 2017- 2018 fueron 12 (tasa 3,7 % vs 6,0 %, valor $p = 0,293$). La tasa de pulmones implantados fue de 58,3 % (7/12) en el control histórico, mientras luego del protocolo fue de 100 % (12/12) (valor $p = 0,037$).

Conclusión: La implementación del protocolo de cuidados respiratorios en PD de pulmón permitió alcanzar el objetivo de oxigenación en la mayoría de los casos. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en la tasa de pulmones implantados en comparación con la cohorte de control histórico.

0235 REVISIÓN DE CASO CLÍNICO ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

WM TORREJÓN CHINCHÉ(1), A CANO(1), G GALVAN(1)
(1) Durand.

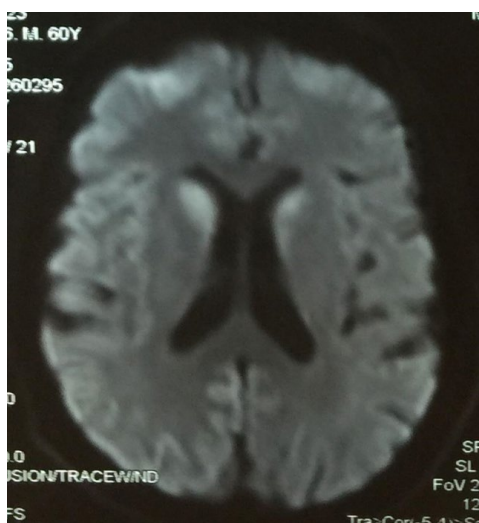
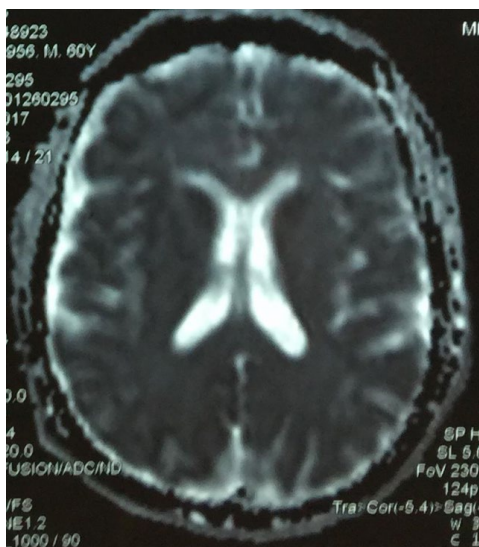
Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es un trastorno neurodegenerativo de rápido y progresivo deterioro cognitivo,

ataxia y alteraciones visuales. Es de las enfermedades conocidas como encefalopatías espongiiformes transmisibles o enfermedad de prionica, causadas por la acumulación de la proteína priónica.

Caso clínico: Paciente masculino de 61 años de edad, con antecedentes de padre fallecido por cuadro neurológico progresivo. Con cuadro clínico de 2 meses, por deterioro del sensorio progresivo, alteración de motricidad, marcha ataxia, disartria, aumento de la base de sustentación, acude a la nuestro Hospital, se realiza TAC de encéfalo (dos imágenes puntiforme secuenciales a nivel del tálamo y asta anterior del ventrículo lateral izquierdo), se realiza RMN cerebro sin gadolinio (imágenes hipertensas en T2 Y FLAIR a nivel periventricular y tálamo izquierdo, hiperdensidad frontal derecha y parietooccipital), se realiza EEG (ondas trifásicas polipunta), punción lumbar (hiperproteinorraquia), por sospecha de Creutzfeldt-Jakob, se toma perfil inmunológico (proteína 14-3-3) y se inicia pulsos de corticoides. Intercurre con deterioro del sensorio con requerimiento ventilación mecánica invasiva. El informe de proteína 14-3-3 en LCR reafirma el diagnóstico de Creutzfeldt-Jakob.

Discusión: Luego de realizar diagnóstico diferenciales y descartarlas otras entidades, según la clasificación OMS analizando los aspectos clínicos y examen complementarios, el diagnóstico definitivo es mediante histopatología.

Conclusión: El diagnóstico de Creutzfeldt-Jakob es un desafío, por la variabilidad en su presentación clínica e incidencia, debe considerarse en pacientes con demencia rápidamente progresiva, al de descartar otras enfermedades.



0236 POTENCIALIDAD Y PROYECTO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN HOSPITAL EL CRUCE

L RODRIGUEZ(1), LM RODRIGUEZ(1), LI TUMINO(2), O FARÍÑA(1), G SILVA MORA(3), NS MAROGNA(1), J ARANZABAL(4), L ATXUTXA BIZKARGUENAGA(4)
(1) El Cruce. (2) San Martín. (3) Evita Pueblo. (4) Donostia.

Introducción: En este trabajo se evaluará la actividad de procuración del Hospital El Cruce (HEC) y la posibilidad de implementar un programa de donación en asistolia controlada (DAC).

Objetivos:

1. Auditar el HEC en el proceso de donación de muerte encefálica
2. Valorar el número de potenciales donantes (PD) en asistolia controlada.
3. Realizar un proyecto de DAC para el HEC.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en el HEC.

Población: todos los fallecidos de la institución

Criterios de inclusión: fallecidos por patologías neurológicas, cardíacas y respiratorias graves, edad entre 2 y 65 años.

Criterios de exclusión: fallecidos bajo criterios neurológicos y en PCR repentina o no controlada, fallecidos con contraindicaciones para la donación: neoplasias transmisibles, infecciones transmisibles y disfunciones orgánicas.

Periodo: 1 de Enero de 2017 a 31 de Diciembre de 2017.

Resultados: El total de obitos hospitalarios fue 353.

Se diagnosticaron 25 muertes bajo criterios neurológicos. El 60% se convirtió en donantes reales, y los no donantes se distribuyeron en 24% oposición a la donación y 16% contraindicaciones médicas. Se diagnosticaron 328 muertes bajo criterios circulatorios. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para DAC con lo que se obtuvieron 12 PD.

El proyecto de implementación del programa DAC:

- Plan hospitalario para detección de potenciales donantes, abordaje familiar, técnicas propias de este procedimiento (canulación, métodos de preservación y logística), recursos humanos y materiales necesarios.

- Protocolo de actuación de DAC.

- Presentación a las autoridades del sistema de salud y legisladores.

Conclusiones: El HEC presenta un aceptable número de donantes en muerte encefálica, aunque se debe optimizar el proceso.

La implementación de un programa de DAC podría aumentar de forma significativa el número de donantes.

El HEC cumple los criterios internacionales para que se pueda implantar un programa DAC que podría ser pionero en Argentina.

0237 EFECTO DE LA PEEP SOBRE EL COMPONENTE RESISTIVO INSPIRATORIO EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO VENTILADOS A BAJO VOLUMEN CORRIENTE.

E STEINBERG(1), G AVACA(1), M BERTÉ(1), G GARCÍA(1), L GIMÉNEZ(1), P GIMÉNEZ(1), A GOLDBERG(1), K MIRALLES(1), D NOVAL(1), G NAHMÍAS(1), M OJEDA(1), A SANTAMARÍA(1), N SEGURA(1), N TIRIBELLI(2), S FREDES(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre. (2) Cmpfa Churrucú Visca.

Introducción: La evaluación de la mecánica respiratoria en pacientes con SDRA es de vital importancia para el entendimiento de la severidad y a la hora de la implementación de ventilación protectora. Al realizar una pausa teleinspiratoria (en VC-CMV con flujo cuadrado) se produce una caída inicial de la presión (RMin, Pico-P1) atribuida a la resistencia óhmica generada por la vía aérea, y otra posterior (ΔR , P1-Plat) debido al fenómeno de pendelluft y al comportamiento viscoelástico de relajación por stress del sistema respiratorio. La suma de ambas determinan la resistencia máxima (RMax, Pico-Plat). Estudios previos han demostrado que PEEP \geq 10 cmH₂O podría modificar las propiedades viscoelásticas pulmonares

por inhomogeneidad secundaria a sobredistensión regional, incrementando el efecto pendelluft con aumentos en la ΔR y RMax. Sin embargo, estos efectos no han sido evaluados a bajo volumen corriente.

Objetivo: Describir el comportamiento de los distintos componentes resistivos ante el incremento de PEEP en pacientes con SDRA moderado/severo ventilados con bajo volumen corriente.

Material y Método: Se incluyeron 24 pacientes con SDRA moderado y severo precoz (Tabla 1). En modo VC-CMV, a 4-6ml/Kg, flujo cuadrado, pausa 0.3seg. y en ausencia de esfuerzos inspiratorios, se realizaron oclusiones teleinspiratorias de 2 seg. a PEEP 0, 5, 10, 15 y 20 cmH₂O. Se realizó un análisis observacional de la presión en vía aérea y se obtuvieron valores de Pico, P1 y Plateau. Se calcularon las diferencias entre las mismas y se ajustó al flujo inspiratorio para calcular RMax, RMin y ΔR . Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Se reportaron media y desvío standard. Las comparaciones se realizaron mediante test de ANOVA para muestras relacionadas. Se consideró significativo una $p < 0.05$.

Resultados: Los valores de las variables principales se presentan en la Tabla 2. A partir de 10 cmH₂O de PEEP se observó un aumento de la ΔR y disminución de la RMin, resultando en reducción en la RMax.

Conclusiones: A diferencia de estudios previos, en el contexto de volumen corriente bajo, la aplicación de PEEP creciente se observó un aumento en la ΔR (aumento de la inhomogeneidad pulmonar por sobredistensión) con disminución de la RMin (aumento del diámetro de la vía aérea), que resultó en una disminución de la RMax. La evaluación del comportamiento de los diferentes componentes de la resistencia inspiratoria podría ser útil en la evaluación de la respuesta a la PEEP en pacientes con SDRA en VM.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos

Características de los pacientes incluidos	
n	24
Sexo masculino	13/24 (54,16)
SAPS II	46,9 ± 14,78
PafO ₂ a la inclusión	131,2 ± 32,45
Motivo de VM	
ERC	1 (4,16)
IRA	19 (79,16)
Neumonía	4 (16,6)
Postoperatorio	4 (16,6)
Sepsis	3 (12,5)
Trauma	3 (12,5)
SDRA	1 (4,16)
Aspiración	1 (4,16)
EAP	1 (4,16)
PCR	1 (4,16)
Otra	1 (4,16)
Coma	3 (12,5)
Enf. Neuromuscular	1 (4,16)
Seteo ventilatorio	
VC ml.	382,8 (85,47)
VC ml/Kg.	5,81 (0,8)
FR	27,04 (4,98)
Ti	0,99 (0,06)
Flujo	0,75 (0,12)
Días de VM	
Extubados	8,6 ± 6,26
Reintubados	13/24 (54,1)
Traqueostomizados	3/13 (23)
Mortalidad en UCI	6/24 (25)
	8/24 (33,33)

ERC: enfermedad respiratoria crónica reagudizada, IRA, insuficiencia respiratoria aguda, SDRA, síndrome de distress respiratorio, EAP: edema agudo de pulmón, PCR: paro cardiorespiratorio, VC: Volumen corriente, FR: frecuencia respiratoria, Ti: tiempo inspiratorio.

Tabla 2. Valores de diferencias de presión y resistencia a diferentes PEEP.

	PEEP 0	PEEP 5	PEEP 10	PEEP 15	PEEP 20
Pico - Plateau	16,03 (4,06)	15,07 (3,82)	14,64 (3,77) ^{ns}	14,3 (3,83) ^{ns}	14,38 (3,83) ^{ns}
Pico - P1	13,41 (4,13)	12,56(4,18)	11,94 (4,08) ^{ns}	10,99 (4,24) ^{ns}	10,02 (4,41) ^{ns}
P1 - Plateau	2,64 (1,69)	2,5 (1,9)	2,69 (1,96)	3,3 (2,06) ^h	4,36 (2,39) ^{ns}
R _{max}	16,33 (4,47)	15,33 (4,26)	14,91 (4,24) ^{ns}	14,54 (4,2) ^{ns}	14,65 (4,36) [*]
R _{min}	13,61 (4,36)	12,76 (4,41)	12,13 (4,29) ^{ns}	11,15 (4,39) ^{ns}	10,14 (4,52) ^{ns}
ΔR	2,72 (1,84)	2,56 (1,99)	2,77 (2,07)	3,38 (2,15) ^h	4,52 (2,66) ^{ns}

^{*} $p < 0,05$ vs. PEEP 0
& $p < 0,05$ vs. PEEP 5

0238 FEOHIFOMICOSIS CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO

M ANDRIAN(1)

(1) Castro Rendon.

Introducción: La feohifomicosis cerebral es una micosis invasiva infrecuente y de mal pronóstico. Son causadas por hongos dematiáceos que se caracterizan por presentar melanina en su pared, lo que les confiere resistencia a la fagocitosis.

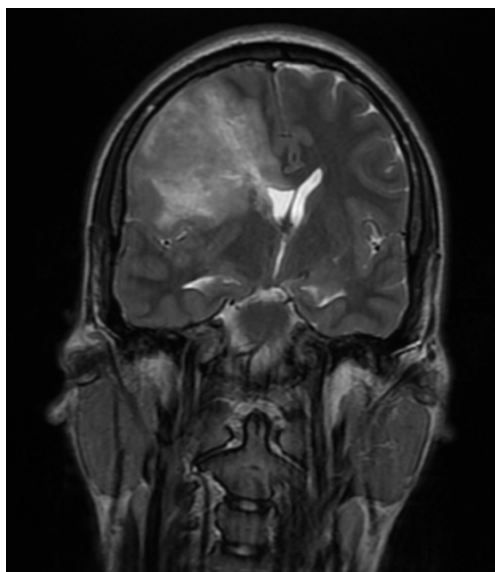
Presentación del caso: Paciente masculino de 26 años, con antecedente de otitis y sinusitis a repetición. Consulta por parestesias y paresia de hemicuerpo izquierdo, asociado a cefalea de 7 días de evolución, agregando en las últimas 24 hs fiebre, fotofobia y vómitos. El laboratorio constata leucocitosis con desviación a la izquierda, test de HIV negativo. Se realiza TAC de cerebro que evidencia área hipodensa cortico subcortical fronto parietal derecha con discreto realce post contraste, con efecto de masa, sugestivo de cerebritis. La RMN evidenció lesión de carácter expansivo en lóbulo frontal derecho, con extensión hacia el cuerpo del núcleo caudado y el cuerpo calloso, sugestiva de proceso micótico o aneigitis granulomatosa. Se toman cultivos y se inicia tratamiento con ceftriaxona, ornidazol y anfotericina B.

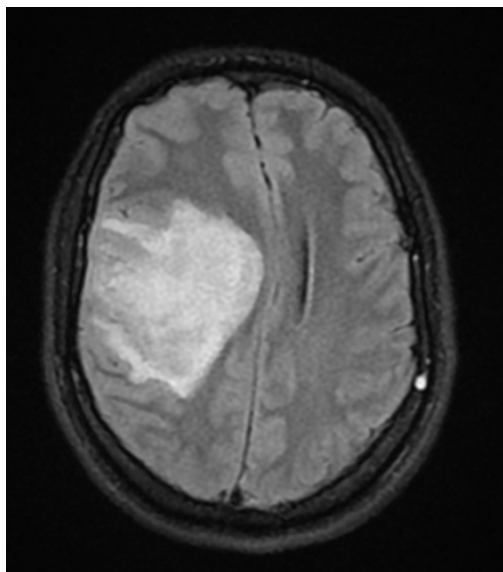
Evoluciona durante las primeras 24 hs con deterioro del sensorio secundario a progresión del edema perilesional, por lo que se realiza hemicraniectomía descompresiva derecha, evidenciándose material purulento, que se evacúa y se envía a cultivo y anatomía patológica. Requirió monitoreo de PIC por 72 hs, evolucionando con HTE, con TAC de cerebro control que evidencia múltiples lesiones isquémicas. A las 48 hs de la cirugía se rescata en cultivos un hongo negro que posteriormente se tipifica como bipolaris spp. Se agrega tratamiento con voriconazol. No se encontró durante su estudio ninguna causa de inmunocompromiso.

El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta a los 60 días, secuelado con hemiparesia braquiocrural izquierda, continuando en tratamiento con voriconazol.

Discusión: Se recomienda la evacuación quirúrgica asociado al tratamiento prolongado con voriconazol, aunque a pesar del tratamiento la mortalidad es cercana al 70%.

Conclusión: La relevancia de este caso está dada no sólo por la escasa frecuencia de la enfermedad, sino que además el género bipolaris spp. aislado en la forma cerebral no es frecuente, y la respuesta al tratamiento instaurado, en contraste con la mayoría de los casos reportados en la literatura, fue favorable.





2039 COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES POST TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

P REYES(1), A LUGRIN(1), S TORRES(1), MH FERNÁNDEZ DARRITCHON(1), MA MAYANS(1), P LONGO(1), T IOLSTER(1)
(1) Universitario Austral.

Introducción: El trasplante de progenitores hematopoyéticos es un procedimiento terapéutico validado en pediatría tanto para patologías oncológicas como no oncológicas, siendo en algunos casos la única alternativa terapéutica. Los esquemas de acondicionamiento, el régimen inmunosupresor y las complicaciones asociadas al trasplante dependerán de la enfermedad de base del paciente y el tipo de trasplante realizado. Dentro de las complicaciones más frecuentes encontramos la enfermedad injerto contra huésped, las infecciones, las complicaciones respiratorias y hemodinámicas, y en menor medida las complicaciones renales y neurológicas, las cuales conducen al requerimiento de cuidados intensivos. Numerosos trabajos evalúan la sobrevida de los pacientes trasplantados admitidos en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) por complicaciones secundarias al trasplante. La sobrevida global oscila entre 38 y 71 %. Dentro de las complicaciones que mayor morbimortalidad provocan encontramos la falla respiratoria, motivo de admisión en terapia intensiva para esta población. Distintas son las causas que conducen a esta complicación, presentando en un elevado porcentaje de pacientes la muerte como desenlace.

Objetivo: Evaluar la morbimortalidad asociada a las complicaciones respiratorias en pacientes con requerimiento de cuidados intensivos pediátricos luego del trasplante de médula ósea.

Material y método: Revisión y análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes trasplantados de células hematopoyéticas desde el 1 de diciembre de 2001 al 1 de mayo de 2018 admitidos en la UCIP del Hospital Universitario Austral.

Resultados: Durante el período analizado se realizaron 193 trasplantes pediátricos. Del total de pacientes trasplantados, el 45.6% requirieron cuidados intensivos por complicaciones secundarias al mismo. Fallecieron un 22,8% (n=44) entre el comienzo del acondicionamiento y los primeros 60 días posteriores al trasplante; en relación a los pacientes que requirieron cuidados intensivos el 49,42% de los pacientes fallecieron. El 71.4% (poner la n=) de los pacientes que necesitaron AVM fallecieron.

El requerimiento de ventilación mecánica mayor a 4.25 días tiene un OR 3.134 (IC 2.8907- 14.52309) para mortalidad.

Conclusiones: La mortalidad se incrementa de manera notoria cuando los pacientes presentan mayor cantidad de días con requerimiento de ventilación mecánica.

2040 ARRITMIA EN POSTQUIRÚRGICO ALEJADO DE TETRALOGÍA DE FALLOT

P REYES(1), A LUGRIN(1), A SIABA SERRATE(1), R FRAIRE(1), MF SÁNCHEZ(1), H FREIRE(1), E MARTÍNEZ DEL VALLE(1), C KREUTZER(1)
(1) Universitario Austral.

Introducción: La tetralogía de Fallot representa el 6-7% de las cardiopatías congénitas. La corrección quirúrgica se realiza en distintos momentos y mediante diferentes técnicas quirúrgicas. Secundario al procedimiento, pueden existir complicaciones como anomalías del ritmo y la conducción. La muerte súbita es la causa más frecuente de mortalidad a largo plazo en estos pacientes.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino, con diagnóstico al nacimiento de tetralogía de Fallot (CIV subaortica grande, EP valvular moderada, desviación del septum interventricular, calciamiento aórtico menor del 50%), con clínica de insuficiencia cardíaca, sin crisis de cianosis.

A los 3 meses se realizó la corrección quirúrgica. Salió de bomba con bloqueo AV que recuperó ritmo sinusal rápidamente. Requirió AVM 5 días, sin arritmias ni sangrados, con diálisis peritoneal (3 días). Sin complicaciones posteriores en el seguimiento.

A los 5 años de edad inició episodios sincopales con limitación de la vida cotidiana. Comenzó seguimiento con cardiología y neurología sin hallazgos patológicos en múltiples estudios complementarios. A los seis años de edad consultó por vómitos incoercibles, cefalea, mareos, sensación de vértigo, sialorrea; presentó palidez generalizada, sudoración, mucosas semihúmedas, y taquicardia. Se internó y con sospecha de equivalente convulsivo, inició tratamiento con Oxcarbacepina. En la internación presentó episodio de bradicardia (FC 35 lpm) con palidez, pérdida de conocimiento del control de esfínteres. Ingresó a UCIP con FC 25 lpm, pérdida de conciencia que recupera ad integrum espontáneamente y evidencia en el ECG intraepisodio de ondas p que no conducen; ante sospecha de Bloqueo de nódulo AV de 3er grado, se inició goteo con Isoproterenol, con regular respuesta por lo que se colocó marcapasos transitorio por hemodinamia y luego marcapasos definitivo.

Discusión: La corrección de la tetralogía de Fallot presenta como principal complicación a largo plazo la muerte súbita. Si bien a nuestro paciente durante el seguimiento ambulatorio se le realizaron múltiples estudios, no fue evidenciado el hallazgo electrocardiográfico compatible con bloqueo aurículoventricular. De los pacientes con taquicardia ventricular, el 60% tienen extrasístoles ventriculares frecuentes en el Holter.

Conclusión: A raíz del caso clínico presentando el servicio de UCIP incorporó un desfibrilador externo con marcapasos a su servicio.

2041 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN STROKE ISQUÉMICO DE CIRCULACIÓN POSTERIOR DURANTE ANGIOPLASTIA CORONARIA

RC CHRISTIAN LUIS(1), JE ALFONSO(2), LM BRACCINI(2), G REPETTO(2), P ANGEL ESTEBAN, JA CIALZETA(2), H ALVAREZ(2), FN FALCON(2), JM OCHOA(2)
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes. (2) Instituto De Cardiología.

Introducción: El cateterismo coronario es un procedimiento seguro. La incidencia de stroke isquémico durante la intervención coronaria

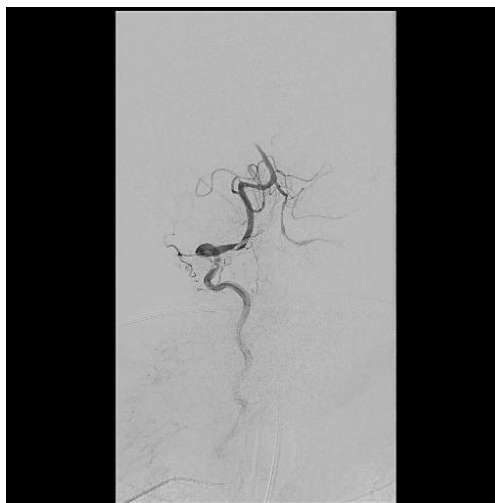
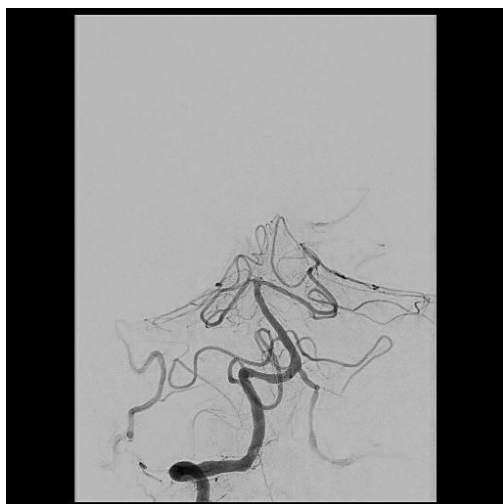
es del 0.18-0.44%, manteniéndose constante durante los últimos 20 años.

Objetivo: Reportar un caso de stroke isquémico de circulación posterior durante angioplastia coronaria.

Caso clínico: Hombre de 62 años de edad portador de enfermedad coronaria de múltiples con CRVM previa y cinecoronariografía que informa oclusión total de arteria DA, puente mamario interno izquierdo, CD y circunfleja + estenosis subtotal de tronco de coronaria izquierda decidiendo tratamiento endovascular. En noviembre del 2017 ingresa al servicio de hemodinamia del Instituto de Cardiología de Corrientes en plan de colocación de stent convencional, evolucionando intraprocedimiento con afasia global y deterioro neurológico (Glasgow 6/15 + NIHSS de 18 puntos) por lo que se decide su IOT quedando ventilado acoplado a AMV presentando RASS -5. Se realiza angiografía cerebral que evidencia oclusión total de arteria basilar, asumiéndose como stroke isquémico de circulación posterior. Se decide realizar trombectomía con dispositivo CATCH +, observándose al extraer el dispositivo dos trombos de pequeño tamaño y un fragmento de ateroma. Se realiza angiografía de control observándose apertura del vaso con opacificación completa de la circulación posterior. Ingresa al servicio de terapia intensiva hemodinamicamente estable. Se realiza RNM de cerebro con secuencia DWI/FLAIR que informa múltiples lesiones isquémicas de estadio subagudo de origen ateromatosas y embolicas en ambos hemisferios cerebelosos. Se cierra sedación para valoración neurología presentando score de Glasgow 10/10 por lo que se decide su extubación sin complicaciones, se realiza score de NIHSS presentando una puntuación de 4. A las 24 hs posterior se decide su pase a sala general con NIHSS de 0 y MRS 0.

Discusión: El Stroke isquémico periprocedimiento es una complicación temida. El estrés mecánico causado por la manipulación del catéter puede liberar material aterosclerótico siendo una causa importante para el desarrollo del stroke, por lo que el uso de catéteres flexibles, el menor tiempo de fluoroscopia y evitar la ventriculografía pueden disminuir el riesgo de eventos.

Conclusión: Creemos importante destacar la eficacia y seguridad de la trombectomía mecánica como tratamiento de reperfusión cerebral durante la fase aguda del stroke isquémico.



0242 NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD. EXPERIENCIA EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE EL PERIODO 2014-2017

R GREGORI SABELLI(1), S CACERES(1), C DOMINGUEZ(1), G MAMMOLITI(1), Y LAMBERTO(1), G MEDINA(1), P MARTIN(1), P SAUL(1), P VELASQUEZ LOPEZ(1), N CHACON(1), O VILLAR(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1)
(1) Muñiz.

Introducción: Neumonía aguda de la comunidad (NAC) causa frecuente de morbimortalidad mundial. Incidencia anual en adultos 5-11/1000 personas. En Argentina es 1.26/1000 habitantes. Mortalidad ambulatoria varía 0.1-5% y hospitalaria supera 50%. Presentamos NGC, causa de ingreso relevante hospitalaria.

Objetivo: Describir características clínicas de pacientes con NGC internados en TI y relacionar variables con mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de 85 pacientes en TI con NGC (2014-2017). Usamos estadística descriptiva. Para variables continuas calculamos media (M), mediana (Me) y mínimo y máximo muestral. Para las discretas calculamos frecuencias y porcentajes. Consideramos p significativa $< 0,05$.

Resultados: Hombres 64%. Incidencia 6,67%. Edad Me 44 (16-78) años. Días de internación Me 7 días (1-34). Factores comórbidos HIV positivo 45%, EPOC 34%, tabaquista 50%, etilista 34%, drogas ilícitas 20% y corticoides sistémico 5%. Antibioticoterapia previa 20%. Síndrome típico 68%. Radiografía de tórax consolidación 51%, multilobar 48% e intersticiopatía 40%. Criterios mayores 55% requirió VM y 38% vasopresores. Criterios menores taquipnea, PAFI inferior 250 e infiltrados multilobares. Leucocitos Me 10300 (2000-47300), lactato Me 2 (0,7-12,6), procalcitonina Me 1,83 (0,05-40,55), proteína C reactiva Me 83 (11-334) y albuminemia Me 2,8 (1,4-4,7). CURB65 > 0 igual a 3 38%. APACHE II ingreso Me 15 (6-39) y SOFA ingreso Me 4 (0-15) puntos.

Muestras positivas esputo 27%, aspirado traqueal 21% y lavado bronquioloalveolar 14%. *Streptococcus pneumoniae* 31% (100% sensibles a penicilina) con hemocultivos positivos 15% y antígeno urinario positivo 14%, Gram negativos (*Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli*) 8% y virus: Influenza A 8% y Hanta virus 6%, *Aspergillus fumigatus* 3 pacientes.

Complicaciones SDRA 20%, neumonía intrahospitalaria 8%; neumotórax, sepsis y derrame pleural 7% (28% empiema).

Mortalidad 35%. Estadísticamente significativa entre hombres, VM, vasopresores, taquipnea > 30 respiraciones por minuto, multilobar, leucopenia < 4000 células/mm³, uremia > 45 mg/dl y shock séptico y mortalidad ($p \leq 0,05$)

Conclusiones: Recomendamos evaluar gravedad en admisión al hospital, utilizando el CURB 65, o sus componentes individuales.

Las comorbilidades no influyeron en la mortalidad. Etiológicamente un tercio corresponde a neumococo con hemocultivos semejante a bibliografía (15%) y en segundo lugar tener en cuenta influenza y descartar virus hanta, principalmente en pacientes que provienen del corredor Buenos Aires- La Plata.

0243 HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS

G GALINDEZ(1), L GIMENEZ(1), C VARGAS(1), G BREITLING(1), M MONTENEGRO(1), J POLLINI(1), J CATAGNINO(2)
(1) Sanatorio De La Providencia. (2) Sanatorio.

Introducción: La Leptospirosis es una antropozoonosis de distribución mundial, causada por espiroquetas patógenas del género *Leptospira* y caracterizada por una vasculitis generalizada.

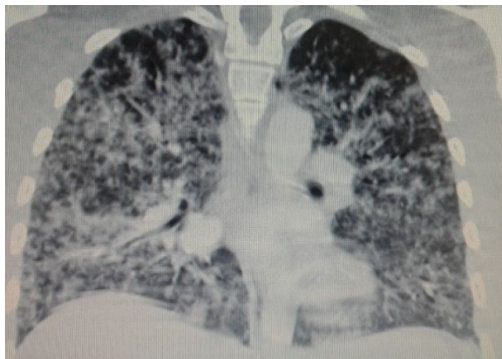
Presentación del Caso: Paciente masculino de 18 años, trabajador en construcciones del conurbano sur de BsAs, sin antecedentes de relevancia

Consulta por guardia externa, por cuadro de 10 días de evolución consistente en tos seca, fiebre 38 grados, astenia, mialgias, a los que se agrega en las últimas 24 hs expectoración hemoptoica. Al examen físico tensión arterial 110/60mmHg frecuencia cardíaca 110lpm, frecuencia respiratoria 22rpm, temperatura 38 grados, ventilando en forma espontanea, murmullo vesicular disminuido rales bibasales, petequias en miembros inferiores. Glóbulos blancos 7900, neutrófilos 78%, hematocrito 22 hemoglobina 6,2 VSG 640 plaquetas 70000 urea 49 creatinina 1.06 PCR 58 tp 98%. GOT 162 GPT 83 LDH 438. Ph 7.48 co2 31 po2 51 bicarbonato 20 eb -2.7 Paciente con insuficiencia respiratoria y alcalemia respiratoria. Se realizó intubación orotraqueal, se indican 6 unidades de plaquetas. Y se inicia atb con levofloxacina 500mg día.

Se realizó Fibrobroncoscopia por hemoptisis masiva donde se evidencia restos hemáticos provenientes del lóbulo superior izquierdo. Se solicitó hcx2, urocultivo, Ac Mycoplasma, Clamydia Pneumoniae, CMV, Epstein Barr, influenza, Ac Hantavirus, serología HIV, las cuales fueron negativos. Ac IgM positiva para leptospirosis. Se inició tratamiento con pulsos de corticoides metilprednisolona 1 gramo día por tres días. Presentando mejoría notable de la clínica y parámetros de laboratorio.

Discusión: El Síndrome pulmonar hemorrágico grave, puede manifestarse como una neumonía aguda, en general del tipo de las "neumonías atípicas" o en su forma más grave como hemorragia pulmonar. Los pacientes pueden presentar escasa sintomatología respiratoria: tos seca y en ocasiones hemoptisis; las formas graves transcurren con disnea, taquipnea, esputo hemoptoico o hemoptisis. Las alteraciones radiológicas se caracterizan por infiltrados intersticiales focales o difusos.

Conclusión: La Neumonía Aguda de la Comunidad es una presentación frecuente de la Leptospirosis, observada entre el 20 y el 70% de los pacientes. La forma clínica que ha sido reconocida con mayor frecuencia en las últimas décadas es la hemorragia pulmonar.



0244 SCHWANNOMA ABSCEDADO

G GALINDEZ(1), L GIMENEZ(1), C VARGAS(1), G BREITLING(1), M MONTENEGRO(1), R D'AMATO(1), J POLLINI(1), J CASTAGNINO(1)
(1) Sanatorio De La Providencia.

Introducción: Los schwannomas, también llamados neurilenomas o neurinomas, son tumores benignos de origen neuroectodérmico, compuestos por células de Schwann diferenciadas. Son poco frecuentes en el área de la cabeza y el cuello (constituyen 25% de los observados en el organismo).

Presentación del Caso: Paciente masculino de 52 años de edad, con antecedentes médicos de HTA, gastritis, sedentarismo, sobrepeso. Cursaba internación en clínica médica por lumbociatalgia derecha invalidante de 6 días de evolución, asociado a parestesias en MMSS, con mal manejo del dolor, ingresando a UTI por presentar disnea progresiva, mala mecánica ventilatoria y desaturación, con requerimiento de IOT y conexión a AVIM.

En RNM imagen ocupante de espacio a la altura de C2 a C4, diagnóstico presuntivo tumor cervical extradural abscedado. Se indicó tratamiento quirúrgico, durante su internación requiere traqueostomía por ventilación prologada. Intercurre con NIH, sepsis endovascular a SAMS. Por ETE control se constatan vegetaciones en válvula mitral, por lo cual se decide prolongar por 6 semanas tratamiento antibiótico con AMS.

Informe de anatomía patológica histología compatible con neurilemoma (schwannoma).

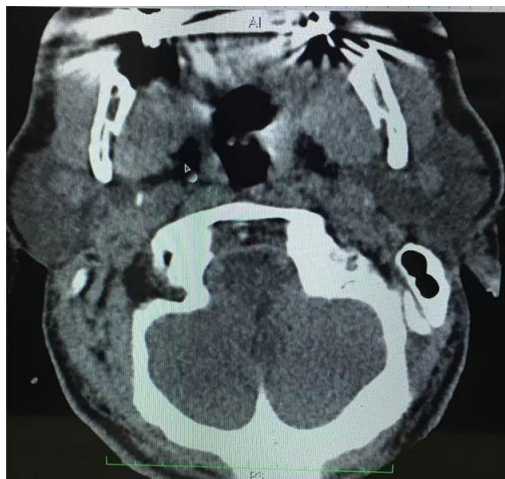
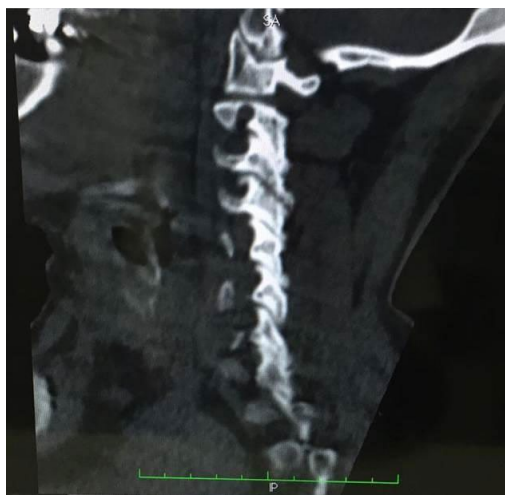
Hipoacusia derecha asociado a Romberg positivo izquierdo.

Al alta sanatorial en plan de rehabilitación motora, collar cervical, deambulacion asistida con andador, observándose lateralización hacia izquierda.

Discusión: En cuanto a las pruebas complementarias, algunos autores defienden que la punción-aspiración con aguja fina tiene baja redito diagnóstico, cuya precisión depende de la calidad de la muestra y de la experiencia del patólogo.

Como estudio de elección para su diagnóstico por imagen se recomiendan la tomografía y la resonancia magnética nuclear cervical. El diagnóstico definitivo de schwannoma se establece mediante la histopatología de la lesión.

Conclusión: Resaltar una patología tumoral, de comportamiento benigno, con múltiples presentaciones clínicas y variados diagnósticos diferenciales.



0245 INSUFICIENCIA HEPATICA POR TALIO

G GALINDEZ(1), L GIMENEZ(1), C VARGAS(1), G BREITLING(1), M MONTENEGRO(1), J POLLINI(1), J CASTAGNINO(1)
(1) Sanatorio De La Providencia.

Introducción: El Talio es un metal pesado utilizado en procesos industriales, fabricación de conductores fotoeléctricos e industria del vidrio. Hasta el año 1978 el sulfato de Talio fue utilizado como raticida, su venta fue prohibida por la alta peligrosidad en uso domiciliario, por ingesta incidental e intencional con características graves. Prohibido en Argentina, aún puede encontrarse en envases viejos. Se absorbe por vía respiratoria, cutánea y gastrointestinal.

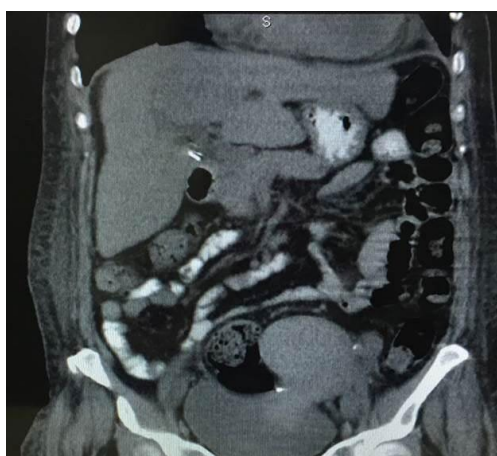
Presentación del Caso: Paciente femenino de 51 años de edad, antecedentes de Hipotiroidismo, NAC, colecistectomía, seguimiento por reumatología durante 6 meses por sospecha de enfermedad autoinmune. Residente en zona urbana del conurbano bonaerense (Valentín Alsina), polo industrial.

Ingresó derivada desde el Hospital Evita Lanús por hepatopatía en estudio y neumonía de la comunidad, consultando por astenia, adinamia, mialgias generalizadas, con impotencia funcional, vómitos de meses de evolución, agregándose en las últimas 48 hs fiebre, disnea CF II-II. TAC de tórax se evidencia consolidación de lóbulo superior izquierdo y lingula, comenzando con AMS. Laboratorio BT 8,49 BD 5,69 TP 22% KPTT 59,6. Se interpreta como insuficiencia hepática. La paciente evolucionó con síndrome confusional subagudo, temblor distal en los 4 miembros. Se observó importante pérdida de cabello durante la internación, con zonas de alopecia

previas. Marcadores tumorales negativos. Marcadores de enfermedades autoinmunes negativos. Hepatitis negativa. EMG: neuropatía sensitivo-motora. Talio en orina de 24 hs: 540 mg/L (valor de referencia en no expuestos: hasta 3 mg/L). Se realizó tratamiento con Azul de Prusia con remisión total de la hepatopatía, de la confusión mental y de la pérdida de cabello.

Discusión: El talio es un tóxico muy peligroso que en el organismo tiene efecto acumulativo, porque ingresa fácilmente por vía inhalatoria, cutánea y digestiva, pero es difícil de eliminar. Provoca alteraciones neurológicas (convulsiones, parálisis, trastornos de conducta, del sueño, coma), mialgias, trastornos digestivos, cardíacos, hepáticos, renales y, a largo plazo sus efectos pueden ser letales.

Conclusión: Es importante tener presente la intoxicación con metales pesados en los casos clínicos que presenten signos/síntomatología inespecífica con marcadores específicos negativos. En este caso, la manifestación tóxica típica de un metal pesado (Talio) que nos alentó en la búsqueda del mismo fue la pérdida de cabello.



0246 ABSCESO CEREBRAL POR NEUMOCOCO: A PROPOSITO DE UN GERMEN INUSUAL

R FANOLA(1), P BOSCHINI(1), G CERRO(1), M MORANTE(1), R QUIROGA(1), JL VILLCA(1), J RISSO PATRON(1)
(1) Eva Peron San Martin.

Introducción: El neumococo es un germen gram positivo, diplococo capsulado, siendo habitualmente un comensal de la boca y orofaringe. Se reporta como agente causal de neumonía, otitis media y sinusitis. Causa bacteriemia y siembra meníngea, así como meningitis posttraumática. El absceso cerebral por neumococo se reporta en menos del 1% de los casos y suele ocurrir asociado a un foco

contiguo ó a distancia. Comunicamos este caso ingresado a UCI en julio del 2017, luego de la evacuación quirúrgica del mismo.

Presentación del caso: masculino de 72 años de edad, hipertenso, tabaquista severo, comienza cuadro un mes antes con cefalea, trastornos de la memoria. Consulta a guardia con vómitos, deterioro del sensorio, afebril. Se realiza Tomografía de cerebro, con una lesión ocupante temporal izquierdo de 2 x 2 cm, importante edema, refuerzo leve con contraste, línea media conservada. Por sospecha de secundarismo completa estudios con Tomografía de tórax, abdomen y pelvis sin alteraciones. Se opera obteniendo material purulento, iniciando tratamiento con Ceftriaxona, Vancomicina, Metronidazol en forma empírica. Se rescató en cultivo de material quirúrgico, Streptococcus pneumoniae sensible a penicilina, con HMC x 2 negativos. Fue evaluado por Odontología y Otorrinolaringología, siendo descartado algún foco concomitante. Se ajusta tratamiento a Ceftriaxona 4 gramos/ día, presentando como intercurencia una neumonía asociado a ventilador por Pseudomonas aeruginosa. Se rota ATB a meropenem, completando 30 días de tratamiento con ceftriaxona, y 14 días con Meropenem en total.

Discusión: El absceso cerebral por neumococo se asocia a focos contiguos intracraneos, meningitis, bacteriemia desde un foco neumónico ó a endocarditis. Se reporta también en pacientes inmunocomprometidos. En este paciente inmunocompetente, no se halló evidencia de focos intra ó extracraneos que justificaran su origen. Se planteó probable metastásis secundaria a neoplasia de pulmón, que luego se desestimó.

Conclusión: El absceso cerebral tiene una incidencia de alrededor de 0.3-1.3 x 100.000 personas por año. Los gérmenes más frecuentemente involucrados son los anaerobios y estreptococos no hemolíticos. Cobra importancia buscar focos contiguos de infección para eventual drenaje como es el caso de mastoiditis, foco dentario o de senos.

0247 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL SHOCK ROOM DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DURANTE EL AÑO 2017

BN REY(2), PB PAHNKE(1), E PIVA(1), LA CRIADO(2)
(1) Municipal De Urgencias. (2) San Roque.

Introducción: La OMS define violencia como, "el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, problemas del desarrollo o privaciones".

La misma representa un grave problema de salud pública, con una mortalidad mundial anual de mas de 1,3 millones de personas y morbilidad entre 26 a 52 millones. Siendo la población mas afectada entre 15-40 años. La salud pública debe fundamentar la lucha contra la violencia en investigaciones fidedignas, de ahí la importancia del conocimiento de la realidad con respecto a la misma en nuestro medio.

Objetivo: Describir las características demográficas, tipo de violencia, mecanismo lesional, tóxicos, antecedentes psiquiátricos, tratamiento y evolución de pacientes ingresados por violencia en shock room (SR) de Hospital Municipal de Urgencias (HMU) en el año 2017.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de corte transversal, de HC de pacientes asistidos por violencia en SR HMU, enero-diciembre 2017.

Resultados: De 1007 ingresos, 162 por violencia (16%), de los que se analizaron 146 (90%). Promedio de edad: 31 años. Ver Tabla 1 y 2. Tratamiento quirúrgico: 34%, secuelas: 13,5%, donación de órganos: 15%.

Conclusiones: Casi 1/5 de los ingresos al SR fueron víctimas de violencia, con franco predominio de varones jóvenes con lesiones causadas por violencia comunitaria interpersonal, principalmente HAF, seguida de HAB. Mas de la mitad de los pacientes presentaban análisis toxicológico positivo. 3.4/10 recibieron tratamiento quirúrgico.

La mortalidad y la donación de órganos se asoció con HAF en cráneo. La tasa de mortalidad por Homicidios de Córdoba en 2017 fue 7.1/100000 habitantes, mayor a la de 6.02/100000, fuente: estadísticas policiales y gubernamentales de Córdoba, estos hallazgos son inferiores a registros de America 28,5/100000, OMS, 2014 pero en marcado ascenso.

El conocimiento de nuestra realidad es la base y el fundamento de estrategias de intervención preventiva.

Tabla 1: Tipo de violencia según sexo, edad, tóxicos, A. psiquiátricos y mortalidad.

Tipo de Violencia	Masculino	Femenino	Edad 15-39 a.	Toxicos	A. Psiquiátricos	Mortalidad
Comunitaria	103 (71%)	94 (93%)	9 (7%)	85 (83%)	45 (44%)	4 (4%)
Interpersonal	100 (97%)	93 (93%)	7 (7%)	83 (83%)	44 (44%)	4 (4%)
Familiar	3 (3%)	1 (33%)	2 (67%)	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)
Autoinflingida	43 (29%)	22 (51%)	21 (49%)	29 (67%)	31 (72%)	26 (60%)
Intento de suicidio	40 (93%)	20 (50%)	20 (50)	26 (90%)	30 (75%)	24 (60%)
Autoagresiones	3 (7%)	2 (67%)	1 (33%)	3 (100%)	1 (33%)	2 (67%)
Colectiva	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total de casos	146 (100%)	116 (80%)	30 (20%)	114 (78%)	76 (52%)	30 (21%)

Tabla 2: Mecanismo lesional.

Mecanismo Lesional	V. Comunitaria	V. Autoinflingida	Total
HAF	51 (50%)	8 (19%)	59 (40%)
HAB	44 (43%)	2 (5%)	46 (31%)
Intoxicaciones	0 (0%)	21 (49%)	21 (15%)
Golpe contuso	8 (7%)	4 (9%)	12 (8%)
Casi ahorcamiento	0 (0%)	8 (18%)	8 (6%)

HAF: Herida arma de fuego. HAB: Herida arma blanca.

0248 ESTUDIO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS ADMITIDAS EN UCI

G MEDINA(1), L BUIRA(1), R PINTO(1), M COLAVITA(1), J RÍOS(1), E OLARTE(1), D GONZALEZ(1), M CURONE(1)
(1) Clínica Suizo Argentina.

Introducción: las pacientes obstétricas admitidas en UTI constituyen un desafío. Se trata de pacientes adultas jóvenes con distintas patologías agudas y evolución variable.

Objetivo: Describir y analizar el subgrupo de pacientes obstétricas ingresadas a UTI en una clínica privada de Buenos Aires. Analizar las características de las mismas y el tratamiento realizado para cada patología.

Método: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, realizado en pacientes obstétricas que requirieron ingreso a UTI en el período de tiempo de un año desde enero a diciembre de 2017, sobre un total de 6763 nacimientos ocurridos en la institución.

Resultados: Durante el estudio fueron admitidas 74 pacientes (1.09%) del total de nacimientos en la clínica. El promedio de APACHE II de ingreso fue 5, la media de edad fue de 34 años y el tiempo de estadía en UTI fue 3 días (2-9 días). Dentro de las patologías de ingreso las mas prevalentes fueron los trastornos hipertensivos y las hemorragias. Las pacientes con preeclampsia grave fueron 42 (56,7%), dentro de las cuales 7 desarrollaron síndrome hellp (16,6%) y 3 presentaron eclampsia.(4%). Las hemorragias obstétricas se presentaron en 16 pacientes (21,6%), siendo la atonía uterina la causa más frecuente (75%), seguida por traumatismos del canal de parto (18,7%) y hemorragias del 1° trimestre (6,2%). Una paciente presentó miocardiopatía periparto, 5 pacientes ingresaron para realizar neuroprotección fetal (6,7%) y hubo 7 ingresos de causa no obstétrica (9,4%). Los factores de riesgo encontrados en estos pacientes para desarrollar preeclampsia fueron HTA previa, Diabetes Mellitus, trombofilia adquirida, embarazo gemelar y fertilización asistida. La cesárea fue el principal factor asociado a las hemorragias obstétricas. El tratamiento realizado en las hemorragias postparto fue la colocación de balón intrauterino (25%), sutura uterina (18,7%), histerectomía subtotal (18,7%), legrado uterino (25%), y masaje uterino asociado a drogas uterocontractoras sin procedimientos quirúrgicos asociados (12.5%). 5 pacientes requirieron reintervención quirúrgica por persistencia de sangrado y 7 fueron politransfundidas.

Conclusiones: Los trastornos hipertensivos junto con las hemorragias postparto son las causas más frecuentes de ingreso a UTI. No se realizaron tratamientos hemodinámicos. La anexohisterectomía se relacionó con la edad materna y la multiparidad. No se registraron muertes maternas.

0249 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

A FERRARIO(1), RL AMOZA(1), L ÁREAS(1), G BATAGLIA(1), A BORNANCIN(1), A BRUSCO(1), C CAGNOLA(1), A CURA(1), J CROMBERG(1), C GARCÍA REID(1), L GAREGNANI(1), G MUHAFARA(1), N NOVO(1), L PRIETO(1), E SABADINI(1), P SAVIO(1), B SIMIONI(1), P TOCALINI(1), W TOZZI(1), G VERDE(1), A VETTESE

(1) General De Agudos Parmenio Piñero.

Objetivo: Describir características epidemiológicas y prevalencia de Debilidad Adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos (DAUCI) en adultos con Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) mayor a 72 horas en un Hospital General de Agudos (HGA). Secundariamente, comparar las principales variables de pacientes con y sin DAUCI, con la identificación de factores de riesgo independiente.

Diseño: Descriptivo, retrospectivo y transversal, desde julio de 2012 hasta diciembre de 2016 inclusive.

Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) médico – quirúrgica.

Participantes: adultos con requerimiento de VMI por más de 72 horas. Características demográficas de sujetos con DAUCI: edad $55,42 \pm 18,56$, APACHE II $18,58 \pm 6,16$ y antecedente más prevalente: hipertensión (35,63%). Ingresaron a la UCI 604 pacientes de los cuales se analizaron 262 y 87 de ellos intercurrieron con debilidad. **Variable de interés:** prevalencia de DAUCI, días de VMI, estadía y mortalidad tanto en UCI como hospitalaria.

Resultados: Prevalencia de DAUCI 33,21%. Se comportaron como factor de riesgo independiente: género femenino Odds Ratio (OR) 1,98 (IC 95%; 1,02–3,81), delirio OR 8,4 (IC 95%; 4,38–16,11) y días de VMI OR 1,05 (IC 95%; 1,02–1,08).

Discusión: De Jonghe et al hallaron al género femenino como factor de riesgo independiente para desarrollar DAUCI. Se comportaron del mismo modo el delirio y días de VMI, según Ballve et al.

Conclusión: Género femenino, días de VMI y delirio fueron factores de riesgo independiente para DAUCI.

Palabras claves: Debilidad Adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medical Research Council Sum-Score. Ventilación Mecánica Invasiva. Hospital General de Agudos. Epidemiología.

0250 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO ENCÉFALOCRANEANO GRAVE. ANÁLISIS RETROSPECTIVO

D TURINA(1), A GATTARI(1), A FRANCAVILLA(1), A SIMONS(1), E MONTEVERDE(1), P NEIRA(1)

(1) Hospital De Niños R. Gutiérrez.

Introducción: El trauma es la principal causa de muerte en niños mayores de 1 año. Aproximadamente el 10% de los ingresos a unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) se relacionan con esta causa siendo el traumatismo encéfalo craneano (TEC) el principal diagnóstico en este grupo. La craneotomía descompresiva (CD) es una estrategia terapéutica controvertida en pacientes con TEC, tanto en su indicación como en el momento de realización.

Objetivo: Identificar características diferenciales de los pacientes ingresados a la UCIP del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez con diagnóstico de TEC grave que requirieron CD.

Métodos: Revisión retrospectiva del registro de trauma de la UCIP del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, que incluye datos identificados de todos los ingresos a la unidad entre 1995 y 2017. Se eva-

laron edad, sexo, mecanismo lesional, estadía, estado fisiológico al ingreso (RTS), scores de trauma, probabilidad de sobrevivida por TRISS y condición al egreso de UCIP.

Resultados: Durante el período se identificaron 262 pacientes con al menos una lesión en SNC con AIS \geq 2. De éstos 87 tuvieron TEC grave (33.2%), de los cuales 54% fueron varones con una edad de 72 meses, 36-120 (mediana, RIC). Mediana y RIC de lesiones por paciente: 2 (1-2). Las principales causas fueron caídas (53.2%), peatones (24.7%) y ciclistas (6.5%). La mortalidad general fue 17.2%. Se identificaron 12 pacientes con CD (13.8%), con un claro incremento durante el período observado: 1995-2006 n=4 (8.5%) vs. 2007-2016 n=8 (20.0%). Los pacientes con CD fueron más pequeños (meses, mediana, RIC): 36 (20-111) vs. 58 (28-104) (p<0.001). Los pacientes con CD tuvieron diferencias significativas con el resto en (1) edad: 40 (32-132) vs. 72 meses (36-120), p<0.001; (2) déficit de base: 7 (6.5-8.0) vs. 5.5 (4-8), p<0.001; (3) glucemia: 202 (175-320) vs. 185 (132-264), p<0.001; (4) hematocrito: 25 (23-29) vs. 32 (27-53), p<0.001; (5) RTS: 5.2 (3.8-5.7) vs. 5.7 (4.7-5.7), p

Conclusión: En esta muestra de una única institución, se observó un uso creciente de CD. Si bien algunas características presentes al ingreso se identificaron como diferentes entre ambos grupos, el pequeño tamaño muestral no permitió realizar un ajuste multivariable de estos factores.

0251 EPIDEMIOLOGIA DE LAS TRANSFUSIONES DE GLOBULOS ROJOS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

G GONZALEZ(1), MDP ARIAS LOPEZ(1), A CAIRNIE(1), I KO(1), P NEIRA(1)

(1) Ricardo Gutierrez.

La terapia transfusional es frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), ya que la anemia está presente en 1/3 de los pacientes al ingreso y aproximadamente en el 40% durante su internación. Los hemoderivados son un recurso caro, escaso y limitado. Debemos conocer las prácticas transfusionales en nuestras UCIP para generar intervenciones de mejora.

Objetivos: Determinar la prevalencia de transfusión de glóbulos rojos (GR) en una UCIP. Describir el perfil de la población transfundida y compararla con aquellos no transfundidos durante su estadía en la unidad.

Material y Métodos: Diseño retrospectivo, observacional. Pacientes ingresados en la UCIP de un hospital público pediátrico universitario de CABA, entre 1-4-2017 y 31-3-2018. Se uso estadística descriptiva para caracterizar la población, test t de Student y no paramétricos para comparar variables continuas según su distribución y χ^2 para variables categóricas. Se considero significativo un valor de p<0,05. Se expresa la fuerza de asociación con Odds Ratio (OR) e IC 95%

Resultados: Ingresaron durante el periodo estudiado 294 pacientes. La prevalencia de transfusión de GR fue 42,8 % (IC 95% 37-48%). La hemoglobina (hb) de ingreso de la muestra fue promedio 9,97 gr/dl (DS2). En aquellos no transfundidos con GR durante su estancia, la hb inicial fue 10,8 (DS 1,74) vs 9 (DS 1,87) para los transfundidos; p<0,001.

La edad mediana de los pacientes transfundidos con GR fue 21 meses (RIC 7-84) vs 69,5(66-113) en aquellos no transfundidos (p: 0,03), mientras que la mortalidad predicha por PIM2 fue 9,3 (DS13,9) vs 5,64 (DS12,5) respectivamente (p <0,001).

En los pacientes ingresados por sepsis la prevalencia de transfusión de GR fue 71,88% (46/64) vs 34,65% (79/228) para el resto de la población, p.

La hb pretransfusional promedio fue 7,75 gr/dl (DS 1,2). No hubo diferencia estadísticamente significativa en el valor de hb pretransfusional según motivos de ingreso, presencia de condición crónica compleja, patología oncológica y oncohematológica.

De los pacientes que recibieron GR, el 43,2% lo recibió dentro de las 24 hs de ingreso en UCIP, el 57,6% dentro de las 72 hs.

Conclusiones: La prevalencia de transfusión de GR en esta UCIP es elevada en comparación con la literatura publicada. El valor pro-

medio de hb pretransfusional es superior a lo sugerido por guías internacionales. Sería necesario disponer de un protocolo que permita optimizar el recurso.

0252 PANCREATITIS AGUDA POR HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A ADENOMA PARATIROIDEO. REPORTE DE CASO

M ESKINAZI, D, HDPLGDH, JA RUSTJA(1), LR BENITO MORI(1), PJ SHOON(1), MI GONZALEZ(1)
(1) H.i.g.a. Dr. Prof. Luis Guemes De Haedo.

Introducción: La pancreatitis aguda presenta diversas etiologías: mecánicas, tóxicas y metabólicas. Dentro de estas últimas, la hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario representa menos del 1%. A su vez, menos del 4% de pacientes con hiperparatiroidismo primario desarrollan pancreatitis aguda.

Reporte de un caso: Paciente masculino de 36 años, antecedentes de hipertensión, síndrome metabólico y depresión. Consulta por presentar dolor epigástrico acompañado de vómitos, con amilasa 535 U/l. Se interpreta el cuadro como pancreatitis aguda. Ecografía: esteatosis moderada, vesícula biliar sin litos, vías biliares no dilatadas, páncreas no visualizable y esplenomegalia. Por evolución desfavorable y presencia de disfunciones renal (Creatinina 5,3 mg/dl y anuria), hepática (Bilirrubina total 2,3 mg/dl) y respiratoria (PaFiO₂ 168), requiere soporte ventilatorio y hemodiálisis.

Laboratorio: perfil lipídico normal; calcio corregido 13,62 mg/dl con valores en aumento; hormona paratiroidea sérica 614 pg/ml; vitamina D 9 ng/ml. Ecografía de cuello: Glándula tiroides heterogénea difusa, tamaño aumentado. Glándula paratiroidea hiperplásica 35 x 21 mm, signos de necrobiosis. Se interpreta pancreatitis secundaria a crisis hipercalcémica por adenoma paratiroideo. Se realizan: hemitiroidectomía izquierda, paratiroidectomía inferior y vaciamiento niveles VI y VII. Anatomía patológica: Adenoma. En postoperatorio normalización de hormona paratiroidea y descenso de calcio plasmático con requerimientos progresivos de reposición.

Pese al control del factor desencadenante, presenta evolución tórpida con disfunción multiorgánica, shock e hipoxemia refractaria que lo conducen al óbito.

Discusión: Si bien hay baja incidencia de pancreatitis por hipercalcemia, su hallazgo sumado a trastornos renales, cardíacos y mentales debería sugerirnos investigar la posible presencia de hiperparatiroidismo primario para instituir tratamiento precoz.

La hipercalcemia puede contribuir a la pancreatitis mediante la activación del tripsinógeno en tripsina, produciendo autodigestión del páncreas. También puede formar cálculos pancreáticos y obstrucción ductal con cuadros de pancreatitis aguda o crónica.

La resolución de la hipercalcemia luego de la extirpación quirúrgica del adenoma paratiroideo sugiere una relación causal entre la pancreatitis y el hiperparatiroidismo.

Conclusión: El objeto de la actual presentación de un caso de pancreatitis aguda grave de etiología poco frecuente, es sugerir la conveniencia de investigar precozmente el metabolismo paratiroideo ante la presencia de hipercalcemia, a fin de ofrecer un tratamiento temprano.

0253 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL TRAUMA GRAVE DE CRÁNEO EN PEDIATRÍA

P CAPORAL(1), P CASTELLANI(1), A BORDOGNA(1), D BERGNA(1), M MENDOZA(1), G APARICIO(1), M RABINO(1), N TELLO BROGIOLO(1)
(1) Hiaep Sor María Ludovica.

Introducción: Poco se conoce sobre la incidencia de hipertensión endocraneana (HTE) luego de la craneotomía descompresiva (CD) en trauma grave de cráneo (TECG) en la población pediátrica. El umbral de tratamiento de la presión intracraneana (PIC), en este caso, no se encuentran debidamente definido. Objetivo General: Describir tratamiento y mortalidad en pacientes con TECG y CD

que ingresaron en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Objetivos secundarios:

- Definir presencia de hipertensión endocraneana refractaria (HTER) en pacientes luego de la CD.

- Comparar mortalidad de CD con medición de PIC luego del procedimiento vs sin medición.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo del análisis de historias clínicas de pacientes ingresados a nuestra UCIP entre 01/01/10 y 15/04/18 con diagnóstico de TECG a quienes se les realizó CD primaria y/o secundaria. Se registró medición de PIC luego de la CD y presencia de HTER luego de la misma (PIC >20 mmHg durante más de 5 minutos).

Resultados: Se registraron 18 pacientes con una mediana de edad de 114.5 meses (IQR 62-146). Mediana de PIM II de 8,25 (IQR 6,2-18,6). 14 pacientes recibieron CD precoz y en 13 pacientes fue bilateral. La mediana de días de PIC fue 4,5 días (IQR 2-5). Mediana de PIC de apertura 20 mmHg (IQR 17-40) sin diferencias significativas entre PIC de apertura de los fallecidos y los que sobrevivieron. A 10 pacientes se le realizó medición de PIC post CD, falleciendo solamente 1 (sin HTE). 4 presentaron HTE luego de la misma, recibiendo tratamiento y todos sobrevivieron. A 6 pacientes no se le realizó medición de PIC post CD, 4 de ellos fallecieron.

Conclusiones: La HTE post CD en nuestros pacientes fue frecuente, observándose menor mortalidad en el grupo en el que se midió y trató la misma. Si bien el tamaño de nuestra muestra no permite inferir conclusiones, podría ser el inicio de nuevos trabajos de investigación para definir el valor umbral de tratamiento de HTE post CD en la población pediátrica.

0254 DOTACIÓN DE ENFERMERAS Y CARGA DE TRABAJO EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PERUANAS

PS OBANDO CASTRO(1), JC RODRIGUEZ PAREDES(2), MC SAAL RUEDA(3), KF AYBAR YARANGA(4), LM LOZANO PRADO(5)

(1) Centro Medico Naval. (2) Guillermo Almenara Irigoyen. (3) Daniel Alcides Carrion. (4) Clínica Anglo Americana. (5) Dos De Mayo.

Introducción: La dotación de personal de enfermeras en las UCIs sigue siendo un tema de discusión, al no contar hasta el momento son un sistema que permita realizar un número adecuado de enfermeras que permita desarrollar su trabajo sin sentirse con sobrecarga laboral. En el Perú la Norma Técnica para las UCIs, determina que por cada 2 pacientes debe haber 1 enfermera y esto se cumple en la mayoría de UCIs de Lima metropolitana. Estudios demuestran que se minimizan errores y mejora la calidad si se tiene el número adecuado de enfermeras y de médicos en la UCI.

Objetivos: Determinar si la dotación actual de enfermeras es la adecuada según la carga de trabajo en las UCIs.

Material y métodos: Estudio prospectivo, realizado en 3 UCIs polivalentes en tres hospitales nivel III de Lima metropolitana, donde el ratio enfermera-paciente es de 1:2 y cuya jornada laboral es de 12 horas. La UC1 tiene 6 camas y pacientes con patología médica; UC2, con 6 camas y pacientes con patología médica y quirúrgica; UC3 tiene 14 camas y pacientes con patologías médica y quirúrgica. Se recogieron datos de 103 pacientes (23 de UC1, 33 de UC2, 47 UC3) con un total de 403 medidas de escalas NAS durante 30 días entre los meses de mayo y junio 2016.

Resultados: El NAS promedio para la UC1 fue 78.81, UC2 96.55, UC3 64.40. Al comparar los promedios de NAS diario entre UC1 con UC2 y UC2 con UC3, las diferencias fueron estadísticamente significativa ($p=0.03$) ($p=0.02$) respectivamente. La diferencia entre la UC1 y UC3 no fue significativa. El análisis estadístico de las diferencias se empleó la prueba t student en Excel 2010.

Conclusión: El ratio enfermera-paciente 1:2, no siempre es adecuada para todas las UCIs, tal como está actualmente normado en el Perú; hay UCIs tal como la UC2 del estudio que por las caracterís-

Resúmenes

ticas de la población a la que atiende necesitan mayor número de enfermeras en virtud de preservar la calidad del cuidado.

DOTACIÓN DE ENFERMERAS Y CARGA DE TRABAJO EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PERUANAS

Obando P.S., Rodríguez J.C., Saal M.C., Aybar K.F., Lozano L.M.
Asociación Peruana de Enfermeras Intensivistas (ASOPEIN) Lima – Perú

INTRODUCCIÓN

La dotación de personal de enfermeras en las UCIs sigue siendo un tema de discusión, al no contar hasta el momento son un sistema que permita realizar un número adecuado de enfermeras que permita desarrollar su trabajo sin sentirse con sobrecarga laboral. En el Perú la Norma Técnica para las UCIs, determina que por cada 2 pacientes debe haber 1 enfermera y esto se cumple en la mayoría de UCIs de Lima metropolitana. Estudios demuestran que se minimizan errores y mejora la calidad si se tiene el número adecuado de enfermeras y de médicos en la UCI.

OBJETIVOS

Determinar si la dotación actual de enfermeras es la adecuada según la carga de trabajo en las UCIs.

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo, realizado en 3 UCIs polivalentes en tres hospitales nivel III de Lima metropolitana, donde el ratio enfermera-paciente es de 1:2 y cuya jornada laboral es de 12 horas. La UCI1 tiene 6 camas y pacientes con patología médica; UCI2, con 6 camas y pacientes con patología médica y quirúrgica; UCI3 tiene 14 camas y pacientes con patologías médica y quirúrgica. Se recogieron datos de 103 pacientes (23 de UCI1, 33 de UCI2, 47 UCI3) con un total de 403 medidas de escalas NAS durante 30 días entre los meses de mayo y junio 2016.

RESULTADOS

El NAS promedio para la UCI 1 fue 78.81, UCI2 96.55, UCI3 64.40. Al comparar los promedios de NAS diario entre UCI1 con UCI2 y UCI2 con UCI3, las diferencias fueron estadísticamente significativa ($p=0.03$) ($p=0.02$) respectivamente. La diferencia entre la UCI1 y UCI3 no fue significativa. El análisis estadístico de las diferencias se empleó la prueba *t student* en Excel 2010.

CONCLUSIÓN

El ratio enfermera-paciente 1:2, no siempre es adecuada para todas las UCIs, tal como está actualmente normado en el Perú; hay UCIs tal como la UCI2 del estudio que por las características de la población a la que atiende necesitan mayor número de enfermeras en virtud de preservar la calidad del cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Neuraz A, Guérin C, Payet C, Polazzi S, Aubrun F, Daillier F, Lehot JJ, Piriou V, Neidecker J, Rimmelé T, Schott AM, Duclos A. Patient Mortality is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU: A Multicenter Observational Study. *Crit Care Med.* 2015 Aug;43(8):1587-94
- Carmona-Monge FJ, Uranga IU, Gómez SG, Herranz CQ, Bengoetxea MB, Unanue GE, Martín AI, Hernando MA, Saralegui EB, Irazoqui MA. Análisis de la Utilización de la escala Nursing Activities Score en dos UCIs Españolas. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(5):1108-16
- Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM, Fraile-Gamo MP, Patiño-Freire S, Pinto-Rodríguez V, Conde-Alonso MP, ET AL. Adaptación transcultural al castellano del Nursing Activities Score. *Enferm Intensiva.* 2012;24(1):12-22.
- Bernat A, Abizanda R., Cubedo M., Quintana J., Sanahuja E., Sanchis J., Soriano M., Tejedor R., Yvars M. Nursing Activities Score (NAS). Nuestra Experiencia con un Sistema de Computo de Cargas de enfermería Basada en Tiempos. *Enfermería Intensiva* 2005; 16:164-74.
- Hellin MF, López MJ. Propuesta de Aplicación de un Instrumento de Medición de Cargas de Trabajo de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos. *International Multilingual Journal of Contemporary Research*, Vol. 1 No. 1, September 2013.
- Miranda, D. Reis MD. De Rijk, A. Schaufeli, W. Nursing activities score. *Critical Care Medicine*: 2003; 31(2): 374-382

0255 MAXIMUM ACUTE GASTROINTESTINAL INJURY SCORE E INGRESO CALÓRICO EN PACIENTES CRÍTICOS CON REQUERIMIENTO DE VASOPRESORES: ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)

CI LOUDET(1), M PERMAN(2), MC MARCHENA(1), L TUMINO(1), R GIMBERNAT(3), ML CABANA(4), G CAPURRO(5), P ASTEGIANO(6), M VELÁZQUEZ(7), M CASANOVA(8), MC ROTH(9), G RODA(10), P OKURSATI(11), Y BALMACEDA(3), J RODRÍGUEZ BUGUEIRO(8), R REINA(1), E ESTENSSORO(1)
(1) San Martín De La Plata. (2) Aanep. (3) Centro De Cuidados Intensivos. (4) Pablo Soria. (5) Oscar Alende. (6) Hospital José María Cullen. (7) Sanatorio Nuestra Señora Del Rosario. (8) El Cruce. (9) San Juan De Dios. (10) Hospital Municipal Eva Perón. (11) Casa Hospital San Juan De Dios.

Introducción: No se ha establecido si la dosis o ruta del Soporte Nutricional en pacientes críticos(PC) con diferentes grados de disfunción gastrointestinal(DGI) y requerimiento de vasopresores afectan los resultados clínicos.

Objetivos:

1. Evaluar la relación pronóstica entre Maximum Acute Gastrointestinal Injury Score (AGImax) y promedio de Kcal/kg en PC con vasopresores, y el rol de la nutrición parenteral suplementaria (NPS).
2. Identificar determinantes de mortalidad hospitalaria.

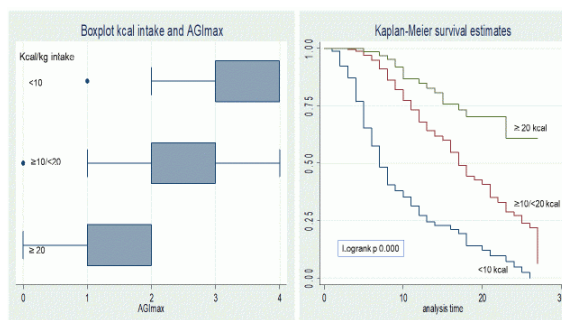
Métodos: Estudio multicéntrico de cohorte prospectiva realizado en 10-UCIs en Argentina. Se incluyeron pacientes consecutivos con ventilación mecánica (VM) ≥ 48 hs, y requerimiento de vasopresores $>0.1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ de noradrenalina. Se registraron datos epidemiológicos, APACHE II, SOFA24 y NUTRIC scores, días de vasopresores, ingreso promedio de kcal/kg/día y uso de NPS. Se utilizó el AGImax con sus 5 categorías (0 a 4) según el grado de DGI. Se realizaron comparaciones epidemiológicas, nutricionales y de resultado entre los pacientes según 3 subgrupos predeterminados de kcal/kg/d promedio recibidas de NE: hasta 10 kcal/kg/d, ≥ 10 a 20 kcal/kg/d o ≥ 20 kcal/kg/d. Se construyó una curva de Kaplan-Meier (K-M) para evaluar mortalidad hospitalaria según los 3 subgrupos de kcal/kg. Se realizó un modelo de regresión logística múltiple (MRLM) para establecer determinantes de mortalidad. Una $p \leq 0,05$ fue considerado significativa.

Resultados: De 800 pacientes, 494 (62%) requirieron vasopresores. La mortalidad hospitalaria fue 53%. La Tabla 1 muestra características y resultados de los 3 subgrupos de pacientes. La Figura 1 muestra relación entre AGImax y 3 subgrupos calóricos, y la curva K-M de mortalidad hospitalaria y subgrupos calóricos. El MRLM identificó AGImax (OR 2.25 [1.61-3.16]), edad (OR 1.02 [1.01-1.03]), Charlson (OR 1.24 [1.06-1.45]) tipo de admisión (OR 7.07 [2.30-21.7]), días de vasopresores (OR 1.07 [1.01-1.13]), uso de NPS (OR 0.30 [0.11-0.78]), promedio Kcal/kg recibidas ≥ 10 / < 20 (OR 0.27 [0.11-0.63]) y ≥ 20 (OR 0.17 [0.06-0.50]), como determinantes de mortalidad hospitalaria.

Conclusiones:

1. Los pacientes que recibieron < 10 kcal/kg, presentaron más fallas orgánicas, AGImax y mortalidad hospitalaria. Sin embargo, los pacientes que recibieron ≥ 10 kcal/kg, presentaron menor AGImax y mortalidad hospitalaria.
2. Los determinantes independientes de mortalidad hospitalaria fueron la edad, Charlson, tipo de admisión y AGImax.
3. AGImax muestra una relación directa con mortalidad e inversa con ingreso calórico. Sin embargo, el ingreso calórico no debe ser considerado un factor protector para mortalidad en pacientes que requieren vasopresores, sino un reflejo de que los pacientes reciben más Kcal/kg/d porque presentan menor severidad.
4. La NPS podría ser beneficiosa en PC con vasopresores, pero su rol requiere ser evaluado.

*Reintam et al, ESICM Working Group on Abdominal Problems, *ICM* 2012;38:384.



Pacientes 494 (N. %)	Grupo 1 85 (17) Kcal/kg recibidas <10	Grupo 2 305 (62) Kcal/kg recibidas ≥ 10 - < 20	Grupo 3 104 (21) Kcal/kg recibidas ≥ 20	P
Edad (media, DS)	47±19	47±19	47±20	0.75
Charlson score (mediana, RIQ)	0[0-1]	1[0-2]	0[0-1]	0.24
Tipo de admisión (Medica/emergencia/electiva cirugía) (%)	43/51/6	54/39/7	56/35/9	0.20 0.000
APACHE II (media, DS)	22±5	18±5	18±6	0.000
SOFA score (mediana, RIQ)	10[8-11]	8[6-10]	7[5-9]	0.000
Days of vasopressors (mediana, RIQ)	5[3-7]	5[3-7]	3[2-6]	0.002
NUTRIC (mediana, RIQ)	6[5-6]	5[3-5]	4[3-5]	0.000
AGImax (0/1/2/3/4) (%)	0/1/11/61/27	0/16/36/38/10	0/64/33/0/0	0.000
AGImax (mediana, RIQ)	3 [3-4]	2 [2-3]	1 [1-2]	0.000
Early EN (N, %)	23/85 (27)	163/305 (53)	24/104 (23)	0.000
Nutrición Parenteral (N, %)	9/85 (11)	37/305 (12)	2/104 (2)	0.000
Estadia UCI, días (mediana, RIQ)	8[5-13]	16[10-26]	22[13-33]	0.000
Días de VM (mediana, RIQ)	7[5-11]	12[8-20]	16[9-26]	0.000
Mortalidad Hospitalaria (N, %)	74/85 (87)	163/305 (53)	24/104 (23)	0.000

0256 SHOCK DISTRIBUTIVO POSTERIOR A CIRUGÍA CONVENCIONAL DE QUISTE HIDATÍDICO

VML FLORES CAZÓN(1), MB SOLA(1), DF BAZOALDO(1), M TORO(1)
(1) Higa Guemes Haedo.

La incidencia de shock anafiláctico en contexto de quiste hidatídico está descrita entre 1–5%, principalmente relacionada con fisura espontánea del mismo. Mucho menos frecuente es la rotura accidental en el acto quirúrgico de excéresis.

Objetivo: Comunicar un caso de shock distributivo posterior a manipulación quirúrgica de quiste hidatídico y revisión de la literatura
Presentación del caso: Paciente femenina de 61 años. Consulta por dolor abdominal crónico, masa tumoral flanco izquierdo. Antecedentes: excéresis quistes hidatídicos, hepático en 2001 y esplénico 2006. TC abdomen imágenes quísticas en bazo, la mayor de 12cm., con aspecto de quistes hidatídicos.

Ingresa para cirugía programada de hidatidosis esplénica. Se realiza esplenectomía, rafia diafragmática por adherencias esplénicas y resección masa abscedada en fosa iliaca izquierda (hallazgo) con fistula a colon y adherencias en yeyuno e ilion.

Ingresa a UTI en POP inmediato. Paciente en shock, rush cutáneo generalizado, acidosis metabólica por GAP, EB – 12. Reanimación guiada por monitoreo hemodinámico invasivo: patrón distributivo. Expansión con cristaloides, Noradrenalina. Evoluciona con remisión del shock. A las 24 horas se observa en tubo de drenaje pleural líquido citrino con escólex en su contenido.

La paciente evoluciona a los cuatro días de POP con peritonitis terciaria, fistula pancreática de alto débito a cavidad pleural, falleciendo en shock séptico refractario.

Discusión: El Shock anafiláctico es una reacción alérgica grave, poco frecuente como consecuencia de diseminación de escólex hidatídicos a serosas. En el presente caso la manipulación quirúrgica de un quiste se relacionó con el desarrollo de shock de probable origen anafiláctico dadas ciertas características clínicas y la diseminación comprobada por la eliminación pleural del parásito.

Conclusión: La presencia de shock en el intra o postoperatorio inmediato de un quiste hidatídico, así como su desarrollo súbito en un paciente portador del mismo, debe sugerir la ocurrencia de una fisura, por manipulación o espontánea, con diseminación parasitaria. Estas circunstancias son poco frecuentes, particularmente la espontánea, lo que requiere tener en cuenta la posibilidad de este diagnóstico. En el presente caso no se consideró esta posibilidad de shock anafiláctico, siendo tratado como un shock distributivo postoperatorio.



0257 CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS CRÍTICOS ASOCIADAS A DILEMAS ÉTICOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

M PEDACE(1), A ROFFO, M SEBASTIANI(1), M RISK(1), AM BEJARANO, D BEJARANO, G GRIEVE, A DÍAZ(1), D FLORES(1), JL DO PICO, R QUISPE, JE SAN ROMÁN(1)
(1) Italiano.

Introducción: Los profesionales intensivistas están sometidos a diversas presiones: la asistencia a los pacientes críticos, la comunicación con la familia, y la interacción con otros integrantes del equipo de salud. Estas presiones se asocian a frecuentes dilemas éticos y pueden incrementar el estrés, generar conflictos interpersonales y afectar el clima laboral. Si bien en otros países existen trabajos de opinión de la población general sobre temas como el fin de vida, la limitación terapéutica o la eutanasia, muy pocos se abocan a revelar qué cree el grupo tratante de Cuidados Críticos sobre esos temas.

Objetivo: Describir el perfil de creencias de profesionales vinculados a UTI en torno a la religión, la eutanasia, la limitación terapéutica y la presencia de la familia en UTI.

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal realizado en profesionales asistentes a Simposios y Jornadas de la especialidad a través de una encuesta anónima, autoadministrada y voluntaria con 26 preguntas que indagaron las creencias sobre temas sensibles en Cuidados Críticos

Resultados: La muestra estuvo constituida por 665 profesionales de los cuales el 56% era médico y el 27 % enfermero, el 86% argentino, el 67% de hasta 40 años edad y el 62% hasta con 10 años de ejercicio profesional. Entre ellos, el 91% está conforme con la especialidad que eligió pero sólo el 17% con el sistema de salud en que trabaja. El 40% ejerce en el ámbito público, 34% en el privado y el resto en ambos. Entre ellos, el 77% cree en Dios, pero sólo el 41% piensa que hay vida después de la muerte. El 39% cree en los milagros y el 45% reza. El 46% está a favor de la eutanasia. El 68% aceptaría la limitación terapéutica en caso de tener una enfermedad incapacitante. El 68% considera que la presencia de familiares en UTI favorece la evolución del paciente, pero el 48% prefiere un horario de visita restringido.

Conclusiones: Existe una diversidad de creencias entre los intensivistas que deben considerarse al analizar el trabajo cotidiano en la unidad. Se necesitarán estudios más exhaustivos para abordar la complejidad del tema en profundidad.

0258 INCIDENCIA DE ARRITMIAS EN EL POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA. ESTUDIO DE COHORTE

AI LUGRIN BELLOMO(1), P REYES(1), MH FERNANDEZ(1), R FRAIRE(1), E MARTINEZ DEL VALLE(1), M LOPEZ DANERI(1), B CHIOSTRI(1), C KREUTZER(1), A SIABA SERRATE(1), T IOLSTER(1), S TORRES(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: Las arritmias en el postquirúrgico de cirugía cardiovascular (CCV) son una causa importante de morbimortalidad. Según diferentes publicaciones la incidencia varía entre 15-48%. Se discute actualmente los factores de riesgo que pueden estar asociados a presentar arritmias.

Objetivos: Describir la incidencia de arritmias en postquirúrgico de cirugía cardiovascular y analizar su asociación con los factores predisponentes durante el postquirúrgico inmediato.

Material y métodos: Estudio de cohorte. Pacientes de 0 a 16 años cursando postquirúrgico de cirugía cardiovascular entre 01/01/2013 al 31/07/2016.

Resultados: En el periodo descrito se realizaron 183 CCV con una mortalidad del 18.35% (n=9), la mediana de edad fue 30 meses (r: 1-175). El 58% (n=155) fueron cardiopatías de predominio derecho. La mediana de internación en UCIP fue 15 días (r: 2-120).

Se registraron 48 (26%) eventos de arritmias en el postquirúrgico. La más frecuentes fueron la taquicardia nodal (n=11), extrasístoles ventriculares (n= 10) y bloqueo A-V (n=9). El modo más utilizado de marcapasos fue AAI (12 veces). De los pacientes con Bloqueo completo A-V la media de recuperación del ritmo sinusal fue 12 días (SD + - 2) Solo 3 pacientes requirieron marcapaso definitivo.

La circulación extracorpórea > 120 minutos (OR 3.89 lc95% 2,23-9-31) y el tiempo de clampeo aórtico >90 minutos (OR 4.17lc95% 2,89-6,26) se asociaron de manera estadísticamente significativa con la ocurrencia de arritmias.

El tipo de cirugía realizada y la cardiopatía no se asoció con la ocurrencia de arritmias

El punto de corte de lactacidemia >4.8 a las 12 hs se relacionó a la persistencia de arritmias más allá de las 24hs

La droga utilizada en el 88% de los casos(n: 42) fue la amiodarona. Siempre se utilizó con carga previa y el goteo continuo tuvo una mediana de 36 hs (r: 24-216).La infusión de amiodarona intraquirúrgica no redujo la incidencia de arritmias.

Conclusiones: La incidencia de arritmias en el postquirúrgico inmediato de CCV es frecuente y puede afectar la evolución de los pacientes. Factores relacionados a la CCV como el tiempo de clampeo y CEC fueron más determinantes que el tipo de cirugía realizada. La amiodarona utilizada intraquirúrgica en nuestra serie no previno la ocurrencia de arritmias.

0259 PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN LINFÁTICA EN PACIENTE POST CIRUGÍA DE FONTAN-KREUTZER CON QUILOTO-RAX REFRACTARIO

AI LUGRIN BELLOMO(1), P REYES(1), S TORAN(1), A MAYANS(1), F SANCHEZ(1), D KLINGER(1), M LOPEZ DANERI(1), C KREUTZER(1), T IOLSTER(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con ventrículo único con bypass de ventrículo derecho y quilotorax refractario al tratamiento médico. Se realizó cirugía de derivación linfática con resolución del quilotorax.

Reporte de caso: Paciente de 4 años con diagnóstico de ventrículo único tipo canal aurículo-ventricular disbalanceado, hipoplasia de VI y coartación de aorta. Al nacimiento se realizó cirugía de Stansel, a los 4 meses cirugía de Glenn y a los 3 años cirugía de Fontan-Kreutzer (by pass total de ventrículo venoso). Como complicaciones presentó hipertensión pulmonar severa, arritmias y quilotorax de difícil tratamiento.

A los tres meses se reinternó por dificultad respiratoria y derrame pleural bilateral constatándose nuevamente quilotorax y quiloabdomen. Ingresó en asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y recibió tratamiento médico para el quilotorax y luego pleurodesis. Ante la falta de respuesta a los tratamientos, se realizó cirugía de derivación linfática con técnica de Hraska.

Se externó con AVM domiciliaria en plan de recuperación nutricional y tratamiento farmacológico para insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar.

Discusión: En los pacientes con cirugía de Fontan-Kreutzer, la circulación linfática se ve afectada por: aumento de la presión hidrostática y aumento de la presión venosa central crónica; disminución de la presión oncótica, obstrucción linfática y aumento de la permeabilidad capilar por insuficiencia cardíaca crónica.

Para los pacientes con falla del by pass ventricular, las opciones terapéuticas son limitadas y están principalmente abocadas a tratar la PLE y/o bronquitis plástica. En el procedimiento modificado de Hraska, la vena innominada izquierda es separada de la vena cava superior y es anastomosada directamente en aurícula izquierda para lograr la descompresión del conducto torácico. Es necesario evaluar la evolución de estos pacientes a largo plazo para evaluar el impacto de esta cirugía en la mejora y prevención de las complicaciones tardías.

Conclusión: Las complicaciones tardías de los pacientes con bypass de VD requieren ser tratadas para continuar disminuyendo la morbimortalidad.

0260 REALIZACION DE PLASMAFERESIS POR HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE CON POLIANGIITIS MICROSCOPICA REFRACTARIA

D ALFARO(1), A BAZO(1), B LLAPUR(1), E BERNAL(1)
(1) Sanatorio "Ntra. Sra. Del Rosario".

La Hemorragia Alveolar Difusa es un síndrome de inicio subido que compromete la microvasculatura y que se manifiesta con hemoptisis, anemia y presencia de infiltrados en la radiografía de tórax. la poliangiitis microscópica es una vasculitis necrotizante que afecta a los vasos sanguíneos pequeños, produce daño renal y pulmonar, y anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA), predomina ligeramente en el género masculino y es más frecuente en pacientes de 50 años en adelante; su incidencia es de uno por cada 100,000 personas.

Paciente masculino de 68 años ingresa a unidad de cuidados críticos desde sala general donde cursaba sexto día de internación con diagnóstico de insuficiencia renal aguda secundario a GNRP, con tratamiento con pulsos de metilprednisolona de 1gr por día, 3 de 3 días. Por cuadro de disnea con requerimiento de O₂ a flujo moderado, hemoptisis y caída del hematocrito, con requerimiento de transfusiones. Se realiza TC de tórax donde se evidencia múltiples opacidades alveolares de aspecto inespecífico bilateral. Se inicia pulso de ciclofosfamida 500mg cada día, cumple 2 de 2. Sin respuesta a tratamiento con mayor compromiso respiratorio, con requerimiento de VNI. Se decide iniciar plasmaferesis, el cual cumple 5 de 5 días. Se solicita FAN (-) y ANCA P (+)1/2569. Con buena evolución, disminución de requerimiento de O₂, con suspensión de VNI y disminución paulatina de creatinina de 2,65 mg/dl con previa de 5,81 mg/dl.

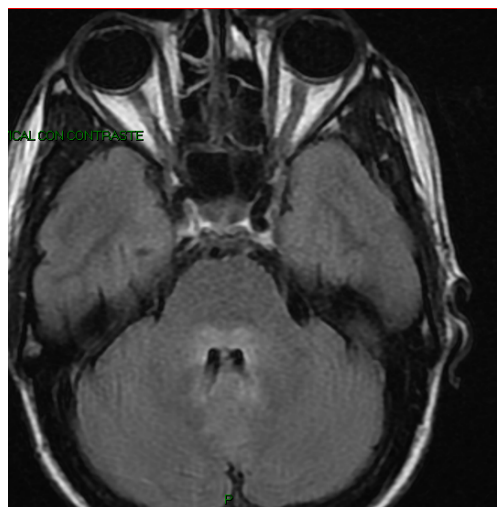
Encontramos que la principal causa de hemorragia alveolar en nuestro medio son las vasculitis asociadas a ANCA, y de ellas la granulomatosis de Wegener es la más frecuente, en las que se reportan a las vasculitis de pequeños vasos asociadas a ANCA como la principal causa de HAD. A diferencia de nuestro paciente con ANCA P (+) con poliangiitis microscópica.

El tratamiento llevó a la remisión del cuadro agudo de insuficiencia renal y hemorragia pulmonar; sin embargo, la insuficiencia renal se perpetuo. Los reportes de remisión espontánea son raros.

Tener en cuenta descartar compromiso infeccioso antes de iniciar con tratamiento inmunosupresor, parece ser un desafío. El tratamiento oportuno es importante para evitar la progresión a insuficiencia renal crónica irreversible y necesidad de tratamiento sustitutivo.

siones y síntomas deben comprometer tronco encefálico, lesiones diencefálicas o cerebrales. Se trata con prednisolona, 1mg/kg día asociado con plasmaferesis 10 sesiones. Paciente mantiene paresia del brazo izquierdo, hipotonía del cuello y recuperación parcial de la excursión de base.

Conclusión: El proceso inflamatorio severo que genera la NMO, puede guiar el diagnóstico y terapéutica hacia etiologías infecciosas, con la demora en el tratamiento de la enfermedad desmielinizante que es antagónico.



0261 SINDROME MENINGEO CON FOCO MOTOR DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS OPTICA

P EUGUI(1)

(1) Policlínico Neuquen.

Introducción: Enfermedad del espectro de neuromielitis óptica, es una expresión clínico patológica caracterizada por inflamación crónica del sistema nervioso central, mediadas por Ac que afectan canales de aquaporinas 4, generando foco neurológico motor o sensitivo, con lesiones típicas en resonancia magnética. Afectan la medula espinal de forma extensa, área postrema y regiones cerebrales.

Caso clínico: Paciente de 25 años de edad, con cuadro compatible con síndrome meníngeo, foco neurológico motor, paresia del brazo izquierdo, hipotonía de músculos del cuello, fasciculaciones faciales, trastorno deglutorio y dificultad ventilatoria con parálisis diafragmática, TAC de cráneo normal, PL patológica. Evolucionó de forma desfavorable con insuficiencia respiratoria. Resonancia magnética que muestra lesiones compatibles con enfermedad desmielinizante, no se modifican con el contraste endovenoso, en región mesencefálica, región periacueductual, protuberancia anular, proyección de pedúnculos cerebelosos superiores, compromete área postrema. A nivel de la medula cervical y dorsal, presenta lesión extensa, continua en cordón posterior medular bilateral. Se realiza cultivo de LCR, PCR para neurovirus, herpes virus y listeria monocitogenes, bandas oligoclonales, anticuerpos Ig G para aquaporinas y hemocultivos. Se solicita colagenograma, con FAN, p anca y c anca. Todos los resultados fueron negativos, por lo tanto dada la clínica del paciente y en un equipo multidisciplinario, de neurología, hematología y terapia intensiva, observando las imágenes, se llega a la conclusión que el paciente presenta un trastorno del espectro de la neuromielitis óptica, basado en los criterios clínicos publicados en la revista *Nerurology* año 2015. Sin presencia de IgG para aquaporinas, se requiere 2 síntomas compatibles con lesión del sistema nervioso central, asociado a lesión del nervio óptico o mielitis extensa o síndrome de zona postrema. Las lesiones deben ser extensas y comprometer más de 3 segmentos contiguos, las le-



0262 INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA SOBREVIVENCIA DE PACIENTES QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

ML GIMENEZ(1), G AVACA(1), M BERTE(1), G GARCIA(1), P GIMENEZ(1), A GOLDBERG(1), K MIRALLES(1), D NOVAL(1), G NAHMIA(1), M OJEDA(1), N POZO(2), A SANTAMARIA(1), N SEGURA(1), E STEINBERG(1), S FREDER(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio Trinidad Mitre. (2) Cmpfa Churrucá Visca.

Introducción: El rápido avance tecnológico y de la medicina han generado un aumento en la esperanza de vida. Como consecuencia, hay más pacientes mayores que requieren acceso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y ventilación mecánica (VM). Sin embargo, se desconoce cuál es el impacto de la VM en los pacientes más añosos.

Objetivo: Determinar los rangos de edad que mejor discriminan la supervivencia en pacientes de UCI que requieren VM. Establecer asociaciones entre el grupo de pacientes más añosos y las variables que in-

fluyeron en la evolución de los mismos en relación a la mortalidad. **Material y método:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes que requirieron VM por más de 12 horas, que egresaron de la UCI entre Enero de 2014 y Diciembre de 2016. Se realizó un análisis de partición recursiva para determinar la mejor edad límite que determine la sobrevida. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística con las variables representativas del análisis univariado de las variables que influyen en la mortalidad de los pacientes mas añosos. Se consideró significativa una $p < 0.05$. **Resultados:** 686 pacientes fueron incluidos. Se estableció a la edad de 36,5 y 70,5 años como mejores determinantes de sobrevida. En la tabla 1 y 2 se muestran las características de los pacientes. En el análisis multivariado la edad mayor a 70,5 años no incide en la mortalidad ($p=0.17$). Se encontró asociación con la mortalidad en aquellos pacientes con SAPS II mayor 59 (OR 2,27; p 0.0002), presencia de shock (OR 3.87; p 0.000). Además, no padecer delirium disminuye la mortalidad (OR 0.36 ; p 0.0000). **Conclusion:** En nuestra unidad, los pacientes mayores a 70 años representaron el 40% de los pacientes bajo VM. Los mismos presentaron una sobrevida, con igual estadía en la UCI y días de VM en comparación con los mas jóvenes. Si bien los pacientes mas añosos tuvieron menos días de sedación, una mayor cantidad de ellos alcanzó sedación profunda. El porcentaje de delirium fue mayor en comparación con los más jóvenes. Los factores asociados con mayor riesgo de mortalidad fueron la presencia de shock y delirium.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos.

Grupos	< 36,5	36,5-70,5	>70,5	p
n	80 (11,46)	336 (48,37)	270 (39,35)	0,00
Sexo masculino	52 (65)	205 (60,43)	129 (47,7)	0,00
Edad	27,1 (5,82)	57,1 (9,22)	80,8 (10,5)	0,00
SAPS II	28,8 (14,47)	45,5 (11,75)	52,4 (10,87)	0,04
Módulo VM				
ERC				
ERC	0	7 (2,08)	23 (8,53)	
Asma	2 (2,5)	0	3 (0,87)	
ERC No ERC	0	2 (0,58)	3 (0,87)	
IRA				
Sepsis	12 (15)	70 (20,83)	71 (26,28)	
Postoperatorio	10 (12,5)	113 (33,83)	45 (16,66)	
Neumonia	3 (3,75)	32 (9,32)	23 (8,25)	
Aspiración	6 (7,5)	5 (1,46)	12 (4,44)	
PCR	1 (1,25)	10 (2,97)	30 (11,1)	
EAP	1 (1,25)	3 (0,88)	9 (3,33)	
Trauma	0 (0)	12 (3,57)	9 (3,33)	
SDRA	2 (2,5)	6 (1,76)	0	
ORE	4 (5)	24 (7,14)	39 (14,05)	
Cema				
Metabólico	0 (0)	12 (3,57)	39 (14,05)	
ACV	0 (0)	30 (8,82)	28 (10,37)	
TEC	7 (8,75)	7 (2,08)	2 (0,74)	
Intoxicación	0 (0)	2 (0,58)	2 (0,74)	
Neuromusculares	4 (5)	1 (0,29)	4 (1,48)	

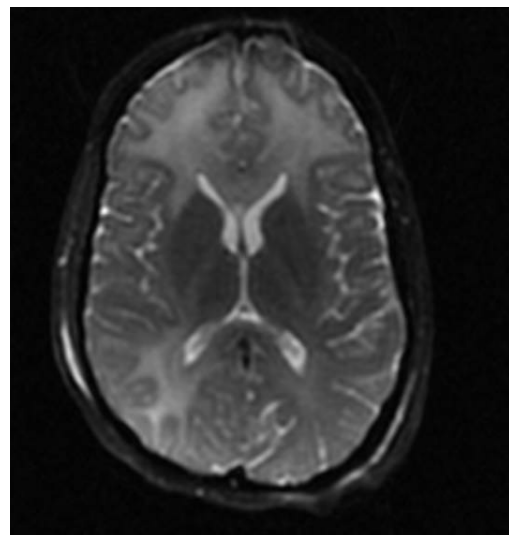
ERC, enfermedad respiratoria crónica. EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IRA, insuficiencia respiratoria aguda. PCR, paro cardiorrespiratorio. EAP, síndrome agudo de pánico. SDRA, síndrome de distress respiratorio agudo. ACV, accidente cerebrovascular. TEC, trauma craneoencefálico. Las variables categóricas se presentan como número y porcentaje, y las numéricas continuas como media y desvío estándar.
 * $p < 0,05$ vs < 36,5.
 † $p < 0,05$ vs < 36,5-70,5.

Tabla 2. Variables de ventilación mecánica y del manejo de la sedación analgesia y delirium.

Grupos	< 36,5	36,5-70,5	> 70,5	p
Variables de VM				
Días de VM	7,28 (12,6)	7,13 (9,58)	7,65 (10,46)	0,83
Días de destete	2,75 (2,04)	4,37 (10,46)	5,78 (10,69)	0,10
Días totales de VM	9,75 (14,76)	10,63 (13,49)	11,65 (13,88)	0,49
Entubación	53 (73,61)	213 (68,48)	142 (58,92)	0,01
Reintubación	6 (11,32)	38 (17,84)	32 (22,53)	0,18
Traqueotomía	16 (21,62)	65 (20,7)	53 (21,81)	0,94
Shock	31 (39,74)	243 (72,13)	201 (75,28)	0,00
Estadía en UCI	18,5 (24,4)	18,19 (15,83)	18,69 (17,7)	1,00
Sobrevida en UCI	75 (94,83)	234 (70,48)	162 (60,44)	0,00
Variables de SAD				
Sedación en IC	49 (62,02)	238 (71,25)	181 (67,28)	0,23
Días sedación IC	4,82 (5,07)	5,62 (6,88)	3,92 (3,85)	0,01
Sedación profunda	57 (71,5)	282 (84,43)	245 (90,74)	0,01
Días de sedación profunda	4,61 (6,36)	6,19 (8,65)	5,62 (6,05)	0,38
Analgesia en IC	62 (78,48)	299 (89,52)	229 (84,81)	0,05
Días de analgesia en IC	5,31 (5,17)	7,35 (8,83)	5,21 (5,4)	0,00
Bloqueantes NM en IC	6 (7,59)	42 (12,5)	15 (5,55)	0,00
Días de bloqueantes NM	3,83 (2,04)	4,24 (4,62)	3,4 (3,86)	0,88
Delirium	30 (38,46)	184 (55,42)	154 (57,46)	0,01
Días de delirium	2,63 (2,6)	4,69 (5,64)	5,32 (6,3)	0,09

VM, ventilación mecánica. UCI, unidad de cuidados intensivos. SAD, sedación, analgesia y delirium. IC, infusión continua. NM, neuromusculares. Las variables categóricas se presentan como número y porcentaje, y las numéricas continuas como media y desvío estándar.
 † $p < 0,05$ vs < 36,5.
 & $p < 0,05$ vs < 36,5-70,5.

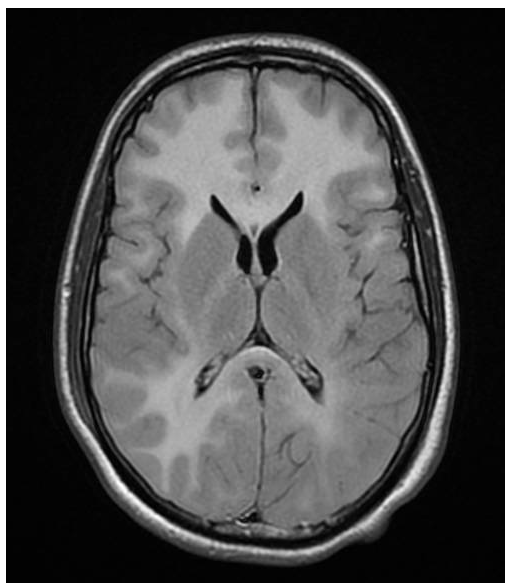
A continuación se presenta un caso observado en nuestro medio considerándolo de interés por su baja frecuencia. Paciente masculino de 19 años de edad sin antecedentes, consulta por cuadro de tics complejos de tres meses de evolución. Se indica tratamiento con aripiprazol y posteriormente evoluciona con disfagia, disartria, rigidez y trastornos en la marcha por lo que se discontinúa dicha medicación. Es evaluado por neurólogo que indica tratamiento con Levodopa interpretándose síndrome extrapiramidal y decide su internación médica. Se realiza resonancia magnética de encéfalo que informa hipointensidades lineales en tegmento mesencefálico perinucleo rojo. Por evolución favorable continúa seguimiento ambulatorio. Luego de dos meses agrega mioclonías, distonía de tronco e incontinencia urinaria asociado a hipertermia y elevación de creatinofosfoquinasa. Se interpreta cuadro como probable síndrome neuroléptico maligno por suspensión de Levodopa. Se decide realizar intubación orotraqueal e inicia asistencia respiratoria mecánica bajo sedación con Lorazepam en infusión continua y bloqueo neuromuscular con atracurio en unidad de cuidados críticos. Se realiza nueva resonancia magnética que evidencia lesiones extensas que comprometen sustancia blanca en ambos hemisferios cerebrales, hiperintensos en FLAIR. Se realiza punción lumbar hallándose líquido cefalorraquídeo sin alteraciones patológicas. Se decide realizar tratamiento con metilprednisolona por sospecha de encefalitis autoinmune. Posteriormente se decide suspensión de bloqueantes neuromusculares y benzodiacepinas y se desvincula de la asistencia respiratoria mecánica. Persiste con movimientos anormales predominantemente mioclonías y distonía de tronco. Se recibe resultado de anticuerpos anti-sarampión en LCR positivos. Por buena evolución clínica se decide su pase a sala general donde inicia tratamiento con ribavirina. La PEES es una enfermedad rara sin un tratamiento específico con demostrada eficacia. Se ha reportado el uso de diversos fármacos como la ribavirina que podrían estabilizar la evolución de la enfermedad por lo que consideramos la importancia del diagnóstico oportuno.



0263 PANENCEFALITIS ESCLEROSANTE SUBAGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

C GARCIA(1), ML LUDUEÑA(1), L BUDROVICH(1)
 (1) Fernandez.

La panencefalitis esclerosante subaguda (PEES) es una enfermedad neurodegenerativa crónica secundaria a la infección del sistema nervioso central por el virus del sarampión.



0264 PACIENTE CON VARIEDAD ESCLERODERMIFORME DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CON HUÉSPED CRÓNICA E INSUFICIENCIA VENTILATORIA: REPORTE DE UN CASO

M HUNTER(1), I TELIAS(1), G BADARIOTTI(1), B DE DIEGO(1), E SOBRINO(1)

(1) Sanatorio Mater Dei.

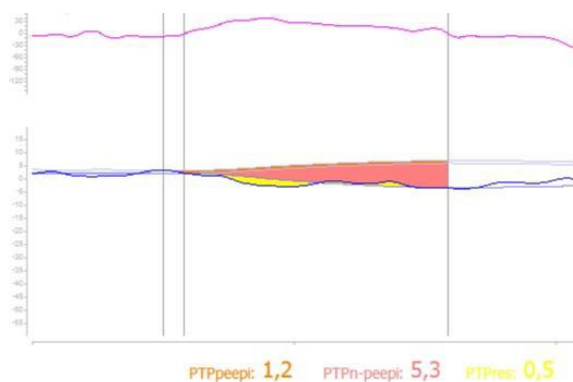
Introducción: Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años de edad, con diagnóstico de enfermedad de injerto contra huésped (EICH) con compromiso cutáneo (variedad esclerodermiforme), que desarrolló insuficiencia ventilatoria a expensas de un síndrome restrictivo extraparenquimatoso progresivo.

Presentación del caso: Presentamos el caso de un paciente masculino de 55 años de edad, con diagnóstico de leucemia mieloide aguda, al que se le realizó trasplante alogénico de médula ósea en septiembre del 2011. Evolucionó con cuadro clínico compatible con EICH crónico, con compromiso cutáneo (variedad esclerodermiforme) y hepático. Se inició tratamiento con corticoides asociado a otros inmunosupresores y fotoaféresis extracorpórea. En febrero de 2016 comienza con disnea de esfuerzo. Espirometría compatible con patrón restrictivo grave, sin componente obstructivo y capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) disminuida en grado leve. En 2017 se internó en nuestra institución por insuficiencia respiratoria hipercápnica con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica. Luego de estabilización clínica se realizó evaluación funcional respiratoria. En la Figura 1 se detallan los valores obtenidos de capacidad vital, presiones estáticas y valores medidos con catéter esofágico tanto en la posición en decúbito dorsal como sentado. Se evidenció mediante radioscopia excursión diafragmática bilateral con leve disminución de la motilidad de la misma. Sniff test con adecuada motilidad diafragmática. Durante el 2017 requirió BiPAP nocturno y cánula de alto flujo diurna, sin oxígeno suplementario. Falleció a comienzos del 2018 luego de varias internaciones por hipercapnia.

Discusión: La interpretación funcional es la de un síndrome restrictivo con aumento de la carga elástica extra parenquimatosa asociada a debilidad muscular. En la figura 2 se observa el producto presión-tiempo. El esfuerzo inspiratorio es expensas de la carga elástica (Color rosa), prácticamente sin carga elástica umbral (Autopeep) y sin carga resistiva. Este aumento en la carga elástica extra parenquimatosa puede explicarse por disminución de la elasticidad de la caja torácica ocasionada por el compromiso cutáneo de la EICH crónica con variedad esclerodermiforme.

Conclusión: Se resalta la rareza de este caso de EICH crónica es-

clerodermiforme con compromiso cutáneo al punto de generar un síndrome restrictivo respiratorio progresivo con insuficiencia ventilatoria.



	Sentado	Acostado
Capacidad vital	742 ml	668 ml
PiMáx	- 44 cmH ₂ O	- 42 cmH ₂ O
PeMáx	+ 50 cmH ₂ O	+ 42 cmH ₂ O
VT	350	298
Swing presión esofágica a CV	16 cmH ₂ O	10 cmH ₂ O
Swing de presión esofágica a VT	7.1 cmH ₂ O	5 cmH ₂ O

0266 ENFERMEDAD DE POTT EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

SF ABALOS(1), RF BURGOS PRATX(2), MA RIBONETTO(2)

(1) Hospital Materno Infantil Dr Hector Quintana. (2) Hospital Materno Infantil Dr. Hector Quintana.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa, granulomatosa crónica que se desarrolla en un contexto de riesgo ambiental, social, sanitario e individual. La enfermedad de Pott es una forma de tuberculosis extrapulmonar grave que afecta la columna vertebral, con mayor incidencia en menores de cinco años. La evolución es lenta y variable describiéndose: dolor local, cifoescoliosis, abscesos fríos, fatiga, sudoración nocturna, mialgias, disminución de apetito y peso. Las complicaciones incluyen: destrucción ósea, deformidad de la columna y disfunción neurológica severa.

Caso Clínico: Varón de 2 años del interior de Jujuy. Abuela con TBC Pulmonar en tratamiento. Vacunas completas. Un año de evolución, inicia con torticolis, consultas reiteradas, tratamiento sintomático, collar cervical ortopédico. Se agrega disbasia, disfagia orofaríngea y pérdida de peso. Luego otitis izquierda supurativa crónica. Presenta estatus convulsivo, ingresa a UCIP en coma, pupilas anisocóricas, postura de descerebración. Desnutrición grave. TAC: hidrocefalia aguda, colección retrofaringea y osteólisis de escama temporal, hemisferio izquierdo de atlas y axis. LCR 30 mononucleares/mL, Glucorraquia 0,10 mg/dL, Albuminorraquia 0,85 g/L. Requiere drenaje ventricular externo. Punción transoral: caseum Ziehl Neelsen (+). Inicia Rifampicina, Etambutol, Isoniacida, Pirazinamida y corticoides. Serología VIH Negativo. Drenaje quirúrgico de lesión. RMN: isquemia tronco encefálico. Severo daño neurológico. Traqueotomía. Válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Halo-chaleco. Quimioprofilaxis a hermana. Caseum y LCR, cultivo (+) Mycobacterium tuberculosis.

Discusión: La enfermedad de Pott en niños es una condición poco frecuente, de evidencia científica escasa. Factores de riesgo asociados: hacinamiento, inmunosupresión y dificultad de acceso al Servicio de Salud. En este caso se destaca el hacinamiento, no inmu-

■ Resúmenes

nosupresión y oportunidades diagnósticas perdidas en las consultas reiteradas. El diagnóstico se considera positivo cuando existe clínica compatible, antecedentes de contacto, imágenes concordantes y respuesta al tratamiento. Condiciones presentes en este caso. Se confirma a los 45 días con cultivos positivos.

Conclusión: El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de Enfermedad de Pott pediátrico requieren de alto índice de sospecha para disminuir la morbimortalidad.

0270 PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR) SECUNDARIO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: REPORTE DE UN CASO

M PETASNY, VE FUKS(1), AB DE SALVO(1), LE LAMOT(1), LR MARTÍNEZ(1), CJ BEROIZA(1)

(1) Municipal De Agudos Dr Leóidas Lucero.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA) no se debe entender como una enfermedad puramente neurológica, sino sistémica; particularmente debido a su afectación cardiopulmonar muchas veces de presentación grave y evolución potencialmente mortal.

Presentación del caso: Paciente masculino de 44 años, tabaquista. Es traído al servicio médico de urgencias por PCR luego de actividad física intensa, el cual es presenciado y reanimado en vía pública con RCP básico por legos y luego avanzado en ambulancia. Al ingreso repite dicho evento, con un total de 40 minutos de reanimación, siempre en actividad eléctrica sin pulso. Se constata retorno a circulación espontánea, pasa a la Unidad de Terapia Intensiva, donde ingresa con signos de fallo de bomba de causa hipertensiva, con respuesta a tratamiento médico. En el electrocardiograma supra-desnivel del ST en aVr e injuria subendocárdica anterior e inferior (Figura 1). Al examen físico midriasis bilateral arreactiva acompañada de otros signos de compromiso de tronco de encéfalo. Presenta inestabilidad hemodinámica, altas dosis de vasopresores (Apache II 33 pts). Se realiza tomografía de cráneo donde se observa HSA Fisher II, con borramiento de surcos y de cisternas peritroncales (Figura 2). Se re-interpreta cuadro como PCR secundario a neuroinjuria, inicia tratamiento con nimodipina y evaluación por neurocirugía quien decide por el contexto no tomar conducta quirúrgica. Evoluciona con bradicardia severa y PCR sin respuesta a maniobras, se constata óbito.

Discusión: La HSA espontánea es el trastorno neurológico más frecuente que conduce a un PCR extrahospitalario, siendo este cuadro casi siempre fatal, incluso si fue posible reestablecer inicialmente la circulación espontánea. El cuadro de PCR enmascara el diagnóstico y dificulta el diagnóstico primario, como sucedió en nuestro caso.

Conclusión: Muchas veces encontrar la etiología del PCR es un reto diagnóstico para el intensivista. La HSA debería ser tenida en cuenta con mayor frecuencia, principalmente en pacientes jóvenes sin antecedentes de relevancia.



0271 INFECCIÓN NECROTIZANTE DE FASCIA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE: REPORTE DE UN CASO

R TÁMARA(1), E SALCEDO(1), M AGOSTA(1), M LOPÉZ(1), W MOSQUERA(1), E LARRADA(1), A LESCANO(1), D MATTEO(1) (1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: Infecciones graves de tejidos blandos, afecta distintas partes, epidermis, dermis, tejido celular sub cutáneo, fascia y músculo. Se clasifican microbiológica y clínicamente. La fascitis necrotizante (FN) es un compromiso progresivo de la fascie del musculo y la grasa subcutánea que lo recubre, representando 14-34% de mortalidad. Se dividen en dos microbiológicamente. Polimicrobianas Tipo I y monomicrobianas Tipo II.

Presentación caso clínico: Femenina 26 años, antecedentes G3 P3, Sífilis hace 9 años tratada, consumo de cocaína, tatuajes, 6 días de evolución, caracterizado por dolor súbito en región proximal de miembro inferior derecho, tratado con analgesia y antibiótico oral, con posterior impotencia funcional, fiebre, malestar general. Ingres a la unidad de terapia intensiva álgida, adelgazada, con aspecto toxico, hipotensa que no mejora con cristaloides, taquipneica, con aporte de O2 a bajo flujo, laboratorios que muestran leucocitosis, SOFA 6, HIV (-), miembro inferior derecho, región proximal con hematoma, calor, rubor, eritema de aproximadamente 25 cm de diámetro, extendiéndose a región abdominal, eco de piel y partes blandas visualiza imagen hipoeoica, bordes irregulares 35 por 22 mm, sin fistula a periferia, edema sub cutáneo, área fusiforme, iniciando antibiótico empírico, Piperacilina Tazobactam, Vancomicina, Clindamicina, toilette quirúrgica con tejido celular subcutáneo, signos de sufrimiento vascular, abundante secreción purulenta, fascia desvitalizada, secreción purulenta en bursa. Continua con toilette quirúrgica cada 48 hs, ARM, rescate bacteriológico de streptococcus Agalactiae, se logra estabilidad hemodinámica, weaning, se ajusta antibiótico a sensibilidad.

Discusión: Si bien la FN Tipo II, el germen mas común es el estreptococcus del grupo A, en este caso llama la atención el rescate en cultivos de Streptococcus del grupo B, encontrándose solo dos casos publicados, los cuales coinciden que los pacientes tiene un compromiso inmune, esta paciente si bien no tenia antecedente de inmunosupresión, impresiona paciente mal nutrida, con antecedentes de consumo de cocaína, negando en toda instancia al interrogatorio, cualquier tratamiento invasivo como procedimiento ginecológico, embrazos, colocación de mediación intramuscular o trauma.

Conclusiones: Sospecha e identificación temprana de FN, evidencia macroscópica de fascie desvitalizada, tratamiento quirúrgico a descarga, inicio de antibiótico empírico con posterior dirigido, soporte hemodinámico, rehabilitación, sin olvidar la urgencia infectologica que representa.





0272 LESIONES NO INTENCIONALES: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

S LUGO(1), S LUGO(2), JL CHONILLO(3), M MONTELLANOS(3), M ALFANO(3), M PEREZ(3)
(1) Nacional Dr. A. Posadas. (2) Nacional Dr. A. Posadas. (3) Nacional Dr. A. Posadas.

Introducción: La OMS propone sustituir la palabra accidente por lesión no intencional (LNI), para modificar la concepción de que es un hecho inevitable y no podemos prevenirlo.

Las LNI representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte de niños mayores de 1 año y adultos jóvenes. Se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad.

Objetivo: Determinar la prevalencia, las características epidemiológicas y clínicas de los niños ingresados por LNI a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del Hospital Posadas.

Material y métodos: Diseño: Observacional, descriptivo, retrospectivo. Criterios de inclusión: niños menores de 15 años con diagnóstico de ingreso de LNI internados en UTIP del Hospital Posadas durante el año 2017. Se realizó una revisión de historias clínicas donde se recolectaron características demográficas y clínicas, tipo y mecanismo de las lesiones, características evolutivas y mortalidad.

Resultados: En el 2017 hubo 513 internaciones en UTIP, 61 (12%) correspondieron a LNI. Las más frecuentes fueron por caídas (56%) y accidentes de tránsito (17%), ocurrieron en varones (68%), edad 4 a 12 años (54%) y 1 a 4 años (20%) en el hogar (69%) y en presencia de los padres 73%. La mediana de estadía en UTIP fue de 3 días (RIQ 2-7). El 50% requirió al menos una intervención quirúrgica y asistencia respiratoria mecánica (44%). El 70% fueron pacientes derivados de otra institución. Un paciente falleció y dos presentaron secuelas graves con requerimiento de tecnología e internación prolongada. Se evaluó la probabilidad de mortalidad utilizando PIM2: Mediana 1,9% (RIQ: 1-8), 7 pacientes presentaron PIM2 >50% coincidiendo con peor evolución.

Conclusión: En el Hospital Posadas se recibe un gran número de pacientes con LNI, los resultados coinciden en su mayoría con la bibliografía actual. Es fundamental hacer hincapié en la prevención, ya que en la serie descripta observamos que la mayoría de los eventos ocurre en el hogar, muchos en presencia de los padres, con probabilidad de generar secuelas graves.

0273 LESIÓN CAROTÍDEA POR DISIPACIÓN DE ENERGÍA CINÉTICA POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO

RG VALDÉZ LÓPEZ(1), MG BEJARANO CASTRO(1), J TORRES BATÁN(1), JL FERNÁNDEZ CALVIMONTES(1), D CASTAÑO(1), L BENITO MORI(1), P SCHOON(1)
(1) Higa Prof Dr Luis Güemes.

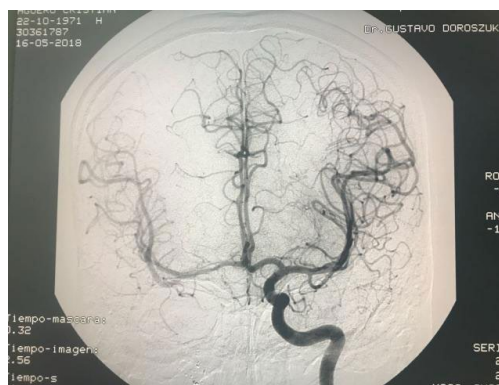
La principal causa de muerte en herida de proyectil cervical es la lesión vascular con hemorragia. Sin embargo, el daño puede depender de otros factores. Uno de los mecanismos involucrados es la cavitación transitoria a lo largo de la trayectoria del proyectil, lo que puede producir lesiones secundarias en órganos y tejidos adyacentes.

Objetivo: Comunicar un caso de lesión carotídea por disipación de energía cinética por herida de arma de fuego y revisión de literatura.

Presentación de caso: Paciente masculino de 46 años, ingresa por herida de arma de fuego en órbita derecha, hemodinámicamente estable, sin déficit neurológico. TAC encéfalo y cuello: trayectoria a través de huesos de cara, sin ingreso a cavidad craneal, alojamiento detrás del músculo esternocleidomastoideo (nivel C5). AngioTAC: oclusión de carótida interna derecha (CID), con circulación colateral que irriga arterias cerebrales anterior y media derechas. Se realiza evisceración de ojo derecho. Al segundo día presenta somnolencia, trastorno deglutorio, mal manejo de lago faríngeo, paresia braquiocrural izquierda leve. TAC encéfalo: isquemia capsular derecha. Ingres a UTI, IOT, fibrobroncoscopia que evidencia parálisis de cuerda vocal derecha, realizándose traqueostomía. DTC: buenas velocidades de flujo y valores de resistencia en vasos circuito anterior; arteria cerebral anterior derecha repleciona por comunicante anterior; arteria cerebral media por comunicantes anterior y posterior. Doppler vasos de cuello: flujo turbulento en porción proximal de CID. Angiografía digital: CID a nivel cervical con gran dilatación irregular, concéntrica. Comprobándose adecuada repleción derecha de Polígono de Willis a través de ambas comunicantes, se procede a su oclusión con coils. Evolucion a sin déficit neurológico.

Discusión: La comunicación de lesiones vasculares cervicales por cinética de cavitación por proyectil es escasa en la literatura. Su diagnóstico y tratamiento precoz es imprescindible para obtener buenos resultados. En el presente caso, la demora en la interpretación de imágenes y la forma radical de resolución endovascular ameritan una discusión crítica.

Conclusiones: En lesiones penetrantes de cuello, a pesar de la ausencia de hemorragia evidente, es necesario considerar la posibilidad de lesiones producidas por la energía cinética de cavitación, a fin de realizar precozmente los estudios de imágenes necesarios para descartar o diagnosticar las mismas.





0274 SÍNDROME DE LEMIERRE SECUNDARIO A OTOMASTOIDITIS. REPORTE DE CASO

A COSTAS(2), A LUGRIN BELLOMO(1), VD CELLER MENDOZA(2), MV MUÑO(A)(2), J CICHONSKI(2), G SHEEHAN(2), G PALACIOS(2), A MEDRANDA(2), P NEIRA(2)
(1) Hospital Austral. (2) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez.

Introducción: El síndrome de Lemierre es una enfermedad rara y grave provocada por infecciones del espacio orofaríngeo, con tromboflebitis de la vena yugular interna y embolias sépticas sistémicas.

Objetivo: Describir la presentación clínica, manejo y evolución de una paciente con síndrome de Lemierre secundario a otomastoiditis como forma de presentación poco habitual.

Caso clínico: Niña de 10 años, con antecedentes de otitis media y mastoiditis. Se interna por fiebre de 8 días de evolución, otitis derecha, dolor preauricular, torticolis contralateral y diarrea. Al ingreso Glasgow 13/15, pálida, deshidratación leve, debilidad muscular y mareos, hemodinámicamente compensada. Se cultiva e inicia tratamiento con ceftriaxona. TC ingreso: Otomastoiditis derecha asociada a la presencia de aire, probable signo de trombosis del seno sigmoideo homolateral, burbujas aéreas en orofaringe y en ambos recessos laterales que se extienden hasta mediastino anterior. Aire en vena yugular interna derecha. Imágenes ganglionares a nivel cervical superficial y profunda. Infiltrados intersticiales a nivel de lingula y segmento postero-basal de pulmón izquierdo. Opacidad nodulillar a nivel subpleural del lóbulo inferior derecho. Neumo-mediastino anterior. Mínima efusión pericárdica. Derrame pleural laminar izquierdo. Por mala evolución clínica y plaquetopenia se deriva a nuestro hospital para descartar enfermedad oncohematológica. Al ingreso: febril, hipotensa, ictérica. Lactato 4,7. Se expande con solución fisiológica, se toman muestras para laboratorio, HMCx2 y se rota ATB a meropenem/vancomicina. Ingresa a AVM por shock séptico refractario a volumen. Inicia anticoagulación. Requiere noradrenalina por 48 horas. Ecografía doppler de vasos de cuello confirma trombosis vena yugular interna derecha (Síndrome de Lemierre). AngioRNM muestra mastoiditis, con absceso extendido a mediastino anterior, trombosis de seno sigmoideo, lateral y yugular interna derecha. Rota ATB a ceftazidime/vancomicina/metronidazol. Al 4° día de internación presenta fracaso de extubación por convulsiones. Vía aérea difícil por colección retrofaríngea. Al 6° día de internación se realiza drenaje programado de absceso parafaríngeo y mediastinal. Requiere 9 días de AVM. Cultivos y focos profundos negativos. Evolucionó favorablemente.

Conclusiones: El Síndrome de Lemierre provocado por otomastoiditis es poco habitual. Librado a su evolución es una enfermedad potencialmente mortal. Su diagnóstico requiere de alta sospecha. La posibilidad de presentar una vía aérea difícil requiere consideración.

0275 SEGUIMIENTO CLÍNICO DE UN MONITOR DE MECÁNICA RESPIRATORIA

M MADORNO(1)
(1) Itba.

Introducción: Siguiendo las guías de la comunidad europea de seguimiento clínico. En busca de tener información clínica del monitor FluxMed se evaluó la información disponible.

Objetivo: El objetivo principal es publicar la información clínica del uso para completar la evaluación clínica de la familia de monitores FluxMed. Este objetivo está dividido en dos, estudiar la presencia de eventos adversos graves (EAG) asociados al uso del monitor y evaluar la performance del equipo, la población de pacientes medidos y las mediciones utilizadas.

Métodos: Se evaluó la cantidad de sensores de flujo y balones de manometría entregados en el periodo 2012 a 2017. Se descontaron los insumos entregados a empresas con el fin de evaluar el dispositivo. Se espera que cada uno de los insumos entregados se utilizó para medir un paciente. Analizando los EAG reportados. Se evaluó la información de uso de los monitores FluxMed obtenida a partir de los reportes registrados en el sistema de calidad. Se analizó la performance de los equipos, la población de pacientes medidos y las mediciones que resultaron más útiles.

Resultados: Se realizaron mediciones de pacientes con 5014 sensores de flujo y 5306 sondas de presión. En ningún caso se reportó un evento adverso grave. Usando una distribución binomial se puede afirmar con un 95% de confianza que en las próximas 1673 mediciones con el sensor de flujo no habrá EAGs y que en las siguientes 1771 mediciones con el balón de manometría no habrá EAGs.

A partir de análisis de las respuestas de 127 profesionales de la salud de 38 instituciones diferentes, donde se estima se evaluaron 643 pacientes con el monitor FluxMed, se encontró que el 70% estaba altamente satisfecho y 100% relativamente satisfecho. La condición del paciente medido tiene una distribución pareja relativamente pareja con respecto al uso previsto. Lo mismo se observó respecto parámetros que encontraron más útil.

Conclusiones: La utilización del monitor es según el uso previsto por el fabricante. La performance del monitor es buena según lo expresaron los usuarios. La ausencia de EAGs, está en concordancia que el equipo tiene un nivel de riesgo bajo. Resultando en una relación riesgo beneficio favorable.

0276 MIELITIS TRANSVERSA

A MEZA(1), M CONTRERAS(1), V MOYANO(1), G FALCHETTO(1), M ANDRADA(1), M CORIA(1), C LUIS(1)
(1) Hospital San Roque.

Introducción: La mielitis transversa (MT) es una enfermedad inflamatoria de la médula espinal que puede obedecer a diferentes procesos inflamatorios o no, a cualquier edad. Su incidencia estimada es de 1 a 4 casos nuevos por millón de habitantes. Se caracteriza por inicio agudo de síntomas motores y sensitivos con distribución medular, asociados generalmente a disfunción vesical.

Presentación del caso: Femenina de 17 años con antecedentes de neumonía hace 1 mes. Ingresa con nistagmus vertical, paresia de miembros inferiores y miembro superior izquierdo, pérdida de la fuerza distal más hipoestesia ascendente progresiva hasta D4 y rigidez de nuca de aparición aguda.

LCR células 385 (95% linfocitos), hipoglucorraquia, ácido láctico 4,3. RMN en T2 imagen hiperintensa en trayecto cérico dorsal extenso. Se indica tratamiento con Ampicilina, Ganciclovir, Metilprednisolona (5 pulsos).

Nuevo LCR con 4 células, glucosa normal. Cultivo sin desarrollo y virológico negativo.

Perfil inmunológico y serología viral negativa. Requiere VNI intermitente.

Por progresión de los síntomas plejía de miembros inferiores el día 21 se indica plasmáferesis por 5 sesiones.

Pasa a sala común después de 2 días de la última sesión de plasmaféresis con mejoría de los síntomas. RMN control T2 imágenes hiperintensas en parche a nivel de C2, C3, C4 y dorsal alto.

Discusión: Actualmente no existe cura eficaz para las personas que padecen mielitis transversa. Habitualmente se indica terapia antiinflamatoria con corticoesteroides en cuanto se hace el diagnóstico con el fin de disminuir la extensión de la inflamación. En casos graves que no parecen responder al mismo, podrían usarse otras terapias como el intercambio plasmático.

Conclusión: Valiéndonos de la literatura del conocimiento actual y en vista de la progresión del compromiso neurológico propusimos la plasmaféresis como tratamiento de segunda línea para reducción de secuelas, con resultados positivos.

Creemos que es necesario realizar más estudios al respecto y ampliar los horizontes terapéuticos en etapas precoces de esta afección con el fin de evitar los daños permanentes.

0279 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO IDIOPÁTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

L NICASTRO(1), N SÁNCHEZ(1), V LUCIANO(1), N ZANCOCCHIA(1), MG GUTIÉRREZ(1)
(1) Sanatorio De Niños Rosario.

Introducción: Los síndromes hipereosinofílicos (SHE), son un grupo heterogéneo de trastornos poco comunes, caracterizados por marcada eosinofilia periférica y manifestaciones externas de órganos. Requiere 3 criterios para su diagnóstico: eosinófilos >1500/mm³ por más de 6 meses, ausencia de causas evidentes y disfunción de órgano blanco.

La prevalencia es desconocida. Los síntomas más frecuentes son: debilidad y fatiga, tos, disnea, mialgias o angioedema, fiebre y rash.

La morbimortalidad es causada por fallo cardiovascular.

Presentación: Paciente de 15 años, mujer, con antecedente de internación 3 meses previo a su ingreso, por neumonitis a mycoplasma con eosinofilia. Ingresó por artralgias y edema periorbitario y en miembros inferiores.

Laboratorio con leucocitosis (53000/mm³), 80% eosinófilos (42400/mm³), IgE elevada, radiografía de tórax con cardiomegalia e infiltrado intersticial bilateral, fondo de ojo normal. Ecocardiograma con fracción de eyección de 52% y derrame pericárdico moderado. Tomografía de cráneo y abdomen normales, y de tórax confirmando derrame pericárdico con parénquima pulmonar normal.

Biopsia de médula ósea con hipereosinofilia sin células inmaduras, serologías y estudios de materia fecal negativos. Ecodoppler en miembros inferiores normal.

Comienza tratamiento de insuficiencia cardíaca, e inicia meprednisona 1mg/kg/día. Se realiza pericardiocentesis, obteniéndose 300ml de líquido citrino con cultivos negativos, biopsia con ligeros cambios reactivos y líquido pericárdico con eosinófilos. Genético: BCR-ABL y FIP1L1 negativos. En el post-operatorio requiere inotrópicos por 48hs evolucionando favorablemente. Se asume el cuadro como SHE idiopático.

Discusión: Nuestra paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos por SHE con afectación cardíaca (insuficiencia cardíaca y derrame pericárdico). Tras iniciar la búsqueda para descartar causas probables de eosinofilia y basándonos en la bibliografía consultada, se concluye que es de causa idiopática. Con el inicio del tratamiento con corticoides, presenta mejoría clínica y de laboratorio hasta alcanzar recuento normal de eosinófilos luego de una semana de tratamiento. Es dada de alta con corticoide oral.

Conclusión: Ante un paciente con SHE es fundamental investigar la etiología, e iniciar un tratamiento inmediato para evitar el compromiso de órganos vitales.

0280 VENTILACIÓN SELECTIVA EN PACIENTE CON PATOLOGÍA BIPULMONAR CON DISTINTA FISIOPATOLOGÍA. REPORTE DE CASO

MG ANDRADA(1), M CORIA(1), M CONTRERAS(1), G FALCHETTO(1), A MEZA(1), V MOYANO(1), V GALENDE(1), C LUIS(1)
(1) San Roque.

Introducción: La Ventilación Pulmonar Selectiva (VPS) ha sido descrita en patología pulmonar unilateral, especialmente aplicada a la cirugía pulmonar y con escasos reportes de enfermedades de diversas fisiopatologías, lo cual dificulta comparar pacientes, terapéuticas y resultados.

Se presentará la utilización VPS en un trauma de tórax con requerimiento de dos estrategias de ventilación en concordancia con las lesiones.

Presentación del caso: Politraumatizado grave, 59 años, TCE Grave Marshall II y trauma cerrado de tórax. Ingresó con Glasgow 3/15, anisocoria derecha, APACHE 29 puntos, requerimiento Noradrenalina (NAD) 0,5 gamma. TC: hemorragia subaracnoidea surcal parietal derecha, contusiones infracentrímetricas temporales izquierdas, contusión talámica, subtalámica. Hemoneumotórax grado III derecho (70%), contusiones pulmonares bilaterales, derrame pleural izquierdo con atelectasia, bullas bilaterales y enfisema subcutáneo. Se colocó tubo de drenaje pleural derecho. Ventilación mecánica inicial (VM) VCV 440; Fio₂ 0,60; PEEP 16; FR30. Requerimiento de NAD a dosis bajas. Presentó asincronía con VM, acidosis metabólica, hipoxemia, saturación 80%, PAFI 48, sospecha de fístula bronco-pleural derecha, gasometría arterial (GSA) 7.33/45/63/23/-2.9/89 se colocó tubo doble lumen (TDL) Robertshaw n°30 para ventilación dual asincrónica con doble estrategia. GSA 7.35/45.8/48/24.7/-1.6/81%

Pulmón Izquierdo (RAMA BRONQUIAL) modo VCV VT 240 ml; PEEP 16; TI 0,78; FR 18/ 18; FIO₂ 1.00; Presión Pico 33; Presión Plateau 28; compliance estática 24; Saturación 58%.

Pulmón Derecho (RAMA TRAQUEAL) modo PCV, presión 20 cmH₂O; PEEP 6; TI 1; I:E 1:2,7; FR 9; FIO₂ 1,00; Presión Pico 26; Presión Plateau 20; compliance estática 61; Resistencia 11; AUTO PEEP 2,8.

Equipos utilizados Neumovent advance – Maquet servo s. Al día 7 por mala evolución se cambió TET por N°8 unilumen, sin complicaciones. Evolucionó en shock séptico. Óbito.

Discusión: VMS se basa en la presencia de patología pulmonar asimétrica que condiciona diferencias en las distensibilidades, permitiendo ventilar a cada pulmón con estrategias distintas.

Conclusión: Pese a la ausencia de estudios controlados, la evidencia actual disponible apoya su uso en el paciente crítico con patología pulmonar unilateral o asimétrica cuando las estrategias de ventilación mecánica convencional son deletéreas. Los beneficios de la ventilación mecánica independiente deberían considerarse en el contexto de la lesión pulmonar subyacente con severo trastorno de la oxigenación





0281 VENTILACIÓN PULMONAR DIFERENCIAL Y MEMBRANA DE OXIGENACIÓN DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN PACIENTE CON SDRA Y FÍSTULA BRONCOPLEURAL REFRACTARIA

C VIDELA(1), M LAS HERAS(1), A MONTSERRAT RIVERO(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), M NUÑEZ SILVEIRA(2), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(3)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Italiano Buenos Aires. (3) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción:

La ventilación pulmonar diferencial (VPD) permite realizar una separación anatómica y funcional de cada pulmón posibilitando intervenir cada uno como unidades independientes logrando una estrategia terapéutica diferencial según las características de cada órgano. Las enfermedades del parénquima unipulmonar, el posoperatorio complicado unipulmonar y fístulas broncopleurales son las indicaciones más frecuentes para la separación fisiológica de la ventilación. El uso de esta terapéutica se basa en la diferencia de relación de la mecánica pulmonar y de la relación V/Q entre ambos pulmones, ya que el uso de PEEP o de volúmenes tidal puede ser injurioso para uno y beneficioso para el otro.

Caso: Paciente femenina de 35 años que ingresa por politraumatismo con contusiones pulmonares bilaterales y hemo neumotórax que se drena. Evolución con absceso pulmonar derecho con realización de lobectomía inferior intercurriendo con fístula broncopleural y neumonía asociada a la ventilación mecánica. Evoluciona con persistencia de la fístula asociado a SDRA grave con colocación de ECMO Venó-Venoso y ventilación diferencial sincrónica con sistema esclavo-maestro con ventilación ultraprotectiva en pulmón izquierdo y bajas presiones medias en pulmón derecho. A los 10 días se interviene quirúrgicamente con realización de Neumonectomía. Evoluciona con shock hipovolémico y falla multiorgánica.

Discusión: El uso de VPD es poco frecuente en la patología unilateral pulmonar en Terapia Intensiva y aún menos lo es en el compromiso bilateral con distinta fisiopatología. A su vez no hay muchos casos de uso de VPD en paciente con requerimiento de ECMO por SDRA grave. En el caso presentado, dicha combinación permitió una ventilación diferencial apropiada para cada pulmón según su fisiopatología teniendo asegurada la oxigenación mediante el uso de ECMO.

Conclusiones: El uso de VPD asociado a ECMO en ciertas entidades bilaterales donde la fisiopatología sea diferente debe ser tenido en cuenta como estrategia ventilatoria. Sin embargo la evidencia en terapia intensiva se basa en reportes de casos sin haber trabajos prospectivos al respecto. A su vez, la falta de entrenamiento, la dificultad en la coordinación de equipos de trabajos, sumado a la desincronización de la ventilación y sus complicaciones, hacen que su aplicación sea compleja y dificultosa.

0282 SINDROME DE MAY-THURNER. REPORTE DE UN CASO

P TABORDA(1), C FERREYRA(1), ML BUENO(1), DR CARRANZA(1), MA GARCIA(1), AR QUINTEROS(1), JJ ORTEGA(1), JD FERNANDEZ(1), MP RUIZ(1), RS ROJAS(1), NS BONETTO(1), S CARRIZO(1), JC CELIA(1)

(1) Regional Victor Sanguinetti.

Introducción: El síndrome de May-Thurner (SMT) se produce por la compresión extrínseca de la vena iliaca común izquierda, entre la arteria iliaca común derecha y los cuerpos vertebrales lumbares. La compresión mantenida de la vena produce lesión de la íntima que favorece la trombosis. Es una entidad clínica rara e infradiagnosticada.

Presentación de caso: Paciente femenina de 31 años, sin antecedentes patológicos, ingresa por dolor intenso en muslo izquierdo e impotencia funcional de 48 hs de evolución. Al examen físico se evidencia miembro inferior izquierdo aumentado de tamaño, edematizado, frío, con coloración violácea y cianosis distal, presentando pulsos disminuidos. Se realiza ecografía de miembros inferiores observándose trombo en vena femoral izquierda con disminución de flujo, angiografía aortofemoral sin obstrucción arterial aguda. Se interna en UTI con diagnóstico de Flegmasia Cerúlea Dolens (FCD) e inicia tratamiento trombolítico sistémico y posterior anticoagulación endovenosa, revirtiendo los síntomas. La angiotomografía de abdomen y pelvis muestra compresión de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca derecha. En días posteriores reduce el diámetro del miembro, se rota anticoagulación oral y pasa a sala general.

Discusión: El SMT se presenta principalmente en mujeres jóvenes sin factores de riesgo. La manifestación típica es en forma de trombosis venosa profunda o con signos y síntomas de insuficiencia venosa crónica. Complicaciones más serias son el tromboembolismo pulmonar y la FCD. El método diagnóstico de elección es la venografía iliaca, aunque la angio-TC como la angio-RM venosa son técnicas diagnósticas alternativas. El tratamiento de elección es la trombólisis y la colocación de endoprótesis para mejorar el calibre de la luz vascular.

Conclusión: La FCD es una emergencia médica. En nuestro caso se logró un diagnóstico temprano instaurándose rápidamente el tratamiento, logrando la reversión sintomatológica y evitando complicaciones mayores.

Es importante sospechar el SMT en mujeres jóvenes ya que la estrategia terapéutica de elección es endovascular.

0283 REPORTE DE CASO: ICTUS ISQUÉMICO Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SECUNDARIO A FORAMEN OVAL PERMEABLE

CL DIAZ BASTIDAS(1), F MUÑOZ(1), P EUGUI(1), F CORDOBA(1)

(1) Policlínico Neuquen.

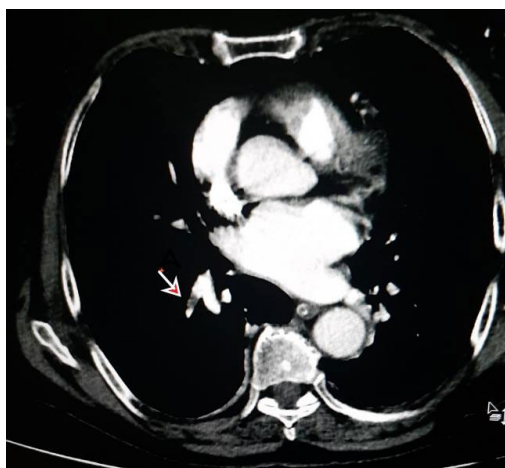
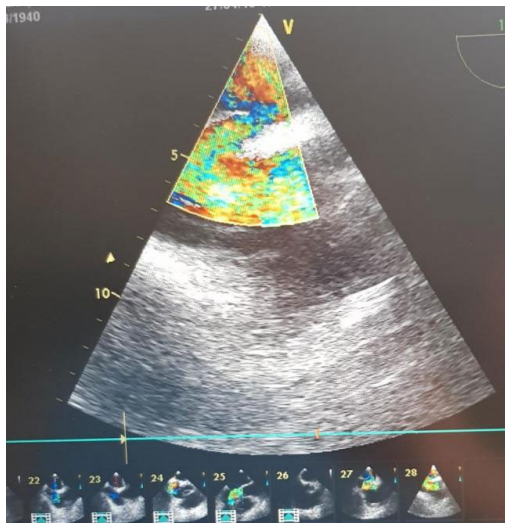
Introducción: El Foramen Oval Permeable tiene una prevalencia 33%, suele ser un hallazgo incidental y se relaciona con múltiples patologías, entre ellas, el ictus isquémico criptogénico. Presentamos un caso clínico de ictus isquémico y Tromboembolismo Pulmonar secundario a Foramen Oval Permeable.

Presentación del caso: Femenina de 78 años, hipertensa, ingresa en post quirúrgico de artroplastia con sospecha de ictus, con hemiparesia derecha y bradilalia. Tomografía sin sangrado activo. A

las 24 horas presenta insuficiencia respiratoria aguda, con Electrocardiograma patrón S1Q3T3; Se realiza angiotac compatible con Tromboembolismo Pulmonar (rama segmentaria de A. pulmonar derecha) (fig.1). Doppler extremidades negativo para Trombosis Venosa Profunda. Ante sospecha de embolia paradójica, se realiza Ecocardiograma Transesofágico que confirma la existencia de Foramen Oval Permeable (fig.2). Se inicia anticoagulación. Tomografía control área hipodensa a nivel parietal posterior (A. cerebral media izquierda). Secuelas: ecolalia y leve monoparesia derecha.

Discusión: Los ictus criptogénicos representan 25-40% de ictus isquémicos. Algunos por migración de un émbolo a circulación sistémica desde el sistema venoso a través de un shunt intracardiaco, conocido como embolismo paradójico, facilitado por el Foramen Oval Permeable, fuente común de émbolos de venas profundas. No se recomienda medida terapéutica en pacientes que se detecte un Foramen Oval Permeable de forma casual. Hasta el momento no es claro el papel de la anticoagulación vs antiagregación o cierre del Foramen.

Conclusión: El embolismo paradójico puede que su hallazgo sea incidental y no presentar implicaciones clínicas, pero cuando genera eventos cerebrovasculares y tromboembólicos desencadena secuelas importantes; Debe descartarse en pacientes con embolismo arterial sin foco embolígeno conocido.



0284 INFECCIÓN POR ESTAFILOCOCO AUREUS DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

MS GALVEZ(1), MF PODESTA(1), K CINQUEGRANI(1), P RICCIO(1), M LANGARD(1)
(1) El Cruce.

Introducción: El Estafilococo Aureus es un patógeno altamente versátil y con capacidad de originar bacteriemia persistente, infección crónica y alta morbilidad.

La precocidad en el inicio de tratamiento antimicrobiano eficaz es un factor de pronóstico importante, junto con la remoción del foco infeccioso.

Objetivo:

- Identificar infecciones por estafilococo de la comunidad.
- Evaluar complicaciones y morbimortalidad.

Material y métodos: Trabajo observacional, descriptivo, retrospectivo.

Se utilizaron los registros de la base de datos SATI Q de los pacientes que ingresaron con Infección grave por Estafilococo Aureus de la comunidad al servicio de Terapia intensiva pediátrica en el periodo comprendido desde 01/01/2016 a 30/04/2018.

Presentación del caso: El total de pacientes ingresados a UTIP en ese período fue de 1051, de los cuales 16 ingresaron por infección a estafilococo aureus, de éstos 9 aislaron estafilococo metilicilinoresistente y 7 estafilococo metilicilinosensible.

4 ingresaron con diagnóstico de shock séptico (3 por SAMR y 1 SAMS), 3 por neumonía de la comunidad por SAMS, 4 por bacteriemia primaria (2 SAMS y 2 SAMR), 5 por infección de partes blandas/osteoarticular (4 SAMR y 1 SAMS).

12 pacientes requirieron ARM (7 SAMR y 5 SAMS), con un promedio de uso de días de respirador de 16 días. (rango 1 a 90 días).

4 pacientes requirieron cirugía torácica, 3 por supuración pleuropulmonar (2 SAMS y 1 SAMR) y 1 por neumonía necrotizante con neumotórax (SAMR).

2 pacientes (SAMR) ingresaron a quirófano para toilette osteoarticular.

3 pacientes necesitaron traqueostomía por tiempo prolongado de ARM (2 SAMR y 1 SAMS).

La mortalidad global fue del 6,2 % (SAMR).

Conclusión: En la infección grave por Estafilococo Aureus el riesgo de aparición de complicaciones es elevado, aun con el tratamiento antibiótico adecuado.

El compromiso pulmonar fue la complicación más grave y frecuente. Ésta junto con la afectación osteoarticular fueron marcadoras de morbilidad.

0285 A PROPÓSITO DE UN CASO: INTOXICACIÓN AGUDA GRAVE POR ACETAMINOFENO

S OJEDA(1), H AGUILAR(1), D PEREZ(1)
(1) Dr. Federico Abete.

Introducción: La intoxicación por paracetamol afecta mayormente a personas de edad media, que debido a su fácil acceso, presentación y costo, siendo un motivo frecuente de consulta.

Es la causa más frecuente de insuficiencia hepática aguda, donde un 40% sobrevive sin necesidad del trasplante, el 30% requiere de éste tratamiento y 30% fallece.

El tratamiento con n-acetilcisteína previene el daño y favorece la recuperación.

Presentación del caso: Femenina de 22 años con antecedente de intentos autolesivos, trastorno límite de la personalidad, tratada con clonazepam y lamotrigina. Ingresó con diagnóstico de intoxicación por acetaminofeno, tras la ingesta de 33 gr de paracetamol, con paracetamolemia de 323.3 mcg/ml; a las 4 horas de la ingesta, desde el inicio con riesgo potencial de fallo hepático, clínica de dolor abdominal mas vómitos, se realizó lavado por sonda nasogástrica, carbón activado y tratamiento con N-acetilcisteína, extendido

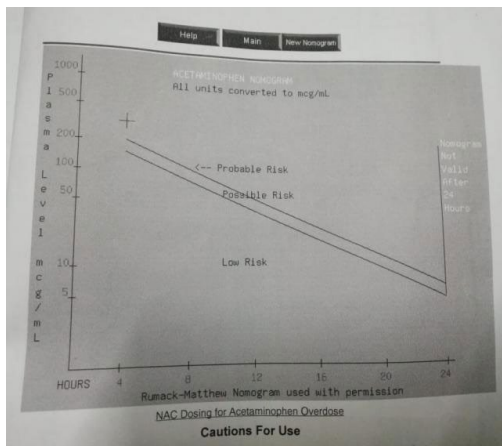
el mismo hasta 5 días por ascenso de transaminasas y acidosis metabólica persistente: se adjunta tabla con evolución metabólica. Al 6to día de tratamiento presenta mejoría, externándose a los 8 días

Discusión: Es una patología potencialmente letal, dado que la falla hepática aguda se puede presentar durante la evolución, siendo el tratamiento extendido con N-acetilcisteína una alternativa fin de evitar esta complicación.

Conclusión: Se debe identificar a los pacientes en riesgo y optimizar el tratamiento rápido, fortalecer el desarrollo de los dispositivos de soporte hepático temporario en plan de trasplante esperando el advenimiento de las terapias fármaco-genéticas.

TABLA COMPARATIVA DE EVOLUCION DE FALLA HEPATICA

LAB	DÍAS DE INTERNACION									ENCEFALOPATIA
	23/1	24/1	25/1	26/1	27/1	28/1	29/1	30/1	31/1	
TGO	15	26	86	115	42	24	16	15	NO	
TGP	10	19	74	155	100	81	59	50	NO	
FAL	11	37	36	40	38	46	46	50	NO	
BT	0.6	0.8	1.4	1.8	0.6	0.6	0.6	1	NO	
PH	7.44	7.35	7.38	7.38	7.4	7.41	7.36		NO	
CO2	19	21	31	37	31	30	38		NO	
O2	151	145	111	34	126	42	32		NO	
BIC	12.9	15	18	20	20	19	22		NO	
EB	-11	-10	-6	-3	-3	-4	-3		NO	
SAT	98	98	98	60	99	69	54		NO	
TP	100	90	78	85	94	85	100		NO	
KPTT	23	30	39	34	33	30	34		NO	



0286 TRAQUEOSTOMIA PERCUTÁNEA CON GUÍA VIDEO-BRONCOSCÓPICA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES

I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), A RIVERA(1), M LAS HERAS(1), M TISMINETSKY(1), A DIETRICH(1), D SMITH(1), G SVETLIZA(1), MS VENU(1), SE GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La traqueostomía percutánea (TP) es un procedimiento quirúrgico realizado en unidades de cuidados críticos (UCI) siendo su indicación más frecuente la ventilación mecánica (VM) prolongada.

La técnica más implementada es la percutánea que como complicaciones presenta: lesiones de la cara posterior de la tráquea, hemorragia y neumotórax.

En nuestra institución se ha formado un equipo multidisciplinario con el objetivo de realizar dicho procedimiento.

Objetivo: Primario: Evaluar la incidencia de complicaciones mayores relacionadas al procedimiento.

Secundario: Evaluar complicaciones menores, tiempo a la realización de la TP, días a la desvinculación, días totales de VM, decanulación y mortalidad hospitalaria.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo de cohorte observacional desde el mes de Junio del año 2017 a Abril del 2018. Se ingresaron pacientes que requirieron TP en UCI del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Resultados: Se realizaron 106 TP con guía endoscópica. El 54% de los pacientes eran de sexo masculino (n = 57), con una edad media de 59,7 años. La media de APACHE II fue de 18, con SOFA al día 1 y 7 de 6.1 y 5 respectivamente. El 71,7% (n=76) fueron realizadas en la UTIA. El procedimiento tuvo una duración media de 13.6 minutos. No se observaron complicaciones mayores. El 22,6% (n=24) presentó complicaciones menores, siendo la más frecuente la hipotensión transitoria en el 11.3% (n=12).

El tiempo promedio de intubación a la realización de la traqueostomía fue de 9.4 días. El tiempo total de AVM fue de 30.7 días, con una de media de 21,6 y 12.6 días entre la realización de la traqueostomía - desvinculación y la desvinculación - decanulación respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue de 37% (n=39).

Conclusiones: La TP con guía video-broncoscópica realizada por un equipo multidisciplinario en nuestra institución es segura, sin presentar complicaciones mayores. La más frecuente fue la hipotensión, transitoria y asociada a la sedación.

0287 SHOCK SEPTICO EN UCI: ORIGEN, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

J HERRERA(1), A GIRA(1), B LOOR(1), J ALVAREZ(1), W CORNISTEIN(1), P PRATESI(1), S COSENZA(1), C DIAZ(1), J MARQUEZ(1), T CAZAUX(1), J SEGURA(1), C NAVEDA(1)
(1) Universitario Austral.

Introducción: El shock séptico (SS) es una de los motivos más frecuentes de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), siendo una de las principales causas de muerte y enfermedades críticas a nivel mundial. El tratamiento antibiótico empírico debe abarcar la mayoría de los potenciales microorganismos responsables. La elección inapropiada o el retraso en el inicio del mismo están asociados a un incremento de la mortalidad.

Objetivos: Analizar la etiología infecciosa, tratamiento y evolución de los pacientes (p) con shock séptico en UCI.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, realizado de enero a mayo de 2018. Se incluyeron pacientes adultos internados en UCI con diagnóstico de shock séptico (SS). Se analizaron variables demográficas, origen intrahospitalario (IH) o extrahospitalario (EH), días de internación al diagnóstico, focos de infección, microorganismos (MO) aislados, tratamiento empírico adecuado y mortalidad.

Resultados: Se estudiaron 35p con SS, edad promedio 56, origen IH 17p (48.5%) de estos pacientes 11 (64.7%) fueron diagnosticado en la UCI con una media de días de internación de 4. Origen EH 18 p (51.4%). Apache II promedio en ambos grupos 26, SOFA del día de SS 10. La falla orgánica predominante fue respiratoria en ambos grupos (70% y 88%). 50% de los p en ambos grupos fue inmunocomprometida. En el grupo IH los focos más frecuentes fueron respiratorio (41%), infección asociada a catéter (23%), los aislamientos fueron Enterobacterias 45% (11% KPC, 6% BLEE), Acinetobacter (17%), Pseudomonas aeruginosa (11%), sin aislamiento 12%. En el grupo EH fueron abdominal (50%) y respiratorio (27,7%); los aislamientos fueron polimicrobiano 17%, enterobacterias BLEE 17%, sin aislamientos 40%. El tratamiento antibiótico empírico más utilizado fue betalactámicos en ambos grupos (94% y 100%) en el IH meropenem 59% piperacilina tazobactam 41%. El tratamiento empírico inicial fue apropiado en 70% IH y 88% en el EH. La mortalidad fue 64% y 50% respectivamente.

Conclusión: El análisis de las características de los pacientes con SS, los focos de infección y los MO responsables contribuyen a mejorar los tratamientos empíricos iniciales y por ende su impacto en la mortalidad.

0288 PLASMAFÉRESIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

I CÉSPEDES POQUECHOQUE(1), F LOIACONO(1), V RODRIGUEZ(1), G MIGUEZ(1), C NONAKA(1), D PEZZOLA(2), LAGUI-LAR(1), J SAGARDÍA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2) Naciona Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La plasmaféresis es un procedimiento invasivo extracorpóreo mediante el cual el plasma se separa de la sangre y se procesa para eliminar selectivamente algunos componentes. Una vez procesado se reinfunde al paciente o se administra un líquido de reposición (recambio plasmático). Es usado en una variedad de afecciones en donde se incluyen las enfermedades autoinmunes, síndrome de Guillain Barré y Miastenia gravis.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia con el uso de este procedimiento en pacientes críticos, con énfasis en aspectos clínicos relevantes como: número de procedimientos requeridos por paciente, indicación, características de los pacientes tratados, mortalidad y efectos adversos atribuibles al procedimiento.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo. Se analizaron los pacientes que requirieron plasmaféresis e internación en unidad cerrada en un periodo de 5 años (1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2017).

Los eventos adversos relacionados a la plasmaféresis fueron clasificados de la siguiente manera:

Leve: no requiere intervención. Moderada: requiere intervención pero no interrupción. Grave: requiere interrupción. Fatal: muerte por el procedimiento.

Resultados: Hubo 151 plasmaféresis en 30 pacientes. En la Tabla 1, 2, 3 y 4 se describen las características demográficas, indicaciones de la American Society for Apheresis (ASFA), días de internación, mortalidad por patología y sus causas y complicaciones relacionadas al procedimiento.

La mediana de procedimientos por paciente fue de 4.5 (2.25-5.75) La principal indicación fue la enfermedad neuromuscular: síndrome de Guillain Barré y Miastenia gravis (33.3% de los casos).

Conclusiones: Los pacientes recibieron plasmaféresis por diferentes condiciones clínicas, más del 90% con indicaciones clase I y II de la ASFA.

El 73% de los pacientes tuvo al menos un evento adverso, generalmente moderado y no requirieron suspensión del tratamiento. Los más frecuentes fueron la hipotensión seguida de los trastornos electrolíticos.

Los pacientes con Miastenia gravis y GNRP egresaron vivos en la totalidad de los casos seguidos por los pacientes con Guillain Barré en donde sólo hubo un deceso debido a shock séptico. Los pacientes con hiperviscosidad 2ª a Mieloma múltiple fallecieron en todos los casos.

La mortalidad global se relacionó a altos scores pronósticos presentes al ingreso y en ningún caso estuvo relacionado al procedimiento el cual fue bien tolerado en todos los pacientes.

Edad (años)	43.1 ± 18.9	
Sexo (M/H)	16/14	
APACHE II*	19 (15-26)	
SOFA ingreso*	8 (4-10)	
Indicaciones ASFA	I	25 (83.3)
	II	3 (10)
	III	2 (6.7)
	IV	0
Lugar de inicio de la plasmaféresis n (%)	Shock room	3 (10)
	Sala general	4 (13.3)
Soporte vital n (%)	UCI	23 (76.7)
	ARRH	25 (83.3)
	Vasopresores	15 (50)
Días de internación en UCI*	Hemodilísis	11 (36.6)
	Traqueostomía	6 (20)
Días de internación hospitalaria*	14 (4-31)	
Días de internación hospitalaria*	17.5 (9.25-38.25)	

Patología	N de casos	%	N de fallecidos
Miastenia gravis	5	20	1
Síndrome de Guillain Barré	4	13.3	0
Vasculitis	5	16.7	2
Lupus eritematoso sistémico	2	6.7	1
Síndrome de hiperviscosidad (Mieloma múltiple)	3	10	3
Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)	2	6.7	1
Glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP)	4	13.3	0
Síndrome de Goodpasture	1	3.3	0
Crioglobulinemia	1	3.3	1
Síndrome neurológico paraneoplásico	1	3.3	1
Encefalitis límbica	1	3.3	1
Mortalidad Hospitalaria	36.6% (11/30)		

Patología	N de fallecidos	Causa
Miastenia gravis	1	Shock séptico
Vasculitis	2	Hemorragia alveolar
Lupus eritematoso sistémico	1	Hemorragia alveolar
Hiperviscosidad (Mieloma múltiple)	3	2 AMT
PTT	1	1 shock séptico
Crioglobulinemia	1	Hipoxemia refractaria
Síndrome neurológico paraneoplásico	1	AMT
Encefalitis límbica	1	AMT

AMT: adecuación de medidas terapéuticas
*Mediana y percentiles 25-75

EVENTOS	DESCRIPCIÓN	n	%	CLASIFICACION
CARDIOVASCULARES	Hipotensión	14	43.7	Moderado
	Arritmias	0	0	-
RELACIONADOS AL CATÉTER	Mecánico	4	13	Moderado
	Hemorrágico	1	3.3	Leve
METABÓLICOS	Infecciosos	4	13.3	Moderado
	Trastornos electrolíticos	12	40	Moderado

0289 ABDOMEN AGUDO RECURRENTE COMO DEBUT EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL POR SUPERPOSICION FINALMENTE CROHN

F IRADES(1), Y SALDIVAR(2), F MALDONADO(2), E MINOLDO(2), MJ ARAMBURU(2), R ALVAREZ VIZZONI(2), L BIELSA(2), C GALLETTI(2)

(1) Sanatorio Allende. (2) Sanatotio Allende.

Introducción. Objetivo: La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica multisectorial del tracto gastrointestinal. Más del 80% de los casos se diagnostica antes de los 40 años, generalmente con afectación terminal del íleon y colon. Los síntomas más frecuentes incluyen diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso. Puede presentarse inicialmente como una enfermedad avanzada y clínicamente compleja con estricturas yeyunoileales extensas o múltiples o con perforación del intestino delgado, abscesos y fistulas. Se presenta un caso ejemplificador del manejo complejo de la enfermedad

Reporte de caso: Mujer de 31 años, cursó internación prolongada en otra institución por abdomen agudo con necesidad de laparotomía exploradora con evidencia de adherencias y bridas a nivel del íleon terminal. Evoluciona en UTI de dicha institución con íleo funcional, traqueotomía y VM, derrame pleural drenado con tubo de tórax.

Ingresa a nuestra institución 30 días después el 07/07/17. Se realiza decorticación pulmonar por empiema. 28/07/17 se realiza laparotomía exploradora con adhesiolisis y resección segmentaria de intestino delgado e ileostomía. La anatomía patológica confirma enfermedad inflamatoria intestinal mixta más sugestiva de Crohn. Posteriormente evoluciona con múltiples reintervenciones, dilatación endoscópica e intentos fallidos de cierre de ileostomía. Fistula enterocutánea de alto débito posterior a cierre de ileostoma sin respuesta a tratamiento con corticoides.

Múltiples intercurencias infecciosas, incluida colonización por KPC. Requerimiento de nutrición parenteral exclusiva. 09/09/17 inicia terapia biológica con adalimumab con respuesta favorable. Pasa a sala común donde continua con buena evolución y alta sanatorial con nutrición parenteral exclusiva e ileostomía. Última intervención quirúrgica cierre de ileostomía el 16/03/18 sin complicaciones.

Control ambulatorio a los diez meses excelente estado general retomó nutrición vía oral completa

Discusión. Conclusiones: los pacientes de alto riesgo a menudo son jóvenes, con enfermedad extensa, historial de resección intestinal y marcadores objetivos de enfermedad en el laboratorio e imágenes. Están gravemente enfermos por obstrucción parcial del intestino delgado, peritonitis o brote de la enfermedad. El tratamiento incluye reemplazo intravenoso de líquidos y electrolitos, antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa y soporte nutricional. Para los pacientes de alto riesgo, moderada a severa, la monoterapia con anti-TNF es una alternativa efectiva.

0290 IMPLEMENTACIÓN DE UN ÁREA PREFERENCIAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

WM OLGUÍN ÁVILA(1), G GUANCA(1), E MORENO(1), R RAMIREZ(1), N DIEZ(1), J SAGARDÍA(1), F VILLAREJO(1), ED PEZZOLA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: El progreso en técnicas de reanimación, tratamiento, control y manejo de enfermedades críticas ha conducido a un incremento del número de pacientes que sobreviven y que requieren ventilación mecánica prolongada (VMP). La misma, está asociada a largos periodos de recuperación y prolongadas estadías. Los consensos internacionales señalan que estos pacientes deben ser tratados en unidades diferentes a las UCI con protocolos especializados multidisciplinarios dedicados a intentar el retiro del ventilador. Nuestra unidad es la primera a nivel nacional en el sector PÚBLICO dedicada al tratamiento de pacientes ADULTOS con VMP.

Objetivos:

1. Describir una sección dependiente de la UCI con una estructura adaptada para el tratamiento de pacientes con VMP en un hospital de agudos de alta complejidad.
2. Describir la población y los resultados de estos pacientes.

Tipo de estudio y diseño: Estudio, descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. Se define como VMP a la necesidad de ventilación mecánica durante 21 días consecutivos, al menos durante 6 horas diarias

Resultados: En las Tablas 1 y 2 se describe la unidad, características y resultados de los pacientes que ingresaron a este sector desde agosto de 2016 a mayo de 2018.

La unidad es de puertas abiertas. Hasta las 16 horas el médico de planta y residente realizan la evaluación y plan de trabajo diario. Ante las urgencias acude el médico de guardia de UCI. Enfermería se encarga del seguimiento luego de las 16 horas.

24 pacientes cumplieron la definición de VMP y son analizados en Tabla 3.

Conclusiones: El tratamiento en este sector de pacientes con VMP permitió la desvinculación, decanulación y egreso hospitalario de un alto porcentaje de pacientes. La unidad no precisó aumentar el staff de guardia siendo una fortaleza la atención de enfermería principalmente y de kinesiología. Otra fortaleza es el régimen de visitas amplio y flexible que permite a los familiares compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades laborales y satisfacer los cuidados del paciente.

Dada la alta demanda actual y la proyección de aumento de la misma en el corto y mediano plazo, es fundamental mejorar el tratamiento de este grupo de pacientes, para disminuir los tiempos de internación y reducir la morbimortalidad.

Tabla 1: Estructura de la unidad

Número de camas	3
Número de ventiladores microprocesados	3
Monitores multiparamétricos	3
Relación médico de planta: paciente	1:3
Relación enfermero: paciente	1-2:3
Kinesiólogos, fonoaudiólogos, fisiatras	Según necesidad

Tabla 2: Descripción de los pacientes tratados en el sector de ventilados crónicos (n=38)

Edad (años)	52,4 ± 19,2
Sexo (M/H)	15/23
Motivo de ingreso	
Clinico	31
Cirugía de Urgencia	3
Cirugía programada	1
Trauma	3
APACHE II	19,5 ± 6,4
Pacientes con traqueostomía	
Pacientes con criterios de VMP	24
Pacientes traqueostomizados sin VM	8
32	
Pacientes sin traqueostomía	
Pacientes con requerimiento de VNI	3
Paciente sin traqueostomía/ sin VNI	3
6	
Egresos hospitalarios desde el sector de crónicos	13 (34%)
Mortalidad en el sector (%)	10,05

Tabla 3: Descripción de los pacientes con VMP (N=24)

Patologías	EPOC	9
	SACOS	1
	Enfermedad neurológica	10
	Distrofia muscular de Duchenne.	2
	Polineuropatía del paciente crítico	2
Días de internación en UCI		41,5 (27,7-61)
Días de internación en crónicos		21 (15,2-32)
DESVINCLACIÓN		
Nº de pacientes desvinculados (%)		21 (87,5)
Días de ingreso a crónicos-desvinculación		21 (13-35)
Decanulados en el sector de Crónicos n (%)		9 (42,7)
Decanulados en la Sala General n (%)		8 (38,1)
No decanulados n (%)		4 (19,1)
EGRESOS		
Óbitos n (%)	7	3 óbitos en sala (AMT)
	(29)	2 en UCI
		2 en crónicos
Vivos n (%)	17	8 Egresos hospitalarios desde el sector de crónicos (1 paciente con VM domiciliar)
	(71)	9 Egresos desde sala.
MORTALIDAD HOSPITALARIA		
		29%

AMT: adecuación de medidas terapéuticas

0292 LESION PULMONAR INDUCIDA POR CONSUMO DE COCAINA. REPORTE DE UN CASO

R ALVAREZ VIZZONI(1), F IRADES(1), L BIELSA(1), F MALDONADO(1), MJ ARAMBURU(1), Y SALDIVAR(1), C GALLETTI(1), E MINOLDO(1)

(1) Sanatorio Allende.

Masculino de 29 años con antecedente de asma en la infancia y consumo habitual de cocaína y marihuana. Ingresó por broncoespasmo severo sin respuesta a broncodilatadores con historia de febrículas, tos y expectoración de 7 días de evolución. Se realiza corticoides, broncodilatadores y oxígeno suplementario con buena respuesta, la radiografía de tórax mostró infiltrado bilateral difuso. Laboratorio con leucocitosis, proteína C reactiva elevada y creatinina elevada. Se inició tratamiento con ampicilina-sulbactam, claritromicina y oseltamivir. Evolucionó hipertenso, con creatinina en ascenso. No hubo desarrollo de gérmenes en los cultivos de sangre y orina. PCR para Influenza negativa al igual que la serología para clamidia, mycoplasma, viral (HIV- Hepatitis), autoinmune y VDRL. La TA de tórax mostró parches difusos en "vidrio esmerilado" peribronquiolar y un área de condensación adyacente a la pleura en el segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo, hallazgos compatibles con Neumonía Organizada, Daño Alveolar Difuso y Bronquiolitis Obliterante. En ecocardiograma hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con función sistólica conservada, y dilatación severa de aurícula izquierda. Fondo de ojo con exudados peri papilares temporales pequeños y exudados nasales de mayor tamaño. En la ecografía renal se observó aumento difuso de ecogenicidad, con pobre vascularización al examen doppler color. Curso 8 días de internación, buena evolución con mejoría clínica y analítica, se indicó antihipertensivos vía oral y alta sanatorial con posteriores controles.

Discusión-Conclusión: El consumo de C produce una serie de complicaciones pulmonares y vasculares. El uso crónico desarrolla fibrosis pulmonar como etapa final. Nuestro enfermo presentaba múltiples características clínicas y radiológicas por consumo crónico. El tratamiento es de apoyo, con administración de oxígeno suplementario, broncodilatadores, ventilación mecánica no invasiva o invasiva y antibióticos de amplio espectro a la espera de los resultados microbiológicos.

0293 INFARTO INTESTINAL SECUNDARIO A SINDROME DE EMBOLIA DE COLESTEROL (CRISTALES DE COLESTEROL) DE PRESENTACION ESPONTANEA

Y SALDIVAR(1), L BIELSA(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), MJ ARAMBURU(1), F MALDONADO(1), F IRADES(1), E MINOLDO(1), C GALLETTI(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción: Objetivo: La presentación clínica del síndrome de Embolia de Colesterol (SEC) es variada: livedo reticularis, "dedo azul",

ulceras cutaneas, fallo renal progresivo, isquemia intestinal, hemorragia digestiva, colecistitis necrotizante alitiásica, o neurológicos con infartos pequeños, que se producen generalmente luego de procedimientos endovasculares o raramente en forma espontánea, usualmente con una gran respuesta inflamatoria sistémica (RIS) hasta el fallo de órganos. Nuestro objetivo es presentar un caso que de forma espontánea desarrolla un cuadro de isquemia intestinal con hemorragia digestiva y manifestaciones renales y dérmicas de SEC. Reporte de caso: Mujer de 62 años con antecedente de depresión que ingresa por Abdomen Agudo, se realiza laparotomía exploradora donde se objetiva infarto colon izquierdo, se le realiza hemicolectomía, presentando a los 9 días sangrado por colostomía rojo vinoso, se realiza TC de abdomen donde se objetiva hipoflujo e isquemia intestinal, marcara aterosclerosis difusa en aorta y vasos ilíacos, e infartos renales bilaterales. (Fig1). En colonoscopia donde se evidencia ulceraciones superficiales en mucosa cercana a ciego, se realiza second look sin nueva resección, por apariencia normal de asas. A los días siguientes continua con sangrado, con RIS, hiper eosinofilia, fallo renal, apareciendo a los 20 días maculas eritematovioláceas en tercer falanges de dedos de la mano y lesiones ulcero-necroticas en cara anterior de ambas piernas (Fig 2) Ante la sospecha de SEC se insiste en revisión de pieza quirúrgica que muestra hallazgo patognomónico de microembolias de colesterol (Fig 3). La paciente presenta mala evolución sin cese de sangrado digestivo, FMO y óbito a los 30 días de su ingreso.

Discusión. Conclusiones: El SEC puede ser desencadenada por manipulación de arterias durante procedimientos endovasculares, cirugías o por la administración de anticoagulantes o fibrinolíticos. La incidencia de ateroembolismo espontánea es baja y el fenómeno es observado en pacientes añosos. Es una enfermedad subdiagnosticada y de alta mortalidad. La confirmación histopatológica por biopsia de algún órgano comprometido es la única prueba definitiva para el diagnóstico. Nuestra paciente presentó infarto intestinal con hemorragia digestiva masiva persistente a pesar del tratamiento quirúrgico, manifestaciones dérmicas y renales. Se confirmaron las embolias de colesterol en pieza quirúrgica.

0294 HIPERTENSION PULMONAR ASOCIADA A LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

R ALVAREZ VIZZONI(1), F MALDONADO(1), F IRADES(1), L BIELSA(1), Y SALDIVAR(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) puede complicarse con hipertensión pulmonar (HP) la cual se produce en 1 de cada 200 pacientes. Los síntomas y signos aparecen generalmente alrededor de los 2 años a partir del diagnóstico de HIV. El recuento de CD4 no predice la probabilidad de desarrollar HP o su gravedad hemodinámica. El 55% presentan disfunción ventricular avanzada. Se presenta un caso ejemplificador

Presentación del caso: Masculino de 38 años con HIV diagnosticado hace 2 años sin tratamiento. En España comienza con disnea, fiebre y astenia. Internación 5 días. Alta voluntaria,. A los 7 días, viaja a Estados Unidos donde es internado en UCI por shock séptico secundario a neumonía por Pneumocystis Jirovecii, con requerimiento de vasopresores y asistencia ventilatoria prolongada, traqueotomía. Esquema antibiótico de amplio espectro, y altas dosis de corticoides. Aislamiento de Staphylococcus AMR. La tomografía axial (TC) mostró patrón en vidrio esmerilado difuso. Cursó 6 meses de internación, complicada con neumotórax y absceso perianal con drenaje quirúrgico. Gastrostomía, soporte nutricional y tratamiento anabólico. Derivado a nuestra institución, la TC fue semejante, con imágenes quísticas y bronquiectasias, cavidad bullosa en el vértice

pulmonar izquierdo y signos de HP (Fig 1) Ecocardiograma con presión sistólica de AP 59 mmHg. Se intento esquema con sildenafil. Carga viral < 20 y CD4 68/mm3, Continué tratamiento con Terapia Anti Retroviral –TAR- (Dolutegravir/ Tenfovir/ Emtricitabine). PCR Citomegalovirus positivo tratamiento con ganciclovir y luego valganciclovir. Destete dificultoso, pulso y mantenimiento con esteroides. Finalmente decanulado exitosamente, hiperapnea crónica, requerimiento de BIPAP. Alta con internación domiciliaria

Discusión-Conclusión: La HP es una complicación rara. Más común en varones. Requiere un alto grado de sospecha clínica. Ensombrese el pronóstico. Se recomienda iniciar TAR, con independencia del recuento de CD4 y de la carga viral. La aparición de síntomas no explicados debe sugerir la presencia de HP, su evolución, no se relaciona con el estado de la infección. El sildenafil debe evitarse en quienes reciben un agente potenciador farmacológico, como el ritonavir. La mortalidad está mejorando en la era de la terapia dirigida a HP y TAR.

0295 TROMBO EN TRÁNSITO EN CAVIDADES CARDÍACAS: UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBO-EMBOLICA.

S NOYA(1), N WAINSTEIN(1), A HLAVNICKA(1), F RODRIGUEZ LUCCHI(1)
(1) Fleni.

Introducción: La enfermedad trombo-embólica con tromboembolismo pulmonar (TEP) puede tener una presentación inusual manifestada por trombo en tránsito en las cavidades cardíacas. Nuestro reporte, un paciente con diagnóstico de trombosis de vena femoral común izquierda y tromboembolismo pulmonar en el que se detectó trombosis en el foramen oval del septum interauricular por ecocardiograma Doppler.

Caso clínico: Varón de 64 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial, diabetes no insulino requirente. Un mes previo, intervención por artrodesis instrumentada L3 a L5 por canal estrecho lumbar. Re-ingresó por cuadro de astenia, adinamia, anorexia y disnea clase funcional II. Sin signos de insuficiencia cardíaca con saturación de O2 al aire ambiente de 91%, requiriendo oxigenoterapia. Aumento del diámetro de miembro inferior izquierdo y doppler con trombosis femoral común. Ecocardiograma Doppler: Función ventricular deprimida leve, septum aplanado hacia ventrículo izquierdo por sobrecarga de presión en cavidades derechas. Ventrículo derecho dilatado, función deprimida moderada y presión de arteria pulmonar de 80 mmHg, Trombo móvil pediculado en aurícula derecha adosado a septum interauricular que excursiona hacia el ventrículo. Por estabilidad hemodinámica se realizó tratamiento con Heparina no fraccionada en infusión continua. Evolucionó favorablemente, con ECO-cardiograma control que no evidenciaba imagen mencionada en cavidades derechas, con mejoría de función ventricular bilateral y presión pulmonar de 56 mmHg.

Discusión: El hallazgo de trombo en tránsito solo se presenta en el 3-4% de los TEPs. Si bien no hay evidencias fuertes, el registro Europeo RiHTER (Right Heart Thrombi European Registry) recomienda realizar tratamiento con trombolisis endovenosa o trombectomía quirúrgica debido a la probabilidad de sobrevida (92% vs 86% respectivamente) salvo en aquellos pacientes con estabilidad hemodinámica en los que se puede iniciar tratamiento con Heparina no fraccionada y esperar la evolución clínica (72% de sobrevida).

Conclusión: Si bien el trombo en tránsito en el TEP presenta una elevada morbi-mortalidad, el reconocimiento mediante Ecocardiografía y su correlación con el cuadro hemodinámico son puntos primordiales para decidir la mejor conducta terapéutica dependiendo de los riesgos y beneficios que se le pueda brindar a cada paciente.



0296 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO CUTÁNEO EN PACIENTE HIV: A PROPOSITO DE UN CASO.

J RATERO(1), L BIELSA(1), Y SALDIVAR(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), F MALDONADO(1), F IRADES(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La Histoplasmosis es una micosis sistémica endémica causada por *Histoplasma capsulatum*. En Argentina presenta una prevalencia de 5,3-6,0% y resulta la segunda infección fúngica sistémica potencialmente fatal.

Aunque la diseminación hematogena ocurre en la mayoría de los pacientes durante la infección aguda antes que se desarrolle la inmunidad celular, la enfermedad progresiva es inusual, excepto en el huésped con inmunidad alterada y en los extremos de la vida. El diagnóstico requiere de alto índice de sospecha, reconocimiento de modo de presentación y familiaridad con las pruebas diagnósticas.

Material y método. Presentación de Caso Clínico: Masculino de 21 años, antecedente de HIV, en terapia antiretroviral (TAR) con antiretrovirales, CV 38000 copias, TCD4+ 24 cel/ul. Consulta por guardia por fiebre, disnea, taquicardia, con taquipnea e hipoxemia. Estertores crepitantes en ambos campos pulmonares, Rx de tórax infiltrado intersticial bilateral.

Ingres a UTI, requerimiento de VNI. En forma empírica se comienza con ampicilina sulbactam, claritromicina, trimetoprima sulfametoxazol, prednisona. Se solicita hemocultivos, urocultivo, serología para atípicas.

Progres a insuficiencia respiratoria que requiere VM. Se toman muestras de BAL, galactomananos, PCR para CMV, TBC e Influenza. Se rota antibiótico a piperacilina tazobactam, levofloxacina, tuberculostáticos, Anfotericina B liposomal y Ganciclovir.

Evoluciona con shock séptico, falla multiorganica. Requerimiento de hemodialisis por anuria y sobrecarga hídrica, con aumento del agua pulmonar total por monitoreo hemodinámico. Ecocardiograma normal.

En piel lesiones tipo maculo-pápulas diseminadas en tronco y extremidades. Se biopsian, informe histopatológico *Histoplasma capsulatum* (Fig 1). Medulograma normal. PCR para CMV positivo. Se re inicia TAR. Se rota Anfotericina B a Itraconazol.

Destete de la ventilación mecánica. Sin requerimiento de HD. Mejoría clínica. Alta.

Discusión y conclusiones: La Histoplasmosis diseminada con compromiso cutáneo, es una de las enfermedades que define SIDA. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier lesión cutánea en HIV. La biopsia es un método específico de diagnóstico. El tratamiento oportuno con Anfotericina B o Itraconazol en los que se estabilizaron con la terapia inicial, han dado buenos resultados. No es inusual la terapia múltiple combinada (ATB, antimicóticos, antivirales) hasta que la situación se aclara.

0297 NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA: A PROPOSITO DE UN CASO

F MALDONADO(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), L BIELSA(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), F IRADES(1), Y SALDIVAR(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La Neumonía Organizada Criptogénica (COP en inglés) forma idiopática de neumonía organizada, es una enfermedad intersticial difusa que afecta los bronquiolos distales, los respiratorios, los conductos alveolares y las paredes alveolares. Además de la forma criptogénica, se puede asociar con enfermedades del tejido conjuntivo, fármacos, neoplasias malignas y otras neumonías intersticiales. La incidencia sería de 6 a 7 /100.000, 56 al 68 % han sido considerados criptogénicas.

Caso clínico: Sexo masculino, 52 años, con fiebre de 15 días de evolución, asociado a astenia y cefalea. Consulta guardia: laboratorio con aumento de reactantes de fase aguda y radiografía de tórax con infiltrados bilaterales. (Fig. 1) Internado en sala evoluciona febril, con hipoxemia. Procalcitonina negativa. Se realizan cultivos, se inicia antibioticoterapia empírica y se decide pase a terapia intensiva tres días después. Serologías virales (CMV, VHI, VHB, VHC) y laboratorio inmunológico negativos. En TC de tórax imágenes de condensación pulmonares, multifocales, bilaterales (Fig. 2). Hipoxemia que mejora con VNI. Tres días después, sin aislamientos bacteriológicos, con PCR elevada, con esquema antimicrobiano que incluye claritromicina, ante la sospecha de COP y no mejoría del cuadro y negativa a realizar una biopsia, se inicia pulsos de metilprednisolona por cuatro días continuando con meprednisona a 1 mg/kg. Al octavo día de internación se discontinúa el uso de VNI, siendo externado de terapia intensiva a los 12 días y a los 14 alta sanatorial. Control a los 40 días resolución completa del cuadro, clínicamente e imágenes. (Fig.3)

Discusión. Conclusiones: La presentación de COP puede ser aguda, la falta de respuesta a antibióticos suele ser la clave inicial de una neumonía inflamatoria no infecciosa. Se necesita una revisión cuidadosa de la historia del paciente, el examen físico, el uso de medicamentos, las exposiciones potenciales y descartar enfermedades subyacentes para determinar si COP es realmente criptogénica. La minoría de pacientes, que presentan enfermedad rápidamente progresiva y extensa, requieren terapia con glucocorticoides intravenosos (pulsos 3 a 5 días) Una vez que el paciente muestra signos de mejoría (generalmente en cinco días), el tratamiento pasa a prednisona VO. Se han descrito unos pocos casos leves con respuesta a macrólidos.

0298 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA FULMINANTE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE STILL, SINDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA

L BIELSA(1), F IRADES(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), Y SALDIVAR(1), F MALDONADO(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La falla hepática fulminante (FHF) es un síndrome agudo de baja incidencia, de múltiples etiologías. La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es un diagnóstico de exclusión. El síndrome de activación macrofágica (SAM) ocurre en pocos pacientes con ESA. Puede estar relacionado a infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes. La Esquistosomiasis (E) es una infección parasitaria que afecta 200 millones de personas en 74 países,

Caso clínico: Mujer de 41 años derivada de otro nosocomio por FHF. Un mes previo, estuvo en Brasil. Se interna por malestar abdominal asociado con artalgias y mialgias. Presunta colecistitis aguda, Siete días previos nuevas artalgias, mialgias, dolor abdominal, fiebre y episodio de rash cutáneo en tronco, que cede espontáneamente (Fig. 1) leucocitosis, y aumento progresivo y severo de TGO, TGP, LDH, hiperbilirrubinemia. descenso del APP, hipofibrinogenemia e

hipoalbuminemia. No presentaba encefalopatía. MELD 22. Se realizó biopsia hepática (BH)

Se deriva al Servicio por FHF. Estudios para diagnóstico, tratamiento y probable trasplante hepático. Se descarta causa inmunológica, tóxica, infecciosa o neoplásica de FHF. Ferritina de 8000. Punción de médula ósea por sospecha de Enfermedad de Still, objetiva SAM: numerosos macrófagos diferenciados (histiocitos) con fagocitosis de elementos hematopoyéticos. (Fig. 2) Se realiza pulso de metilprenisolona. En BH esquistosomas (Fig. 3), recibe praziquantel. Evoluciona desfavorablemente: MELD 41. Se coloca en emergencia nacional. Encefalopatía grado IV, monitoreo hemodinámico y PIC. hemodiálisis. FMO, hipertensión endocraneana refractaria y a 4 días del ingreso muerte encefálica con diagnóstico clínico y por doppler transcraneal.

Discusión: No existe una prueba específica o una combinación de ellas para diagnóstico de ESA, este se basa en la presencia de hallazgos clínicos y de laboratorio característicos, y la exclusión de enfermedades infecciosas, malignas y autoinmunes. El SAM, o síndrome hemofagocítico reactivo puede ocurrir en cualquier momento de la ESA, las presentaciones simultáneas no son inusuales. Puede activarse por un proceso infeccioso. La esquistosomiasis produce hipereosinofilia en infección aguda y liberación de citoquinas, pudiendo haber activado el SAM. Se han publicado 8 casos de ESA y FHF. En el paciente presentado la secuencia clínica más lógica fue. ESA, con FHF y SAM probablemente precipitado por infección parasitaria.

0299 PANCREATITIS SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA

JA PARRADO SERRUDO(1), R BARRIENTOS(1), L ARGUELLES(1), M LLORIA(1), N DIEZ(1), J LAPADULA(1), M ESTEBAN(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La hipertrigliceridemia grave resulta del aumento de la producción y/o del catabolismo disminuido de los triglicéridos. La hipertrigliceridemia es la tercera causa más frecuente de pancreatitis. El riesgo de desarrollar pancreatitis por hipertrigliceridemia es del 1,5% (triglicéridos > 500 mg/dl). Sin embargo, cuando estos niveles superan los 1.000mg/dl, el porcentaje asciende al 20,2%.

Entre los factores desencadenantes primarios se incluye la hipertrigliceridemia familiar, y como causas secundarias, la diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, hipotiroidismo, embarazo, inactividad, dietas altas en carbohidratos, ingesta excesiva de alcohol y medicamentos los cuales aumentan la producción de VRDL y de quilomicrones, desencadenando el cuadro.

La mortalidad por esta complicación puede ser de hasta 30%.

Objetivo: Describir dos casos de pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia, su manejo y tratamiento.

Resultados: Se describen dos pacientes con pancreatitis aguda que requirieron internación en la UCI del Hospital Posadas. Ver tabla.

Conclusiones: La pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia es una entidad que requiere un rápido diagnóstico para iniciar un tratamiento oportuno, óptimo y adecuado.

El tratamiento para la hipertrigliceridemia incluye restricción dietética y administración de agentes hipolipemiantes.

La utilización de insulina y heparina fueron en nuestro caso herramientas fáciles de utilizar, de bajo costo y efectivas para eliminar y reducir rápidamente la concentración de triglicéridos.

El uso de plasmaferesis es muy discutido en pancreatitis por trigliceridemia, es de categoría III (el rol óptimo de la terapia de aféresis no está establecido y su uso debe ser individualizado), y grado de recomendación 2C (débil, evidencia de baja calidad). *Journal of Clinical Apheresis* 2016.

Consideramos importante medir en todos los pacientes con pancreatitis aguda los niveles de triglicéridos, dado que la hiperlipidemia también se presenta como epifenómeno en esta entidad, además puede empeorar el manejo de la patología de base.

	Paciente 1	Paciente 2
APACHE DE INGRESO	12	10
APACHE UTI	18	9
SOFA	5	1
Motivo de consulta	Epigastralgia- debut CAD	Epigastralgia
Vasoactivos	SI (NTG)	NO
AVM	SI	NO
Amilasa	690	*
TG	754	11800
TAC ABDOMINAL	Alteraciones (+)	ALTERACIONES (+)
Ecografía ABDOMINAL	Se descarta litiasis	Se descarta litiasis
Colesterol Total	367	1240
Lipasa	132	119
Tratamiento insulina	SI	SI
Tratamiento Heparina	SI	SI
Tratamiento Plasmaferesis	NO	NO
Tratamiento hipolipemiantes	SI	SI
Días en UTI	7	9
Resultados	Alta Hospitalaria	Alta Hospitalaria

*valores no dosables por muestra de suero lechosa

0300 HEMATOMA INTRAMURAL EN ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR SECUNDARIO A TRAUMATISMO CERRADO DE TÓRAX

G FLORENCIA(1), E MINOLDO(1), MJ ARAMBURU(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), F IRADES(1), F MALDONADO(1), C GALLETI(1), L BIELSA(1), Y SALDIVAR(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: De las etiologías no ateroscleróticas de infarto agudo de miocardio (IAM), el secundario a trauma no penetrante de tórax es una entidad muy rara, siendo la lesión coronaria de escasa frecuencia e IAM en menos del 2 % de los casos. La arteria descendente anterior (DA) está involucrada en 72% de los casos. Los mecanismos son diversos. El diagnóstico es complejo dado que el dolor torácico puede atribuirse al propio traumatismo. Se presenta un caso de hematoma intramural (HI) post trauma.

Reporte del caso: Hombre de 48 años, sin antecedentes previos, derivado por trauma grave moto vs camión, sin casco. Ingresó en VM, Glasgow 5/15. TA de cerebro, tórax y abdomen: contusión hemorrágica con HSA con vuelco ventricular y focos densos corticales. Factura Le Fort III y de apófisis transversa de D12, de omoplato bilateral y costales múltiples bilaterales. Vasos del cuello normal. Derrame pleural con atelectasia bilateral sin contusión. (Fig 1,2,3). Se realiza monitoreo de PIC, que permaneció por 10 días. Se resolvió fractura de Le Fort III de manera quirúrgica. Permaneció en VM con sedación durante 19 días, con traqueotomía percutánea. Durante su internación presentó ECG y ecocardiograma sugestivos de síndrome coronario agudo. Cinecoronariografía: confirma HI en DA. Resolución con stent. (Fig. 4 y 5). Evolucionó hemodinámicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, logrando ser decanulado con éxito. Tras 48 días de internación, se encontraba vigil, comprendiendo órdenes simples, verbalizando en forma coherente y movilizándolo sus cuatro extremidades.

Discusión. Conclusiones: El HI de DA, es una complicación muy rara del trauma torácico, los hallazgos patológicos incluyen disección, ruptura, desgarros, lesión de la íntima, hemorragia subintimal, trombosis intramural y espasmo, que se presenta con o sin lesión aterosclerótica previa. La posición anatómica de la DA la convierte en el vaso que se afecta con más frecuencia, principalmente, en el segmento proximal. El diagnóstico clínico es difícil, ya que la sintomatología puede estar enmascarada por otras lesiones en el tórax, incluso en algunos casos el ECG puede ser normal, por lo que, la sospecha clínica y los biomarcadores cardíacos contribuyen al diagnóstico.

0301 SINDROME DE BAJO GASTO POR DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA INDUCIDA POR SEPSIS EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL: CASO CLÍNICO

F MALDONADO(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), F IRADES(1), L BIELSA(1), Y SALDIVAR(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La Disfunción Miocárdica Inducida por Sepsis (DMIS) es una complicación no infrecuente. Se asocia con aumento de mortalidad. Es una falla compleja de caracterizar debido a la adaptación dinámica del sistema cardiovascular al proceso de enfermedad. Su fisiopatología es multifactorial y no existen terapias específicas.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 31 años, trasplantada renal en 2013. Ingresó el 24/04/18 por fiebre, dolor en sitio del injerto, de 48 hs de evolución. Se constata hipotensión, reanimación con cristaloides e ingresó a terapia intensiva. En analítica ac. láctico 8.2 mmol/l, creatinina 5.8 mg/dl, leucocitosis y procalcitonina de 67 ng/ml. Se inician antibióticos (ATB) y noradrenalina. Intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria. Monitoreo mínimamente invasivo con gasto cardíaco (GC) e índice cardíaco (IC) bajos, saturación venosa central de O₂ (SvO₂) <50%, agua pulmonar EV normal. Se asocia dobutamina 5 mcg/kg/min, presentando mejora IC 2.2 a 3.5; GC 3.5 a 6; volumen sistólico (VS) 35 a 46, SvO₂ 67%. Electrocardiograma trastornos de repolarización en cara anteroseptal, curva de troponinas de 124 ng/l y a las 12 hs de 918 ng/l, proBNP > 35000 pg/ml. Ecocardiograma con fracción de eyección (FE) de 27 % y acinesia septal. 25/04 inicia terapia de reemplazo renal (TRR), empeoramiento de parámetros hemodinámicos, se realiza levosimendan por 24 hs, continuando con dobutamina hasta 18 mcg/kg/min y noradrenalina en descenso hasta discontinuar. Mantiene GC 4,1 IC 2,1, VS 41, SvO₂ 72%. 27/04 aumento de resistencias vasculares sistémica se asocia vasodilatadores durante 48 hs y luego Enalapril y Carvedilol. 30/04 con ATB de amplio espectro y curva de PCT en descenso. 04/05 ecocardiograma con mejoría de FE, extubada. 06/05 ritmo diurético en aumento con infusión de diuréticos, se suspende TRR. 12/05 externada de terapia intensiva.

Discusión. Conclusión: La DMIS se presenta como disfunción diastólica, sistólica del ventrículo izquierdo (VI) y/o disfunción ventricular derecha. La ecocardiografía es una herramienta útil para diagnosticar y categorizarla, pero la disminución de la FE del VI como único criterio para el diagnóstico es incorrecta y engañosa. La evaluación de la disfunción miocárdica en la sepsis es importante para adaptar el tratamiento específico y mejorar la sobrevida.

0302 CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA GRAVE (MIGRACIÓN DE STENT COLEDOCIANO)

F IRADES(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), F MALDONADO(1), L BIELSA(1), Y SALDIVAR(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), C GALLETI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta (HDA) son úlcera péptica, úlcera duodenal, esofagitis erosiva, várices esofágicas, Sme. de Mallory Weiss y con menor frecuencia ocurren sangrados por anomalías vasculares u otras causas. Se presenta un caso de causa no sospechada e infrecuente.

Repote de Caso: Paciente masculino de 57 años. Antecedente de cáncer de páncreas con tratamiento quirúrgico, en recaída en 2016. Colocación de stent metálico en vía biliar en 2017. Cursó internación en sala de internado por HDA sin descompensación hemodinámica 7 días antes. Se realizó videoesofagogastroduodenoscopia: Gastropatía moderada con úlceras duodenales Forrest III. Requiere de transfusión de 2 UGR + IBP Alta sanatorial. Reingresa a sala de internado a los tres días por resangrado. Evoluciona estable, con episodios de melena con requerimiento de nuevas transfusiones. A las 24 hs. presenta ortostatismo asociado a taquicardia e hipotensión que no revierte con volumen. Ingresó a UTI nueva VEDA: en segunda porción

se observa stent metálico que protruye al menos 20 mm de la papila que impacta en la cara contralateral duodenal y úlcera con fibrina. (Fig 1) No evidencia sangrado activo. Evoluciona con requerimiento de vasopresores y V M, inestable hemodinamicamente. Al las 36 hs. Se realiza angiografía y embolización de arteria mesentérica superior. Se visualizó además, claramente sangrado con importante brecha a nivel de la arteria gastroduodenal. La única opción de tratamiento consistía en ocluir la arteria gastroduodenal, lo que se lleva a cabo con éxito. (Fig 2) Evoluciona con fallo multiorgánico, shock distributivo refractario. Se sospecha isquemia intestinal y hepática. Limitación de esfuerzo terapéutico. Obito

Discusión. Conclusiones: La HDA se puede manifestar de diferentes formas tales como hematemesis, melena y hematoquecia. Fisiopatológicamente, las lesiones ulcerativas y erosivas (úlceras gástricas o duodenales, esofagitis y gastritis) son mucho más comunes que las lesiones vasculares (varices, angiodisplasia), lesiones de masa (adenocarcinoma, pólipos) o lesiones traumáticas (rotura de Mallory-Weiss). Es de destacar que la fuente de sangrado no puede identificarse en 10 a 15 %. El presente caso se debió a una causa, lesión por stent, hallazgo endoscópico, no común en la bibliografía

0303 NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO CON ENFISEMA SUBCUTÁNEO FACIO-CERVICO-TORÁCICO EN PACIENTE CONSUMIDOR DE PASTA BASE DE COCAÍNA

VB MEDINA(1), ML CABANA(1), L DE ROSA DE VIDAL(1), D VARGAS(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: Se conoce como Síndrome de Hamman al neumomediastino espontáneo (NME). Condición clínica infrecuente de evolución benigna y autolimitada, caracterizada por aire liberado al mediastino ante un episodio agudo de alta presión intratorácica (maniobras de Valsalva y Muller repetitivas) e intraalveolar (efecto Macklin) con la ruptura de alveolos terminales. "Espontáneo" se refiere a la ausencia de relación con trauma y otros procedimientos traqueobronquiales o esofágicos. Debe sospecharse en jóvenes sanos, longilíneos que presentan dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo. La crepitación audible concomitante con el latido cardíaco es patognomónica. La radiografía de tórax es diagnóstica y la tomografía confirmatoria. La recuperación es variable, 4-9 días con tratamiento conservador.

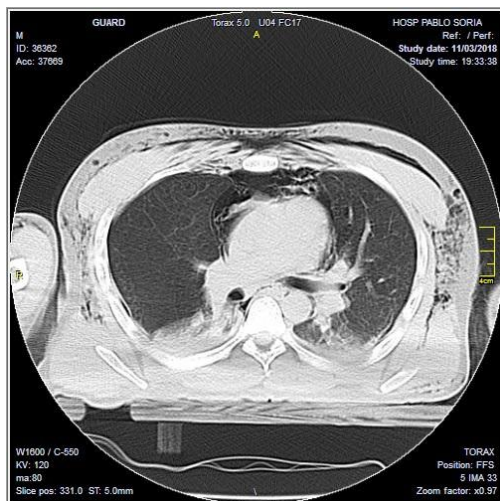
Objetivo: Presentación de caso único de NME en joven con adicción y demora diagnóstica que requirió ARM. Presentación: Varón, 33 años; adicto. Familiares relatan consumo de pasta base durante varios días; se despertó por disnea súbita, tos paroxística y sensación de muerte inminente, autolesionándose el cuello con objeto punzo-cortante por asfixia. Primera evaluación: agitación psicomotriz, edema bípalmal y estridor laríngeo, tratamiento sintomático. Aparece enfisema subcutáneo en cara, cuello, tórax y miembros superiores. Ingresó a UTI en ARM. Examen: Longilíneo, atlético, rubicundez facial, enfisema acentuado, tatuajes, heridas superficiales en cuello, broncoespasmo. RX tórax: neumomediastino, TAC confirmatoria.

Diagnósticos: NME asociado al consumo de pasta base. Insuficiencia Respiratoria Aguda. Sub-obstrucción de Vía Aérea Superior. Permanece siete días en UTI, al 5to se extuba. Se fuga de sala común negándose a completar tratamiento.

Discusión: El sexo y la edad coincide con la bibliografía; se descartaron lesiones asociadas. Los mecanismos fisiopatológicos vinculados fueron: tos paroxística y barotrauma por la inhalación de la pasta base. La baja sospecha clínica y la presencia de agitación psicomotriz retardaron el diagnóstico, aún con síntomas característicos. Requiere intubación y ARM para permeabilizar la VA, algo inusual en NME.

Conclusión: El NME es infrecuente. A pesar de ser benigno, en este caso requirió tratamiento en UTI por el cuadro respiratorio obstructivo alto asociado con estridor laríngeo. El antecedente de consumo de pasta base, el marcado enfisema subcutáneo y la tos

paroxística fueron de utilidad para el diagnóstico definitivo del cuadro de filtración aérea.



0304 HIPERGLUCEMIA E HIPOGLUCEMIA SINTOMÁTICA EN PACIENTES ANCIANOS DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS EN UCI CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON Y SIN CRITERIOS STOPP START DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA Y APROPIADA OMITIDA

A FAJRELDINES(1), P PRATESI(1), S COSENZA(1), T SILVIO(1), V MARIANA(1), D LAURA(1), P MARCELO(1), S EDUARDO(1) (1) Austral.

Introducción: Los adultos mayores o ancianos mayores a 64 años son pacientes más vulnerables a sufrir eventos durante sus periodos de hospitalización y a ingresar a nuevas hospitalizaciones por eventos relacionados a la medicación.

Objetivos: Conocer los eventos asociados a hipoglucemia e hiperglucemia en pacientes ancianos hospitalizados de terapia intensiva y analizar su prescripción inapropiada y apropiada omitida (STOPP-START).

Materiales y métodos: Estudio de incidencia, observacional, retrospectivo.

Resultados: Se estudiaron 300 pacientes de terapia intensiva hospitalizados. La media de edad fue 73,3 + 18,5 años. El número de eventos de hipo e hiperglucemias asociadas a la medicación fue de 36, de los cuales: 20 fueron hiperglucemias y 16 fueron hipoglucemias. Los pacientes con estos eventos han sido 30, de los cuales 18 han presentado criterios STOPP positivos (60%) y 5 han presentado criterios START positivos (16,6%). En el total de la población de los 300 pacientes el 6% fue STOPP y el 1,66 START positivos. Entre

estos pacientes no hubo presencia de insulino terapia inapropiada con STOPP (0.33%), salvo en un caso. El tiempo medio de todos los pacientes con eventos entre la medición de la glucemia por encima o por debajo de los rangos establecidos hasta tomar la medida correctiva por parte del equipo sanitario ha sido de 6 minutos para la prescripción online con enfermería y 3,6 minutos para la administración de los medicamentos para revertir el cuadro de eventos según los datos encontrados en la HC. En un análisis logístico binario las variables asociadas a los eventos de hiperglucemia y de hipoglucemia han sido: polimedicación, edad superior a 80 años, y estancia superior a 10 días.

Conclusiones: Los eventos asociados a hiper e hipoglucemia en ancianos son del orden del 10%. La actuación del equipo sanitario en estos casos ha sido buena. El estudio de Pathan, si bien es de diferente diseño, y ámbito, mostró que los pacientes con insulino terapia tienen una media de 6,86 eventos de hipoglucemia por mes mostrando la relevancia de estos eventos y los daños potenciales de su utilización.

0308 NIVEL DE ADHERENCIA DE ENFERMERÍA AL USO DE BAR-CODE

K ACOSTA(1), N BERTOIA(1), J HAIDAR(1), V LÓPEZ LÓPEZ(1), L LÓPEZ(1), C GÁLVAN(1), A RAMOS(1), H FIGUEROA(1), L GÓMEZ(1), D FLORES(1), HD BURGOS(1), A DÍAZ(1), M MASTANTUONO(1), C KECSKES(1) (1) Hiba.

Introducción: La incorporación de la tecnología en Cuidados Intensivos (CI) permite aumentar la seguridad en la atención del paciente, mejorando la calidad del cuidado. Los errores durante el ciclo de la medicación ocurren frecuentemente (1). El BarCode valida la pulsera de identificación del paciente, el fármaco, la dosis, el horario y la vía de administración según prescripción médica.

Este trabajo describe el nivel de adherencia de enfermería al uso de BarCode para la administración de medicamentos, en CI, luego de la implementación de un plan de mejora.

Objetivo General: Describir el nivel de adherencia de enfermería al uso de BarCode para la administración de medicamentos, en CI, luego de la implementación de un plan de mejora.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se recabaron datos del Software IBM Cognos del uso de BarCode por enfermería previo y posterior a un plan de mejora. Para la recolección de datos se utilizó una base en excel y la comparación fue expresada en porcentajes y media.

Se incluyeron enfermeros operativos de planta, observando edad, sexo, nivel académico y años de servicio. Se excluyeron otros profesionales de salud.

La intervención fue:

1. Auditorías de Hardware.
2. Determinación de rangos de adherencia: "Bajo" < 79%, "Medio" 80 - 94%, "Alto" 95 - 100%.
3. Seguimiento semanal de adherencia "Bajo" y "Medio", con intervención vía mail institucional y feedback por parte del supervisor.
4. Publicación mensual de uso.

Resultados: Se registraron 757 usos de BarCode, de los cuales 586 fueron incluidos para el análisis (Figura 1). De la población total el 68,4% fue femenino, con mayor porcentaje en la categoría de 30 a 39 años de edad y 5 o menos años de experiencia laboral (Tabla 1). Se registró la media del nivel de adherencia al BarCode preintervención del 34,6% versus 55,6%, con un aumento de la categoría "Alto" postintervención del 21,6% (Gráfico N° 1).

Conclusión: Luego de la implementación de un plan de mejora fue posible aumentar el nivel de adherencia al uso de tecnologías para lograr la seguridad en la atención del paciente mejorando la calidad del cuidado.

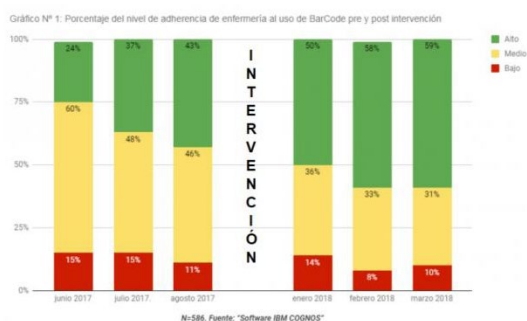


Figura 1.



Categoría	%
Sexo	
Femenino	68,4
Masculino	31,6
Edad	
20 a 29 años	17,5
30 a 39 años	39,5
40 a 49 años	14,0
Más de 50 años	16,7
Sin datos	12,3
Experiencia Laboral	
Hasta 5 años	32,5
6 a 10 años	31,6
11 a 15 años	6,1
Más de 16 años	17,5
Sin datos	12,3

0309 INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTA DE PACO EN LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Y MANNSBACH(1), A MENECE(1), Y FORTINI(1), E SAGAR-NAGA(1)

(1) Hospital De Trauma Y Emergencias Federico Abete.

Introducción: El consumo de drogas de abuso es una problemática importante en el mundo. Es necesario insistir en la importancia de realizar detección de tóxicos en orina en todo niño que acuda a urgencias con una crisis epiléptica sin diagnóstico etiológico previo. La lactancia materna es una vía posible de intoxicación para el lactante.

Caso clínico: Lactante de 8 meses de vida, sexo femenino, es traída por presentar cianosis, hipertonia generalizada y episodio convulsivo tónico clónico generalizado, registro febril de 38 grados centígrados. Se administran 2 dosis de lorazepam 0,1 mg/kg/dosis, carga de difenilhidantoína 20 mg/kg y antipirético endovenoso. Se traslada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Allí se realiza la intubación endotraqueal y goteo continuo de midazolam a 0,3 mg/kg/hora. Se realizan dos hemocultivos, urocultivo, virológico de secreciones nasofaríngeas y cultivo de líquido cefalorraquídeo. Se realizó tomografía de cerebro sin signos de isquemia ni sangrados.

Inicia tratamiento empírico con ceftriaxona 100 mg/kg/día. Durante el informe médico a los padres, se les comunica el estado crítico de la niña, la madre refiere ingesta en forma accidental una "tiza de paco", que se encontraba en su casa. Inmediatamente le provocó a la niña abundante sialorrea y convulsiones. Ante este relato, se sospechó intoxicación aguda por drogas de abuso, se interconsulta con el Centro de Toxicología del Hospital Posadas, enviando muestra de orina para la detección cualitativa de drogas de abuso. El resultado de la orina fue positivo para metabolitos de cocaína. Se evidenció trazado electrocardiográfico compatible con taquicardia supraventricular, con frecuencia cardíaca mayor a 220 latidos por minuto, que revierte con 2 dosis de adenosina. La paciente evolucionó favorablemente, normotensa, sin nuevos episodios convulsivos ni arritmias cardíacas. Permanece 24 horas en asistencia ventilatoria mecánica con bajos parámetros y se realiza extubación electiva al día siguiente de su hospitalización. Las serologías solicitadas (sífilis, HIV, hepatitis B y C) resultaron negativas. Al segundo día de internación se realizó electroencefalograma resultando normal, e interconsulta con neurología infantil quienes recomiendan suspender difenilhidantoína. Se realizó ecocardiograma y electrocardiogramas diarios valorados por cardiología infantil descartando enfermedad estructural. La niña evolucionó satisfactoriamente, se traslada a sala de pediatría.

0310 ADHERENCIA DE ENFERMERÍA A REALIZAR EL SCREENING NUTRICIONAL A LOS PACIENTES QUE INGRESAN A UCI

AV RAMOS(1), H FIGUEROA(1), L GOMEZ(1), K ACOSTA(1), N BERTOIA(1), H JIMENA(1), V LOPEZ LOPEZ(1), L LOPEZ(1), C GALVAN(1), D FLORES(1), A DIAZ(1), C KECSKES(1)
(1) Italiano.

Introducción: Un abordaje adecuado es el paso inicial para una óptima evaluación nutricional.

Para evitar la depleción de nutrientes, todos los pacientes hospitalizados deberían ser evaluados por un potencial riesgo nutricional según lo recomienda las guías ASPEN y ESPEN. A fin de justificar una intervención nutricional, o no.

Por tal motivo es oportuno realizar un estudio para medir la adherencia por parte del personal de enfermería, a fin de llegar a un nivel óptimo donde todos los pacientes sean evaluados nutricionalmente.

Objetivos: Medir la adherencia por parte del personal de enfermería, al realizar screening nutricional (SN) a los pacientes que ingresan a UCI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recabaron datos de la historia clínica a partir de los registros de enfermería.

La población fue constituida por los pacientes que ingresaron durante 7 días de la cuarta semana de abril de 2018.

Se excluyeron pacientes con diagnóstico de muerte encefálica (ME); y óbito antes de las 6 horas de ingreso.

La muestra estuvo compuesta por 38 pacientes.

Resultados: Se observaron 38 pacientes ingresados en UCI. El 74% realizó correctamente el SN. (Gráfico N°1.)

El mayor registro fue en el turno noche 57%. (Gráfico 2.)

Fuente: Historia clínica electrónica

Conclusión: Se observó mayor adherencia por parte del personal de enfermería al registro del SN, pero se ven reflejadas oportunidades de realizaciones incorrectas y nulas, ante lo cual se implementará un plan de mejora.

Observándose mayor adherencia durante el turno noche y turno tarde.

Bibliografía:

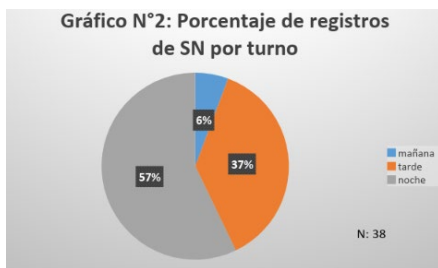
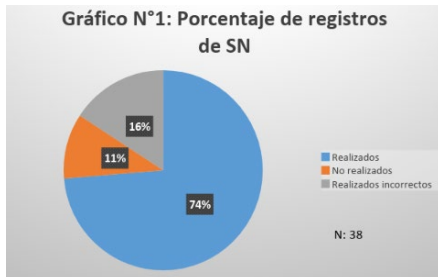
Ugarte, Sebastian; Laca, Manuel; Matos Alfredo/ "Fundamentos de terapia nutricional en cuidados críticos."

Knobel, Elias "Terapia intensiva. Nutrición"

[https://www.researchgate.net/publication/295932478_GUIAS_DE_](https://www.researchgate.net/publication/295932478_GUIAS_DE)

SOPORTE_METABOLICO_Y_NUTRICIONAL_-_ASPEN_-_2016
https://www.sati.org.ar/files/nutricion/Traduccion_Guias_ESPEN_de_NE.pdf

Kathleen M Fairfield, MD, DrPH Reza Askari, MD, FACS Section Editors: David Seres, MD Hilary Sanfey, MD Deputy Editor: Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS



0311 CONFIANZA, COMUNICACION, EMPATIA GÉNESIS PARA LOS CUIDADOS HUMANIZADOS

M VEGA ORIHUELA(1), E URBANCIC(1)
 (1) Italiano.

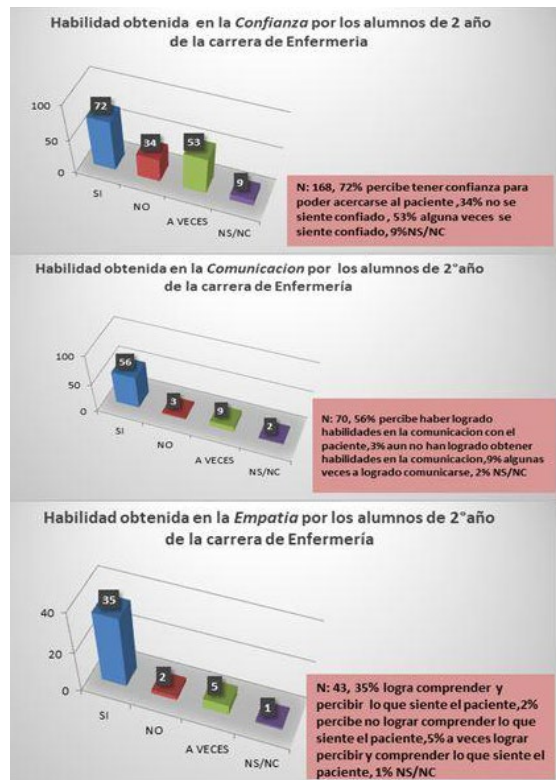
Introducción: El cuidado es el quehacer del enfermero, evaluar que estos cuidados sean humanizados beneficia al estudiante de enfermería y a los pacientes, mejorando la calidad de los servicios de salud. Por ello es importante que desde sus primeros pasos, en su formación de la Carrera de enfermería reflexionen sobre el cuidado humanizado que se le brinda al paciente, dentro de un sistema de valores humanos, para que los cuidados se conviertan en una práctica empática dándole sentido al acto de cuidar. El cuidado humanizado debe basarse en la confianza, comunicación y empatía habilidades iniciales que debe adquirir el estudiante durante sus primeros años de formación.

Objetivo: Conocer la percepción de estudiantes de segundo año de la carrera de enfermería, si consideran que lograron obtener habilidades en la confianza, comunicación, y empatía para brindar cuidados humanizados en sus primeros años de formación académica

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal en el período comprendido por el mes de agosto del año 2017. Encuesta realizada a los alumnos de la carrera de enfermería de segundo año de la Universidad X

Resultados: Ver en archivo adjunto.

Conclusión: Los estudiantes refieren tener Confianza para acercarse al paciente, realizar procedimientos, tomar decisiones y brindar cuidados, confianza que fue adquirida con el paso de las prácticas, en conjunto con los docentes. En cuanto a la Comunicación, refieren haber obtenido habilidades para poderse comunicarse, siendo un canal de las necesidades del paciente al resto de los profesionales de salud. En la Empatía los estudiantes, demuestran capacidad para poder percibir y comprender los sentimientos de los pacientes, esto conlleva a la motivación y compromiso en la atención del dolor humano, precursor de un cuidado genuino y humanizado que se brinda al paciente.



0312 EVENTOS ADVERSOS A MEDICACIÓN Y ERROR DE PRESCRIPCIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CRÍTICA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DE UN FARMACÉUTICO CLÍNICO EN LA SALA

A PAULUZZI(1), A FAJRELDINES(1), S TORRES(1), M VALERIO(1), L DAVIDE(1), E SCHNITZLER(1)
 (1) Austral.

Introducción: Los eventos adversos a medicación son el 33% de los incidentes de seguridad del paciente ocasionados por el cuidado. Dentro de las herramientas diseñadas para detectar daño asociado a la medicación, existe el Global Trigger Tool del Instituto for Healthcare Improvement (IHI). La misma se fundamenta en la lectura crítica de una muestra de historias clínicas de pacientes para hallar en ella, "pistas" o "gatillos" que podrían evidenciar eventos adversos como: utilización de naloxona, utilización no programada de anticonvulsivantes, entre otros. Está documentado en diversos estudios que la intervención del farmacéutico en la sala, en relación estrecha con el médico, mejora la calidad de la prescripción, acorta la estancia media y reduce los eventos adversos a medicamentos.

Objetivos: Cuantificar la tasa de eventos adversos y de error de prescripción en población pediátrica crítica antes y después de la intervención en la prescripción del farmacéutico clínico en la sala. El cambio que se realizó fue la incorporación permanente de un farmacéutico en la unidad de cuidados críticos pediátricos.

Materiales y métodos: Estudio cuasiexperimental de tipo antes y después no controlado.

Resultados: Se estudiaron 36 pacientes antes y 30 pacientes después de la intervención, antes el error de prescripción fue del 25% versus 0% ($p=0.004$) después, el total de eventos adversos fue antes 17 (56%) y después 7 (23%) ($p=0.001$), siendo una tasa de 1,78 eventos cada 1000 dosis administradas antes y 0,85 cada mil dosis administradas después ($p=0.003$).

Conclusiones: Los eventos adversos y el error de prescripción se vieron reducidos con la incorporación del fármaco en la sala y su intervención en la prescripción, de modo dignificativo, similar a lo que menciona la literatura mundial.

0314 NOCARDIOSIS DISEMINADA: A PROPOSITO DE UN CASO EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL EVA PERON DE SAN MARTIN

JL VILLCA QUISPE(1), S CASTRO(1), L D´ALESSANDRO(1), R FANOLA NOVILLO(1), R LOMAS(1), AD RODRIGUEZ(1), JC RISSO PATRÓN(1)
(1) Higa Eva Peron San Martin.

Introducción: La Nocardia es un bacilo gram positivo que se encuentra en el suelo, vegetales en descomposición y en el agua, que produce infecciones diseminadas en pacientes inmunocomprometidos. Comunicamos un caso de un paciente añoso, ingresado al hospital en febrero del 2018 con consumo de corticoides de forma crónica a altas dosis, que presenta Nocardiosis con compromiso pulmonar y probablemente del sistema nervioso central (SNC).

Presentación: Paciente de 62 años con antecedentes de HTA, Ex TBQ, sedentarismo, IAM en el 2013 y 2017. Consulta en noviembre del 2017 por un cuadro de hemiparesia que progresa con hemiparesia braquiocrural izquierda más HTA añadida, hospitalizado con una TAC de cerebro con imágenes nodulares que realzan con el contraste con marcado edema perilesional. Se realiza TAC de torax: imagen de masa con bordes espiculados en región parahiliar derecha; fue tratado con dexametasona por interpretarse como cuadro neoplásico y dado de alta con el mismo tratamiento vía oral. Reingresando al hospital por presentar disnea CF III - IV más dolor precordial asociado a fallo de bomba en contexto de IAM; evolución con fiebre mas insuficiencia ventilatoria con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Se interpreta como Neumonía asociada al respirador, recibiendo Piperacilina – tazobactam inicialmente. Se rescata Nocardia cyriagiorgica en minibal, iniciándose tratamiento con Trimetoprima – sulfametoxazol (TMS). Se agrega imipenem más Linezolid por considerarse respuesta inadecuada con la monoterapia. Fallece por un segundo episodio de neumonía asociada al respirador.

Discusión: Se sospecho inicialmente neoplasia pulmonar con probables metástasis en SNC. Se documento Nocardia a nivel pulmonar siendo el antibiótico de elección el TMS. Las formas diseminadas se presentan en pacientes con linfomas, cáncer, HIV, trasplantados, corticoterapia prolongada o fármacos que deprimen la inmunidad celular.

Conclusión: Se sospecho en este paciente el compromiso por Nocardia del SNC no pudiendo ser demostrado este agente a ese nivel. Se debe considerar como etiología en inmunocomprometidos, frente al cuadro de abscesos cerebrales múltiples.

0316 ABSCESO HEPÁTICO, REPORTE DE UN CASO POCO FRECUENTE DE SEPSIS GRAVE POR STAPHYLOCOCO AUREUS METICILINORRESISTENTE (SAMR)

M ALFANO(1), V BRUZZO(1)
(1) Posadas.

Introducción: El absceso hepático es una complicación poco frecuente, con una incidencia 5 /100000 casos. Las principales causas son infecciosas, como infecciones por SAMR. Se presenta un paciente que ingresa a nuestra unidad con shock séptico a foco abdominal.

Caso Clínico: Niño de 8 años, consulta a otra institución por cuadro clínico de 1 semana de evolución de fiebre, dolor en hipocondrio derecho y vómitos. Se realiza laboratorio: Gb:20.000u/L Hto:28% Pq:173000u/L Pcr:24 Alb:2g/dl Got:561U/L Gpt:422U/L Tp:51% Rin:1.5 kptt:28, Ecografía abdominal: Imagen heterogénea en hí-

gado tabicada que refuerza con contraste y se deriva a nuestra institución. Ingres a unidad de cuidados intensivos pediátricos en mal estado general, febril, icterico presentando shock séptico 2río a absceso hepático. Refiere antecedente de traumatismo por caída de bicicleta con fractura de antebrazo derecho y forúnculos en los 5 meses previos. Luego de estabilización inicial, ingresa a quirófano, se realiza drenaje percutáneo parcial del absceso obteniéndose escaso material purulento que se envía a cultivo. Se platean diagnósticos diferenciales: hematoma hepático vs. Tumor hepático sobreinfectado. Se descarta etiología tumoral con marcadores negativos y presentando TAC abdominal con 3 tiempos, refuerzo en tiempo venoso. Posteriormente se aísla SAMR en cultivo de sangre, aspirado traqueal y absceso hepático. A pesar de la medicación antibiótica de amplio espectro, presenta evolución tórpida con falla múltiple de órganos requiriendo soporte respiratorio y hemodinámico con inotrópicos y hemoderivados. Se plantea necesidad de intervención quirúrgica, que se descarta, siendo el tratamiento del paciente un gran desafío médico y quirúrgico. A pesar de permanecer febril por 24 días sin otro foco, mejora paulatinamente egresando de la unidad al mes de internación.

Discusión: En el caso de nuestro paciente, el absceso hepático se generó sobre una contusión hepática en el contexto de un trauma cerrado de abdomen. Generando un tejido necrótico infectado de difícil drenaje percutáneo. El tratamiento de sostén en forma intensiva fue vital para la recuperación ad integrum.

Conclusión: Es fundamental el enfoque integral del paciente politraumatizado, para pesquisar lesiones no detectadas por examen físico. El diagnóstico precoz del absceso hepático con shock séptico y su tratamiento en la unidad de cuidados intensivos disminuyen la morbimortalidad de estos pacientes.

0317 WEANING DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA

MV ATENCIO VARGA(1), L AVANZATO(1), MV PERAZZO(1), JL TAMAYO(1), R DIAZ GRANADO(1), SA ALBACETE(1), D OVALLE(1), M OLMOS(1), D VARELA(1), G TUHAY(1), L AGUIRRE(1), F KLEIN(1)
(1) Fundación Favaloro.

Objetivo: Describir las características de los pacientes que realizaron weaning de la asistencia respiratoria mecánica (ARM) en UTI.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó todos los pacientes internados en UTI que requirieron ARM y posterior weaning (W) desde 01/07/2015 hasta 30/11/2017. Para su descripción se tuvo en cuenta la edad, sexo, días de estadía en UTI, APACHE II, SAPS II, requerimiento y duración de ARM, número de pruebas de ventilación espontánea (PVE) y reintubaciones; requerimiento de vasopresores y hemoderivados; falla renal, diálisis, infecciones y mortalidad. Se dividió a los pacientes en tres grupos: Grupo 1: Weaning Fácil (WF): pacientes que requirieron una PVE, Grupo 2: Weaning Difícil (WD) aquellos con 2 o 3 PVE o menos de 7 días de W, y Grupo 3: Weaning Prolongado (WP) con más de 3 PVE o 7 días W. Los datos se presentan como media y desvío estándar en variables cuantitativas y como porcentajes y frecuencias en variables cualitativas.

Resultados: El 34.5 % de los ingresos a UTI (748) requirió ARM, de los cuales el 78.1% (548) experimentaron el proceso de W.

Conclusiones: Se observa una gran proporción de pacientes con WD y WP. Los scores de gravedad más altos, la mayor incidencia de Delirium, las complicaciones como el fallo renal y las infecciones, así como el mayor requerimiento de sedoanalgesia, vasopresores y transfusión de hemoderivados en este grupo, podrían hacer reconocer en el WD y WP variables asociadas marcadoras de severidad. Estas categorías podrían contribuir con los scores clásicos agregando un elemento temporal que podría ser analizado.

Pacientes en Weaning		Weaning Fácil	Weaning Difícil	Weaning Prolongado
Pacientes en ARIM				
Edad	78.1% (584)	57.7% (337)	25.7% (150)	16.6% (97)
Edad	58.2 (15.8)	57.2 (15.4)	59 (16.2)	60.6 (16.5)
Hombreres	69.7% (372)	64.2% (216)	67.9% (202)	56.7% (85)
Cantidad de Días en UTI	37.2 (20)	8.6 (7.3)	22.1 (15.8)	43.2 (30.2)
Mortalidad	7.4% (43)	0%	18.7% (44)	15.5% (15)
APACHE II	17.6 (6.8)	16.7 (6.8)	18.8 (6.5)	20.2 (7.1)
SAPS II	36.8 (15)	31.9 (14.4)	35.8 (14.4)	39.4 (14.6)
Días de ARIM	6.6 (14.4)	3 (3.7)	9.3 (11.7)	21.1 (22.8)
Días de ARIM al Inicio de Weaning	3.4 (4.2)	1.9 (1.8)	3.8 (2.8)	6.6 (7)
Días de Weaning	4.2 (7.8)	1 (1.3)	5.9 (6)	12.2 (12)
PVE	2.5 (3.2)	1 (0.13)	2.1 (0.6)	6 (2.9)
Reintubaciones	12.5% (73)	0%	29.3% (44)	29.9% (29)
Traqueostomía	19.2% (112)	2.7% (9)	20.7% (31)	74.2% (72)
Sedación				
Días	3.8 (5.9)	2.9 (2.8)	5 (5.7)	7.8 (8.3)
Requerimiento	64.7% (378)	53% (172)	64% (126)	82.5% (80)
Analgésia				
Días	3.1 (6.8)	3.1 (5.4)	5.1 (7.8)	11.6 (13.9)
Requerimiento	79.3% (483)	70.9% (239)	92.7% (139)	87.6% (85)
Oxígeno				
Días	71.2% (416)	59.1% (199)	86.7% (130)	91.8% (89)
Requerimiento de Noradrenalina	61% (356)	50.7% (171)	71.3% (107)	80.4% (78)
Días de Noradrenalina	4.9 (6.7)	2.6 (3.6)	6 (7.6)	8.5 (8.8)
Transfusión de GR	49.7% (290)	40.7% (137)	51.3% (177)	78.4% (76)
Plaquetas	14.7% (86)	12.2% (42)	22% (39)	14.4% (14)
Plasma/Crito	11.5% (67)	9.2% (31)	13.3% (20)	16.5% (16)
IRA	22.8% (138)	17.2% (58)	27.3% (41)	35.1% (34)
Dialisis	39.8% (53)	22.4% (13)	48.8% (20)	58.8% (20)
Infecciones	36.7% (226)	26.2% (88)	48.7% (73)	67% (65)



0318 MENINGITIS POST QUIRURGICA EN PACIENTE CRITICO SA SABIDO HERBAS(1), D POSNIAK(1), A TORRES(1), D PRIETO(2), G SCARPA(1), A GOLD(1), A GELOSO(1) (1) Ramos Mejia. (2) Ranos Mejia.

Introducción: Las infecciones del SNC tanto del parénquima y/o sus cubiertas.

La interpretación del líquido cefalorraquídeo es fundamental para el diagnóstico, este mismo es de difícil valoración puesto q puede variar por un simple sangrado espontaneo, o cualquier trauma o maniobra quirúrgica.

La incidencia es de 0,8. Con mortalidad entre 20-50 % de los casos.

Objetivos:

1. Identificar efectiva rapido tratamiento y prevención.
2. Describir incidencia de infecciones neuroquirurgicas.
3. Describir las características clínicas de los pacientes.

Material y métodos: Diseño del estudio: observacional, descriptivo, retrospectivo.

Población de estudio: mayores de 18 años, internados en UTI de noviembre 2016 - mayo 2018.

Criterios de inclusión: pacientes post neurocirugía, clínica y LCR compatible con o sin Cultivos positivos.

Criterios de exclusión: Pacientes derivados de otros hospitales, embarazadas, paciente con diagnóstico de infección previa al ingreso a UTI.

Variables: edad, sexo, cirugía de urgencia o programada y mortalidad.

Reclutamiento: se revisaron las historias clínicas de 534 pacientes, 208 pacientes neuroquirurgicos, 53 cumplieron criterios de inclusión.

Análisis estadístico: Epi Info.

Resultados: De los cuales la edad promedio 52 años, 13 femeninos, 43 masculinos, 31 programados y 19 urgencias, 21 tubieron cultivos positivos, 14 fallecen.

Conclusiones: Se hallaron 56 pacientes con LCR compatible con meningitis PO, 30% cultivos positivos germen mas frecuente aislado fue enterobacter y sams, 25% de mortalidad, sin relacion entre procedimiento de urgencias o programados e incidencia de 25%.



0319 SINDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO JUVENIL S LUGO(1), M CASTILLO(1), MJ BRUERA(1), C QUINTANA(1) (1) Nacional Dr. A. Posadas.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune, multisistémica con una presentación heterodéica.

El Síndrome Activación Macrofágica (SAM) es una complicación infrecuente pero grave de las enfermedades autoinmunes causada por activación y expansión excesiva de los linfocitos T.

Caso Clínico: Niña 11 años de edad, sin antecedentes de enfermedad. Oriunda Provincia de Chubut. Presenta cuadro clínico de 3 semanas de evolución: síndrome febril, astenia, adinamia y poliartrosis de grandes y pequeñas articulaciones. Se interna en Hospital local. Inicia tratamiento con corticoides sistémicos con probable diagnóstico de Artritis idiopática Juvenil habiendo descartado proceso infeccioso y oncológico. Evolución afebril.

Se completan estudios por especialista en Buenos Aires que evidencia FAN 1/320, hipocomplementemia, Anti DNA positivo, Coombs directa (+) se diagnostica LES juvenil.

Dos semana posteriores reinicia con fiebre y se deriva a hospital de mayor complejidad con sospecha de Endocarditis infecciosa, que se descarta. Se mantiene febril persistente, con artralgias, crepitantes en base derecha inicialmente. Dificultad respiratoria progresiva. Deterioro multisistémico ingresando a Terapia Intensiva Pediátrica (TIP). Recibe gamaglobulina, corticoides y ciclofosfamida endovenosa.

Evolución tórpida, falla multiorgánica. Persistió febril, poliserositis. Requirió asistencia respiratoria mecánica, inotrópicos, nutrición parenteral, múltiples esquemas antibióticos, antifúngicos, y antifímicos. Policultivos sin rescate de germen durante toda la internación. Posteriormente agrega hepatoesplenomegalia, rash cutáneo generalizado. Se evidencia pancitopenia, aumento de triglicéridos, transaminasas, LDH, ferritina y se realiza con sospecha de SAM segunda punción de medula ósea que confirma el diagnóstico agregando al tratamiento ciclosporina, etoposido, dexametasona endovenosa. Presenta como complicaciones pancreatitis, hipertension arterial, síndrome de cushing severo. Posteriormente evolución favorable al tratamiento insaturado. Alta médica. Continúa con controles multidisciplinarios.

Discusión: El SAM es una complicación grave en pacientes con enfermedades reumáticas, por lo que en esta paciente se sospechó y se buscó criterios desde el inicio de su descompensación, esto permitió otorgarle tratamiento específico y agresivo

Conclusión: El diagnóstico precoz de SAM y la terapia electiva son esenciales para mejorar el pronóstico de estos pacientes. Dosis altas de esteroides conducen a la remisión en dos tercios de los casos. La ciclosporina o el etopósido deben considerarse para las formas graves con compromiso del sistema nervioso central y pulmonar.

0320 SÍNDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL EN PACIENTE CON TEC GRAVE

R SANCHEZ(1), D NOVAES(1), I MEDINA(1), G GENOVESE(1), F MARTINEZ SRNEK(1), G RAMOS(1)
(1) Dupuytren.

Introducción: El propofol es una droga anestésica y sedante de frecuente utilización en terapia intensiva. Esto se debe a su rápida acción, corta vida media, su capacidad de reducir el consumo de oxígeno cerebral y la presión intracraneana. Aunque infrecuente, el síndrome de infusión de propofol es una complicación grave asociada a su uso. Se presenta el caso para evaluar factores predisponentes, forma de presentación y evolución del síndrome de infusión de propofol.

Caso clínico: Paciente masculino de 18 años es derivado tras sufrir caída de altura durante su jornada laboral. Presenta TEC grave, fractura de pelvis, acetábulo y miembro superior izquierdo. La TAC cerebral evidenció edema frontal bilateral y volcado hemático intraventricular. Se realiza Craniectomía fronto-temporo-parietal izquierda y monitoreo de PIC. Requiere sedo-analgésia profunda por HTE (propofol 3.42 mg/kg/h-midazolam) y drogas vasopresoras para mantenimiento de PPC. Además, requirió tracción esquelética y yeso braquiopalmar. Intercurre a las 72 horas con NAV por H. Influenzae + Klebsiella pneumoniae. Al 6to día se observa un incremento significativo de CPK (14853 UI/L), del Lactato (4,2 mmol/L), acidosis metabólica (Ph 7.15, Bic 16, AG 22), enzimas hepáticas (337/105 UI/L), TG (332 mg/%) y oliguria. Se suspende la infusión de propofol, tratamiento de la rabdomiolisis con mejoría de las disfunciones, excepto la renal que requiere terapia de remplazo renal desde el día 9º hasta el día 14º. Al día 50 se encuentra desvinculado del respirador, decanulado, con una capacidad neurológica mínima en vías de derivación a centro de rehabilitación.

Discusión: Este paciente presentó rabdomiolisis, acidosis metabólica severa y falla renal de rápida progresión, sin falla cardiovascular. La patología neurocrítica y el requerimiento de catecolaminas son factores de riesgo. Aunque la dosis basal fue inferior a 5 mg/kg/h, el tratamiento fue prolongado (>48 hs). La presentación fue súbita, aunque se observó un ascenso significativo de la CPK 24 hs antes del diagnóstico.

Conclusión: El Síndrome de Infusión por Propofol, aunque infrecuente es potencialmente fatal. Frente a la falta de tratamiento preventivo, el monitoreo estricto y el alto grado de sospecha representan las herramientas indispensables para la utilización de este fármaco en cuidados intensivos.

0321 TRAUMA DE TORAX: HEMO-NEUMOTORAX EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE URGENCIAS

C GALAN(1), C ARANCIBIA(1), S PAVAN(1), P PAHNKE(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: Aproximadamente 2/3 de los pacientes (ptes) que ingresan al Shock Room (SR) tiene traumatismo torácico (TT), con presentaciones variadas, desde una fractura costal simple hasta una disrupción traqueobronquial o cardíaca. Se dividen en contusivos o penetrantes, y la diferencia radica en las intervenciones quirúrgicas. Si bien las lesiones son numerosas, abordaremos el hemo-neumotorax (HNT), presencia de aire y sangre en la cavidad pleural.

Objetivo: Describir características epidemiológicas, sintomatología, métodos complementarios, tratamiento, complicaciones y mortalidad en pacientes con TT que ingresaron al SR del Hospital Municipal de Urgencias(HMU), desde enero 2016 a septiembre 2017.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de HC de ptes que ingresaron con diagnóstico de TT a SR del HMU, desde enero 2016 a septiembre 2017.

Resultados: Ver gráficos.

Conclusión: El 7.14% de los ingresos a SR resultaron TT, el 14% fueron HNT, 9/10 jóvenes masculinos, presentándose con taquipnea tras colisiones vehiculares. La radiografía y la cirugía en agudo fue

la medida más realizada, internación de 3-7 días. La complicación se relaciona por ser hospital escuela. La tasa de mortalidad concuerda a bibliografía revisada.

INTERNACION TT (DIAS)							
3-7		8-15		16-30		+30	
%	N	%	N	%	N	%	N
64.94	63	16.49	16	14.43	14	3.09	4

COMPLICACIONES TT		
	%	N
Alteración en el posicionamiento del tubo	42.68	35
Hemotorax coagulado	2.43	2
Empiema	0.5	5
MORTALIDAD	4.12	4
ISS 16 (N:53)		

Ingresos a SR	HNT 14.43%	TT N: 97		
Pte: 1358	14	Masculinos	88.65% (N: 86)	
		Rango etario	15-30 años	Media 22.8+/-4.3

SINTOMATOLOGIA TT		
	%	N
Taquipnea	69.97	64
Murmullo vesicular abolido	59.79	58
Dolor	31.95	31
Taquicardia	31.95	31
Shock	29.89	29
Ruidos cardiacos hipofonéticos	4.12	4

MECANISMO LESIONAL TT				
	%	N	HNT (N:14)	
			%	N
Colisión vehicular	36.08	45	21.42	3
Herida de arma blanca	30.92	30	57.14	8
Herida de arma de fuego	22.68	22	21.42	3
Caída de altura	10.30%	1		

METODOS COMPLEMENTARIOS TORACICOS							
	%	Neumotórax		Hemotorax		HNT	
		%	N	%	N	%	N
Radiografía	62.22	53.57	30	21.42	12	25	14
Tomografía	71.13	39.58	19	31.25	15	29.16	14

CIRUGIA TT			
		%	N
Toracotomía mínima con avenamiento pleural		82.53	82
Toracotomía diferida	Anterolateral	75	6
	Posterolateral	25	2

0322 MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ESCALONADA CON TITULACIÓN DE PEEP DECREMENTAL EN NIÑOS CON DISTRES RESPIRATORIO AGUDO. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

I VALENTINI(1), S LUGO(1), M MONTELLANOS(1), E ANTONI(1), P CARABALLO(1), A CORIA(1), R DEHEZA(1), S ESQUIVEL(1), N VIDAL(1)
(1) Nacional A. Posadas.

Introducción: La maniobra de reclutamiento escalonada con titulación de PEEP decremental (MRE) consiste en incrementos transitorios de presión media en la vía aérea para reclutar alvéolos colapsados. La evidencia pediátrica publicada señala una tendencia a la mejoría de la oxigenación con la utilización de MRE y ausencia de complicaciones atribuibles al procedimiento. Se presenta una serie de casos de niños con Distres Respiratorio Agudo (DRA) en Ventilación Mecánica Optimizada (VMO) que requirieron la MRE por Hipoxemia Refractaria(HR).

Objetivos:

1. Describir el monitoreo de Compliance Dinámica (CDyn) y Saturometría pre y pos MRE.
2. Determinar la variación del Índice de Oxigenación (IO) pre, pos maniobra y dentro de las 24 hs.
3. Enumerar complicaciones atribuibles a MRE en las 24hs.

Materiales y métodos: Diseño descriptivo prospectivo de serie de casos. Edad 1 y 24 meses(m). Periodo mayo a diciembre 2017. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DRA definido por Conferencia Consenso sobre Daño Pulmonar Agudo Pediátrico (2015) con VM O. La MRE se inició con PEEP 10 y PIM 25 hasta PEEP 30 PIM 45 con monitoreo de mecánica pulmonar distal, tensión arterial invasiva y Saturaometría pre y pos MRE. Se calculó IO pre, pos y a las 24 hs MRE. En la evolución se consideraron complicaciones (síndrome de escape de aire y compromiso hemodinámico) y necesidad de posición prona o VAFO. Estadística, las variables continuas son medidas de posición y dispersión, las categóricas porcentajes.

Resultados: Se estudiaron 5 pacientes. La mediana edad 13 m, Peso 9 Kg, falleció 1 paciente. La mediana CDyn se incrementó 37% pre y pos maniobra (0,53 a 0,73 ml/cm agua/Kg), Saturaometría 4% (95% a 98%) y el IO disminuyó un 36% (22 a 14), manteniéndose a las 24 hs (13) con posición prona. No hubo variaciones de la tensión arterial. No se observaron complicaciones.

Conclusiones: Se observó mejoría CDyn y Saturaometría pos MRE. El IO disminuyó pos MRE y dentro de las 24 hs con posición prona. No hubo complicaciones

En esta pequeña serie la MRE demostró ser segura y mejorar la oxigenación como parte de una estrategia de protección pulmonar.

0323 UTILIZACION SIMULTÁNEA DE DOS SCORES PARA CATEGORIZAR EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN CLÍNICA

A BOCASSI(1), ML LUQUE(1), N CUADRA VON HARTMANN(1), A PEREZ(1), M CAMBARERI(1), C DOMINGUEZ(1), V CHEDIACK(1), N GOMEZ(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz.

Introducción: La desnutrición clínica (DC) comprende alteraciones en el medio interno celular causadas por la enfermedad, el tratamiento y sus complicaciones. Estos cambios pueden ser captados a través de la medición de sus concentraciones plasmáticas. La precocidad en detectar el riesgo nutricional es fundamental para prevenir la DC ya que una vez instalada resulta difícil combatirla y tiene impacto negativo en la recuperación del paciente.

Objetivo: Utilizar simultáneamente dos scores para categorizar el riesgo de DC en pacientes que ingresan a UTI.

Materiales y Métodos: Descriptivo, transversal. Periodo de estudio: 15 meses. Muestra 330 pacientes. Criterios de exclusión: embarazo, < 17 años y readmisión en UTI. Sistemas de puntuación utilizados para categorizar riesgo de DC fueron "Nutric" (Heyland DK et al. Crit Care 2011;15(6):R268) basado en seis variables: edad, APACHE II, SOFA, número de comorbilidades, días de internación previos a la admisión en UTI, la Interleuquina-6. "CONUT" (J.I.de Ulíbarry Pérez. Hosp. 2002 XVII(4)) sobre tres variables de laboratorio: Linfocitos totales (LT), Colesterol Total (CT) y Albúmina(ALB). Se utilizó SPSS 25.0. Las Variables continuas se expresaron: \pm SD. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Edad: 43,6 \pm 14,6 años; Género: 229/101(masculino/femenino); HIV+: 187; APACHE II: 17,2 \pm 8,6; SOFA: 5,3 \pm 4,1; LT: 1029 \pm 841 cel./mm³; CT: 124 \pm 50 mg/dl; ALB: 2,87 \pm 0,92 g/dl.

Total: 330 pacientes: 195 sobrevivieron y 135 murieron. Según NUTRIC (sin IL-6): bajo riesgo de DC: 239 (69 murieron) y alto riesgo: 91 (66 murieron). Sensibilidad(S):48,9%, especificidad (E): 87,2%, Valor predictivo positivo (VPP):72,5% y Valor Predictivo Negativo (VPN):71,1%.

Según CONUT: bajo riesgo de DC: 90 (15 murieron) y alto riesgo: 240 (120 murieron). S: 88,9%, E: 38,5%, VPP: 50% y VPN: 83,3%.

La prevalencia de DC fue 40,9%

Conclusiones:

- CONUT permite detectar mínimas oscilaciones en concentraciones proteicas (ALB), calóricas (CT) e inmunológicas (LT), con una Sensibilidad cercana al 89% otorgando un "plus" para utilizarlo como screening.

- NUTRIC que cuantifica el riesgo de desarrollar eventos adversos tiene escasa Sensibilidad pero podría utilizarse complementariamente al CONUT por su alta Especificidad

- La categorización de DC responde a un cálculo, sin un costo adicional debido a que son datos con los que se cuenta en la admisión del paciente.

0324 ENCEFALITIS POR CMV EN PACIENTE CON TRASPLANTE HEPATICO

JJC POTITO POLERA(1), ME NANNI(1), M QUIROGA(1), P GOMEZ(1), E ADMUNDARAIN(1), B DORFMAN(1)
(1) El Cruce.

Introducción: El síndrome encefálico está constituido por combinaciones de signos y síntomas. En general el comienzo es agudo con fiebre y alteraciones del líquido cefalorraquídeo. Por lo común la encefalitis es producida por agente virales.

Presentación del caso: Paciente masculino 30 años de edad.

El día 07/01/2018 ingresa a servicio de clínica médica por Síndrome Confusional (Bradipsíquico Síndrome Febril – Cefalea), impresión diagnóstica intoxicación por Tacrolimus. Se realiza TAC de encéfalo se visualiza imagen hipodensidad difusa en hemisferios cerebelosos de predominio izquierdo.

Antecedentes Patológicos:

Cirrosis por Hepatitis Autoinmune diagnóstica a los 8 años.

Trasplante Hepático en el 2017.

Por síndrome confusional el día 09/01/2018 ingresa a UTI se realiza electroencefalograma ritmo lento Sin descargas, se realiza punción lumbar con LCR patológico PCR positiva CMV.

Cultivos negativos. Serologías en sangre negativas. RMN con contraste endovenoso con múltiples imágenes hiperintensas en secuencia Flair Y T2 a nivel corticosubcortical Bihemisférico a predominio bifrontal como así también en la sustancia blanca profunda Periventricular, cuerpo caloso, globo pálido izquierdo y nivel corticosubcortical de ambos Hemisferios cerebelosos. No pudiendo descartar síndrome encefalopatía posterior reversible.

El día 18/01/2018 reingresa a la UTI por deterioro del sensorio Glasgow 3/15 se procede IOT, se descarta endocarditis. LCR para encefalopatía autoinmune negativo.

Se realiza Doppler transcraneano Sin HTE, Fondo de Ojo sin particularidades dignas de mención. Se realiza biopsia de encefalo Anatomía Patológica Proceso inflamatorio en regiones subependimarias paraventriculares del cerebro con escasas células citomegálicas con inclusiones intranucleares e intracitoplasmáticas LCR con incremento del componente linfocitario

Discusión: La encefalitis por CMV no es una patología frecuente en el paciente con trasplante hepático siendo un diagnóstico que no debe dejar de ser considerado en la actualidad en los centros de trasplante hepático lo obliga a realizar diagnóstico diferencial con diferentes etiologías como leucoencefalopatía posterior reversible.

Conclusión: La detección de ácidos nucleicos con la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un método rápido, sensible y no invasivo en el diagnóstico de las encefalitis. La biopsia cerebral puede ser necesaria en casos muy especiales para lograr un diagnóstico certero.

0325 INDICES PLAQUETARIOS: ESTUDIO PRELIMINAR EN PACIENTES CON SEPSIS

A BOCASSI(1), ML LUQUE(1), N CUADRA VON HARTMANN(1), N GOMEZ(1), C DOMINGUEZ(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz.

Introducción: El Volumen Plaquetario Medio (VPM) es un promedio del tamaño de las plaquetas (PQ), un elevado VPM podría sugerir activación plaquetaria. Actualmente ha sido propuesto otro índice PLR (PQ /Linfocitos (L)) que brinda información sobre el estado in-

flamatorio y protrombótico en numerosas condiciones patológicas, entre ellas la Sepsis.

Objetivo: Examinar el comportamiento de PQ e índices plaquetarios en pacientes con sepsis

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, período 12 meses, fueron incluidos 104 pacientes ingresados a UTI. De acuerdo a los criterios de Sepsis.3 se dividieron en: Grupo 1 (Sépticos) y Grupo 2 (No sépticos). Se registraron datos demográficos, HIV, APACHE II, SOFA. Dentro del perfil de rutina de ingreso a UTI se realizó un Hemograma (Sysmex XT 1800-Roche) que incluyó: G.Blanco(GB), Linfocitos, PQ, VPM e índices PLR y VPM/PQ. En el Grupo 1 se registró qSOFA y Lactato (LAC). Se utilizó SPSS 25.0, se aplicó Test Student y Chi2 para variables continuas y nominales respectivamente, y coeficiente de Pearson para correlaciones. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: (Ver Tabla N°1). Las patologías más frecuentes en la admisión: Neumonía, Tuberculosis, Sepsis, Meningitis, celulitis. En el grupo 1 se obtuvieron solo 53 VPM; LAC: 3,39 mmol/L (IC95% 2,57-4,21), qSOFA: 1 pto: 14, 2 ptos: 33 y 3 puntos: 16 pacientes. Se halló correlación positiva entre LAC y VPM ($p=0,014$).

TABLA N° 1 (ns: no significativa)

	Grupo 1	Grupo 2	p
Edad (\pm SD)	46,4 \pm 13,9	40,0 \pm 15,9	0,03
Género (masc/fem)	41/22	26/15	ns
HIV reactivos (+)	34	21	ns
SOFA puntos	7,2 \pm 3,5	3,4 \pm 3,0	< 0,01
APACHE II puntos	20,5 \pm 8,3	14,5 \pm 7,2	< 0,01
GB(10^3 /uL)	11,6 \pm 8,2	9,4 \pm 7,0	ns
Linfocitos (L)	1097 \pm 1514	1080 \pm 686	ns
PQ (10^3 /uL)	186 \pm 109	256 \pm 142	<0,01
VPM (fl)	10,5 \pm 1,3	10,1 \pm 1,1	0,13
PLR	324 \pm 359	360 \pm 322	0,6
VPM/PQ	9,19 \pm 11,8	5,41 \pm 3,46	0,027
Evolución: Sobrevida	28	29	0,008
Óbito	35	12	

Conclusiones:

- Las PQ y VPM guardan una relación inversa en ambos grupos, las PQ fueron menores en el Grupo 1, tal como se describe en la literatura.
- Los L y PLR no alcanzaron significancia estadística entre grupos posiblemente debido a la presencia de un "factor de confusión" atribuido al propio HIV.
- El VPM/PQ fue significativamente mayor en el grupo 1 subrayando la ventaja de la utilización de este índice por sobre las variables hematológicas por separado.
- En Grupo 1 se halló correlación positiva entre LAC y VPM sugiriendo que cuanto mayor es la hipoxia tisular mayor es la reactividad PQ predisponiendo a un estado protrombótico.
- Enfatizamos la facilidad de interpretación y la ausencia de costo alguno en la utilización de estos índices brindado por el hemograma.

0326 EFICACIA DEL TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO CON RTPA INTRAVENOSO EN ACV ISQUÉMICO AGUDO. EXPERIENCIA EN CORRIENTES

H ALVAREZ(1), M CEDROLLA(1), S LAZZERI(1), A PIACENZA(2)
(1) Hospital Escuela. (2) Instituto De Cardiología.

Introducción: La Trombolisis Intravenosa con Activador Recombinante de Plasminógeno Tisular (TIV) es el tratamiento de reperfusión establecido para el Accidente Cerebrovascular (ACV) Isquémico Agudo demostrado a lo largo de más de 20 años, aunque su índice

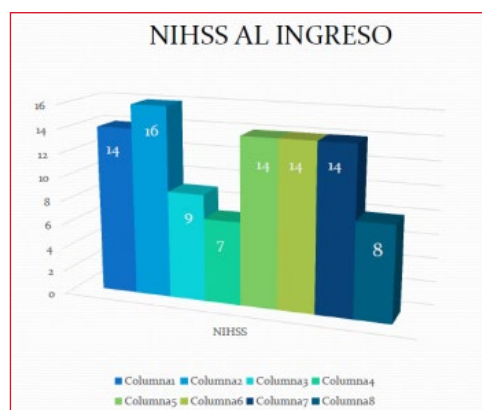
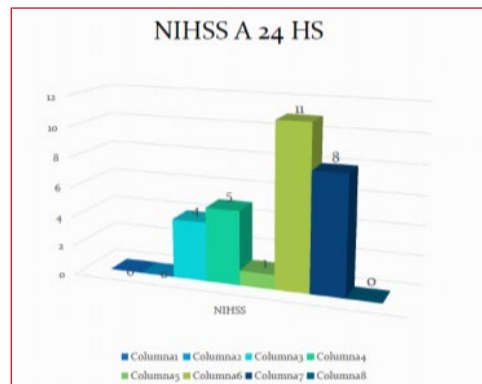
terapéutico estrecho exige una vigilancia cuidadosa de los riesgos y beneficios.

Objetivo: Evaluar la seguridad y eficacia de la TIV en la práctica clínica del equipo de ACV en 2 centros de la ciudad de Corrientes donde se implementó el protocolo de ACV isquémico agudo.

Material y método: Registro observacional de práctica clínica. Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con ACV isquémico agudo que recibieron TIV desde el 01/04/2017 hasta el 31/04/2018. 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 8 pacientes. Edad media: 61,5 años (rango intercuartil [RIC]: 46-74). Sexo masculino: 75 %. Historia previa de Hipertensión Arterial: 87,5 %; Diabetes Mellitus: 12,5 %; Dislipidemia: 25 %; Tabaquismo activo: 62,5 %; Obesidad 37,5 %; Enfermedad Coronaria: 50 %. Dosis de Alteplase, mediana: 68 mg (RIC: 50-90). NIHSS basal, mediana: 12 (RIC: 8-16). NIHSS basal \geq 15: 12,5%. TC basal con signos isquémicos precoces: 37,5 %. TC basal con arteria cerebral media hiperdensa: 25 %. Tiempo desde el inicio de los síntomas hasta TIV, mediana: 175 minutos (RIC:60-255). Tiempo \leq 3 horas: 50 %. Tiempo > 3-4,5 horas: 50 %. Tiempo desde ingreso al centro hasta TIV, mediana: 95 minutos (RIC: 60-125). Tiempo < 60 minutos: 12,5 %. Tiempo \geq 60 minutos: 87,5 %. Manejo agudo de la Tensión Arterial: 50%. HIC sintomática a las 24 horas: 0 %. Mortalidad durante la hospitalización: 0 %. Mortalidad a los 90 días: 0 %. Recuperación funcional completa a los 90 días: 50 %. Independencia funcional a los 90 días: 75 %.

Conclusiones: Los resultados demuestran la seguridad y la eficacia de la TIV en la práctica clínica en Centros donde se implementó protocolos de ACV isquémico.



0327 TAPONAMIENTO PERICARDICO PURULENTO COMO COMPLICACION DE ABSCESO HEPATICO POR STREPTOCOCCUS MILLERI

MB VAZQUEZ(1), BC VARELA(1), JC GALARZA(1), G TREJO(1), DE MAESTRE TORRES(1), E CORREGER(1), N POZO(1), N GRUBISSICH(1), D PINA(1)
(1) Ua Cesar Milstein.

Taponamiento pericárdico purulento como complicación de absceso hepático causado por *Streptococcus milleri* Femenina de 77 años, antecedentes HTA, DBT 2, FAC no ACO, Obesidad, Cardiopatía Isquémica. Ingresó con cuadro de dolor precordial atípico, FAARV e hiperglucemia. En UCO se trata con digoxina e insulina, 27000 blancos, acidosis metabólica. Eco cardiograma: derrame pericárdico severo, compromiso de cavidades derechas. TC Derrame pericárdico y pleural bilateral y lesión hipodensa hepática polilobulada de 98 x 55 x 34 mm. De pericardiocentesis, se extraen 500 ml de líquido purulento, quedando con drenaje. Eco cardiograma post drenaje: expansión de AD y mejoría del llenado diastólico del VD. Inició Piperacilina Tazobactam y Vancomicina. Se drenó percutáneo guiado por TC hipodensidad hepática y posteriormente pasó a UTI, requiere drenaje pleural izquierdo por exudado complicado y se objetiva trombosis basilica y cefálica izquierda. 10 días posteriores al ingreso se retira drenaje pleural y subfrénico, Ecocardiograma Doppler: VI hipertrofia concéntrica, Fey 68%. Cavidades derechas diámetros conservados, leve colapso sistólico AD, deterioro de la función sistólica del VD.

Se confirmó la presencia de una fistula que comunica el absceso hepático con la cavidad pericárdica (foto 1, flecha). Tanto el cultivo del absceso hepático como del líquido pericárdico fue positivo para *Streptococcus milleri*, sensible a penicilina (concentración mínima inhibitoria < 1g/ml). Se extrae molar ya que se considera foco de entrada del germen.

La paciente fue dada de alta a sala general.

Discusión: *S. milleri* es un grupo de *Streptococcus viridans*, aunque son comensales habituales de cavidad oral, pueden ocasionar infecciones piógenas e invasivas, con tendencia a la formación de abscesos y ocasionalmente septicemia y shock séptico. Las infecciones del grupo *S. milleri* se localizan preferentemente en abdomen, en forma de abscesos hepáticos y subfrénicos. Frecuente en pacientes diabéticos y generalmente sensibles a los betalactámicos. Reportamos este caso clínico infrecuente de taponamiento pericárdico purulento por fistula de absceso hepático, que requiere tratamiento de urgencia mediante pericardiocentesis percutánea y tratamiento antibiótico apropiado.

0328 RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A INHALANTES ASFIXIANTE

S FLORES(1), M RAMIREZ(1), R MARTINEZ OVEID(1), JA OCHIONERO ALFANO(1), L TALAMONTI(1)
(1) Rosendo García.

Introducción: Se presenta varón de 30 años, ingresa por insuficiencia renal aguda por rhabdomiólisis secundaria a intoxicación de asfixiante celular (combustión de gas natural).

La rhabdomiólisis varía desde una enfermedad asintomática con elevación de la creatina-fosfoquinasa, hasta una condición que compromete la vida asociada a elevaciones extremas de la CPK, anomalías electrolíticas, insuficiencia renal aguda y coagulación intravascular diseminada.

Caso clínico: Varón 31 años sin antecedentes, es encontrado con depresión del sensorio, con sospecha de inhalación de gases asfixiantes, en su domicilio junto a su esposa embarazada.

Al examen físico se encontraba vigil, con leve bradipsiquia, dolor e impotencia funcional crural derecha y disminución de pulso pedio. Estable hemodinámicamente, con oligoanuria.

Ante la sospecha de intoxicación por CO se solicita laboratorio que evidencia, leucocitos 24500/mm³, hemoglobina 20.2 g/L, uremia 62

mg/dl, creatininemia 2.04 mg/dl, natremia 137 meq/L, potasemia 6 meq/L, calcemia 6.2 mg/dl, fosfatemia 5 mg/dl, magnesemia 2.3 mg/dl, CPK 311000 UI/ml, LDH 13844 UI/L, TGO 2674 UI/L, TGP 969 UI/L, carboxihemoglobina 6.7%, Ph 7.36, Pco2 19.2, EB -10.9, Po2 114, SatO2 98.3, HCO3 15.

Se inició tratamiento con oxígeno por máscara Venturi a alto flujo, por falta de disponibilidad de cámara hiperbárica en la institución, se realizó una agresiva reposición de fluidos y hemodiálisis.

Evoluciona favorablemente, mejorando parámetros clínicos y bioquímicos con recuperación de ritmo diurético.

Discusión: La rhabdomiólisis es una entidad clínica poco frecuente, que resulta del daño muscular directo o bien de un desbalance energético en el músculo. En los asfixiantes celulares la rhabdomiólisis se produce por daño hipóxico e isquémico, y a su vez se altera la respiración celular en la mitocondria, generando una doble lesión del miocito.

El tratamiento de la rhabdomiólisis debe ir orientado a la supresión del agente y reposición hidroelectrolítica adecuada para favorecer la eliminación de productos tóxicos evitando así el fracaso renal agudo y complicaciones cardíacas.

Conclusión: La rhabdomiólisis por la inhalación de monóxido de carbono, producto generado por la combustión de gas natural, es una complicación grave de la intoxicación por asfixiantes naturales y su tratamiento consiste en reposición hidroelectrolítica y soporte dialítico.

0329 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: REVISIÓN DE 11 CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE EL PERIODO 2006 AL 2017

DN ACOSTA(1), G LIBERA(1), M GALICCIO(1), P RODRIGUEZ(1)
(1) Víctor J. Vilela.

El síndrome hemofagocítico (SHF) o síndrome de activación del macrófago (SAM), se caracteriza por una activación patológica descontrolada del sistema inmune, primario o secundario desencadenado por infecciones.

Se analizó de forma sistemática datos de historias clínicas de pacientes ingresados a Unidad de cuidados intensivos (UCI) durante el periodo 2006 al primer semestre de 2017, con diagnóstico al egreso de SHF. De 11 pacientes, de 3 meses a 5 años, con medios 3,4 años, sin prevalencia de sexo.

Según el protocolo diagnóstico de linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) 2004, exige 5 de 8 criterios clínicos: fiebre y esplenomegalia 100%, son los criterios clínicos. Las citopenias 80%, hipertrigliceridemia >265 mg/dl 60% e hipofibrinogenemia <1.5 g/l 40%, Ferritina >500mcg/l 90%. El criterio diagnóstico histopatológico es la confirmación de hemofagocitosis en médula ósea 60% y CD 25 elevado (no disponible), un 63% afectación del SNC (no incluido) y detección por biología molecular como único requisito en un 40%. El 80% (9) de los pacientes que ingresaron a UCI se encontraban en estado de shock, 5 inestabilidad hemodinámica, 3 status convulsivo, 1 insuficiencia respiratoria, y 2 paro cardiorrespiratorio. Evolucionando a falla multiorgánica 5, con compromiso de sistema nervioso central y pulmonar, un 45% fallecidos (3 SHF secundarios y 2 primarios) y el 55% vivos.

De las etiologías: 4 SHF a virus Epstein Barr (2 ligado al X), 2 a Citomegalovirus, 1 a Brucela, 2 a *Staphylococcus Aureus* Meticilino sensible, 1 Parvovirus y 4 genéticos (dos Linfohistiocitosis ligados al X, Paniculitis hemofagocítica e SH inespecífico).

El tratamiento del SHF tiene como objetivo suprimir la hiperinflamación y destruir a las células infectadas. Según el protocolo HLH 2004, se inicia con corticoesteroides (CE), ciclosporina A (CSA) y etopósido, 6 de ellos con tratamiento incompleto, en el SHF secundario a infecciones. Los pacientes fueron estudiados, pero no tratados en forma uniforme. El diagnóstico fue sospechado luego de descartar otras causas más frecuentes y conocidas, tratamiento en lo antes posible.

Concluyendo que tanto el SHF y la Sepsis comparten aspectos clínicos y mecanismos fisiopatológicos, lo que hace que el SHF sea una entidad subdiagnosticada, y escasos trabajos con mayor número de pacientes.

0330 FALLA GASTROINTESTINAL COMO PREDICTOR DEL DESARROLLO DE INFECCIONES EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

C MISTO(1), A RAMOS(2), A DOGLIOTTI(3), A UGOLINI(2), ME PEREZLINDO(2), JF GERBER(2), G RIFRANI(2), J CRISCI GONZALEZ(2), C FERRAND(1), C LOVESIO(2)

(1) Cibic. (2) Sanatorio Parque. (3) Grupo Oroño.

Introducción: Las infecciones en la pancreatitis aguda son una complicación frecuente y conllevan a un incremento en la morbimortalidad. La disfunción de la barrera intestinal aumenta el riesgo de traslocación bacteriana y el consecuente desarrollo de infecciones.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar si la falla gastrointestinal se asocia a un incremento de las infecciones en pacientes con pancreatitis aguda.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los casos ingresados a un centro de 3° nivel por pancreatitis aguda, desde enero de 2013 hasta abril de 2018. Se utilizó la definición de falla gastrointestinal desarrollada por el grupo europeo (WGAP-ESICM). Se registró la misma durante las primeras 48 horas del ingreso y la persistencia de la misma al 5° día. Se utilizó un modelo de regresión logística para determinar si el desarrollo de falla gastrointestinal se asoció de forma independiente con el desarrollo de infecciones.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes. Doce pacientes (26%) desarrollaron infecciones durante su evolución. En el análisis multivariado, el desarrollo de falla gastrointestinal durante los primeros 5 días de internación se asoció independientemente al desarrollo de infecciones ($p=0,01$, OR: 32,5 IC 95%: 1,99-529) (ABC ROC: 0,95, IC 95% 0,84-0,99).

Conclusión: Se estableció una relación entre la presencia de falla gastrointestinal durante los primeros 5 días de presentada una pancreatitis aguda y el desarrollo de infecciones. Sin embargo, esto debe ser estudiado en una cohorte más grande de pacientes.

0331 HIPERTENSION PULMONAR Y SINDROME DE EISENMENGER POST CESAREA. REPORTE DE UN CASO

C NEGRON(1), C CLAROS(1), A HOLGUIN(1)

(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: Hipertensión pulmonar se define como elevación de la PAPm >25 mmHg en reposo registrado por cateterismo cardiaco derecho con incremento de la RVP >3UW y wedge <15mmHg.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre 50 y 65 años. El 28% se asocia a cardiopatías congénitas de los cuales el 25-50% presenta síndrome de Eisenmenger. Alcanza una mortalidad de 30-50% por lo que el embarazo está contraindicado.

Su diagnóstico es habitualmente tardío por lo que es de suma importancia que ante la sospecha se implemente rápidamente estudios confirmatorios y tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Femenina de 37 años con mala adherencia a controles prenatales, ingresa a cesárea programada cursando embarazo de 38.1 semanas. Se realiza cesárea sin intercurencias inmediatas, evoluciona a las 12 horas con shock hipovolémico secundario a hematoma retroperitoneal con requerimiento de laparotomía de urgencia con drenaje de hematoma + histerectomía subtotal y embolización de arteria uterina. Ingresa a UTI hemodinámicamente inestable, en ARM (Pafi 192). Se realiza angiografía pulmonar que evidencia Hipertensión pulmonar (PAPm 60mmHg). Se inicia monitoreo hemodinámico con catéter Swan Ganz que muestra PAPm 61mmHg, Wedge 12mmHg, RVP 869. Ecocardiograma evidencia CIA tipo ostium secundum de 1.8cm con pasaje de derecha a izquierda, PSAP 97mmHg y dilatación de cavidades derechas interpretándose

como Síndrome de Eisenmenger. Evoluciona tórpidamente (satO₂ 68% y Pafi 74) e intercorre con paro cardiorespiratorio de 2 minutos. Se inicia tratamiento con Milrinona y Oxido Nítrico con mejoría relativa de saturación 74% y PSAP 79mmHg. Se decide derivación a centro de mayor complejidad para inicio de asistencia ventricular, donde evoluciona con nuevo paro cardiorespiratorio y muerte.

Discusión: Dados los antecedentes descritos se considera a la hipertensión pulmonar y síndrome de Eisenmenger como una combinación fatal con el embarazo, por su elevada mortalidad a pesar de la incorporación de nuevos tratamientos, por lo que continúa siendo una contraindicación absoluta de embarazo o indicación de interrupción temprana. Sin embargo entre los factores que afectan el pronóstico como en el caso presentado se encuentran la severidad de la enfermedad, mal control prenatal y el desconocimiento de la paciente de su condición clínica previa ya que estas gestantes deben ser manejadas por un equipo multidisciplinario con controles estrictos.

Actualmente existe la posibilidad de trasplante cardiopulmonar, pero su indicación está reservada para pacientes con insuficiencia cardiaca refractaria e hipoxemia severa como en el caso descrito.

Conclusión: El presente caso nos permite concientizarnos acerca de la importancia del diagnóstico precoz de hipertensión pulmonar estableciendo la etiología para poder brindar un tratamiento adecuado. Las pacientes bien controladas pueden sobrevivir inclusive hasta la quinta década, es ahí donde radica la importancia de un diagnóstico oportuno y control adecuado de estas cardiopatías antes de que las mismas presenten complicaciones irreversibles y severas como el Síndrome de Eisenmenger.

0332 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE CAPACITACIÓN CONTINUA EN SERVICIOS DE ÁREA CRÍTICA: APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SIMULACIÓN CLÍNICA

SS SANDES(1), CW BLANCO(1), LA DAHMER(2)

(1) Unam. (2) Hospital Provincial De Pediatría Dr. Fernando Barreyro.

Introducción: La simulación clínica se ha convertido en un método de enseñanza-aprendizaje frecuente para lograr el desarrollo de habilidades, aptitudes y competencias en las ciencias de la salud. El diseño de diferentes escenarios simulados permite al estudiante entrenarse en habilidades de diferente complejidad; fomentando la toma de decisiones, el liderazgo y el trabajo en equipo.

Objetivo: Reflejar el impacto percibido en relación a la implementación de una actividad simulada como estrategia para la capacitación en servicio.

Material y métodos: Diseño cuantitativo, transversal. Para la recolección de datos se ha elaborado una encuesta estructurada. La población en estudio corresponde a 39 enfermeros pertenecientes al área crítica de un hospital público de la ciudad de Posadas, los cuales formaron parte del proyecto de capacitación continua por medio de la estrategia de simulación clínica, llevada a cabo en noviembre de 2017.

Resultados: El rango de edad de la población encuestada varía de los 21 a los 58 años, con una media de 37 años. En cuanto a la antigüedad profesional, el rango es de 1 a 26 años, concentrándose la mayor cantidad entre los 3 y los 10 años. Como datos relevantes del estudio se recaba que para todos ellos ésta fue la primera experiencia de formación por medio de la simulación clínica y en una franca mayoría han visto cumplidos los objetivos de dicha instancia como así también sus expectativas. En cuanto a la fidelidad del diseño del escenario simulado 2/3 de los encuestados manifestaron hallarlo correctamente ambientado, mientras que 1/3 lo encontró con una ambientación medianamente fiel al escenario real, no reportándose respuestas que evidencien mala o incompleta ambientación del mismo. La mayor proporción de los enfermeros expresó que la práctica llevada adelante se relaciona con situaciones a las que deben enfrentarse con mucha frecuencia en su praxis.

Conclusión: El impacto percibido, por los profesionales de enfermería que han experimentado la estrategia de simulación como parte de su formación en servicio, ha sido altamente positivo. Se recomienda continuar incluyendo esta metodología en la formación de los profesionales de enfermería, ofreciendo nuevos escenarios simulados que permitan un mayor aprovechamiento de dicha estrategia.

0333 NITROPRUSIATO DE NA COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS
J TAMAYO(1), V ATENCIO(1), L AVANZATO(1), V PERAZZO(1), R DIAZ GRANADOS(1), D OVALLE(1), S ALBACETE(1), M OLMO(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), D VARELA(1), F KLEIN(1)
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Objetivo: Analizar la asociación existente entre la utilización de Nitroprusiato de Na y el desarrollo de Delirium en pacientes críticos.
Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo observacional que incluyó todos los pacientes mayores de 18 años, internados en UTI desde 01/07/2015 hasta 01/04/2017 capaces de realizar el Confusion Assessment Method for the Intensive care unit (CAM-ICU). El CAM-ICU se realizó una vez al día y se utilizó como diagnóstico de delirium. Se dividió a la población en 2 grupos: el primero, "expuesto": todos los pacientes que recibieron infusión continua de Nitroprusiato de Na (NPS) sin delirium al inicio de la infusión; el segundo, "no expuesto": sin infusión de NPS o comenzando a recibirlo luego del diagnóstico de Delirium. Las variables analizadas fueron edad, sexo, Apache II, SAPS II, estadia en UTI, requerimientos y duración de ARM, incidencia de infecciones, requerimiento de hemoderivados, incidencia fallo renal y mortalidad. Se registró el tiempo de infusión de NPS (total (TT) y hasta el diagnóstico de Delirium (TI)), duración del Delirium, tipo de admisión (Medico / Quirúrgico) y antecedentes patológicos. Los datos se presentan como media y desvío estándar o mediana y rangos intercuartilo según corresponda para las variables cuantitativas y en porcentaje y frecuencias las cualitativas. Para el análisis estadístico se utilizó t-Test para las variables cuantitativas y chi Cuadrado las cualitativas, tomándose como significativa una $p < 0.05$. El riesgo relativo (RR) se calculó sobre un intervalo de confianza del 95 % (IC).

Resultados: Se incluyó 1483 pacientes, 311 expuestos y 1172 no expuestos con una incidencia de delirium de 54 % y 27.4 % respectivamente y una $p < 0.05$ con un RR: 1.97 (1.72-2.27). En el grupo expuesto el TI de NPS fue de 1 (1-2) días y TT de 4 (2-6.5).

Conclusiones: Los pacientes expuestos presentaron mayor desarrollo de Delirium así como mayor estadia en UTI, requerimientos de ARM, sedoanalgesia, transfusión de GRC, tasa de infecciones y fallo renal agudo aunque al ser de mayor edad, scores de gravedad, tener más antecedentes de tabaquismo, insuficiencia renal crónica y hepatopatía obligan a considerar a estas últimas como potenciales variables confundidoras.

Antecedentes Patológicos	TOTAL	Expuesto	No Expuesto	p	RR (IC)
Enfermedad Respiratoria Crónica	13.9 % (206)	10.2 % (32)	14.9 % (174)	<0.05	0.69 (0.49-0.99)
Tabaquismo	35.7 % (530)	45.4 % (142)	33.2 % (388)	<0.05	1.38 (1.19-1.60)
Hepatopatía	9.3 % (138)	12.5 % (39)	8.5 % (99)	<0.05	1.48 (1.05-2.10)
Dislipemia	22.3 % (331)	28.8 % (90)	20.6 % (241)	<0.05	1.41 (1.14-1.73)
HTA	48.3 % (717)	64.5 % (202)	44 % (515)	<0.05	1.48 (1.33-1.64)
Anticoagulación	6.4 % (95)	8.6 % (27)	5.8 % (68)	0.087	1.5 (0.98-2.3)
Neoplasia	31.1 % (461)	32.9 % (103)	30.6 % (358)	0.42	1.08 (0.91-1.3)
Inmunosupresión	18.2 % (270)	18.8 % (59)	18 % (211)	0.75	1.05 (0.91-1.23)
Insuficiencia Renal Crónica	12.5 % (185)	17.9 % (56)	11 % (129)	<0.05	1.84 (1.23-2.18)
Enfermedad Cardiovascular	35.7 % (529)	39 % (122)	34.8 % (407)	0.160	1.13 (0.96-1.32)
Diabetes	15.9 % (236)	18.5 % (58)	15.2 % (178)	0.163	1.23 (0.94-1.61)
Hipotiroidismo	11.6 % (172)	10.2 % (32)	12 % (140)	0.51	0.86 (0.6-1.24)
Trasplante Cardíaco	4.2 % (63)	3.8 % (12)	4.4 % (51)	0.82	0.89 (0.48-1.64)
Trasplante Hepático	3.4 % (50)	2.9 % (9)	3.5 % (41)	0.728	0.83 (0.41-1.68)
Trasplante Intestinal	0.9 % (13)	0	1.1 % (13)		
Trasplante Pancreático	0.7 % (11)	0.3 % (1)	0.9 % (10)	0.549	0.38 (0.05-2.93)
Trasplante Renal	4.9 % (72)	6.4 % (20)	4.4 % (52)	0.192	1.45 (0.88-2.38)
Trasplante Pulmonar	2.8 % (41)	1.6 % (5)	3.1 % (36)	0.228	0.52 (0.21-1.32)
ACV Isquémico	2.8 % (41)	2.2 % (7)	2.9 % (34)	0.689	0.78 (0.35-1.73)
ACV Hemorrágico	0.2 % (3)	0	0.3 % (3)		0
Convulsiones	4 % (60)	3.5 % (11)	4.2 % (49)	0.726	0.85 (0.45-1.61)
Otras	62.6 % (928)	60.7 % (190)	63.1 % (738)	0.588	0.97 (0.88-1.07)

	Total	Expuesto	No Expuesto	p
N	1483	311	1172	
Edad	57.9 (16.2)	61.8 (13.7)	56.3 (16.6)	<0.05
Sexo Masculino	58.1 % (861)	65.9 % (205)	56 % (656)	<0.05
Estadia en UTI	8.2(12.6)	11.3 (13.7)	7.3 (12.2)	<0.05
Mortalidad	9.7 % (144)	8.7 % (27)	10.1 % (118)	0.53
Apache II	13.4(9)	15.2 (6.1)	12.9 (9.6)	<0.05
SAPS II	31(15.4)	33.3 (13.4)	28.2 (15.8)	<0.05
Tipo de Admisión				
Clínica	33.2 % (492)	24.1 % (75)	35.5 % (416)	<0.05
Quirúrgica	66.8 % (991)	75.9 % (236)	64.5 % (756)	<0.05
ARM	35.2 % (522)	50.5 % (157)	31.1 % (365)	<0.05
Días de ARM	8.8 (12.4)	7.5 (11.1)	8.8 (12.9)	0.1
Sedación				
Utilización	25.5 % (378)	37.4 % (117)	22.4 % (262)	<0.05
Días de Uso	6.1 (7.6)	4.8 (5)	6.1 (8.4)	<0.05
Analgesia				
Utilización	35.9 % (532)	47.6 % (149)	32.8 % (384)	<0.05
Días de Uso	5.8 (8.1)	5.4 (6)	5.5 (8.8)	0.85
Infecciones	22.1 % (328)	28.9 % (90)	20.3 % (238)	<0.05
SOFA	9.4 (3.5)	8.2 (3.5)	10 (3.6)	<0.05
Transfusiones GR	23.2 % (344)	34.7 % (108)	20.1 % (236)	<0.05
Unidades	3.9 (3.7)	3.2 (3.2)	3.8 (4.2)	<0.05
Transfusiones de Plaquetas	5.9 % (87)	6.4 % (20)	5.7 % (67)	0.7
Unidades	14.7 (15)	7.7 (12.7)	18.9 (16.1)	<0.05
Transfusiones de PFC/Crioprecipitados	5.1 % (75)	5.8 % (18)	4.9 % (57)	0.6
Unidades	10 (8.5)	4.5 (4.7)	12.6 (11)	<0.05
Fallo Renal Agudo	12.3 % (183)	15.8 % (49)	11.4 % (134)	0.05
Delirium				
Incidencia	33 % (489)	54 % (168)	27.4 % (321)	<0.05
Días	8.4 (9.3)	7.4 (7.9)	8.6 (9.9)	<0.05

0334 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (LEPR)
JN BAEZ(1), CL LUCERO BOTTA(1), D MASPOLI(1), ML CAMPASSI(1), F REPETTO(1), F TRAVERSO(1), A GIORDANO(1), E MACCHIAVELLO(1), E LANCONI(1)
(1) Clinica La Pequeña Familia.

Introducción: La LEPR es un síndrome clínico-radiológico, que puede presentarse con: cefalea, alteración del estado de conciencia, convulsiones, trastornos visuales o signos neurológicos focales. Se asocia más frecuentemente con eclampsia, encefalopatía hipertensiva, enfermedades inflamatorias o tratamiento inmunosupresor. Presenta en las imágenes cerebrales complementarias signos de edema cerebral posterior hemisférico.

Caso clínico: Mujer de 35 años con antecedentes de: enfermedad inflamatoria en estudio, déficit de Proteína S y síndrome de Raynaud, en tratamiento con micofenolato. Ingres a UTI por presentar: convulsiones tónico-clónicas y bradipsiquia en el día 27 del puerperio. Se realiza tomografía axial computada de encéfalo sin contraste que evidencia hipodensidad cortico-subcortical occipital bilateral. La paciente se encontraba normotensa y sin proteinuria en la orina al acecho. Evoluciona con deterioro del sensorio por lo que requiere protección de vía aérea.

Se realiza angiografía magnética nuclear de encéfalo, con difusión-perfusión, presentando: lesiones hipertensas occipitales bilaterales en secuencia FLAIR. Se descartan: lesión isquémica, trombosis de senos venosos cerebrales y sangrado cerebral. Se solicita laboratorio para estudiar perfil reumatológico y se inician pulsos de metiprednisolona con sospecha de síndrome antifosfolípido catastrófico.

Intercurre con neumonía broncoaspirativa por SAM5.

Evoluciona con falla múltiple de órganos y fallece a las 72 hs.

Discusión: Se presenta el caso de una paciente que en el día 27 del puerperio presenta convulsiones sin evidencia de pre-eclampsia. Con los antecedentes patológicos se sospecha de LEPR ya que se descartaron otras patologías neurológicas asociadas al puerperio y enfermedades autoinmune. Evoluciona con falla múltiple de órganos posiblemente como expresión del daño endotelial severo.

Conclusión: Es una entidad subdiagnóstica, la sospecha clínica permite un rápido accionar, y parece fundamental descartar otras patologías que sí tienen tratamiento específico. Sin embargo el término "reversible" debería ser discutido en un futuro.

0335 INFARTO TALAMICO BILATERAL "SINDROME DE PERCHERON"

A HOLGUIN(1), C NEGRON(1), C CLAROS(1)
(1) Sanatorio Güemes.

Introducción: El infarto talámico bilateral es una forma de presentación infrecuente, representando un 0.6% de los primeros episo-

dios de ACV, ya sea de causa de enfermedad de pequeño vaso o cardioembólica. Entre las manifestaciones clínicas se encuentra la triada típica caracterizada por trastornos del nivel de conciencia, oculomotores y cognitivo-conductuales.

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño, tabaquista y enolista severo. Ingres a shock room con cuadro que inicia posterior a 12 horas de sueño, según referencia de la familia, presentando deterioro del sensorio, somnolencia, sin reacción a estímulo.

Al ingreso se evidencia Glasgow 8/15 asociado a mala mecánica ventilatoria por lo que requiere intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica y posteriormente pasa a unidad de terapia intensiva.

Presenta laboratorio sin alteraciones, TC de cerebro con imágenes hipodensas bitalámicas. Se suspende sedación y se progresa weaning con posterior extubación programada sin interurrencias. Paciente evoluciona al examen neurológico con afectación del IV par con demás pares craneales indemnes, sin foco motor. Se inicia doble antiagregación, se realiza resonancia y angioresonancia que confirman el diagnóstico. Durante internación persiste con alteración fluctuante del nivel de conciencia, presentando además hipersomnolencia y abulia, además trastornos de la deglución con posterior neumonía broncoaspirativa. Paciente evoluciona favorablemente, actualmente en rehabilitación y en plan de videodeglución.

Discusión: Dada la sintomatología clásica, acompañada de imágenes hipodensas bitalámicas en TC de encefalo, hacia sospechar de esta patología, se realiza resonancia y angioresonancia que confirman la variante anatómica y el diagnóstico.

Conclusión: El síndrome de Percheron se trata de un cuadro infrecuente de difícil diagnóstico, siendo las secuelas más frecuentemente reportadas las cognitivas y oculomotoras, como en el caso de nuestro paciente. Enfatizamos que la oclusión de una sola arteria puede producir un evento cerebrovascular con complicaciones catastróficas principalmente conductuales y psíquicas llegando de esta manera a ser invalidantes, por lo que se hace hincapié en la importancia del conocimiento de esta patología para llegar a un diagnóstico y tratamiento temprano.

0336 PREVALENCIA DE DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA CAPITAL

G FALCHETO(1), M CORIA(1), G ANDRADA(1), M CONTRERAS(1), V MOYANO(1), A MEZA(1), L CRIADO(1)

(1) San Roque.

Introducción: El dolor está presente a diario en el paciente (pte) internado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), trayendo consigo consecuencias indeseables que retrasan el alta del paciente o aumentando su morbimortalidad.

Objetivos: Medir la prevalencia del dolor en el paciente internado en una UCI en Córdoba.

Materiales y métodos: Se evaluaron ptes adultos de ambos sexos internados en uci, por cualquier motivo, entre el 1/11/2017 al 31/01/2018. Se excluyeron aquellos bajo bloqueo neuromuscular o con criterios clínicos de muerte encefálica. Para la recolección de datos se utilizó escala visual analógica combinada con escala verbal numérica, para ptes conectados, capaces de responder de manera verbal y/o no verbal. Y Behavioral pain scale para ptes no conectados, bajo analgesia superficial.

Resultados: Se realizó la recolección de datos en tres meses completos, con un total de 89 ptes. Fueron excluidos del análisis 4 ptes. El 76% fueron masculinos, con un promedio etario de 49 años, cuyo motivo de ingreso a UCI más predominante fue el manejo de dolor agudo posoperatorio y la recuperación de pacientes de

cirugía general, traumatológica, vascular periférica y neurocirugías. Le siguieron en frecuencia los politraumatismos, enfermedades del aparato cardiovascular y sepsis. De los ptes relevados, el 86% recibió algún tipo de analgesia; pero solo percibió analgesia multimodal el 17%, es decir 15 ptes del total.

El 72% refirió dolor, 64 ptes de 85, con un promedio de puntaje en el score de 4 puntos, siendo así un dolor moderado. De aquellos pacientes bajo analgesia, 1 de cada 4 ptes presentaba uno o varios signos clínicos de dolor, como midriasis, taquipnea o asincronías con el ventilador y posiciones antálgicas, siendo el signo más relevado, la taquicardia.

Conclusiones: El dolor en el paciente crítico, internado en la UCI, está presente con alta prevalencia, es un problema infravalorado y por consiguiente, subtratado. Su anamnesis, registro y terapéutica es una asignatura pendiente, así como también la aplicación de medidas o la protocolización de acciones para sortear las respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas provocadas por el control inadecuado del dolor.

0337 REPORTE DE CASO DE ABSCESO CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CAUSADO POR STREPTOCOCCO CONSTILLATUS

L NAVAS(1), C BASSANI(2), G NIS(2), MJ OLEIRO(2)

(1) Nuevo San Roque. (2) Nuevo Hospital San Roque.

Introducción: El absceso cerebral (AC) es una colección localizada de pus en el cerebro. Representa 1/10.000 internaciones hospitalarias y se puede diagnosticar entre 4-10 casos anuales. El objetivo de presentación del caso es por la baja prevalencia de AC en pacientes inmunocompetentes, sin puertas de entradas a focos supurativos contiguos crónicos (otitis, mastoiditis, sinusitis, sepsis), postraumáticas, focos distantes (cardiopatías congénitas, infecciones pulmonares, endocarditis, inmunocompromiso), malformaciones arteriovenosas a nivel del sistema nervioso o tumores.

Presentación del caso: Femenina de 57 años, inmunocompetente, con antecedentes patológicos de síndrome vertiginoso, dos episodios de caídas de su propia altura y cefaleas aisladas. Ingresó al Hospital San Roque en el 2017 donde fue valorada por Neurología quien realizó Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cerebro sin contraste, luego de la internación en sala de Clínica Médica, Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con contraste, en las cuales se evaluó tumor primario talámico vs AC. Presentó ecografía abdominal, scan tomográfico, radiografía de tórax y valoración por Oncología, Cardiología sin particularidades. Se otorgó el alta y dos semanas después consultó por profundización del foco. Se solicitó TAC de cerebro y se observó lesión talámico derecha hipodensa de 39 x 42 mm, con aumento de edema y colapso de ventrículos laterales. Evolucionó con depresión del sensorio e ingresó a Terapia Intensiva con requerimiento de ARM. Se practicó biopsia estereotáxica cerebral compatible con AC. El patógeno aislado fue del grupo Anginosus: Streptococo Constillatus. Comenzó tratamiento antibiótico. Se repitió TAC con mejoría. La paciente pasó a Sala de Clínica Médica a los 6 días de su ingreso a UTI. Fue valorada por Infectología debido a síndrome febril persistente, quien solicitó punción lumbar, hemocultivo y urocultivo con resultados negativos, ecocardiograma transesofágico normal y TAC de cerebro control. Alta a los 22 días de internación con tratamiento antibiótico y control de signos de alarma.

Discusión: Respecto a bibliografía y trabajos publicados se conoce que es una patología infrecuente, de evolución prolongada y alta mortalidad. A pesar de ello, es importante no descartar AC sin evidencias de puertas de entrada en pacientes inmunocompetentes, ya que en nuestro caso la paciente se encuentra actualmente asintomática.



0338 SINDROME DE SENSIBILIDAD A DROGAS CON EOSINOFILIA DE EVOLUCION LETAL: CASO REFERIDO AL MODELO DE SECOND HIT

M SINGH(1), JM SANCHEZ(1), P LAZARTE(1), N GONZA(1), P CELARIO(1), M CORTEZ(1)
(1) Hospital Padilla.

Introducción: El síndrome DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una toxicodermia potencialmente letal; usualmente se define por la triada: fiebre, exantema y afectación de órganos internos.

En el escenario del "segundo golpe inflamatorio" (Inflammatory Second Hit) los pacientes inicialmente menos lesionados o con mejor performance status, eventualmente desarrollan falla multiorgánica consecuencia de una reactivación de su respuesta inflamatoria causada por una intercurencia, a menudo de magnitud menor a la inicial.

Caso clínico: Paciente varón con antecedentes de epilepsia refractaria a múltiples esquemas terapéuticos; añade Fenobarbital al tratamiento, presentando dos semanas previas a su internación cuadro

de eritrodermia generalizada con descamación cutánea. Ante la sospecha de síndrome DRESS, se suspende el fármaco y se inicia tratamiento con corticoides. Se confirma por RegiSCAR6 y biopsia de piel compatible. Ingresa a cuidados críticos por insuficiencia ventilatoria aguda asociada a shock séptico con foco de piel y partes blandas. Evoluciona favorablemente con destete de ventilador, pero posteriormente fracasa debido a distress respiratorio asociado a hemoderivados e intercurencia a las 48 horas con shock séptico refractario asociado a foco endovascular, progresando a falla orgánica múltiple lo que provoca su deceso.

Discusión: La terapéutica fundamental del Síndrome DRESS es el reconocimiento temprano y la suspensión inmediata del fármaco responsable, para evitar la progresión del cuadro

En pacientes críticos, el "segundo golpe inflamatorio" (Inflammatory Second Hit) está estrechamente relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, falla orgánica y sepsis; aumentando la mortalidad en forma considerable: infecciones endovasculares (8%), urinarias (9%), neumonía asociada a ventilador (30%) y lesión inducida por la ventilación mecánica (24%).

En lo expuesto, la reacción expresada ante la sepsis tuvo como desenlace la exacerbación de la inflamación que parecería explicar la progresión de disfunción a falla multiorgánica por secuencia de múltiples insultos recibidos.

Conclusión: El síndrome DRESS es una entidad poco frecuente caracterizada por expresión dérmica de un compromiso sistémico multiorgánico considerable. Dicha entidad per se puede comprometer la vida del paciente, pero especialmente si se asocia a episodios de infecciones asociadas a cuidados de la salud (inflammatory second hit), siendo de gran importancia su prevención para evitar un desenlace fatal.



0339 ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PEDIATRIA

SF ABALOS(1), RF BURGOS PRATX(2), M MORALES(3)

(1) Hospital Materno Infantil Dr Hector Quintana. (2) Hospital Materno Infantil Dr. Hector Quintana. (3) Hospital Materno Infantil Dr. Hector Quintana.

Introducción: La encefalitis asociada a anticuerpos antirreceptor de N-metil-D-aspartato (NMDA) es una patología neurológica autoinmune. Documentada en pediatría de forma creciente en los últimos años. El 35% de los casos son menores de 18 años. Es más frecuente en mujeres. Puede haber asociación con neoplasia. El cuadro clínico se caracteriza por manifestaciones neuropsiquiátricas y convulsiones, con progresión posterior a trastornos del movimiento, compromiso de la conciencia y síntomas disautonómicos.

Caso Clínico: Niña sana de 10 años de edad, procedente del interior de Jujuy, enfermedad de tres meses de evolución que inicia con cambios de conducta, se agregan convulsiones tónico clónica focalizada en hemisferio izquierdo, medicada con anticonvulsivantes, aparecen episodios de excitación psicomotriz, sin fiebre. Se interna, examen neurológico normal, RMN normal, Punción Lumbar 12 células mononucleares. Cultivos negativos. PCR virus neurotropos negativos, Fondo de Ojo normal, EEG con hipovoltaje. Se intensifica clínica psiquiátrica con excitación psicomotriz, alucinaciones visuales y auditivas, trastornos disautonómicos con trastornos del sueño, pérdida de control de esfínteres. trastornos del lenguaje con lenguaje incoherente, sílabas inconexas, perseveraciones verbales. Se plantea Encefalitis Autoinmune. Se toma muestras para Anticuerpos Anti DNMA. Se medica con Gammaglobulina, Pulsos de corticoides, y medicación antipsicótica varias. Regular respuesta. Se inicia con Ciclosporina y Plasmaferesis 5 sesiones, buena evolución clínica, se controlan las convulsiones, trastornos del lenguaje y síntomas disautonómicos, persistiendo labilidad emocional con crisis de angustia. Anticuerpos Anti DNMA + en LCR a los 60 días. TAC Abdomen Normal

Discusión: La Encefalitis inmunomediada de incidencia incierta, probablemente subdiagnosticada, representa un desafío diagnóstico, considerando sospechoso la encefalopatía con clínica neuropsiquiátrica, con exámenes complementarios inespecíficos y a veces normales habiendo descartado etiología infecciosa, tóxicas y metabólicas. Condiciones presentes en este caso, permitiendo la confirmación con Anticuerpos específicos y terapéutica inmunomoduladora. Se destaca la buena respuesta a plasmaféresis.

Conclusión: La terapéutica inmunomoduladora oportuna mejora el pronóstico de la enfermedad, la cual dependerá del diagnóstico precoz basado en un alto índice de sospecha.

0340 HETEROGENICIDAD CLINICA Y RADIOLOGICA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS POR ADENOVIRUS EN UTI PEDIÁTRICA. A PROPOSITO DE 5 CASOS

W TAPIA VEINTEMILLAS(1), T AMEZTOY(1), O RECUPERO(1), S ESPOSTO(1), P CASTELLANI(1)
(1) Ludovica.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) por adenovirus son una de las principales causas de ingreso en UTIP, principalmente en lactantes, generando diferentes cuadros clínicos con un importante impacto no solo en la morbilidad.

Presentación de casos: Durante la época de transición estacional verano-otoño de 2018 se presentaron en nuestra unidad los primeros casos anuales de IRAB, con la presencia de microbiología positiva para adenovirus, con variabilidad clínica y radiológica.

Presentamos a continuación la descripción de 5 casos clínicos seguido de un cuadro resumen con características poblacionales, bioquímicas y relacionadas con los cuidados intensivos.

Discusión: En los pacientes con diagnóstico de IRAB que ingresan a UTIP, se debe sospechar la presencia de Adenovirus debido a la variabilidad clínica. Recolectamos información de 5 casos para esta serie. El primero al tratarse de una neumonía con derrame pleural se interpretó en primer lugar una infección bacteriana. El caso 2 tras presentar enfisema subcutáneo y sin antecedentes de asma bronquial se realizó IFI en aspirado nasofaríngeo panel virológico negativo en 2 oportunidades, posteriormente se realizó PCR positivo para adenovirus. El tercer caso, una adolescente, con clínica sugestiva de neumonitis con sospecha de gérmenes atípicos (Mycoplasma, Chlamidophyla) ambos negativos. El cuarto caso con diagnóstico de bronquiolitis evoluciono a IRAB grave determinando su ingreso a UCIP, con patrón obstructivo en sus primeros días en AVM evoluciono a SDRA. Esto demuestra la diversidad de cuadros clínicos que pueden presentar los pacientes con IRAB por adenovirus.

La prueba microbiológica de primera línea en pacientes críticos consta de ASNF y/o AT por medio de IFI, sin embargo, ante su negatividad por este método y la alta sospecha se sugiere realizar PCR. **Conclusión:** Las infecciones por adenovirus pueden presentarse de forma severa y su evolución clínica y radiológica en pacientes internados en UTIP no respetan un patrón característico, simulando muchas veces otras entidades infecciosas principalmente de etiología bacteriana.

0341 PREDICTORES DE EXTUBACIÓN EXITOSA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

J VALLEJOS(1), F CARVAJAL(2), G BUSTINGORRY(3), H COLLAZOS(2), N NACCARELLI(2)

(1) Eva Peron De Merlo. (2) Eva Peron. (3) Otamendi.

Introducción: La interrupción prematura de la ventilación mecánica y el retraso de la extubación se han asociado a peores resultados. En los pacientes con lesión cerebral la extubación retardada se asocia con una mayor duración de la estancia hospitalaria, mayor riesgo de NAV y un aumento de la mortalidad (1). En la actualidad existen limitados estudios que evidencien el éxito de la extubación en pacientes neurocríticos.

Objetivo: Describir las variables analizadas de los pacientes neurocríticos sometidos a extubación.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectivo observacional, el cual se dividió en dos etapas. Etapa I: Estudio descriptivo de las variables analizadas. Criterio de exclusión: neuromusculares, patología medular, muerte encefálica, traqueostomizados y negativa de consentimiento. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética, Docencia e Investigación.

Se registró APACHE II, SOFA, permanencia en UTI (días), permanencia en ARM (días), puntaje de vía aérea, índice p01/pimax y Glasgow motor. Software IBM SPSS statistics21.

Resultados: En un periodo de 19 meses, se incluyeron un total de 33 pacientes. Se excluyeron 19 pacientes: 9 por fallecimiento antes de realizar la prueba de retiro de ventilación mecánica durante su estancia en la UCI y 10 porque fue realizada traqueostomía.

La mediana de edad fue de 48 años, con un rango de 64 años. El 75,8% fueron varones y 24,2% mujeres. Las características generales de la población estudiada se presentan en la tabla I

Se logró una extubación exitosa en el 78,6 % de los casos, con una frecuencia de fracaso de 21,4%. Los valores de PIMax, P01, P01/PIMax y de PVA se encuentran resumidos en la tabla II.

Conclusión: Dentro de la población de pacientes neurocríticos, la tasa de extubación fue tan sólo del 42,4%. Los autores desean mencionar que los resultados presentados pertenecen a la Etapa I del estudio. En la Etapa II se pretende identificar individual y de manera combinada las variables que puedan predecir o no el éxito de la extubación.

		Glasgow	Glasgow Motor	Puntaje en la VA	PI MAX	P01	P01/PI Max
N	Validos	14	14	14	14	14	14
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		10,29	5,71	5,29	-54	-1,79	,033
Mediana		10,50	6,00	5	-50	-1,70	,026
Moda		11	6	4	-72	-2	,000
Desv. tip.		1,069	,47	1,64	15,31	1,438	,031
Varianza		1,143	,22	2,68	234,25	2,068	,001
Rango		4	1	6	51	5	,106
Mínimo		8	5	2	-78	-5	,000
Máximo		12	6	8	-27		,106
Percentiles	25	9,75	5	4	-70,50	-2,45	,014
	50	10,50	6	5	-50,00	-1,70	,026
	75	11,00	6	7	-44,75	-6,5	,041

Características de los pacientes del estudio

		Recuento	% del N de la columna	Media
Sexo	Total	33	100,0%	
	Masculino	25	75,8%	
	Femenino	8	24,2%	
Edad			100,0%	47
Diagnóstico	Total	33	100,0%	
	Meningoencefalitis	2	6,1%	
	Traumatismo craneoencefálico	19	57,6%	
	ACV	11	33,3%	
	Tumor Cerebral	1	3,0%	
APACHE II				21
SOFA				7
Días de estancia de ventilación mecánica				9
Días de estancia en UTI				15

0342 SINDROME POST TERAPIA INTENSIVA Y CALIDAD DE VIDA 3 AÑOS LUEGO DE UCI. ESTUDIO CAVIUCI

A DAS NEVES(1), CI LOUDET(1), M BUSICO(2), DN VASQUEZ(3), D VILLALBA(4), G PLOTNIKOW(3), A LISCHINSKY(4), F CARINI(5), M VERONESI(4), FJ LOPEZ(6), M EMMERICH(7), A DIAZ(8), E DESCOTTE(9), S GIANNASU(5), J ALVAREZ(10), M GRANDO(11), R HERNANDEZ(12), A TAPIA(13), L KRZISNIK(14), M CAMARGO(15), C CECCOTTI(16), D VILLANI ULLUA(17), R FERNÁNDEZ(18), L CORZO(19), R LOPEZ(20), H PLACIDO DOS SANTOS
 (1) Higa Gral San Martin. (2) Hospital De Trauma F Abete. (3) Sanatorio Anchorena. (4) Comite De Seguimiento Y Rehabilitación. (5) Hospital Italiano. (6) Hospital Escuela De Agudos. (7) Sanatorio Güemes. (8) Hospital Misericordia. (9) Hospital Británico. (10) Hospital Austral. (11) Clinica Bazterrica. (12) Hospital Francisco López Lima. (13) Hospital Domingo Funes. (14) Hospital El Cruce. (15) Hospital San Luis. (16) Hospital Mi Pueblo. (17) Hospital San Jose. (18) Hospital Español. (19) Hospital A Zatti. (20) Clinica Pueyrredon. (21) Hospital De Gastroenterología B. Udaondo. (22) Hospital Zonal Bariloche. (23) Clinica Cemep. (24) Sanatorio Parque. (25) Hospital Dr. Macías.

Introducción: La calidad de vida (CV) al alta de UCI ha sido poco estudiada en Latinoamérica.

Objetivos: Describir el Síndrome Post Terapia Intensiva(SPTI) y CV 3 años luego de UCI.

Métodos: Desde SATI se lanzó una convocatoria a participar que fue respondida por 26 UCIs de Argentina. Se incluyó en seguimiento pacientes ventilados >72hs (3/5-31/8/2014). Se recolectaron datos epidemiológicos, CV con EuroQol-5d, síntomas de SPTI y variables sociales en el estado PreUCI, 2,6,12 y 36 meses postUCI. Los resultados de las diferentes etapas se compararon con el PreUCI utilizando Mac Nemar y Wilcoxon signed rank test. Un valor de p

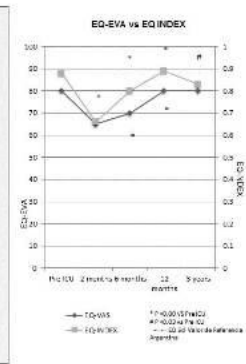
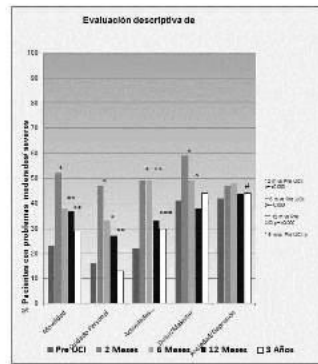
Resultados: Se ingresaron 320 pacientes de 24 UCI. 200 pacientes se siguieron al año y 119 a los 3 años. Los datos epidemiológicos se muestran en tabla 1. La evolución de la CV (EQ EVA y EQ INDEX) y sus dominios se muestran en figura 1. Los síntomas del SPTI se muestran en la figura 2.

Conclusiones:

- 1) Lo síntomas físicos y debilidad continúan mejorando 3 años luego de UCI. Aunque la necesidad de cuidador disminuye en el tiempo 1/4 de los pacientes lo requiere. Los problemas psíquicos permanecen sin resolución en el largo plazo.
- 2) En relación a los dominios del EQ 5d, movilidad y dolor empeoran significativamente desde el alta a los 3 años y permanecen peor que en el estado Pre UCI. Un gran numero de pacientes tiene dificultades con las actividades cotidianas.

3) El EQ Index mejora hacia el año, y empeora a los 3 comparado con el PreUCI. Este estado es peor que lo esperado para la población general de Argentina. Sin embargo, el EQ-EVA permanece constante entre 1 y 3 años.

Agradecimiento: Este estudio fue realizado con el soporte de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva



	Día UCI	2 Meses	6 meses	12 Meses	3 años	P
Necesidad de Cuidador		66%	50%	39%	22%	0,01 vs PreUCI, 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años
En pareja al alta de UCI y en la evolución	73%	73%	75%	68%	53%	0,01 vs PreUCI, 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años
Foco motor	48%	36%	33%	32%		0,01 vs PreUCI, 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años
Debilidad	53%	34%	27%	30%		0,01 vs PreUCI, 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años
Cambio de Humor	44%	35%	35%	34%		0,01 vs PreUCI, 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años
Tratamiento en salud mental	24%	25%	24%	24%		0,1 vs PreUCI, 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años
Trastornos de memoria	40%	33%	31%	36%		0,01 vs PreUCI, 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años
Ocupación Trabajo y estudio	54%	30%	37%	49%	52%	PreUCI vs 0,000 vs 2 Meses, 0,000 vs 6 Meses, 0,000 vs 12 Meses, 0,000 vs 3 años

0343 NIVELES DE CO2 ESPIRADO, ADAPTACIÓN Y RENDIMIENTO EN MONTAÑISMO DE ALTURA

L SEOANE(1), M RODRIGUEZ(1), ML POSADAS-MARTÍNEZ(2)
 (1) Austral. (2) Italiano.

Durante el incremento de un ejercicio la presión de CO2 al final de la espiración (PETCO2) aumenta levemente hasta el moderado esfuerzo. Existe limitada evidencia publicada sobre la variabilidad de la PETCO2 en la alta montaña. Nuestro objetivo fue determinar valores de PETCO2 en reposo y posterior al test de caminata de los 6 minutos a diferentes alturas, como indicador de gravedad o mala adaptación del escalador a la altura. Se incluyeron 8 voluntarios con el objetivo de alcanzar la cima del Cerro Plata de 6000 metros situado en la República Argentina. Todos los integrantes llegaron al primer y al segundo campamento, el 75% llegaron al tercer campamento. El delta de la FC aumenta 9 (IC 8-11, p0.001) latidos por minuto a medida que se asciende en los campamentos en todos los montañistas. Sin embargo, al comparar por grupos, los que llegaron a la cima tenían 5 (IC 3-7, p 0.001) latidos por minuto menos FC en los campamentos comparada con los que no alcanzaron la cima. El delta de SO2 aumento globalmente 3% en cada campamento (IC 2-5, p 0.001), sin embargo en el grupo que alcanzó la cima el delta de cambio fue -2% (IC -6 a 1, p 0.21). El delta de PETCO2 aumento globalmente 0.72 en cada campamento (IC 0.05-1.38, p 0.03), sin embargo en el grupo que alcanzó la cima el delta de cambio fue -3% (IC -4 a -1, p 0.001). Este trabajo determinó que un delta de FC elevado resultaría como único parámetro de mal pronóstico en los campamentos superiores. Tanto los parámetros clínicos como gasométricos (SaO2 - PETCO2) arrojaron menor delta en el test de caminata para aquellos que lograron la cima.

■ Resúmenes

Figura 1. Delta de frecuencia cardiaca, CO2 y SO2 en cada altura, según éxito para llegar a la cima

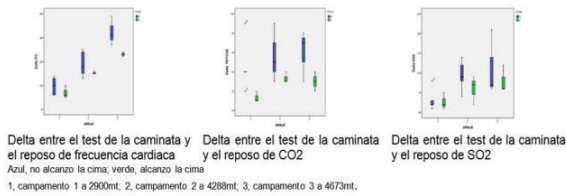
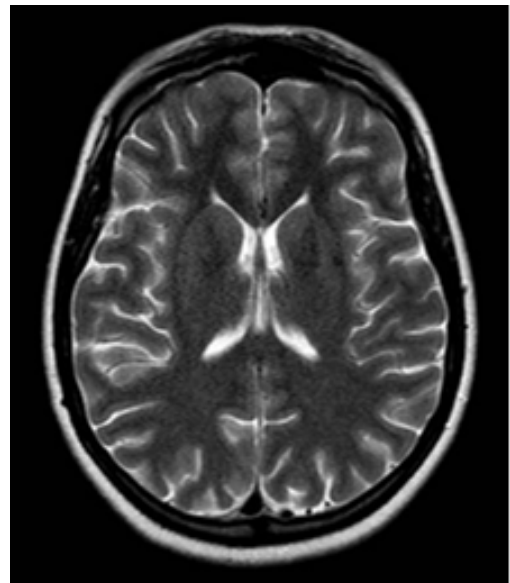
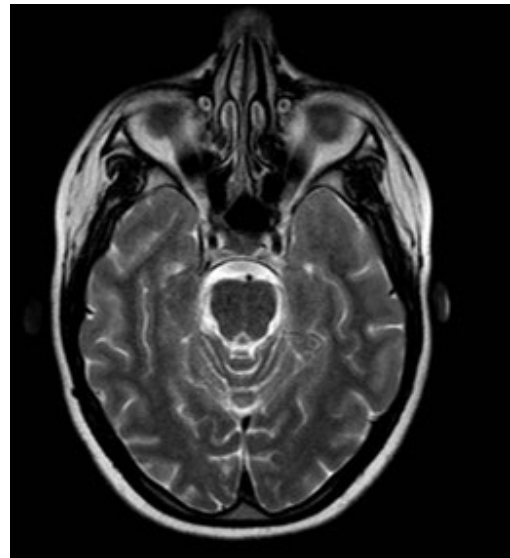
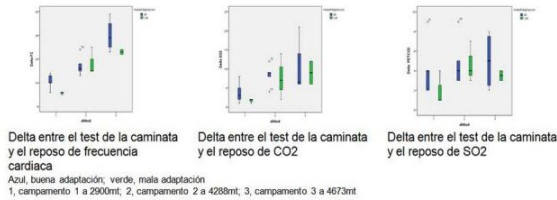


Figura 2. Delta de frecuencia cardiaca, CO2 y SO2 en cada altura, según mala adaptación



0344 AUSENCIA E HIPERURICEMIA (ÚNICO BIOMARCADOR) DE ECLAMPSIA SEVERA EN PUERPERA INMEDIATA DE 15 AÑOS A PROPOSITO DE UN CASO DE NUESTRO HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO.

B FERNANDEZ(1), A TAMAYO(1), R GALARZA(1), M WILCHES(1), J ALBARRACÍN(1), Y MELGAR(1), R GARNICA(1), W VELIZ, T HUANCA, C CLAROS, N NACARELLI, H COLLAZOS, G RODRIGUEZ, W VIDETTA(1)
(1) Municipal Eva Perón De Merlo.

Introducción: La Eclampsia es causa importantes de morbilimortalidad materna, fisiopatológicamente no está bien definida, cambios en la regulación del tono vascular, isquemia e hipoxia placentaria generada por insuficiencia de su vasculatura, primigesta, >40 años, historia familiar, HTA, IR crónica, diabetes mellitus, Gestasion multiple, datos que no corresponden con nuestra paciente, y no correlaciona con datos clínicos de ingreso.

El ácido úrico es un metabolito terminal de la degradación de los nucleótidos, que incrementa su concentración sanguínea por aumento de su síntesis por lesión y muerte de las células trofoblasticas, el incremento de su absorción en el túbulo contorneado proximal, la hiperuricemia (>4,5 mg/dl) es el primer biomarcador de la química clínica cotidiana que tempranamente evidencia la enfermedad. **Objetivo:** Demostrar mediante el caso expuesto como único biomarcador la hiperuricemia y episodio de ausencia (equivalente convulsivo) marcador para el diagnostico de eclampsia.

Caso clínico: Paciente femenina de 15 años de edad que ingresa a nuestro servicio derivada de centro hospital materno infantil Chutro, en contexto de dolor torácico de tipo opresivo, cianosis y episodio de excitación, ingresa a UTI 15 en 15, con TA 120/80 FC:88 FR:21 SAT:99%, no presenta edemas, ROT conservados, se realiza ecodoppler de miembros inferiores y ecocardiograma que no muestra alteración, angio TC sin TEP, internada se constata episodio de ausencia de minuto de duración, por laboratorio hiperuricemia de 8 mg/dl al control de 4 hrs 10 mg /dl, se decide sulfatación dosis de carga y mantenimiento, evaluada por servicio de pediatría realiza PERCENTILO e inicia antihipertensivos para la edad.

Se realiza RNM de encéfalo e hiposis, sp. EEG sin actividad epiléptica. Control de laboratorio a las 48 hrs uricemia de 7.7 en descenso. Remitiendo episodios de ausencia control de TA a 100/60, estable.

Conclusión: Al ser una patología de alto riesgo de mortalidad materna el diagnostico precoz y tratamiento adecuado, comprendiendo la fisiopatología, puede mejorar la sobrevida y el pronóstico del paciente, presentando la misma como caso no habitual y característicos, el interés parte porque se tiene pocos estudios al respecto.

0345 COMPLICACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

P RAFFA(1), E MARTINEZ(1), LE PEREIRA(1), V STURZENEGGER(1), C PEREYRA(1), D MASEVICIUS(2)
(1) Sanatorio Trinidad De Ramos Mejía. (2) Sanatorio Ota-mendi Y Mirolli.

Introducción: Emergencia Psiquiátrica (EP) es un trastorno agudo del pensamiento, comportamiento, estado anímico y relaciones sociales con riesgo para sí o para terceros requiriendo una intervención terapéutica inmediata.

Objetivos: Describir la prevalencia de complicaciones clínicas en pacientes con emergencia psiquiátrica y determinar factores de riesgo asociados a estas complicaciones.

Métodos: Trabajo de cohorte retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EP que ingresaron al Servicio de terapia intensiva e intermedia entre diciembre de 2015 y octubre de 2017. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: con y sin complicaciones clínicas. Fueron comparados utilizando análisis univariado y multivariado.

Resultados: Se incluyeron 214 pacientes con EP, 60 % sexo femeni-

no, edad promedio 35 ± 15 años. Tuvieron intento de suicidio 107 (51 %) pacientes, la mayoría (84 %) por intoxicación medicamentosa. Presentaron complicaciones clínicas 19 (9%) pacientes. Complicaciones respiratorias (n: 4), Falla multiorgánica (n: 2), Cardíacas (n: 2), Neurológicas (n: 7), Rabdomiolisis (n: 1), Sme serotoninérgicos (n: 2), Politraumatismo (n: 1). 13 pacientes requirieron ventilación mecánica y falleció 1 paciente.

En el análisis univariado los pacientes con complicaciones tuvieron significativamente mayor edad (45 ± 20 vs 34 ± 14 , $p < 0.01$), fueron la mayoría de sexo masculino (16% vs 4%, $p < 0.01$) y presentaron más días de internación (9 (2-13) vs 1 (1-2), $p < 0.01$).

En el análisis multivariado las complicaciones clínicas se asociaron significativamente a mayor edad (OR: 1,04 (1,01-1,07), $p < 0.01$), sexo masculino (OR:0,23 (0,08-0,69), $p < 0.01$)

Conclusión: En nuestro estudio, los intentos de suicidio por intoxicación con psicofármacos fueron la causa más frecuente de EP. La mayor edad y el sexo masculino fueron las variables asociadas independientemente al desarrollo de complicaciones clínicas.

. logistic complicados edad sexo

```
Logistic regression          Number of obs =      214
                             LR chi2(2)          =      16.12
                             Prob > chi2         =      0.0003
                             Pseudo R2         =      0.1257
Log likelihood = -56.079911
```

complicados	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
edad	1.040618	.0158731	2.61	0.009	1.009968 1.072199
sexo	.235835	.1299219	-2.62	0.009	.0801087 .6942833
_cons	.0378141	.0277074	-4.47	0.000	.0089941 .1589837

0346 SINDROME CARDIORRENAL, A PROPOSITO DE UN CASO EN NUESTRA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE DEL HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

M WILCHES(1), A TAMAYO(1), BL FERNADEZ, K CARRANZA(2), J MORALES, J ALBARRACIN, Y MELGAR, R GARNICA, W VELIZ, T HUANCA, C CLAROS, G RODRIGUEZ, R GALARZA, W VIDETTA(1), O FLORES, O GONZALES

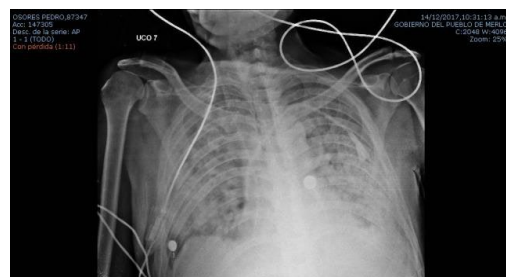
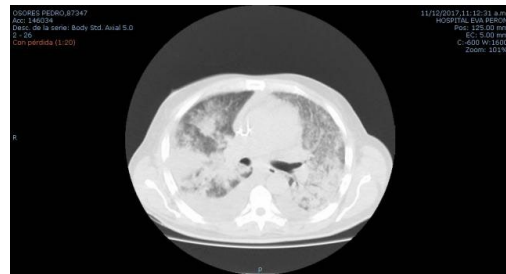
(1) Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Municipal.

Introducción: Tanto la insuficiencia cardíaca como la enfermedad renal crónica, son dos entidades altamente prevalentes, Su combinación amplifica la progresión del fracaso de cada órgano, definiéndose como síndrome cardiorrenal (SCR)

Objetivo: Presentar el diagnóstico y manejo del SCR en nuestra UTI. Paciente de 51 años, sedentario, tabaquista e hipertenso sin tratamiento, que ingreso a guardia el 01/11/2017 por dolor torácico inespecífico irradiado a hombro, 6/10, de 4horas de evolución con disnea DF II, TA: 220/100, ECG: elevación del segmento ST/T en V1-V3, QS de V1 -V2 Y,CPK=1996, Troponinas (-) Y luego Tn I= 0.15 se interna en UCO por de angina inestable de reciente comienzo, crisis hipertensivas, recibió nitroglicerina, evoluciona con urea=299 cr=11 hiponatremia, hipokalemica, no presentaba oliguria, evoluciona con diarrea, aumento de azoados, ecografía 03/11/17: Hipertrofia prostática, clereans de creatinina= 8ml/1.73m2/min, oliguria, signos de sobrecargas requirió BIC de furosemida sin respuesta; iniciándose hemodiálisis, orina de 24h proteínas=0.88gr/24h, ecocardiograma 2D 7/11/17=DSAI 45 FAC=26% FEY:49% TAPSE=19 derrame pericárdico anteroposterior leve a moderado con partículas en suspensión y parcial colapso de AD, leve hipocinesia lateroinferobasal. PSAP=37mmhg. Intercurre con sepsis a foco endovascular, realizo esquemas antibióticos, evoluciona con insuficiencia respiratoria y

signos de ICC con requerimiento de VNI intermitente, desde el 23/11/17, balance negativo, sin mejoría, TAC de tórax 11/12/17: derrame pleural bilateral, con patrón en vidrio esmerilado, toracocentesis: trasudado, transfundido. Paciente permanece en UCO hasta el 14/12/17, ecocardiograma: FSVI=25-35%, Akinesia anteroposterior, hipokinesia severa el resto VD=HVD. persiste con insuficiencia respiratoria, sin mejoría y se decide pase a UTI, con SOFA: 12 APACHE: 21, alto riesgo nutricional, por mala mecánica respiratoria se decide IOT Y ARM se reinterpreta como SCR tipo III /o IV+ neumonía intersticial, evolucionando con SDRA moderado/severo, RX de tórax: infiltrados intersticio alveolar difuso, requiriendo noradrenalina y Dobutamina, sedoanalgesia y bloqueantes NM, nutrición enteral y pulsos de solumedrol previa toma de cultivos

Conclusión: El SCR es común en pacientes con falla cardíaca con daño renal progresivo y resistencia a los diuréticos. Con tratamiento tradicional enfocado a las vías hemodinámicas; sin embargo, se conocen vías neurohumorales, cruciales en su progresión. Se recomiendo un manejo individualizado y enfocado a los mecanismos fisiopatológicos dominantes y a sus manifestaciones clínicas.



0347 REPORTE DE UN CASO: NEUMATOSIS INTESTINAL Y PORTAL ASOCIADA A INFECCION POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

M JAUREGUIBERRY(1), M PADILLA(1), N QUETGLAS(1), A PAGLIA(1), B FRANCO(1), D JUAREZ(1), G ZUNA(1), J CONDE(1), A PASSARELI(1)

(1) San Martín De La Plata.

Introducción: La neumatosis intestinal es la presencia de aire en la pared intestinal. Tiene una incidencia mundial de 0.03% y se asocia con diferentes condiciones desde un curso benigno hasta fatales; la causa más común es la isquemia intestinal.

Presentación de Caso: Paciente femenino, 43 años Antecedentes personales: Insuficiencia renal crónica (IRC), trasplante renal, tratamiento micofenolato y meprednisona e infecciones de tracto urinario (ITU) recurrentes. Ingres a UTI por shock séptico por ITU por Pseudomona aeruginosa e IRC reagudizada Intubación orotraqueal, vasopresores, diálisis, inicia piperacilina/tazobactam, máximo 1.7 gammas/kg/min de noradrenalina.

Día 3 suspende noradrenalina.

Día 6 infección severa de partes blandas agrega colistin y vancomicina.

Día 8 múltiples deposiciones Bristol 7 distensión abdominal leve Toxina para clostridium difficile positiva, inicia vancomicina oral 250 mg/6 horas. Hemodinamicamente estable.

Día 12 mala evolución 9 deposiciones diarias, bristol 7 distensión abdominal severa vancomicina oral a 500mg/6 horas.

Día 13 inestabilidad hemodinámica, 0.1 gammaa/kg/min de noradrenalina. PIA 14.

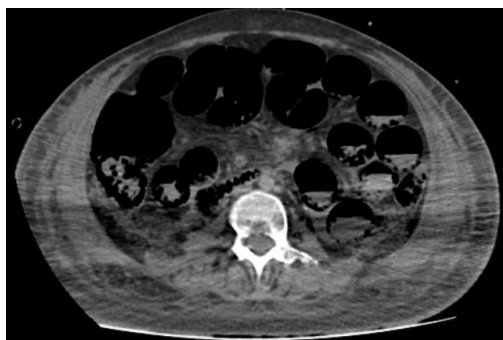
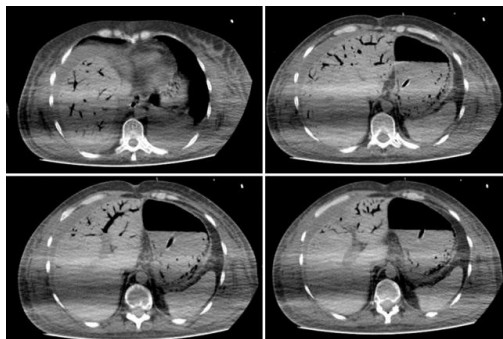
TC de abdomen dilatación de asas intestinales Neumatosis intestinal masiva todas las asas, paredes gástricas y esófago (Figura 1). Neumatosis portal (Figura 2).

Shock refractario 1.6 gammaa/Kg/min de noradrenalina, lactato de 3 a 15, óbito a las 10 horas.

Discusión: Se ha descrito la presencia de neumatosis intestinal en pacientes inmunocomprometidos cursando infección por Clostridium difficile y en un paciente inmunocompetente con infección recurrente por Clostridium difficile. La presencia en nuestro caso, nos debe hacer pensar en otros diagnósticos diferenciales asociados a isquemia intestinal.

La neumatosis intestinal es sólo un signo, junto con datos clínicos y de laboratorio nos permite sospechar su etiología isquémica. La presencia de aire en el sistema portal y los valores elevados de lactato se relacionan con isquemia intestinal oclusiva o no oclusiva. En este caso, la extensa afección y el estado clínico de la paciente no hicieron posible la intervención quirúrgica.

Conclusión: El hallazgo de neumatosis intestinal si bien poco frecuente, representa un desafío diagnóstico, con dificultad para establecer la severidad de la enfermedad. Debería evaluarse la posibilidad de isquemia intestinal subyacente, con la necesidad de intervención quirúrgica, el tratamiento médico conservador podría considerarse cuando no hay datos clínicos o de laboratorio que sugieran isquemia o perforación.



0348 NEUMOENCEFALO SECUNDARIO A PUNCION DURAL DURANTE CIRUGIA DE CADERA

T HUANCA, A TAMAYO(1), B FERNANDEZ, M WILCHES, J MORALES, R GARNICA, G RODRIGUEZ, W VIDETTA, W VELIZ, O GONZALES, O FLORES, C CLAROS(1)

(1) Municipal Eva Perón De Merlo.

Introducción: El neumoencefalo es una colección de aire en el compartimento intracerebral, intraventricular, subaracnoideo, subdural

o extradural. Es una rara complicación de la anestesia epidural al inyectar accidentalmente aire en el espacio subaracnoideo.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino, 58 años, con antecedentes de HTA, DBT tipoll, ICC, hipotiroidismo, ingreso al servicio de clínica Médica el 17/04/18 por cuadro de fractura medial de cadera izquierda por caída de su propia altura. Durante su internación presenta acidosis metabólica y complicación de la función renal con criterios para hemodialisis. Se programa acto quirúrgico para el 09/05/18 donde presenta hemiparesia lado izquierdo intraoperatoria por lo cual se intercinsulta y traslada a UTI, ingresando en su PO inmediato bajo sedoanalgesia, RASS -5, pupilas midriaticas, anisocoria derecha, con IOT y ARM sin requerimiento de vasoactivos. Se realiza TAC de cerebro sin contraste no evidenciandose signos de isquemia ni de sangrado, si se se observa neumoencefalo en asta anterior izquierda.

Evoluciona estable, se extuba de forma programada a la 24 horas sin complicaciones, presenta episodios de agitación psicomotriz durante 2 dias controlado con antipsicóticos, lucido posteriormente, afebril sin ATB, diuresis presente quedando con diálisis trisemanal y pase a Cuidados intermedios.

Conclusión: El neumoencefalo como rara complicación de la anestesia epidural debe ser tomado en cuenta ante un cuadro neurologico agudo.



0349 RUPTURA ESPLÉNICA POST COLONOSCOPIA, UNA COMPLICACIÓN RARA Y PELIGROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M MARTÍNEZ(1), M KIRSCHBAUM(1), C GRIPPO(1), MA TOLEDO(1), RE SENESTARI(1), M TATTOLI(1), R GOMEZ PAZ(1), IN NIHANY(1), HA FERRARO(1)

(1) Sanatorio Finochietto.

Introducción: La colonoscopia es un estudio ambulatorio y por lo general sin complicaciones mayores, la lesión esplénica con hemoperitoneo es una complicación infrecuente pero con una mortalidad reportada de hasta un 5%.

Presentación del caso: Mujer de 63 años de edad, hipotiroidea. Ingres a la guardia por dolor abdominal, 48 hrs posterior a una video colonoscopia (VCC) de rutina. Se realizó TC de abdomen que evidenció hematoma esplénico y líquido libre en cavidad, con caída progresiva del hematocrito. Se realizó laparotomía de urgencia con esplenectomía al constatarse hemoperitoneo en cuatro cuadrantes y lesión esplénica grado III con sangrado activo. Recibió 2 unidades de glóbulos rojos, evolucionó sin complicaciones, siendo externada al día 5to.

Discusión: La ruptura esplénica post VCC es infrecuente, la incidencia real es desconocida, siendo más común en mujeres, gerontes, historia previa de cirugías y polipectomía durante el procedimiento. Hay 3 mecanismos descritos, trauma directo del endoscopio, ruptura de la cápsula esplénica por tracción del ligamento esplenocólico o por tracción de bridas. El estudio de elección para el diagnostico es la tomografía con contraste endovenoso.

El manejo quirúrgico es de elección en pacientes descompensados y con hemoperitoneo, siendo la embolización selectiva una opción en pacientes estables y con otros factores de riesgo que aumenten la morbilidad. El manejo conservador es una opción en lesiones grado I y II.

Conclusión: El número de estudios endoscópicos aumenta año a año y con ello sus complicaciones. Es importante poder identificar a los pacientes con factores de riesgo para la ruptura esplénica y tener un bajo umbral para diagnóstico de la misma, ya que su mortalidad es significativa.



0350 MALFORMACION ARTERIO VENOSA CON OBSTRUCCION DE LA ARTERIA ADAMKIEWICZ A PROPOSITO DE UN CASO DEL HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

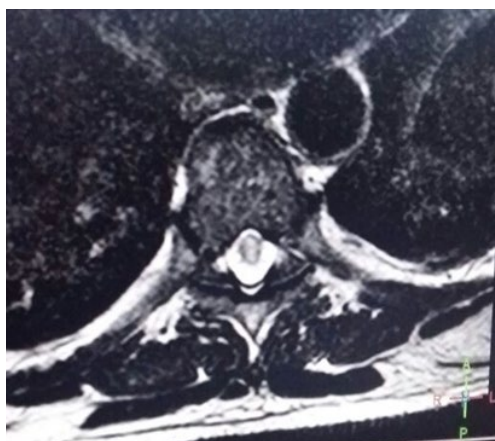
LA BARRA MONTES DE OCA(1), A TAMAYO, B FERNANDEZ, T HUANCA, C CLAROS, M WILCHES, N NACARELLI, H COLLAZOS, J MORALES, G RODRIGUEZ, W VIDETTA(1), O FLORES, O GONZALES, K CARRANZA

(1) Municipal Eva Perón De Merlo.

Introducción: La patología del infarto de medula espinal (magna de ADAMKIEWICZ) es una entidad infrecuente, cuyo diagnóstico aunque clínico, requiere de exámenes complementarios para descartar otras patologías espinales, ya que se trata de una enfermedad grave y potencialmente discapacitante, y solo se reportan en un 8% de todas la mielopatías y menos del 1% de los accidentes cerebrovasculares.

Resumen: Revisión de la historia clínica de un paciente de 62 años de edad con antecedentes de tabaquista ocasional, obesidad grado II, de oficio obrero de construcción (albañil) con dx de infarto medular, atendido en el servicio de terapia intensiva, donde ingresa tras ser atendido en la guardia con cuadro clínico de dolor lumbar de inicio súbito de intensidad 7/10, al realizar esfuerzo físico asociado a parestias de miembros inferiores, con evolución rápida a paraplejía y retención aguda de orina, paciente estable hemodinámicamente, sin deterioro del estado y contenido de conciencia, se realizan exámenes de gabinete: EKG: sinusal, RX de tórax normal, laboratorio normal, TC de columna sin resultados concluyentes, tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de lesión, cultivos de sangre negativos, punción lumbar con líquido xantocromico, colagenograma negativo, VIH negativo, se realiza RMN de columna dorsolumbar que descarta patología compresiva y describe imagen hiperintensa en T2-FLAIR, compatible con imagen isquémica. Se complementa estudio con arteriografía de vasos de columna vertebral que indica de forma específica malformación arteriovenosa de flujo lento en arteria lumbar izquierda (arteria magna de ADAMKIEWICZ).

Conclusiones: El infarto medular es una patología poco frecuente, que al ser grave y potencialmente discapacitante, e importante considerarla y reconocerla en un tiempo prudente, excluyendo otras entidades.



0353 PÉRDIDA INTRAVASCULAR DE LA GUÍA METÁLICA DE VÍA VENOSA FEMORAL

R BARRIENTOS(1), C ARIAS(1), F RIOS(1), G GUANCA(1), J PARRADO(1), J SAGARDÍA(1), D PIEZNY(2)

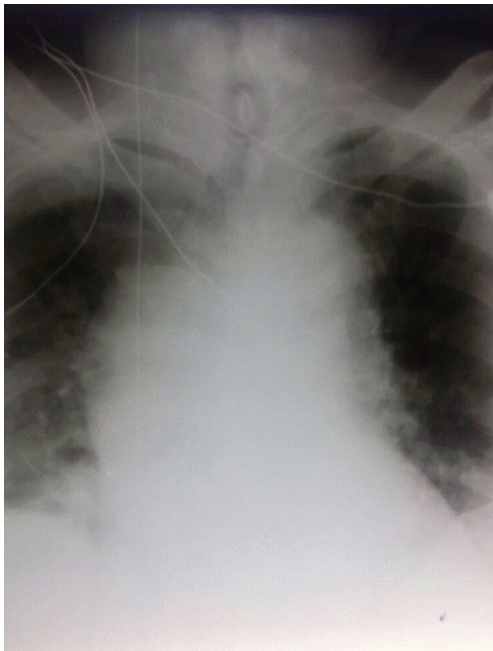
(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2) Naciona Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La colocación de vía venosa Femoral es una situación frecuente en las salas de emergencias, la pérdida de la guía de la vía central (técnica de seldinger), y su migración hacia la vena cava es una complicación infrecuente. La pérdida completa de la guía puede ser asintomática, incluso por periodos prolongados. Aquí reportamos la pérdida completa de la guía de la vía central y su migración hacia el sistema venoso.

Caso: Paciente masculino de 60 años, obeso, con antecedentes de HTA, hipotiroidismo y tumor renal en estudio, es traído a emergencias por su familia, por pérdida de conciencia, se constata hipotensión arterial (70/40 mmHg), con signos de hipoperfusión tisular periférica, se coloca vía central femoral (colocación dificultosa) requirió de 2 operadores. Estabilizándose tras la administración de fluidos, ingresa a UCI con presunción de sepsis. Al ingreso a UCI se constata en Rx de tórax imagen compatible con elemento radiopaco en vena cava superior (solo tenía colocado vía femoral), se realiza Rx de abdomen donde se constata la misma imagen en vena cava inferior,

se solicita TAC cráneo, tórax y abdomen, donde se constata elemento de características metálicas en vena cava inferior que ingresa a aurícula derecha y continua en vena cava superior y vena yugular. Con derrame pleural o pericárdico El paciente permanecía asintomático, se realiza extracción de guía metálica de vía central en hemodinamia, mediante introductor en vena femoral, con sistema lazos, logrando la extracción completa de guía metálica. Paciente evoluciona favorablemente, externándose de UCI a las 48 hs.

Discusión: Las complicaciones por colocación de vías centrales son del 10,5%, Sin embargo, la pérdida completa de la guía como resultado de una técnica de Inserción deficiente con la técnica de Seldinger raramente se ha informado. El diagnóstico es simple, a menudo se establece incidentalmente durante el examen radiográfico de rutina. Una vez que se realiza el diagnóstico, se debe extraer inmediatamente porque cuanto más tiempo se deja la guía, es más probable que se produzcan complicaciones graves. La fractura de la guía durante la extracción quirúrgica aumenta el riesgo.



0354 DOBLE VENA CAVA INFERIOR

M RAMOS(1), L MOREIRA(1), D PIEZNY(1), J SAGARDIA(1), F TRAVERSO(1), F RIOS(1), C ARIAS(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La vena cava inferior (VCI) infrahepática se origina Entre las 6ª y 8ª semanas mediante el desarrollo y regresión del sistema venoso cardinal, formado por 3 pares de ejes venosos que se anastomosan entre ellas, con regresión de algunos segmentos hasta conformar la red venosa definitiva

En la literatura se describe diferentes variantes anatómicas del circuito venoso inferior:

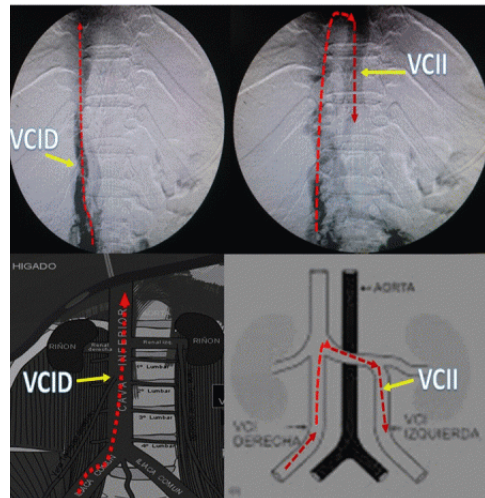
- Agenesia de la VCI
- Trasposición o VCI izquierda
- Duplicidad unilateral o bilateral de VCI. Esta última con una frecuencia de (0,2-3%)

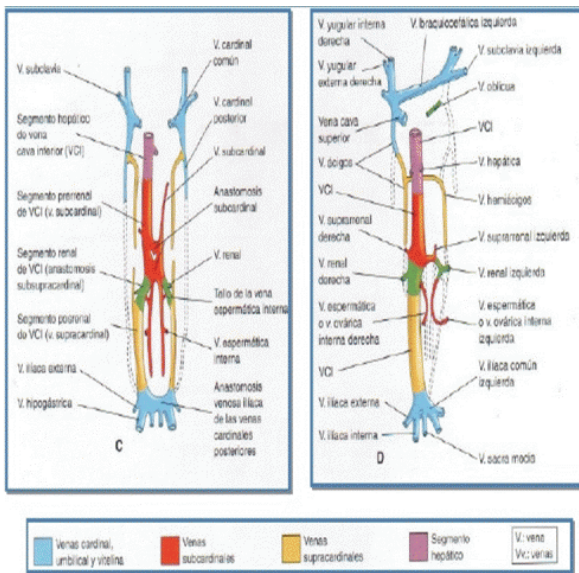
Objetivo: Reportar una variante anatómica del desarrollo de vena cava inferior.

Caso clínico: Paciente masculino de 39 años, ingresa por politraumatismo, con TEC moderado Cinemática del accidente: impacto de vehículo (auto) a ciclista (paciente)TAC de cerebro que evidencia HSD agudo laminar parietotemporal izquierda, asociada a múltiples trazos de fractura, Ingresa a UTI, Glasgow 8/15, se decide IOT/AVM con monitoreo neurológico. Evoluciona favorablemente y presenta caída de PA-FI, se descartan múltiples etiologías y sospecha TEP. Ecodoppler de MMII que evidencia TVP profunda femoro poplítea izquierda y TAC de Tórax con protocolo paraTEP (-), por contraindicaciones relativas de anticoagulación se realiza Cavografía para eventual colocación de filtro de vena cava. Durante el estudio hemodinámico se observa signos compatibles con trombosis de venas ilíacas y alteraciones anatómicas del sistema vena cava que imposibilita la colocación del filtro .Se observa importante circulación colateral e imagen compatible con vena cava inferior izquierda persistente.

Conclusión: La doble vena cava inferior izquierda es una variante anatómica infrecuente, su diagnóstico es generalmente incidental en estudio por imágenes.

El hallazgo de estas variantes anatómicas puede condicionar el tratamiento.





0355 SÍNDROME DE NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA (BLACK ESOPHAGUS)

MB ESCUDERO(1), JN ALLENDE(1), D PANOZZO(1), J PAUCAR PAUCAR(1), O CORREA(1), MI MATTIOLI(1), D MANSILLA(1), A RAMOS(1), P AGUSTIN(1), A SANTAMARIA(1), M BERTE(1), NA SEGURA(1), DE NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)
(1) Sanatorio Trinidad Mitre.

Paciente de sexo femenino de 52 años de edad, con antecedentes de Dislipemia, Diabetes tipo II insulino requiriente, consulta por cuadro clínico consistente en astenia, adinamia, dolor epigástrico, asociado a vómitos de características sanguinolentas de 72 hs de evolución.

Fue estudiada al ingreso con laboratorio general que evidenció glucemia mayor a 500 mg/dl, pH 7.14, bicarbonato 4.8 mEq/L, y cuerpos cetónicos presentes, hallazgos compatibles con acidosis metabólica con GAP aumentado interpretándose como Cetoacidosis Diabética.

Se realizó Videoendoscopia digestiva alta (VEDA) para el estudio de la hematemesis que evidenció pared esofágica de aspecto amarillado con coágulos adheridos.

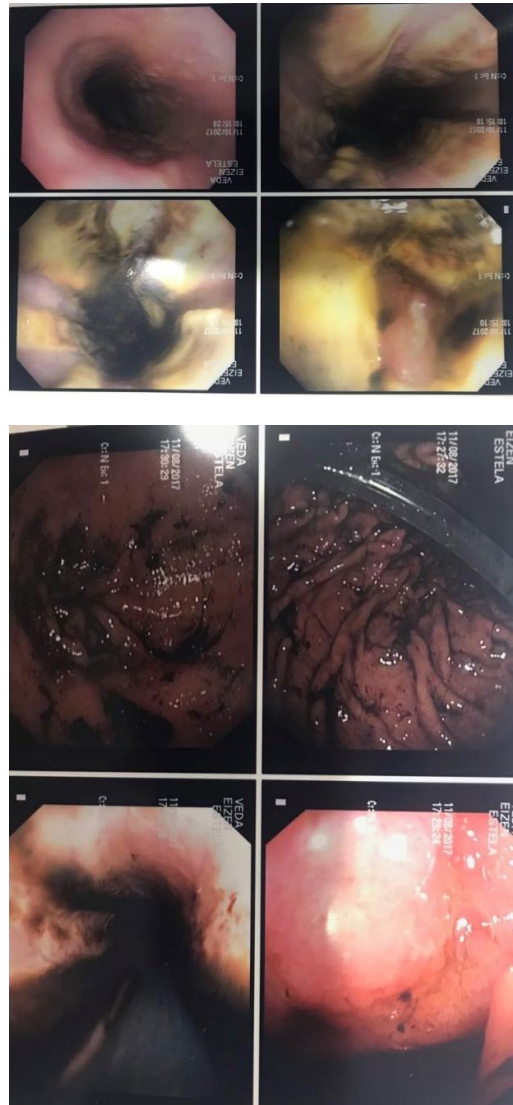
Recibió tratamiento para Cetoacidosis diabética según protocolo, con mejoría del cuadro metabólico, persistiendo con disfagia por lo que se estudió con nueva VEDA a las 48 hs que informo esófago distal con mucosa congestiva, úlcera con aspecto necrótico desde los 35 cm hasta los 40 cm (olor fétido), no sangrante y cubierto de tejido fibrinoso y necrótico. Se realizó también tomografía de cuello y tórax con contraste oral y endovenoso que evidenció engrosamiento de la pared esofágica en tercio inferior sin fugas de material de contraste oral a mediastino, ni otras evidencias radiológicas de perforación del órgano.

Se realizó tratamiento médico con omeprazol, Sucralfato, reposo digestivo y nutrición parenteral total.

Se controló con VEDA a los 7 días del ingreso que informo desde los 25 cm a los 35 cm abundante exudado fibrinoso sin evidencia de necrosis.

Evoluciona favorablemente desde el punto de vista metabólico como de la disfagia.

Reinicio dieta líquida con buena tolerancia y egresó de terapia intensiva a los 13 días de internación.



0356 ICTUS SIFILITICO, NEUROSÍFILIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MF LOPEZ CALVACHE(2), A MONTENEGRO(1), E SALCEDO(2), W MOSQUERA(2), R TAMARA(2), M AGOSTA(2), E LARRADA(2), J ZAMBRANO(2), D GIL(2)
(1) Diagnostico Medico. (2) Sanatorio Colegiales.

Introducción: La sífilis presenta aumento en la incidencia, En la argentina en el año 2016 se reportaron 13655 casos. Se presenta el caso clínico de un ictus sifilítico en paciente inmunocompetente como manifestación de neurosífilis meningovascular, se revisa la evidencia actual de los métodos diagnósticos, las clasificaciones y el tratamiento específico

Presentación de caso: Paciente femenina de 58 años, inmunocompetente, encontrada inconsciente, febril y con relajación de esfínteres, requiere intubación orotraqueal. TC de cerebro sin lesiones agudas, leucocitosis de 16690 y glucemia de 117mg/dl, LCR: glucorraquia 74 mg/dl Lac 3mmo/l pH 7,5 proteínas 0,2 mg/dl y células con predominio linfocitario, se inicia tratamiento con Aciclovir; ingresa a nuestra institución intubada, subfebril, pupilas mióticas simétricas, sin rigidez de nuca, PL: glucorraquia 67 mg/dl Lac de 1,85mmo/l, 0-1 leuco por campo TC cerebro sin cambios, VDRL positiva en 128 diluciones, VIH negativo, gram sin gérmenes, bk, tinta china koh y panel viral nega-

tivo; VDRL en LCR no reactivo, FTA ABS positivo 21.72. RNM cerebral con imágenes puntiformes hiperintensas en flair distribuidas en sustancia blanca subcortical hemisféricas. Tratamiento con penicilina cristalina 4'000.000 U iv c/4 horas por 14 días.

Discusión: Para el diagnóstico se recomienda el uso del FTA-ABS en LCR, a diferencia del VDRL, esta prueba tiene una sensibilidad alta, un resultado negativo no excluye el diagnóstico si la sospecha clínica es muy alta.

Conclusión: Se recomienda el tamizaje con pruebas treponémicas, en aquellos pacientes jóvenes, con ACV criptogénico sin factores de riesgo.

0357 DETECCIÓN DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE ARGENTINA

AM NIEVA(1), R POTERALA(1), E MONTEVERDE(1), MJ BRUEIRA(2), AC BLANCO(2), C MEREGALLI(3), V APREA(3), KA CINQUEGRANI(4), MF PODESTA(4), M ALLASSIA(5), J SFORZA(5), H AMARO(6), H. BELTRAN(6), V POLOP(6), M MEZZENZANI(6), M REYERO(6), A FRANCA(6), S SANTACRUZ(6), N OLIVELLO(7)

(1) Hospital De Niños. R: Gutiérrez. (2) Hospital Nacional Alejandro Posadas. (3) Hospital De Niños Pedro Elizalde. (4) Hospital El Cruce Nestor Kirchner. (5) Hospital De Niños Dr Alassia. (6) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez.. (7) Hospital De Alta Complejidad Juan Domingo Peron.

Los errores o eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria pueden representar amenazas a la salud de los pacientes. Su monitoreo para una identificación temprana debería traducirse en información útil para la prevención de los mismos y garantizar un proceso de atención seguro.

Objetivo: Estimar la frecuencia de errores (E) y eventos adversos (EA) relacionados a la atención de pacientes en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) del ámbito público y su asociación con características basales y resultados.

Método: Estudio multicéntrico descriptivo con 4 cortes transversales de 24 horas. Población: pacientes ingresados entre 01/06/2016 y 31/03/2017 a 6 UCIPs de Argentina. Se registraron: características de la UCIP, PIM2, diagnóstico, edad, sexo, NEMS, prescripciones, cuidado de catéter venoso central (CVC), vía arterial, sonda nasogástrica (SNG), sonda vesical (SV), drenaje pleural (DP) y ventilación mecánica (VM). Se registraron alarmas de: frecuencia cardíaca (FC), saturometría (SaO2), tensión arterial (TA), bombas de infusión, respiradores, hemofiltro y fallas técnicas de equipos.

Resultados: Se incluyeron 294 pacientes, 61% sexo masculino, 44% de causa respiratoria, con probabilidad de muerte (PIM2) 6.0 (2.3-21.3) y NEMS de 27 (18-33). Se consideraron EA los relacionados a VM, drenajes, catéteres, sondas y medicación, y como E a los relacionados con alarmas de monitoreo.

Los EA se expresan como EA/pacientes. Asociados a CVC: 11/10 (obstrucción: 3, desplazamiento: 2, desconexión: 1, otros: 5), asociados a vía arterial: 13/12, a DP: 3/3 y a SNG: 4/4. El horario de la mayoría fue 6 a 24 hs. Los EA asociados a VM fueron 3 extubaciones no planeadas, 20 observaciones de presión plateau superior a 30cmH2O y 9 reintubaciones. Los EA de prescripción fueron: 29 de omisión, 29 de vía, 20 de frecuencia y 14 de formulación. La proporción de detección fue similar en médicos y farmacéuticos. Los E relacionados con alarmas fueron: anuladas (FC, SaO2 y TA) n=362, no atendidas (FC, SaO2 y TA) n=317 y de bombas de infusión (oclusión, finalización) n=195. Los pacientes con EA (comparados con aquellos sin EA) tuvieron: menor edad (9 vs. 16, p<0.001), más diagnóstico respiratorio (52% vs. 39%, p<0.001), mayor prob. muerte por PIM2 (7.7 vs. 5.1, p<0.001) y NEMS superior (27 vs. 22, p<0.001).

Conclusión: Los EA y E son frecuentes en las UCIPs. Por el horario de ocurrencia "diurno" el ruido de comunicación parece ser un problema importante junto con el factor humano.

0359 SÍNDROME DEL TREFINADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

V QUISPE(1), C DÍAZ(1), V VILLAR(1), C DE FARÍA(1), P SMUKLER(1), P ESPINO(1), M GIACCHI(1), D MONARDO(1), A ARCH(1), P LEHRNER(1), A MONTI(1), G BURGOS(1), H VILLEGAS(1), P SÁNCHEZ(1)

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

Introducción: El síndrome del trefinado (SdT), complicación tardía de la craneotomía descompresiva, es habitualmente infradiagnosticado y potencialmente reversible, presentándose entre el 13 y 26% de las craneotomías amplias. El 11% presenta déficit neurológico que cura con la reposición del colgajo.

En 1939 Grant define el síndrome postcraniectomía con síntomas vagos. En 1977 Yamaura recopila 300 casos diferenciándolo del síndrome postraumático, que presenta solo síntomas subjetivos. En 1984 Fodstadt describe su posible etiopatogenia.

Presentación del caso: Paciente de 64 años con antecedentes de tabaquismo y diabetes, que ingresa por TEC grave con hematoma subdural fronto temporal izquierdo con contusión hemorrágica por debajo y desplazamiento de la línea media. Se realiza craneotomía descompresiva de aproximadamente 104cm2 y monitoreo de la PIC. TAC control con línea media centrada. En sucesivas imágenes presenta higromas que se drenan. Frente a un deterioro del sensorio (entra en coma a los 40 días de la craneotomía) se constata hundimiento del colgajo, con TAC que muestra herniación paradójica de 15 mm de la línea media. Se coloca en Trendelenburg con reversión del coma y centralización de línea media por TAC, interpretándose el cuadro como SdT.

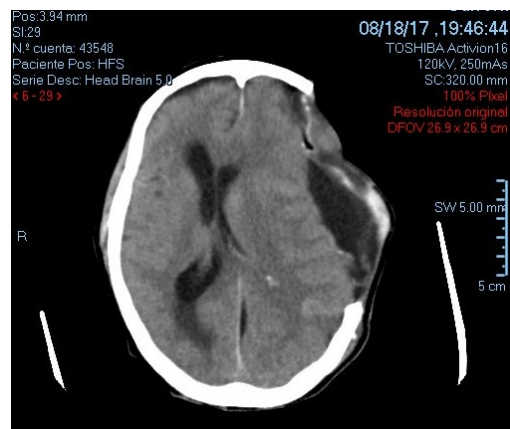
Discusión: La fisiopatología propuesta es la acción de la presión atmosférica sobre el defecto óseo, la alteración de la dinámica del LCR (puede producir higromas ipsilaterales a la craneotomía e infiltración del parénquima por LCR) y cambios en el flujo sanguíneo cerebral (constatado por neuroimágenes).

En algunos pacientes se desarrolla una herniación paradójica pudiendo presentarse luego de drenajes lumbares o apareciendo espontáneamente. La disminución de la cantidad de LCR necesaria para mantener la estructura y elasticidad del encéfalo, lleva a herniación subfalcial, pudiendo llegar a la compresión del tronco encefálico.

El SdT es una dolencia potencialmente mortal, cuya etiología incorpora diferentes factores no totalmente establecidos. Dada su baja frecuencia es una afección difícil de diagnosticar entre las patologías que cursan con deterioro neurológico y de tratamiento relativamente simple.

Conclusión: Es una emergencia médica que debe ser tratada con Trendelenburg e hidratación, evitando soluciones hipertónicas y drenaje de LCR.

La craneoplastia temprana, además de ser estética y protectora, se asocia a la recuperación funcional en estos pacientes.





0360 USO DEL DOPPLER Y LA ECOGRAFÍA CONVENCIONAL PARA LA EVALUACION HEMODINAMICA DE PACIENTES CRÍTICOS EN SERVICIO DE EMERGENCIA

A MARTINELLI(1), L SEOANE(1), M DIANA MENENDEZ(1), M RODRIGUEZ(1)
(1) Austral.

Introducción: Desde hace un tiempo se viene realizando evaluación hemodinámica por ultrasonografía (US) en pacientes críticos para hacer diagnóstico de precarga, postcarga y contractilidad para mejor manejo de reposición de fluidos endovenosos y/o uso de vasopresores. En este trabajo observacional analizamos los pacientes que fueron evaluados hemodinámicamente por ecografía durante un año en un servicio de emergencias

Material y métodos: Se analizó retrospectivamente todos los pacientes del año 2017 que tuvieron una evaluación hemodinámica por US. Se evaluó parámetros US como el índice de vena cava inferior (IVCI), TAPSE, MAPSE, fracción de acortamiento, gasto cardíaco (GC) por velocidad de flujo carotídeo (VFC) o por velocidad integral tiempo (VTI) por Doppler.

Resultados: Se obtuvieron 57 pacientes, edad promedio 59 años, 54% masculinos. El 40% presentaba antecedentes cardiovasculares, 29% metabólicos, 19% oncológicos, 14% respiratorios. Los diagnósticos definitivos más frecuentes fueron: sepsis (34), EPOC (3), insuficiencia cardíaca (ICC) descompensada (3). El tiempo promedio de internación fue de 10,6 días y una mortalidad 8,8% (5) En el 94% de los pacientes (54) se evaluó contractilidad según MAPSE, TAPSE, FA o GC por VFC o VTI. El 68,5% (37) presentaron contractilidad adecuada, el 24,1% (13) hipercontractilidad y el 7,4% (4) hipocontractilidad.

De los pacientes con contractilidad aumentada el 84% tuvieron diagnóstico de sepsis. El 54% de estos, presentaron GC elevados por aumento de las VFC, y el 46% valores elevados de TAPSE y/o MAPSE. El 23% (3) presentaron edema intersticial pulmonar por distres respiratorio y el 15% (2) presentó neumonía por US. El 62% de los pacientes con sepsis presentaron normocontractilidad (21); ninguno en este grupo evidenció hipocontractilidad. La prueba de levantamiento de piernas se realizó en el 11% (4) en pacientes con normocontractilidad y sólo el 50% de ellos fue respondedor (aumento del 15% del GC).

La evaluación hemodinámica guió en un 45% de los pacientes para reposición de fluidos EV y un 10,5% en administración de drogas vasopresoras.

Conclusión: El análisis retrospectivo de los 57 pacientes evaluados hemodinámicamente por Doppler y US convencional mostró que la ecografía bedside diagnóstica la precarga, postcarga y contractilidad para su mejor manejo de reposición de fluidos endovenosos y/o uso de vasopresores.

0361 MONITOREO DE PIC EN PACIENTES CON TEC GRAVE. UN ESTUDIO CON AJUSTE POR SCORE DE PROPENSIÓN

E MONTEVERDE(2), L BOSQUE(1), B LARTIGUE(2), E GINZBURG(2), A RAVECCA(3), J NEIRA(2)
(1) Fundación Trauma. (2) Fundación Trauma. (3) Ministerio De Salud De La Pcia. De Bs. As..

Introducción: El traumatismo de cráneo grave representa hasta el 20% de los ingresos a las unidades de cuidados intensivos (UCIs). Si bien el tratamiento estándar incluye el monitoreo de presión intracraneana (PIC), la base científica que lo sustenta es controvertida.

Objetivo: Evaluar la asociación del monitoreo de PIC con la sobrevida al egreso de UCI.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo de ingresos prospectivos al Registro de Trauma (RT) de Fundación Trauma en 10 hospitales de la provincia de Buenos Aires entre 2010-2017. El RT incorpora pacientes internados e incluye los estándares AIS05, CIE10, RTS, ISS, NISS y TRISS. Los criterios de inclusión fueron: (1) edad > 15 años, (2) al menos una lesión con severidad AIS >=2 en cabeza y (3) Glasgow entre 3 y 8. Los criterios de exclusión fueron: (1) ingreso en estado crítico o paro cardiorrespiratorio y fallecimiento antes de las 6 horas y (2) derivación en las primeras 48 horas o antes de colocación de catéter de PIC. Se realizó un ajuste por score de propensión para mitigar los sesgos del diseño observacional.

Resultados: Se incluyeron 542 pacientes (312 con PIC y 230 sin PIC) de los cuales quedaron 312 y 129 después del ajuste. Las diferencias observadas antes del ajuste (con PIC vs. sin PIC): mayor Glasgow al ingreso (6 vs. 4, p<0.001), menor severidad de lesiones encefálicas (AIS 3.5 vs. 3.7, p<0.001), menor impacto fisiológico (RTS 5.03 vs. 4.09, p<0.001) y menor severidad lesional (NISS 28.4 vs. 31.8, p<0.001) perdieron relevancia luego del ajuste. En el grupo con PIC se registró estadía más prolongada (21 vs. 4 días, p<0.001), más procedimientos (27 vs. 14, p<0.001) y mayor proporción de craniectomía descompresiva (38% vs. 6%, p<0.001). La mortalidad con PIC vs. sin PIC fue 31% (n=96) y 50% (n=64), respectivamente (p<0.001). Se realizó un ajuste de la relación PIC-mortalidad por regresión logística incluyendo las variables con p<0.1 en el análisis bivariado. En el modelo final, el uso de PIC se asoció a un odds-ratio de 0.46 (IC95% 0.29-0.71) para mortalidad.

Conclusión: En pacientes con TEC grave el uso de monitoreo de PIC se asoció a un incremento significativo de la sobrevida.

0366 TRAUMA DE CRANEO GRAVE: ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL HOSPITAL INTERZONAL GRAL. SAN MARTÍN LA PLATA

L TUMINO(1), MG VIDAL(1), C BALASINI(1), P CANAVESSI(1), A TORO(1), R REINA(1), S CARINO(1), E ESTENSSORO(1), J NEIRA(2), L BOSQUE(2), E MONTEVERDE(2), J RUIZ WEISSER(1), D JUAREZ(1)
(1) Htal. San Martin La Plata. (2) Fundacion Trauma.

Introducción: Se realizó un estudio prospectivo observacional, con el objetivo de evaluar la epidemiología del trauma de cráneo grave en pacientes que ingresan al HIGA San Martín. **MATERIALES Y métodos:** Fueron incluidos pacientes mayores de 15 años de edad con diagnóstico de trauma vial que ingresaron al hospital desde el 01/07/10 al 27/02/18. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, Glasgow, scores, mecanismo de trauma, días de estadía hospitalaria y mortalidad.

Estadística: Los datos se presentan como media±DS, mediana RI 25-75% y porcentajes. Para las comparaciones se utiliza Chi2, Wilcoxon y Test T. Se consideró significativo una p <0.05. Se utilizó STATA 15.

Resultados: Durante el período estudiado ingresaron 1484 pacientes con diagnóstico de trauma, de los cuales 201 (13.5%) pacientes con diagnóstico de trauma de cráneo grave.

Tabla 1. Variables epidemiológicas, scores de gravedad y mecanismo de trauma entre mayores y menores de 45 años.

Se evalúa en los motociclistas el uso de casco en relación a la mortalidad, solo 24 (49%) pacientes sobrevivientes utilizaron casco y los no sobrevivientes 13 (33%), p 0.11.

Conclusiones:

- Los pacientes con TEC grave que fallecieron eran añosos, tenían lesiones estructurales y escores de trauma más graves, menor score de sobrevida y requirieron más craniectomías.
- Los pacientes que no sobrevivieron fueron principalmente: heridas de arma de fuego, y peatones.
- Los pacientes que sobrevivieron fueron motociclistas y accidentes de automóvil.
- No se encontró asociación entre no uso de casco y mortalidad.

Tabla 1. Variables epidemiológicas, escores de gravedad y mecanismo de trauma entre mayores y menores de 45 años.

	Sobrevivientes 90 (45%)	No Sobrevivientes 111 (55%)	Todos 201	p
Edad	28 ±10	35 ±19	32 ±15	0.0006
Masculino	69 (77%)	100 (90%)	169 (84%)	0.006
AIS encefalo	2.3 (±1.1)	2.8 (±1.2)	2.6 (±1.3)	0.01
ISS	19 ±9	22 ±8	20 ±9	0.01
RTS	5.3 ±0.9	4.5 ±1.0	4.8 ±1.1	0.00001
TRISS	0.85 ±0.15	0.63 ±0.27	0.73 ±0.24	0.00001
Craniectomía	29 (32%)	46 (42%)	75 (38%)	0.16
Estadia Htal	23 [5-38]	1 [1-2]	2 [1-22]	0.001
Mecanismo del Trauma				
Motociclista	49 (54%)	40 (36%)	89 (44%)	0.009
Automóvil	14 (16%)	7 (6%)	21 (10%)	0.033
Peatón	2 (2%)	13 (12%)	15 (7%)	0.01
Caidas	5 (6%)	9 (8%)	14 (7%)	0.48
Arma de fuego	3 (3%)	24 (22%)	27 (13%)	0.0001

Se evalúa en los motociclistas el uso de casco en relación a la mortalidad, solo 24 (49%) pacientes sobrevivientes utilizaron casco y los no sobrevivientes 13 (33%), p 0.11.

0367 EPIDEMIOLOGIA Y MORTALIDAD DEL TRAUMA VIAL EN HOSPITAL INTERZONAL GRAL SAN MARTIN LA PLATA COMPARACIÓN DE SOBREVIVIENTES VS. NO SOBREVIVIENTES

MG VIDAL(1), C BALASINI(1), P CANAVESSI(1), L TUMINO(1), A TORO(1), H CANALES(1), R REINA(1), E ESTENSSORO(1), J NEIRA(2), L BOSQUE(2), E MONTEVERDE(2), F GONZALEZ(1), J RUIZ WEISSER(1)

(1) Htal. San Martin La Plata. (2) Fundacion Trauma.

Introducción: Se realizó un estudio prospectivo observacional, con el objetivo de evaluar la epidemiología del paciente que ingresa al Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín La Plata con diagnóstico de trauma vial y se compara los pacientes sobrevivientes (S) de los no sobrevivientes (NS).

Materiales y métodos: Fueron incluidos pacientes mayores de 15 años de edad con diagnóstico de trauma vial que ingresaron al hospital desde el 01/07/10 al 27/02/18. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, Glasgow, escores y mecanismo de trauma, Falla orgánica, infecciones intrahospitalarias, días de estadia y mortalidad. Se comparó en sobrevivientes y no sobrevivientes.

Estadística: Los datos se presentan como mediana, RI, media ±DS, y porcentajes. Para las comparaciones se utiliza Chi2, Wilcoxon y Test T. Se consideró significativo una p RESULTADOS: Durante el período estudiado ingresaron 781 pacientes con diagnóstico de trauma vial. La comparación de las variables epidemiológicas y los escores de gravedad entre SV y NS se evalúa en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables epidemiológicas y escores de gravedad entre SV y NS.

Los mecanismos de trauma fueron: motociclista: 541 (66%), automóvil: 109 (14%), peatón: 109 (14%), ciclista: 21 (3%), otros 3%. La mayor mortalidad se registró en los peatones S: 78 (12%), NS 31 (22%) p 0.002. Se evalúa el uso de cinturón en pacientes con accidentes automovilísticos: total 76 (70%), vivos 70 (74%) y muertos 6 (40%), p 0.007

Conclusiones: Ingresaron pacientes jóvenes, mayormente masculinos y el mecanismo principal de trauma fue el incidente vial de moto seguido de auto y peatón. Los pacientes NS presentaban

mayor gravedad y escores de trauma más severos. La mortalidad hospitalaria fue del 19%.

Tabla 1. Variables epidemiológicas y escores de gravedad entre SV y NS.

	Todos 781	Sobrevivientes 642 (82%)	No Sobrevivientes 139 (18%)	p
Edad	34 ±17	34 ±17	38 ±21	0.02
Masculino	591 (76%)	477 (81%)	114 (82%)	0.056
Glasgow <8	158 (20%)	77 (12%)	81 (58%)	0.0001
RTS	7.11 ±1	7.39 ±0.9	5.77 ±1.6	0.0001
ISS	13 ±8	11 ±7	20 ±9	0.00001
TRISS	0.94 ±0.13	0.97 ±0.23	0.96 ±0.06	0.00001
Estadia Htal	3 [1-12]	4 [1-16]	1 [1-1]	0.0001



Los mecanismos de trauma fueron: motociclista: 541 (66%), automóvil: 109 (14%), peatón: 109 (14%), ciclista: 21 (3%), otros 3%. La mayor mortalidad se registró en los peatones S: 78 (12%), NS 31 (22%) p 0.002. Se evalúa el uso de cinturón en pacientes con accidentes automovilísticos: total 76 (70%), vivos 70 (74%) y muertos 6 (40%), p 0.007

0368 REGISTRO DE SOPORTE NUTRICIONAL EN TRAUMA (RESONU-TRAUMA)

F LIPOVESTKY(2), M GARCIA AURELIO(1), J MARIN(1), C SOLANO(2), E GUANTAY(2), C CASABELLA(2), B LATTANZIO(2), M CASANOVA(3), F PALIZAS (H)(2), F PALIZAS(2)

(1) Hospital Uai. (2) Centro Medico Integral Fitz Roy. (3) Entro Medico Integral Fitz Roy.

Introducción: Las repercusiones nutricionales y el stress metabólico en el trauma están directamente relacionadas con la intensidad del mismo. La agresión traumática coloca a estos pacientes en una situación de grave estrés metabólico y riesgo de malnutrición.

Objetivo: Conocer las características clínicas, estado nutricional, intervenciones terapéuticas, complicaciones digestivas y evolución intrahospitalaria de los pacientes ingresados a la terapia intensiva del Centro Médico Integral Fitz Roy con diagnóstico de trauma durante el período de noviembre 2017 hasta mayo 2018

Material y método: Registro prospectivo de un solo centro de 137 casos ingresados con diagnóstico de trauma.

Resultados: El motivo de ingreso más frecuente fue politraumatismo con TEC (34,3%). Según el score NRS-2002, se observó que el 76% tenían indicación de terapia nutricional (n=106). En cuanto a la evaluación nutricional, el 92% (N=128) de los pacientes estaban bien nutridos al ingreso, según la valoración global subjetiva (VGS), un 6% (n=9) se encontraban en desnutrición moderada y sólo un 2% (n=2) estaban con desnutrición severa. La constipación resultó en la complicación digestiva más frecuente 45,25% (N=62). Con respecto a la indicación de la vía del soporte nutricional, inicialmente la misma se hizo en un 55,4% del total de los pacientes (n=77). De ellos, un 66% (n=55) se realizó nutrición por vía enteral, en un 19% se utilizó nutrición parenteral (n=15) y en un 14% (n=11) suplementación oral. Las fórmulas enterales de inicio utilizadas fueron: Poliméricas standard 39% (n=20), con fibras 15% (n=8), hipercalóricas 19% (n=10), hiperproteicas 19% (n=10), inmunomoduladoras 10% (n=5).

Conclusiones: En función de los resultados arrojados en nuestro registro, podemos concluir que la mayoría de los pacientes con trauma ingresan a terapia intensiva con estado nutricional normal y que muchos de ellos necesitan algún tipo de soporte nutricional por su estado de riesgo. La nutrición enteral es la vía de elección y la fórmula polimérica estándar es la fórmula más utilizada. Dentro de las complicaciones digestivas, la constipación es la más frecuente.

Es imprescindible implementar medidas de tamizaje y evaluación nutricional en estos pacientes para poder realizar intervenciones precoces en el aspecto nutricional.

0369 EPIDEMIOLOGÍA Y DETERMINANTES DEL TRAUMA SEGÚN GRUPO ETARIO EN HOSPITAL INTERZONAL GRAL SAN MARTIN LA PLATA

P CANAVESSI(1), MG VIDAL(1), C BALASINI(1), L TUMINO(1), A TORO(1), H CANALES(1), R REINA(1), E ESTENSORO(1), J NEIRA(2), L BOSQUE(2), E MONTEVERDE(2), J RUIZ WEISER(1), M JAUREGUIBERRY(1)
(1) Htal. San Martin La Plata. (2) Fundacion Trauma.

Introducción: Se realizó un estudio prospectivo observacional, con el objetivo de evaluar la epidemiología del paciente que ingresa al HIGA San Martín con diagnóstico de trauma y se compara los pacientes mayores y menores de 45 años.

Materiales y métodos: Fueron incluidos pacientes mayores de 15 años de edad con diagnóstico de trauma que ingresaron al hospital desde el 01/07/10 al 27/02/18. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, Glasgow, escores, mecanismo de trauma, días de estadía hospitalaria y mortalidad. Se comparó entre mayores y menores de 45 años.

Estadística: Los datos se presentan como media±DS, y porcentajes. Para las comparaciones se utiliza Chi2 y Test T. Se consideró significativo una p <0.05. Se utilizó STATA 15.

Resultados: Durante el período estudiado ingresaron 1484 pacientes con diagnóstico de trauma. Las comparaciones de las variables entre ≥ 45 y < 45 años se evalúa en la Tabla 1. Tabla 1. Variables epidemiológicas, escores de gravedad y mecanismo de trauma entre mayores y menores de 45 años.

Conclusiones:

- 87% de los pacientes eran menores de 45 años.
- Los pacientes < 45 años tuvieron Glasgow mas bajo y un RTS más bajo, sin embargo, presentaron el mismo tiempo de estadía hospitalaria y presentaron menor mortalidad, aunque este resultado no fue estadísticamente significativo (p 0.75).
- Ambos grupos difieren de mecanismo de trauma, mientras que los ≥ 45 años presentan mas accidentes por ser peatones, accidentes automovilísticos y ciclistas, los < 45 años presentan mas agresiones interpersonales, autoagresiones, caídas y accidentes causados por fuego y humo.

	Todos 1484	Mas de 46 186 (13%)	Manos de 45 1298 (87%)	p
Edad	35 ±18	61 ±12	32 ±15	0.0001
Masculino	1137 (77%)	122 (66%)	1015 (78%)	0.006
Glasgow <8	286 (19%)	264 (20%)	22 (12%)	0.0001
RTS	7.13 ±1	7.09 ±1.2	7.40±0.9	0.003
ISS	12 ±10	12 ±9	13 ±12	0.63
TRISS	0.93±0.15	0.93±0.15	0.90±0.18	0.1
Estadía Htal	3[1-12]	3[1-12]	2[1-10]	0.34
Mortalidad	281 (19%)	239 (18%)	42 (23%)	0.75
Mecanismo del Trauma				
Motociclista	241 (35%)	451 (35%)	63 (34%)	0.81
Agresiones	241 (16%)	241 (19%)	0	0.0001
Autoagresiones	101 (7%)	101 (8%)	0	0.001
Automóvil	109 (7%)	74 (6%)	35 (19%)	0.0001
Ciclista	21 (1%)	11 (1%)	10 (5%)	0.0001
Peatón	109 (7%)	38 (3%)	71 (38%)	0.0001
Caídas	129 (9%)	129 (10%)	0	0.001
Fuego, humo y llamas	94 (5%)	94 (7%)	0	0.0001

0370 ESTUDIO DE CALIDAD ANTES-DESPUÉS: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UNA UCI MEDICO-QUIRURGICA

MC MARCHENA(1), M GARCÍA SARUBBIO(1), F CAMINOS(1), MJ MESCHINI(1), S BOTTAIA(1), S FERNÁNDEZ(1), A PASARELLI(1), A PORCEL(1), N ZULJEVIC(1), S NIETO(1), AL GONZÁLEZ(1), C LOUDET(1), V PAZOS(1), R REINA(1), E ESTENSORO(1)
(1) San Martín De La Plata.

Introducción: Recomendaciones actuales sugieren manejar la sedoanalgesia (SA) ligera y guiada por objetivos. En nuestra UCI se implementó un protocolo de SA en etapas, siguiendo lineamientos del "bundle ABCDEF".

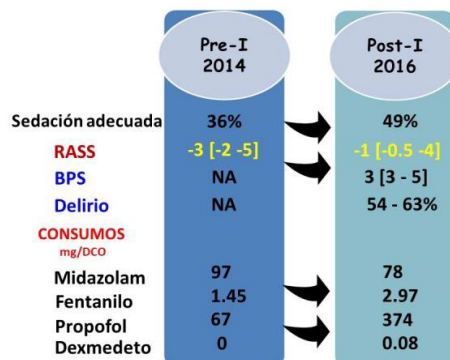
Objetivo: Determinar si la implementación de un protocolo de SA considerando elementos del *bundle ABCDEF*, genera impacto positivo en los indicadores "Sedación adecuada" y "Nivel de sedación", en el tipo de consumos de drogas para SA, y en la medición sistematizada de delirio y dolor.

Métodos: Estudio antes-después en UCI médico-quirúrgica de 14 camas. Durante 2014 (Pre-I) se realizaron mediciones basales del grado de SA (escala RASS), sedación adecuada (SEMICYUC) y consumo de drogas recibidas para SA, expresado como mg/día cama ocupado (DCO). Luego se implementó una intervención multifacética y multidisciplinaria con un equipo compuesto por médicos y enfermeros de la UCI, farmacéuticos clínicos y terapeutas ocupacionales. La Intervención incluyó: creación e implementación de nomogramas consistentes en grillas de doble entrada para unificar la prescripción de las drogas para SA, sistematización de medición de dolor y delirio con escalas validadas mediante intervención educativa al personal de UCI, e incorporación de la familia (UCI abierta). En el año 2016 (Post-I), se volvieron a medir los mismos indicadores. Comparaciones entre ambos periodos con T Test, Wilcoxon ranksum Test o Chi2 según tipo de datos; p<0,05 considerada significativa. Programa STATA 14.

Resultados: Ingresaron en Pre-I 231 pacientes y en Post-I 190. En Tabla 1 se observan las características de la población en cada periodo. En la figura 1 se observan las diferencias entre ambos periodos para los indicadores medidos, expresados como %, mediana y rangos intercuartiles, y media de mg/DCO (para todas las comparaciones p < 0,05).

Conclusiones:

- Con la implementación de un protocolo de SA en la UCI, siguiendo lineamientos de paquetes de medidas actuales se logró una mejora significativa de los indicadores "Sedación adecuada" y "Nivel de sedación", además de lograr la medición sistematizada del dolor y delirio. La incidencia de delirio fue elevada en la población evaluada en el periodo Post-I.
- Se logró un cambio significativo en el perfil de consumo de drogas para SA, disminuyéndose significativamente consumo de benzodicepinas, y aumentando las de propofol, dexmedetomidina y las de fentanilo, lográndose una sedación más ligera según recomendaciones actuales.



PERIODO	EDAD (media ± DS)	SEXO MASC (%)	APACHE II (media ± DS)	SOFA (mediana [p25-p75])	VM (%)	Días VM (mediana [p25-p75])	Días UCI (mediana [p25-p75])	RELACIÓN ENF/PAC	MORTALIDAD UCI (%)
Pre-I (2014)	43 ± 18	54	16 ± 7	6 [3-9]	68	9 [3-23]	7 [2-19]	1/2,2	32
Post-I (2016)	43 ± 19	55	16 ± 8	6 [2-9]	67	9 [3-32]	7 [3-29]	1/2,3	31

0371 CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA MÁS ALTEPLASA EN LA EVACUACIÓN DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO

B SANABRIA(1), N CIARROCCI(1), E SAN ROMAN(1), S GIANNASI(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La incidencia de hemorragia intracerebral (HIC) es de más de 5 millones de casos por año en estados Unidos. El manejo quirúrgico con craneotomía y evacuación del hematoma, no ha mostrado ser de utilidad con la salvedad de un beneficio no significativo en un grupo selecto de pacientes. Por otra parte la Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI) asociada al uso de trombolíticos locales ha mostrado ser segura con una tendencia a mejorar los resultados neurológicos a 180 días.

Caso Clínico: Paciente de 63 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial que ingresa por presentar paresia facial izquierda, plejía braquial izquierda y paresia crural severa izquierda de 9 horas de evolución. Se le realiza Tomografía Computada de cerebro que evidencia hematoma intraparenquimatoso agudo lenticular con compresión de cápsula interna y con volumen aproximado de 30 ml. Se realizó colocación de drenaje externo abocado al hematoma por neuronavegación. Posterior a TC de control, se inició la aplicación de alteplasa a 1 mg cada 8 hrs a través del catéter; con franca mejoría clínica presentando NIHSS 4 para previo NIHSS 12 después de la primera dosis. Se realizaron controles tomográficos cada 24 hs. con reducción significativa del volumen del hematoma progresivamente. Se suspendió el tratamiento por objetivar en tomografía de control a las 48 hs reducción del 80% del volumen del hematoma. En total recibió 3 dosis de RTPa.

La paciente fue dada de alta a las tres semanas, con mínimo déficit braquico crural.

Discusión: Presentamos el primer caso realizado en nuestro centro de CMI más alteplasa para el tratamiento de HIC no traumática, con adaptaciones al protocolo originalmente descrito en los trials previos.

Conclusión: La cirugía mínimamente invasiva seguida de la irrigación con alteplasa es una opción terapéutica válida para los hemorragias cerebrales espontáneas sintomática en un grupo selecto de pacientes. Actualmente se encuentran en desarrollo estudios de investigación con resultados promisorios.

0372 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UTI DE PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

D OVALLE(1), R DIAZ GRANADOS(1), S ALBACETE(1), L AVANZATO(1), V ATENCIO(1), V PERAZZO(1), J TAMAYO(1), M OL-MOS(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), D VARELA(1), F KLEIN(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: El trasplante de órganos se ha convertido en una opción terapéutica que salva vidas a miles de pacientes con afecciones que antes eran fatales. Novedosas técnicas quirúrgicas y el advenimiento de nuevos fármacos inmunosupresores lograron mejorar los

resultados. El curso clínico posterior al trasplante se asocia frecuentemente a complicaciones neurológicas las que pueden aparecer inmediatamente, después del procedimiento quirúrgico, o después meses o años, afectando la supervivencia y calidad de vida de los receptores de trasplante.

Objetivo: Determinar la incidencia de las complicaciones neurológicas y las características clínicas de los pacientes con trasplantes de órgano sólido internados en UTI.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con trasplantes de órganos sólidos (cardíaco, hepático, renal, pulmonar, intestinal y combinados) ingresados en UTI desde Julio de 2015 a Noviembre de 2017 y que presentaron alguna complicación neurológica aguda (stroke isquémico, stroke hemorrágico, convulsiones, neoplasias, infecciones del SNC y otras). Se caracterizaron dos grupos: Grupo 1 (G.1): complicaciones neurológicas en el postoperatorio de trasplante (desde el trasplante hasta el alta) y Grupo 2(G.2): complicaciones neurológicas alejadas (desde el alta del trasplante en adelante). Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, scores de gravedad (Apache II y SAPS II), estadía en UTI, mortalidad, requerimiento de ARM, uso de vasopresores, incidencia de infecciones, injuria renal aguda y tipo de complicación neurológica. Los datos cuantitativos se presentan como media y desvío estándar y los datos cualitativos como porcentaje y frecuencia.

Resultados: Se internaron 348 pacientes, de los cuales el 15.1 % (58) presentó alguna complicación neurológica. Ver Tabla 1 y Tabla 2.

Conclusiones: Las complicaciones neurológicas observadas con mayor frecuencia fueron convulsiones (74.1 % total, G.1 91.6 % y G.2: 67.3%) y neoplasias (total 10,3 % todas en G.2). Las complicaciones con etiologías más heterogéneas se presentaron en el G.2 con un claro predominio de la etiología convulsiva en el G.1.

TABLA 1

	TOTAL	GRUPO 1	GRUPO 2
n	58	20.7 % (12)	79.3 % (46)
Edad	54(14)	57,5(9,8)	53,1(14,8)
Sexo Masculino	55,1 % (32)	66,7 % (8)	52,2 % (24)
APACHE II	14,6(8,3)	22(6,5)	14,6 (8,6)
SAPS II	28,2(18,8)	39,7(16)	28,2(18,6)
Estadía en UTI	13,3 (13,8)	21,5(13,2)	11,2(13,2)
Mortalidad	20,7 % (12)	16,7 % (2)	21,74 % (10)
ARM	50 % (29)	100 % (12)	36,9 % (17)
Vasopresores	37,9 % (22)	75 % (9)	28,2 % (13)
Infecciones	36,2 % (21)	58,3 % (7)	30,4 % (14)
Injuria renal aguda	15,5 % (9)	25 % (3)	13 % (6)

TABLA 2

Complicaciones	TOTALES	GRUPO 1	GRUPO 2
n	58	12	46
Stroke Hemorrágico	5,1 % (3)		6,5 % (3)
Stroke Isquémico	6,8 % (4)		8,6 % (4)
Infecciones del SNC	3,4 % (2)		4,3 % (2)
Neoplasias del SNC	10,3 % (6)		13 % (6)
Convulsiones	74,1 % (43)	91,6 % (11)	67,3 % (31)
Otras	6,9 % (4)	8,3 % (1)	6,5 % (3)

0373 TROMBO EN TRANSITO EN VENTRÍCULO DERECHO ASOCIADO A MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: REPORTE DE CASO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

T ESCALANTE SAIRE(1), LE MAIDANA(1), MA VIEYRA(1), NK OJEDA(2), GA MACIEL LOEBARTH(2), ML BORONAT SOSA(2)

(1) Angela Iglesia De Llano. (2) Angela Iglesias De Llano.

Introducción: Miocardiopatía periparto es una entidad rara de miocardiopatía dilatada, de etiología desconocida asociada a alta tasa

de morbimortalidad. Se caracteriza por aparición de insuficiencia cardíaca aguda en el último mes de gestación y dentro de los 5 primeros meses después del parto, secundario a disfunción ventricular izquierda en mujeres sin cardiopatía previa conocida. Se asocia frecuentemente a presencia de trombos intracardiacos comparado a otras formas de miocardiopatía dilatada.

La prevalencia es variable con mayor incidencia en países de África occidental y menor en países de Europa y Estados Unidos.

Presentación de caso: Mujer de 32 años, con antecedentes gineco-obstétricos de tres embarazos, dos partos vaginales, 1 cesárea, en este último embarazo presentó pre-eclampsia y desprendimiento de placenta normoincorta, culminándose gestación a las 34 semanas, 6 meses previa a la presentación de este cuadro; cursando 11 días post operatorio de colecistectomía laparoscópica; consulta por cuadro de insuficiencia cardíaca aguda y síntomas sugestivos de tromboembolismo pulmonar, refiere además disnea clase funcional II de más de 30 días de evolución; se realizó eco cardiografía doppler que determinó cardiomiopatía dilatada severa con trombo en ápex de ventrículo derecho y tromboembolismo pulmonar documentado por tomografía computada multi-slice; Recibió tratamiento con nitritos, diurético de asa, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y heparina de bajo peso molecular, con buena respuesta, monitoreada con cardiografía por impedancia; tres días después fue derivada a unidad coronaria para resolución definitiva del trombo ventricular; con desenlace fatal.

Discusión: La miocardiopatía periparto es una enfermedad subdiagnosticada, su diagnóstico oportuno radica en el pronóstico y probabilidad de recurrencia en embarazos futuros.

La definición más reciente y aceptada de esta patología se debe a la Sociedad Europea de Cardiología, sostiene que el marco de tiempo definido por Demakis, junto a criterios ecocardiográficos resultan arbitrarios y podrían conducir a subdiagnosticar la patología.

Conclusión: Ante la variabilidad de presentación y gran letalidad de esta entidad, considerar esta patología en cualquier mujer en periodo periparto, que presente síntomas de insuficiencia cardíaca. Se encontró dificultades en el manejo terapéutico, optándose por derivar a centro de mayor complejidad.

0374 ARTERITIS DE TAKAYASU: A PROPÓSITO DE UN CASO

A MENECESES(1), Y MANNSBACH(1), Y FORNITNI(1), E SAGAR-NAGA(1)

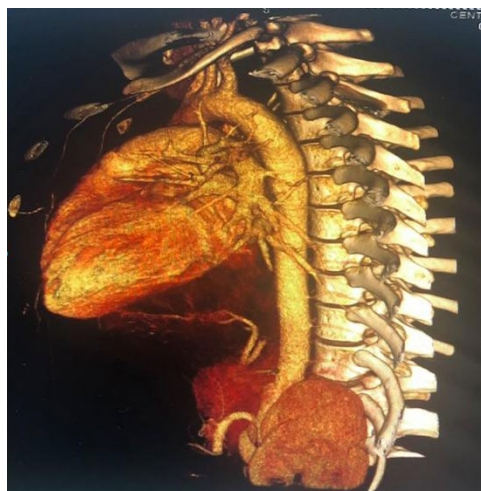
(1) Hospital De Trauma Y Emergencias Federico Abete.

Introducción: La arteritis de Takayasu es la tercera vasculitis más común en la infancia, En la infancia, el cuadro clínico es inespecífico; presentando fiebre, anorexia, mialgias, artralgias, dolor abdominal, hipertensión arterial sistémica, retinopatía hipertensiva, falla cardíaca, cefalea y crisis convulsivas. La presencia de soplos y ausencia de pulsos se presentan en la etapa isquémica de la enfermedad. La enfermedad puede producir bloqueos, estrechamiento de las arterias (estenosis) o dilatación anormal de las arterias (aneurismas).

Caso clínico: Se trata de una paciente de género femenino de 15 años que consulta por cefalea, náuseas, somnolencia y desorientación temporoespacial. Al examen físico: presión arterial 205/130mmHg, frecuencia cardíaca 68 latidos por minuto. Presenta movimientos tónico-clónicos de miembro superior que cede a la administración de lorazepam, y por alteración del sensorio se decide su pase a UTIP. Se realiza TAC de cerebro (normal) y se inicia goteo de nitroprusiato de sodio durante 24 horas, enalapril y propranolol con cifras de TA 140/80 se suspende nitroprusiato. El dosaje de renina plasmática fue >500. El fondo de ojo normal. Ecodoppler renal: Aumento de velocidad de ambos ostium renales por encima de su valor normal a predominio izquierdo. Angiocardiografía: estenosis bilateral de arterias renales y engrosamiento parietal de difuso de aorta a nivel infradisfragmático lo que produce disminución del calibre de ostium de ambas arterias renales. Se realiza interconsulta con servicio de reumatología quien realiza 3 pulsos con solumedrol 1 gramo/día. La paciente egresa con tratamiento

antihipertensivo y metilprednisona VO, y seguimiento de reumatología (Htal. Elizalde).

Conclusiones: En la Arteritis de Takayasu el curso es variable, dependerá del grado de actividad, el tiempo del diagnóstico, la presentación y los síntomas asociados, así como la afectación a otros órganos. En este caso la hipertensión se debió a la isquemia renal, secundaria a la estenosis bilateral de las arterias renales, y así mismo a la alteración de un segmento de la aorta, lo que nos ayudó a sospechar el diagnóstico de arteritis de la aorta y sus ramas. El tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides y terapia inmunosupresora.



0375 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON COLISTIN: IMPACTO EN INJURIA RENAL

N PIRES(1), MS COSTANTINI(1), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque.

Introducción: Se ha observado un aumento en el número de infecciones por bacterias multirresistentes y con ello la utilización de antibióticos de última línea como el Colistin. Se conoce que dicha polimixina es un potente antibiótico pero presenta graves efectos adversos que limitan su uso, siendo falla renal el principal. De acuerdo con la bibliografía, el daño renal podría limitarse y/o controlarse si se detecta a tiempo y realizando los ajustes de dosis adecuados.

Objetivo: Evaluar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes en tratamiento con colistin endovenoso y educación al personal médico acerca de la dosificación del mismo.

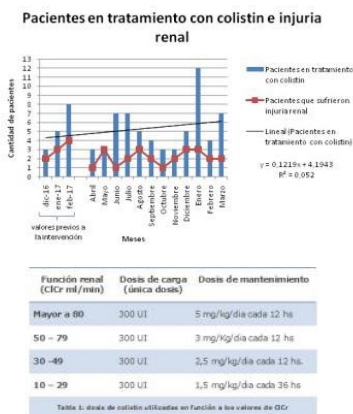
Material y método: Durante los meses de abril de 2017 a marzo de 2018 se realizó el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con colistin endovenoso. Se evaluaron las prescripciones y se ajustaron las dosis del mismo. La dosificación se modificó teniendo en cuenta la función renal del paciente calculada cada 48 horas mediante la fórmula de Cockcroft-Gault. Las dosis utilizadas se expresan en la tabla 1.

Se excluyeron del estudio pacientes con creatininas séricas previas mayores a 1,5mg/dl.

Se analizó la cantidad de pacientes que sufrieron falla renal antes y durante la implementación del seguimiento. Considerando falla al aumento en 1,5 el valor inicial ó cuando la misma supera los 2 mg/dl.

Resultados: Durante 3 meses previos a la intervención se registraron 14 pacientes en tratamiento con colistin de los cuales 8 sufrieron falla renal. Por otro lado, durante el año de estudio, se realizaron 63 seguimientos farmacoterapéuticos a pacientes en tratamiento y 25 sufrieron falla renal (gráfico 1).

Conclusiones: A partir de los resultados obtenidos se evidencia previo a la intervención, una tendencia de aumento en el consumo de colistin y la cantidad de fallas renales asociadas. Por otro lado, durante la implementación del seguimiento y educación del personal se mantiene estable la cantidad de injurias renales producidas a pesar del aumento en el número de pacientes expuestos a colistin. Esto sugiere que las medidas implementadas (seguimiento de pacientes, ajuste de dosis y educación al personal de salud) han causado un impacto positivo en la relación uso de colistin/falla renal.



0376 COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON MENINGITIS POSTQUIRÚRGICA CON Y SIN AISLAMIENTO BACTERIANO EN EL LCR

AL OLMOS(1), MF BENEDETTI(1), M CABRERA(1), FG RIOS(2), N DIEZ(1), J SAGARDIA(1), ED PEZZOLA(1), L AGUILAR(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La meningitis y la ventriculitis postquirúrgicas son complicaciones serias de las cirugías del sistema nervioso central. Nosotros reportamos nuestra experiencia.

Método: Se incluyeron pacientes adultos con sospecha de meningitis postquirúrgica internados en la UCI de nuestro hospital desde el año 2015 hasta la actualidad. Los datos fueron recolectados de historias clínicas y de registros bacteriológicos.

Objetivos: Comparar a los pacientes con aislamiento en cultivos con los en que no tuvieron agente etiológico identificado. Conocer la epidemiología, mortalidad y evolución con el tratamiento.

Resultados: Se analizaron 46 episodios con sospecha de meningitis postquirúrgica. El tipo de procedimiento fue: 32 cirugías de urgencia, 13 cirugías programadas y 1 PL. 12 pacientes tuvieron DVE y 17 cateter de PIC. Catorce pacientes fueron reintervenidos. La mortalidad fue de 44%, el 55% de las muertes estuvo relacionada con la meningitis. Seis pacientes quedaron en estado vegetativo,

8 pacientes fueron tratados empíricamente por contraindicación para la obtención de LCR. Doce pacientes tuvieron cultivo de LCR negativo mientras que 25 episodios fueron con cultivo positivo.

El 72% de los aislamientos fueron bacilos gram negativos, el 76% fueron gérmenes XDR. El agente etiológico aislado más frecuentemente fue *Acinetobacter baumannii*.

De los 25 episodios con cultivo positivo 19 pacientes recibieron tratamiento sistémico únicamente. De estos, 8 pacientes murieron y 9 negativizaron el LCR, 2 no se repunzaron. El tiempo de negativización del LCR promedio fue de 6 días. En este subgrupo hubo 3 sobreinfecciones.

En 6 de los episodios se realizó tratamiento intratecal (se administró colistin) y endovenoso. 4 pacientes negativizaron el LCR a 11 días promedio de tratamiento sistémico y 4 días de tratamiento intratecal. 3 pacientes murieron, hubo 2 sobreinfecciones.

Conclusiones: En nuestros pacientes la mayoría de los episodios fueron causados por bacilos gram negativos XDR. Tener colocada una DVE fue un factor predisponente para tener una meningitis con aislamiento de germen. Tener colocado un cateter de PIC fue un factor de riesgo para no tener identificación del germen. En el subgrupo con cultivo positivo la mortalidad estuvo relacionada con la falla del tratamiento y la sobreinfección fue un factor de mal pronóstico. La mortalidad observada fue elevada.

0378 PANCREATITIS AGUDA EN CUIDADOS CRÍTICOS, ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO

L FERNANDO(1), A RAMOS(2), F BERTOLETTI(3), R FERNANDEZ(4), G DOMENICONI(5), L CANOVAS(6), ML CABAÑAS(7), R BUFFA(8), G CUETO, E OSMAN(9), G CUETO(10), C DELETTA, S VELEZ, E VILLARREAL, P PRATESI(11), J BERRETA(12), L DIETZ(13), G SIBILIA(14), J SANCHEZ(15), S ARCIERI(16), E TORRES(17), A CARRERA(18)

(1) Hospital Uai. (2) Sanatorio Parque. (3) Clínica San Jorge. (4) Español. (5) Trinidad San Isidro. (6) Policlínico. (7) Soria. (8) Iturraspe. (9) San Antonio. (10) Argerich. (11) Austral. (12) Udaondo. (13) Trinidad Mitre. (14) Churrucá. (15) Guemes. (16) Santojanni. (17) Central. (18) Madariaga.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es la principal causa de hospitalización por trastornos gastrointestinales. Si bien la literatura sobre esta patología es amplia, en la actualidad no contamos con datos locales.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue caracterizar a la población de pacientes con pancreatitis aguda que requieren internación en cuidados críticos (UCI) y validar el poder de discriminación de la clasificación basada en determinantes de severidad (DS).

Materiales y métodos: Participaron 37 centros. Prospectivamente se relevaron los datos de 134 pacientes con pancreatitis aguda que requirieron internación en UCI entre enero de 2014 y diciembre de 2015. Se relevaron datos clínicos, de laboratorio, tomográficos, tratamiento recibido y complicaciones desarrolladas. El APACHE II fue calculado al ingreso y la clasificación basada en determinantes de severidad fue calculada al egreso del paciente de la UCI. Se realizó una curva ROC para determinar el poder de discriminación de la clasificación basada en determinantes de severidad para predecir muerte intrahospitalaria. A su vez, se la comparó con el APACHE II.

Resultados: Totalizaron 134 pacientes. Cuarenta y ocho fueron mujeres (35,8%). La mediana de la edad fue de 44,5 (desvíos intercuartiles: 36 - 60,2). La causa más frecuente fue la biliar. Ciento veintitrés pacientes recibieron soporte nutricional con una mediana en horas de 48 en su implementación. Cuarenta y cinco pacientes recibieron nutrición parenteral y ochenta y nueve nutrición enteral. La falla orgánica más frecuente fue la respiratoria (35%) seguida de la renal (34,2%). Cincuenta y cuatro pacientes requirieron asistencia ventilatoria mecánica. En sólo 36 pacientes se midió la presión intraabdominal. La mortalidad intrahospitalaria fue de 26,8% (36 pacientes). Tanto el APACHE como DS son buenos predictores de mortalidad, con un área bajo la curva ROC 0,74 (IC 95%: 0,66-0,81)

para APACHE II y 0,87 (IC 95%: 0,80-0,92) para DS. Sin embargo, determinantes de severidad es muy superior al APACHE II ($p=0,008$). **Conclusión:** La etiología más frecuente es la de origen biliar. La nutrición se implementa de manera temprana. La presión intraabdominal no se controla con frecuencia. DS es un buen predictor de mortalidad en pacientes admitidos a terapia intensiva en la República Argentina.

0379 GASTO CALÓRICO (EE) EN PACIENTES CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA) ESTIMADO POR CAPNOGRAFIA, MEDIANTE VCO₂, ESTUDIO PILOTO

F RIOS(1), A RISSO VAZQUEZ(1), E PRENAFETA(1), H BONGIOANNI(1), G DIAZ(1), M LUGARO(1), H CICHERO(1), N DIEZ, A TORN(1)

(1) Sanatorio Las Lomas.

Introducción: La calorimetría indirecta (CI) es el método de referencia para medir el gasto calorico (EE) en pacientes críticos. Los métodos para calcular el EE basados en mediciones de CO₂ (EEVCO₂) en pacientes bajo ventilación mecánica, el uso de capnógrafo convencional han sido propuesto como un sustituto de la CI. Este es un estudio piloto que pretende evaluar si EEVCO₂ es factible en nuestra UCI, para estimar la EE y observar las diferencias entre la estimación del EE por calculos y la EE derivada de la VCO₂.

Metodo: Estudio piloto en una UCI médico/quirúrgica, prospectivo se incluyeron pacientes ventilados estables entre el las 72 y 96 hs de ventilación mecánica, EEVCO₂ se determinó por 24 hs mediante medición de Co₂ espirada. se compararon con 5 ecuaciones predictivas y con la calorimetría basada en VCO₂ (promedio de 24 hs de VCO₂) entre el 3-5 día de internación. El EEVCO₂ se calculó mediante una ecuación de Weir modificada utilizando el consumo de CO₂ (VCO₂) medido por capnografía convencional (respirador Dräger Infinity V500 y V300), se supuso cocientes respiratorios (RQ): 0,85. El sesgo se observó mediante la diferencia de medias entre EE predicho y EEVCO₂. La fórmula para el cálculo de EEVCO₂ fue: EEVCO₂ (kcal/d)=1.44×[3.941×VCO₂ (mL/min)/0.85+1.11×VCO₂ (mL/min)]

Se considero precisión cuando la diferencia fue <10% respecto a las formulas standard.

Resultados: En 11 pacientes (edad promedio 62±17 años, 6 mujeres), altura 168±15 cm, BMI 25±2. La VCO₂ 252±35 ml/min, en todos se obtuvo la medición de VCO₂ (promedio de las mediciones de 24 hs).

EEVCO₂ (media y DS) fue 2126±457 kcal/día. El aporte calorico recibido fue 1858±235 (85%). las ecuaciones predictivas fueron precisas en 5 de los pacientes con un delta ≥ 15% en los otros 5, con variaciones entre las formulas no significativas.

Conclusiones: La estimación de EE por VCO₂ es factible, difiere con las estimaciones por formula, se requiere de un estudio prospectivo con un n mayor y comparar con Gold Standard (calorimetría indirecta) para verificar estos resultados.

0380 COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA

T GILARDENGI(1), P NEIRA(1), E MONTEVERDE(1), M VANESA(1)

(1) Ricardo Gutierrez.

Introducción: La ventilación mecánica (VM) es el soporte vital más utilizado en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs); su uso no está exento de complicaciones. Los avances en el conocimiento de la fisiopatología de la lesión pulmonar asociada a la VM permiten inferir que la tasa de complicaciones se ha reducido a lo largo del tiempo de uso.

Objetivo: Incidencia actual de complicaciones asociadas a VM y compararla con la observada en una cohorte de 1994 en la misma unidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de ingresos entre 01/2017 y 04/2018 a una UCIP polivalente. Los datos se extrajeron del programa SATIQ. Los criterios de inclusión fueron pacientes con VM invasiva y no invasiva. Se excluyeron pacientes traqueostomizados. Las variables estudiadas incluyeron: edad, sexo, score PIM2, tipo de VM, duración de la VM, estadía en UCIP, complicaciones mecánicas: estridor, extubación no planeada, síndromes de escape de aire (SEA), e infecciosas: neumonía asociada a VM (NAV), traqueobronquitis.

Resultados: Incluyeron 301 pacientes de 29 meses(10-103) (mediana, RIC), 55% masculinos y una mortalidad estimada por PIM2 de 4.11 (1.02-7.94), para una tasa estandarizada de 1.44 (IC95% 0.96-1.93). La mortalidad cruda fue 11.3% (IC95% 8-15).

233 (77.4%) requirieron VM. Se identificaron 321 ciclos de VM (1.4 ciclos/paciente, rango 1-5). 257 (80%) correspondieron a ventilación invasiva (VI) y 64 (20%) VNI. 15 recibieron sólo VNI y 49 VNI y VI. En VM duro 5 días (2-12), VNI 1 día (0-2).

Las complicaciones observadas fueron: estridor (n=7, 3.2%), extubación no planeada (n=3, 1.4%) y NAV (n=3, 1.4%, 0.9 cada 1000 días VM).

Comparando con la serie anterior mostró una duración de VM menor (5 vs. 8 días), una incidencia menor de complicaciones (5.6% vs. 53%, $p<0.001$), dentro de las cuales el estridor fue similar (3%) observándose diferencias significativas en los SEA (0% vs. 16%), extubaciones no planeadas (1.4% vs. 23%, $p<0.001$) y NAV (1.4% vs. 9%, $p=0.001$).

Conclusión: Esta muestra de un único centro muestra una reducción en la incidencia de complicaciones de VM, pueden deberse a la implementación de tratamientos más seguros.

0381 DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES CAUSADAS POR BACILOS GRAN NEGATIVOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

M PADILLA(1), M JAUREGUIBERRY(1), N QUETGLAS(1), B FRANCO(1), D JUÁREZ(1), G ZUNA(1), P AGUSTINA(1), P AGUSTINA(1), J CONDE(1), P LORÁN(1), S BARRIOS(1), M LARES(1), AL GONZÁLEZ(1), MC MARCHENA(1), CI LOUDET(1), R REINA(1)

(1) San Martín De La Plata.

Objetivo: Describir la epidemiología de las neumonías asociadas a la ventilación mecánica (VAP), bacteriemia asociadas a catéter (BAC) y bacteriemias primarias (BP) causadas por bacilos gram negativos (BGN) fermentadores (BGNF) y no fermentadores (BGNNF) predominantes según el sitio de infección en una UCI de 14 camas, médico-quirúrgica, durante el año 2017.

Métodos: Estudio de serie de casos realizado en UCI médica-quirúrgica de 14 camas durante 2017. Se registraron las características epidemiológicas, scores de severidad y evolución de todos los pacientes consecutivos ingresados a la UCI durante el periodo de estudio. Asimismo se registraron todas las infecciones adquiridas en la UCI (VAP, BAC y BP) hasta cinco episodios por paciente, y la sensibilidad (S) de los BGN causales de las infecciones. Se calcularon las tasas de estas infecciones. Los datos se expresan de acuerdo a su naturaleza.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 353 pacientes. Características: edad 46±19, sexo masculino 58%, categoría diagnóstica: médica 36%, cirugía de urgencia 31%, cirugía electiva 36%, Apache II 16±8, SOFA 5 [2-9], TISS 27±9, NAS 48 ± 10, Charlson 1 [0-2], ARM 52%, días de ARM 8 [4-28], traqueostomía 33%, mortalidad 29%, días UCI 4 [2-16]. Las tasas de infecciones adquiridas fueron: TASA VAP TARDÍA: 12.5 /1000 días-VM; TASA BAC: 5 /1000 días-catéter; TASA BP: 8/ 1000 días-UCI. La concentración inhibitoria mínima (CIM) para colistín de la Pseudomona aeruginosa y Acinetobacter baumannii fue de 0,5.

En la Tabla 1 se observan la distribución de las diferentes infecciones de acuerdo a BGN predominantes, su distribución de acuerdo a los diferentes sitios de infección, y su sensibilidad.

Conclusiones:

- En los datos presentados las infecciones respiratorias fueron en su mayoría causadas por *Pseudomona aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*, ambos con un perfil de resistencia elevado para la mayoría de los antimicrobianos, salvo para colistin.
- Las infecciones como bacteriemia asociadas a catéter y bacteriemias primarias son causadas en mayor medida por Enterobacterias BLEE y BGN extremadamente resistentes. Los BGN extremadamente resistentes como KPC y OXA muestran CIM para carbapenemes mayores a 16.

	VAP (33)	BAC (13)	BP (56)	Sensibilidad
<i>Pseudomona aeruginosa</i> (PAE)	51% (17)	23% (3)	18% (10)	S Colistin 100% S Carbapenemes 67% S Tazonam 40%
<i>Acinetobacter baumannii</i> (ABA)	37% (12)	15% (2)	20% (11)	S Colistin 100% S Tigeciclina 100%
Enterobacterias extremadamente resistentes (KPC/OXA)	6% (2)	23% (3)	28% (16)	S Imipenem 90% CIM ≥16 S Meropenem 100% CIM ≥16 Halo Tigeciclina > 20 100% S Colistin 43%
Enterobacterias BLEE	6% (2)	39% (5)	34% (19)	S Colistin 78% S Tazonam 27%

BLEE: Betalactamas de espectro extendido; KPC: Klebsiella productora de carbapenemasa

0382 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN TRAUMA

C BALASINI(1), MG VIDAL(1), P CANAVESSI(1), L TUMINO(1), A TORO(1), H CANALES(1), R REINA(1), E ESTENSSORO(1), J NEIRA(2), L BOSQUE(2), E MONTEVERDE(2), F GONZALEZ(1), J RUIZ WEISSER(1)

(1) Htal. San Martin La Plata. (2) Fundacion Trauma.

Introducción: Se realizó un estudio prospectivo observacional, con el objetivo de evaluar la epidemiología del trauma en un Hospital Interzonal General de Agudos en la Ciudad de La Plata y reconocer los predictores independientes de mortalidad al ingreso al hospital.

Materiales y métodos: Fueron incluidos pacientes mayores de 15 años de edad con diagnóstico de trauma que ingresaron al hospital desde el 01/07/10 al 27/2/18.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, Glasgow, ISS (Score de Severidad de la Injuria), RTS (Trauma Score Revisado), Mortalidad, mecanismo del trauma. Se comparó en sobrevivientes y no sobrevivientes.

Estadística: Los datos se presentan como media±DS, y porcentajes. Para las comparaciones se utiliza Chi2 y Test T. Se realizó análisis bivariado y las variables con un valor < 0.20 se incluyeron en un análisis de regresión logística, con el fin de identificar predictores independientes de mortalidad, se evaluó el modelo con test de Osmer&Lemeshow (O&L) y ABC ROC. Se utilizó STATA 14

Resultados: Durante el período estudiado ingresaron 1484 pacientes con diagnóstico de trauma. La comparación de las variables epidemiológicas y los scores de gravedad entre SV y NS se evalúa en la Tabla 1.

En el Grafico 1 se evalúa la mortalidad según el mecanismo del trauma

Se realiza una regresión logística observándose la siguiente asociación estadísticamente significativa entra mortalidad hospitalaria de los pacientes ingresados por trauma y:

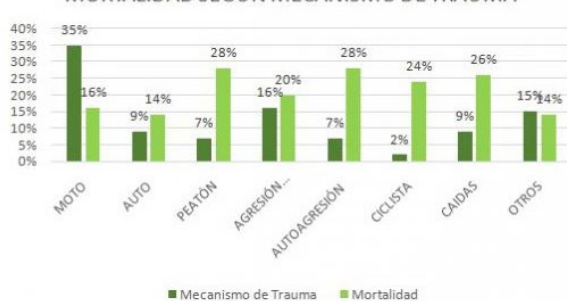
Test de Hosmer & Lemeshow: 0.14, ABC ROC: 80%, el modelo calibra y discrimina bien.

Conclusiones: Ingresaron pacientes jóvenes, mayormente masculinos y por accidentes automovilísticos. Los predictores independientes de mortalidad al ingreso fueron caída de altura, herida de arma de fuego, Glasgow <8 e ISS >16. La mortalidad hospitalaria fue del 19%.

TABLA 1

	Todos 1484	Sobrevivientes 1203	No Sobrevivientes 281	p
Edad	36 ±18	35 ±17	41 ±21	0.0001
Masculino	1137 (77%)	913 (76%)	224 (80%)	0.17
Glasgow <8	281 (19%)	151 (13%)	130 (46%)	0.00001
RTS	7.13 ±1	7.51±0.9	5.79 ±1.6	0.00001
ISS	12 ±10	10 ±8	20 ±13	0,00001
Mortalidad	281 (19%)	0%	100%	

MORTALIDAD SEGUN MECANISMO DE TRAUMA



	OR	p	IC 95%
Caído de altura	2.7	0.0001	1.7-4.4
Herida de arma de fuego	2.5	0.0001	1.5-4.2
Glasgow < 8	4.8	0.0001	3.3-4.3
ISS > 16	3.6	0.001	2.6-5.1

0383 ASINCRONÍAS EN LA VENTILACIÓN MECÁNICA DEL SDRA: EFECTO SOBRE EL TIEMPO DE VENTILACIÓN Y EL PRONÓSTICO

P RODRIGUEZ(1), M SETTEN(1), E GOGNIAT(2), N TIRIBELLI(3), S FREDES(4), G PLOTNIKOW(5), I FERNANDEZ(2), R PRATTO(5), S ILUTOVICH(4), M MADORNO(6), A RAIMONDI(7), I BONELLI(1), P MASKIN(1)

(1) Cemic (centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas). (2) Hospital Italiano De Buenos Aires. (3) Hospital Churrucá Visca. (4) Sanatorio Mitre. (5) Sanatorio Anchorena. (6) Mbmed. (7) Universidad De Buenos Aires.

Introducción: Se ha establecido que las asincronías paciente respirador tendrían impacto pronóstico durante la ventilación mecánica asistida. Se desconoce su efecto en casos de ventilación controlada con SDRA (síndrome de distres respiratorio agudo).

Objetivos: Evaluar el efecto de la frecuencia de asincronías sobre las probabilidades de extubación y sobrevida en UTI.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, observacional desarrollado en 5 centros de la Ciudad de Buenos Aires.

Se enrolaron pacientes adultos que cumplían los criterios de SDRA de Berlin y con una ventilación mecánica de menos de 72 horas. Se excluyeron aquellos con uso de relajantes musculares continuos o mal pronóstico vital.

Se recolectaron datos generales en una plataforma web y se adquirieron señales de flujo, presión de la vía aérea y esofágica (cuando estuviese disponible) durante 30 minutos. La detección de asincronías se realizó con un programa previamente validado. Se evaluaron los tiempos hasta la primera extubación y hasta la muerte en UTI en función del índice de asincronías (IA) con modelos de Cox agrupado por centro ajustando con potenciales confundidores.

Resultados: 128 pacientes con SDRA fueron hospitalizados del 2016-05-10 al 2018-05-08, de los cuales 86 fueron incluidos. 50 pa-

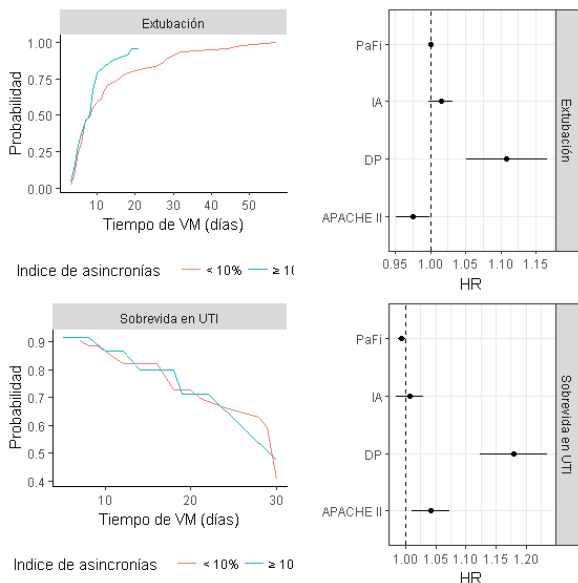
cientes (58.14%) eran de grado moderado y 6 (6.98%) graves. Se observó un IA \geq 10% en 29 pacientes (33.72%). No se observaron diferencias entre ambos grupos de pacientes en variables basales y de resultado (tabla).

Características basales			
Edad	63 (49-71)	65 (60-72.25)	0.412
APACHE II	19 (12-26)	17 (15-23)	0.678
SOFA	7 (5-10.25)	7 (4.5-9)	0.568
Drogas vasoactivas	42 (73.68%)	19 (65.52%)	0.459
VNI	15 (27.27%)	9 (32.14%)	0.798
Alto Flujo O ₂	15 (26.79%)	4 (13.79%)	0.272
Tiempo de SDRA hasta registro (días)	1 (0-1)	1 (0-1)	0.942
Resultados			
Primera extubación (días)	8 (5-15)	8.5 (5-10)	0.406
Días libres de VM (28)	4 (1-8)	5 (2-6.75)	0.353
Estadía en UTI (días)	18 (11-32)	14 (9.5-19.25)	0.154
Mortalidad en UTI (%)	21 (38.89%)	6 (25%)	0.306

IA<10% IA \geq 10%P

Los HR ajustados (figura) para la probabilidad de extubación y muerte en UTI del IA fueron 1.015 (0.998-1.032, P=0.0832) y 1.007 (0.985-1.03, P=0.515).

Conclusiones: Alrededor de un tercio de los pacientes con SDRA en su fase precoz presentaron asincronías frecuentes. El IA no mostró un efecto significativo sobre las probabilidades de extubación o sobrevida en UTI.



0384 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR SECUNDARIO A OCLUSIÓN DE ARTERIA DE PERCHERON. REPORTE DE UN CASO

MD SCAPPINI(1), D FAURA ORZAN(1), JA ROQUE RENDON(1), LE VACAFLORE ZENTENO(1)
(1) Hospital Británico.

Introducción: El Síndrome de Percheron, o infarto talámico bilateral sincrónico, resulta de la oclusión parcial o total de la arteria de Percheron, la cual se reconoce como una variedad anatómica poco frecuente de la vasculatura talámica postero-medial proveniente

de la compleja irrigación a través de conexiones entre las arterias carótidas internas y la arteria basilar. Su prevalencia actual es desconocida, pero resulta ser una entidad muy poco frecuente y de difícil diagnóstico clínico.

Caso clínico: Paciente femenina de 82 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, asma.

Presenta de manera súbita paresia Facio-braquio-cubital derecha y disartria leve, clasificado con National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) de 4.

RMN cerebral evidencia restricción en la difusión a nivel de tálamo izquierdo.

Progresivamente el deterioro neurológico con NIHSS 14, por lo que se decide ingreso a la unidad de Terapia Intensiva para infusión de trombolíticos (rTPA) a las 2 horas del inicio de los síntomas. A las 24 horas se observa reversión total del cuadro neurológico.

Se realiza nueva RMN cerebral que evidencia signos de isquemia reciente a nivel bitalámico, se interpreta el cuadro como ACV isquémico por obstrucción de la arteria de Percheron.

Discusión: Este cuadro se representa característicamente en RMN cerebral como isquemia bitalámica paramediana, con o sin afectación mesencefálica. Se puede observar también el "signo de la V", una señal hiperintensa a nivel de la superficie pial e interpeduncular del mesencéfalo en secuencias FLAIR y DWI.

Las manifestaciones clínicas son variadas; incluyen desde deterioro del nivel de conciencia hasta afectación de musculatura oculomotora (tercer par, anomalías pupilares) y afectación motora periférica (hemiparesia, ataxia).

El manejo y estrategia terapéutica es similar al de los accidentes cerebrovasculares de la circulación anterior, lo que siempre debe incluir el tratamiento trombolítico.

Conclusión: Dado su descripción imageológica característica y su subdiagnóstico, reconocer esta afectación poco frecuente es fundamental para llevar a cabo un tratamiento oportuno con trombolíticos que pueda revertir completamente el cuadro neurológico y prevenir secuelas a largo plazo.

0385 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA: UNA VISIÓN ENDOSCÓPICA. REPORTE DE COMPLICACIONES TEMPRANAS DE LA VÍA AÉREA

D VIOLI(1), C PEREYRA(1), P SCHOON(1), L BENITO MORI(1), C POZO(1)
(1) Higa Prof Dr Luis Guemes.

Introducción: La Traqueotomía Percutánea por Dilatación (TPD) ha sido propuesta como la técnica de primera elección en pacientes críticos, sobre la traqueotomía quirúrgica convencional. Evita el traslado del paciente al quirófano, además de ser una técnica rápida, sencilla, segura y costo-efectiva. Sin embargo, puede presentar complicaciones poco descritas en las publicaciones. Se presentan 3 casos describiendo lesión de cartilago por el procedimiento.

Caso 1:

Masculino de 65 años, antecedentes de EPOC. Postquirúrgico de operación de Hartmann. Evoluciona con fallo de extubación. Endoscopia respiratoria: colapso dinámico excesivo de la vía aérea (CDEVA) y malacia traqueal. Se decide traqueotomía con técnica percutánea a los 9 días, sin complicaciones inmediatas. Presenta dificultad durante la decanulación. Endoscopia de control CDEVA y granuloma residual sobre rotura de cartilago con comportamiento estenótico a nivel ostoma. (Figura 1).

Caso 2:

Femenino de 61 años postquirúrgico con shock y falla renal secundaria a enfermedad autoinmune con tratamiento inmunosupresor. Debido a Ventilación Mecánica prolongada se decide traqueotomía percutánea a los 23 días de ingreso, asistida por endoscopia, donde se observa rotura de cartilago traqueal durante la primera dilatación. (Figura 2).

Caso 3:

Maculino de 55 años. Postquirúrgico de drenaje de hematoma cere-

bral con evolución favorable. Fallo en la extubación en 2 ocasiones. Se realiza traqueotomía percutánea. Presenta broncoespasmo refractario a tratamiento y dificultad en el posicionamiento de la cánula dentro de los 7 días posteriores al procedimiento. Endoscopia respiratoria: colapso y malacia a nivel ostomal secundaria a rotura de 2 cartilagos. (Figura 3)

Discusión: Existen diferentes variables que influyen en la generación de estenosis y granulomas como complicaciones tardías de la traqueotomía. Dentro de los mecanismos de generación de granulomas o cicatrices estenosantes, no descrito en la bibliografía, se debería considerar la rotura del cartilago traqueal durante la técnica percutánea, la cual podría ser el origen del proceso anormal de reparación tisular con formación de excesivo tejido de granulación alrededor del estoma.

Conclusión: La TPD es un método utilizado en el ámbito de la terapia intensiva. Sin embargo, hay pocos reportes de sus complicaciones. Se ha diseñado un estudio prospectivo a fin de relevar las lesiones presentes y su impacto clínico.



Figura 1

Figura 2

Figura 3

0386 CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DELIRIO: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVA
S FERNÁNDEZ(1), S BOTTAIA(1), S ROJAS(1), I HERRERA(1), G BUSTAMANTE(1), D CORIA(1), M AQUINO(1), S GUERRERO(1), S RIOS(1), M RUIZ(1), J CONDE(1), A PASARELLI(1), MC MARCHENA(1), MG SÁENZ(1), CI LOUDET(1), R REINA(1)
(1) San Martín De La Plata.

Introducción: El uso de escalas que valoran cargas de trabajo de enfermería es fundamental para la adecuación de recursos materiales y humanos de las UCIs. Los pacientes que desarrollan delirio en la UCIs demandan probablemente mayor carga de trabajo de enfermería. El Nursing Activities Score (NAS) permite calcular el tiempo porcentual de trabajo del enfermero por paciente.

Objetivos:

- Comparar la carga de trabajo de enfermería mediante el NAS score en pacientes que desarrollan delirio/coma con los que no lo desarrollan en una UCI médica-quirúrgica de un hospital escuela.
- Identificar predictores independientes de delirio/coma.

Métodos: Estudio de cohorte prospectiva realizado en una UCI médica quirúrgica de 14 camas. Durante un periodo de 10 meses (2017) se registraron en pacientes consecutivos ingresados a la UCI datos epidemiológicos, APACHEII, SOFA 24, NAS, relación enfermero:paciente, requerimiento de ventilación mecánica (VM), días de VM, mortalidad en UCI. Asimismo se categorizó a los pacientes utilizando escalas validadas (CAM-ICU/RASS/ GCS) como con presencia de delirio y/o coma (cuando el CAM-ICU no era evaluable ya sea por coma estructural o sedación profunda), o sin delirio. Se realizaron comparaciones de factores de riesgo basales y de variables de resultado de acuerdo a la presencia de delirio/coma. Se construyó un modelo de regresión logística múltiple (MRLM) para identificar variables independientes de delirio/coma (variables con $p < 0,20$). Los datos son presentados según su naturaleza. Se consideró significativa una $p < 0,05$ para todas las comparaciones. Programa STATA 14.

Resultados: Ingresaron 273 pacientes, de los cuales 90 (34%) presentaron delirio/coma. En la Tabla 1 se observan las características basales y las variables de resultado comparadas entre los pacientes que desarrollaron y los que no delirio/coma. En el MRLM las variables predictoras de delirio/coma fueron el NAS score:OR 1.16

[IC95% 1.09-1.24], APACHEII OR 1.07 [IC95% 1.02-1.13] y VM: OR 1.04 [IC95% 1.01-1.06], con adecuada calibración y discriminación.

Conclusiones:

- Los pacientes con delirio/coma presentaron una carga de trabajo de acuerdo al NAS significativamente mayor.
- El NAS score se comportó como un predictor independiente del desarrollo de delirio/coma junto con APACHE II y VM.
- El conocimiento de esta mayor carga de trabajo debiera ser de utilidad para optimizar la relación enfermero:paciente.

Variables	Con Delirio/Coma 90 (34%)	Sin Delirio/Coma 183 (67%)	p
Edad, media (± DS)	46 ± 19	46 ± 19	0.91
Género masculino, n (%)	58 (65)	97 (53)	0.06
APACHE II, media (± DS)	19 ± 7	13 ± 7	0.0000
SOFA, mediana [p25-p75]	8 [5-11]	3 [1-6]	0.0000
Pacientes con Glasgow ≤ 8, n (%)	24 (27)	6 (3)	0.000
VM, n (%)	85 (96)	48 (26)	0.0000
Días VM, mediana [p25-p75]	10 [4-32]	6 [4-28]	0.45
Días UCI, mediana [p25-p75]	16 [5-39]	3 [2-7]	0.0000
NAS, mediana [p25-p75]	54 [52-56]	45 [42-51]	0.0000
TISS28, mediana [p25-p75]	34 [27-38]	22 [16-29]	0.0000
Relac. Enf/Pac, media	1/2.3	1/2.3	0.99
Mortalidad UCI, n (%)	55 (63)	18 (9)	0.0000

0387 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL Y STATUS CONVULSIVO FEBRIL SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. A PROPÓSITO DE UN CASO
S GARCIA(1), J CONTI(1), C CIRIACI(1), J ALARCON(1), S CORBAZ(1), M JACOBSEN(1)

(1) Interzonal Especializado Materno Infantil Victorino Tamanti.

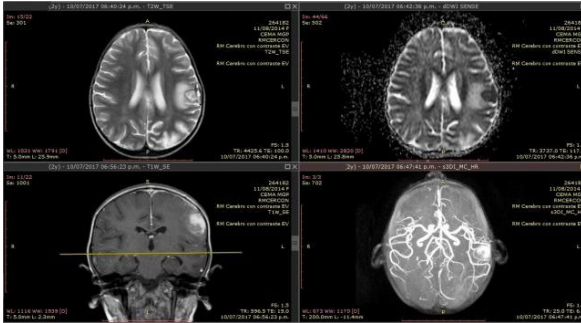
Introducción: El Streptococcus pyogenes es un agente infrecuente de meningoencefalitis (1-3%), aunque su reporte ha aumentado en los últimos años. Las meningitis se producen por extensión por contigüidad desde un foco de infección como otitis, sinusitis o mastoiditis. La trombosis venosa cerebral tiene una incidencia aproximada de 1-40/100.000 niños, siendo la infección del SNC uno de los principales factores de riesgo.

Presentación del caso: Niña de 2 años, que consulta debido a convulsión febril focal (hemicuerpo derecho). Presentaba otalgia derecha con secreción. Horas posteriores presenta status convulsivo febril focal, se inicia protocolo (diazepam, difenilhidantoína, fenobarbital, ácido valproico y dexametasona) que cede tras 45 min. Se realiza punción lumbar (1044 leucocitos/mm³; glucorraquia no dosable, proteinorraquia 4 gr/l, cultivo positivo a S. Pyogenes) y hemocultivos (negativos). Se medica con ceftriaxona 100 mg/kg/día e ingresa a UTIP. Permanece en ARM 4 días por depresión del sensorio. Horas posteriores a extubación se evidencia hemiparesia braquiocrural derecha por lo que se realiza TAC (imágenes temporo parietales izquierdas y occipitales compatibles con isquemia versus inflamación), y posterior RNM (imagen en corteza prerrolándica izquierda compatible con trombosis venosa versus necrosis lícuefactiva). EEG: normal. Cumple 40 días de antibioticoterapia debido a RMN con imagen que no permitía descartar colección infecciosa. Evolución favorable.

Discusión: La trombosis venosa cerebral puede ocurrir como complicación de una infección del sistema nervioso central o infecciones pericraneales; en tanto que el status convulsivo febril puede ser secundario a infección del sistema nervioso como así también secundario a convulsiones febriles. Es mandatorio la realización de imágenes de sistema nervioso central, que permitan evaluar parénquima cerebral y arribar a un diagnóstico. Los diagnósticos diferenciales son complejos debiendo considerar trombosis secun-

daria a evento infeccioso, isquémico y/o hemorrágico. La correcta aplicación de protocolos tratamiento de status convulsivo y la cobertura antibiótica en sistema nervioso central disminuyen la morbimortalidad.

Conclusión: La meningoencefalitis por *S. pyogenes* y su complicación con trombosis es infrecuente, se trata de una entidad con alta tasa de morbimortalidad por lo cual se debe tener alta sospecha ante status convulsivo y factores de riesgo. Es de vital importancia el diagnóstico y tratamiento temprano y adecuado.



0388 EL EMBARAZO COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA INFECCIONES POR GERMESES OPORTUNISTAS. REPORTE DE UN CASO

E BARROZO(1), N BLINT(1), M CHACON(1), A ESCODA(1), J GRUCCI(1), L NOVATI(1), J NUÑEZ(1), G SORIA(1), G BONGIORNI(2), F GOVEDIC(2)

(1) Maternidad Provincial Teresita Baigorria. (2) Sanatorio Allende.

Introducción: En la preñez se modula la respuesta inmunológica para sostener el embarazo. Presentamos el caso de una paciente embarazada no HIV con diagnóstico incidental de criptococosis diseminada.

Presentación del caso: Paciente de 21 años embarazada EG 30.5. Antecedentes: Tabaquista, ITU, litiasis renal, broncoespasmo, anemia, gastropatía, habitante de un asentamiento. Consulta 31/12 por Fiebre, cefalea, disnea y dolor torácico. Hace diez días atrás sintomatología digestiva y dolor torácico que se autolimitó. Al examen BEAB y fiebre. Se interna. Laboratorio: GB 15.800/PCR 48. Serologías: HIV, VDRL, Chagas, VHB y toxoplasmosis no reactivas. Se toma urocultivo.

Evoluciona con cefalea, epigastralgia, vómitos y tos seca. RX torax: infiltrado intersticial. PCR 96. Inicia Maduración Fetal pulmonar. Intercede con fauces eritematosas, diarrea y cólico abdominal. Cultivos negativos. Sospecha de NAC atípica. Se solicita serología: micoplasma, clamidia y Leptospira. Inicia ampicilina-sulbatam + claritromicina.

06/01 UTI por Insuficiencia respiratoria. Rales secos con progresión radiológica. Inicia oseltamivir y VNI. Tos con secreción mucopurulenta (Flora habitual, BARR neg). GB 17.300/HTO26%/ PCR 192. A las 72 hs. condensación en base dcha.

10/01. Febril con derrame pleural. Se cultiva (negativos) GB14.500. Dolor pleurítico intenso y esputo hemoptoico. PAFI 186. Probable Leptospiriosis (IGM+) Se finaliza embarazo por cesárea. RN sano 1830 g (EG 33).

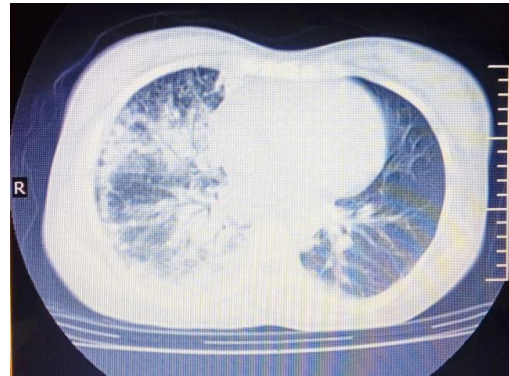
Febril persistente. Se recultiva. TC torax. Sospecha hemorragia alveolar vs sobreinfección. Antibióticoterapia: PTZ+Claritromicina. VNI semipermanente. Se deriva por falta de complejidad.

Inicia Imipenem/Vancomicina. NAC por micoplasma (IgM+) NIH por acinetobacter spp. Se descarta Leptospira. Ante la falta de mejoría se realiza BAL: criptococo N. Sme. Meningeo con LCR (+). Se trata con Anfotericina B. En San Luis finaliza terapéutica sufriendo recaída en SNC.

Discusión: El 80-90% de las criptococosis ocurren en pacientes con SIDA. Este caso presentó una Neumonía atípica de sintomatología

persistente con hallazgo de criptococosis diseminada en una paciente puerpera no HIV. Existen pocos casos publicados. Esta asociación nunca antes fue reportada en Argentina.

Conclusión: El embarazo esta asociado a un estado de inmunomodulación. Creemos que la preñez podría actuar como factor de riesgo para este microorganismo.



0389 INJURIA TERMICA ASOCIADA A EJERCICIO INTENSO

A YESICA(1), Y FERNANDEZ(1), Y CASTRO(1), R PONS(1), C SALGUERO(1), C SCARIOT(1), L CASTRO(1), J ARROYO(1)

(1) Enrique Vera Barros.

Introducción: La enfermedad por calor causa la muerte en atletas jóvenes cada año, a pesar de los esfuerzos de prevención. La morbimortalidad de esta patología está directamente relacionados con la duración de la elevación de la temperatura corporal. Reconocerla rápidamente y tratarla agresivamente es la clave en el manejo.

Presentación del caso: En un análisis retrospectivo se observa que 70 personas estuvieron sometidas a ejercicio intenso, a altas temperaturas ambientales con inadecuada reposición de líquidos, de ellas, 30 (42.8%) presentaron síntomas de enfermedad por calor requirieron atención médica en servicio de emergencias y 17 (24,3%) jóvenes fueron internados, 10 (14,3%) en Sala general y 7 (10%) en UTI ya que presentaban Lesión renal Aguda acompañada de rabdomiólisis (con aumento severo de CPK), 5 pacientes respondieron favorablemente al tratamiento con fluidos, dos con fallo hemodinámico, 1 con necesidad de HDL de urgencia y persistencia del fallo renal, y otro con fallo multiorgánico por injuria térmica. Se presenta masculino de 18 años de edad sin antecedentes, con shock hemodinámico y requerimiento de drogas vasoactivas, deshidratación severa, alteración del estado de conciencia, en asistencia ventilatoria mecánica. Se extrae muestra de sangre que muestra hematocrito de 54%, hemoglobina de 18 g/dl, plaquetas 37000, glucemia 146 mg/dl, urea 64 mg/dl, creatinina 3.19 mg/dl, Sodio 156

mEq/l, Potasio 2.8 mEq/l, Cloro 120 mEq/l, Calcio total 2.8, Fosforo 1., Magnesio 2,4, CPK 18814. Tiempo de Protrombina 25%, KPTT 47 segundos, RIN 4.8. Las primeras 12hs de internación presenta hipertermia de 41°C, se inicia enfriamiento externo con hielo, episodios de hipoglucemia, mioclonías, coagulopatía hemorragia digestiva, al 3er día de internación presenta SDRa requiriendo bloqueo neuromuscular y decúbito prono, sin respuesta a las maniobras de soporte vital, falleciendo al 5 día de internación.

Discusión: La injuria térmica, secundaria a ejercicio intenso lleva a un estado de respuesta inflamatoria sistémica con complicaciones como rhabdmiolisis, IRA, convulsiones, CID, insuficiencia hepática aguda.

El tratamiento incluye medidas físicas de enfriamiento agresivas, reposición de fluidos, correcciones hidroelectrolíticas, tratamiento de las complicaciones, aun así, la mortalidad es elevada, por lo cual la prevención continua siendo la intervención mas efectiva.

0390 PARTICIPACIÓN DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN EL MANEJO ADECUADO DE LA SEDACIÓN Y ANALGESIA EN LA UCI

G VECCHIO(1), S GIANNASI(1), F CARINI(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: Una inadecuada sedación y analgesia aumentan la incidencia de delirium, de días de VM e internación, y la mortalidad de los pacientes críticos. La implementación de protocolos que incluyan una selección adecuada de fármacos y sus dosis es fundamental para prevenir estas complicaciones.

Existen referencias sobre las ventajas que brinda el trabajo interdisciplinario entre médicos y farmacéuticos clínicos respecto a analgesia y sedación en UCI, en Argentina este trabajo no está suficientemente difundido.

Objetivos: Presentar las actividades llevadas a cabo por el farmacéutico clínico de una UCI que impactan en el mejor manejo de la sedación y analgesia

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo. En el periodo de los 12 meses del año 2017 se evaluaron los siguientes indicadores:

- Educación al personal: participación en ateneos y difusión de boletines informativos.
- Gestión de fármacos: unidades dispensadas sin quiebres de stock de fármacos incluidos en el protocolo de sedación.
- Detección de errores de prescripción: intervenciones farmacéuticas realizadas sobre fármacos sedantes y analgésicos.

Resultados: Como actividades educación al personal se confeccionaron tablas con las diluciones standard y velocidades máximas de las drogas usadas, se realizaron ateneos y talleres y se confeccionaron dos boletines informativos.

Respecto a la gestión de fármacos se dispensaron en forma controlada: 4478 dosis de remifentanilo, 5533 de propofol, de 805 midazolam, 4138 de dexmedetomidina. No se reportaron problemas del circuito interno de abastecimiento y hubo 2 faltas de proveedores resueltas

Respecto a la detección de errores de prescripción, detectamos 132 cuasi errores (en remifentanilo, midazolam, propofol, dexmedetomidina, morfina), 4 omisiones de fármacos, 74 indicaciones de velocidad máxima de infusión incorrecta o faltante; 8 contraindicación, 19 errores por duplicidad terapéutica, 20 diluciones inapropiadas y 5 omisiones de monitoreo.

Conclusión: El presente trabajo expone de qué modo las actividades farmacéuticas tuvieron impacto en un mejor manejo de sedación y analgesia en una UCI. Recalcamos la importancia de documentar y difundir el trabajo interdisciplinario en este caso puesto a mejorar la sedación y analgesia del paciente crítico.

0391 VALIDACION DE LA ESCALA DE RASS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

M VELAZQUEZ(1), M DEBARELLI(2)
(1) Hospital Provincial. (2) Provincial.

Introducción: La mayoría de los pacientes en UCIP, sienten dolor, miedo y ansiedad. El alivio del dolor es esencial y la sedación es fundamental para lograr el confort del niño y así evitar el retraso en la recuperación. La escala de COMFORT ha sido diseñada para evaluar disconfort en la UCIP. La escala de RAss es una escala utilizada para determinar nivel de sedación en adultos. Esta escala tiene la ventaja de ser una herramienta de fácil recordar y practica, por lo que favorece su adherencia por todo el equipo de salud. Es por eso que elegimos dicha escala para evaluar el nivel de confort de nuestros pacientes pediátricos conectados a Ventilación Mecánica.

Objetivo: Validar la escala de RASS como herramienta de evaluación de confort en los niños críticos no comunicativos sometidos a ventilación mecánica.

Material y métodos: Se trato de un estudio observacional, prospectivo que se llevo a cabo en un hospital de segundo nivel, en Unidad de Terapia Infantil con 6 camas. Se realizo la observacion independiente y simultanea de los niños por el jefe de enfermeria y el medico de planta. Se completo el score de COMFORT y escala de RASS. El regimen de sedacion no fue alterado para el objetivo del estudio.

Resultados: Se realizaron 60 observaciones en 36 pacientes, de un mes a 70 meses. El 88.9 % de los niños presentaban enfermedad respiratoria como motivo de su vinculacion a ARM. Pudo observarse una fuerte correlacion entre ambas escalas en cuanto al puntaje de medicion(correlacion de Spearman 0.766, p<0.001). El acuerdo entre enfermeria y el medico fue muy buena (correlacion de Spearman 0.91, p<0.001).

Conclusión: La escala de RASS es una herramienta util para la evaluacion de confort en pacientes pediátricos sometidos a ventilacion mecánica.

0392 EVALUACIÓN DEL EFECTO DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO Y CRITERIOS DE VENTILACIÓN EN POSICIÓN PRONA

M ESPERATTI(1), MAR DEL PLATA, G PERAITA(3), M ESPERATTI(3), N FUENTES(3), ME GONZALEZ(3), EM CORZO(3)
(1) Hospital Privado De Comunidad. (2) Mar Del Plata. (3) Hospital Privado De Comunidad Mar Del Plata.

Introducción: La ventilación en posición prona (VPP) mostró beneficios en pacientes con SDRa y una PaO₂/FiO₂ menor a 150. Las maniobras de reclutamiento alveolar (MRA) pueden atenuar la lesión pulmonar inducida por la ventilación, sin embargo al mejorar la oxigenación podrían modificar el criterio para iniciar la VPP si se realizan precozmente.

Objetivos: Evaluar los efectos de una MRA en pacientes con SDRa y criterios de VPP con foco en los cambios de la oxigenación.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional. Dieciséis pacientes con diagnóstico de SDRa y criterios de VPP (criterios y manejo inicial de acuerdo al estudio PROSEVA) fueron sometidos a una MRA antes de ser pronados [objetivo de presión pico: 50-60 cm/H₂O; titulación de PEEP decreciente de acuerdo a compliance estática (Cs)]. Fueron evaluadas variables gasométricas y mecánica respiratoria basales, post MRA y post VPP. Desenlace primario: cambio en el nivel de PaO₂/FiO₂ pre-post MRA. Desenlaces secundarios: cambios en el intercambio de gases pre-post VPP, cambios en la mecánica pulmonar, (pre-post MRA y VPP), días libre de la VM, mortalidad intrahospitalaria. Se realizó estadística descriptiva de la población incluida y se compararon las variables gasométricas y mecánicas con test de Mc Nemar para datos apareados.

Resultados: De 16 pacientes incluidos 13 completaron la manobra de reclutamiento y fueron incluidos en el análisis. Edad 69(57-

77), APACHE II 18(15-28), SOFA 8(6-11). La causa más frecuente de SDRA fue neumonía (n=12). Los valores basales, post-MRA y post-VPP fueron: PaO₂/FiO₂ 137(117-146), 278(193-447) y 340(227-372) respectivamente, (p=0.002 y 0.003 para las comparaciones basal-postMRA y basal-postVPP, respectivamente), Cs (ml/cmH₂O) 35(22-44), 45(30-51) y 44(29-49) respectivamente (p=0.001 y 0.013 para las comparaciones basal-postMRA y basal-postVPP, respectivamente) y driving pressure (cm H₂O) 13(11-15), 9(8-11) y 9(8-10), respectivamente (p=0.003 para las comparaciones basal-postMRA y basal-postVPP). Los días libre de la VM fueron 14(0-22). Seis pacientes murieron (46%).

Conclusión: La MRA mejora significativamente los parámetros gasométricos y la mecánica respiratoria en pacientes que reúnen criterios para VPP. Los umbrales gasométricos de referencia para considerar a los pacientes tributarios de VPP deberían modificarse (elevarse) si previamente se los ha sometido a una MRA como parte del tratamiento.

0393 INCIDENCIA DE TRAQUEOSTOMIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

MJ BATTISTA(1), P NEIRA(1), E MONTEVERDE(1), V MORGRO(1)

(1) Ricardo Gutierrez.

Introducción: La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una de las principales causas de admisión a unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), y su prolongación está asociada a una variedad de complicaciones. El acortamiento de la misma es una de las principales indicaciones de traqueostomía (TQT). A la fecha no está claro si los pacientes que requerirán TQT para liberación de la VM son diferentes de los que pueden ser extubados exitosamente.

Objetivo: Calcular la frecuencia de realización de TQT en una UCIP y caracterizar la población que requiere este procedimiento.

Métodos: Estudio observacional, monocéntrico, retrospectivo.

Período: 01/17-04/18.

Ámbito: UCIP del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Variables: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, causa de inicio de la VM, presencia de condiciones crónicas complejas (CCC), duración de la VM, presencia de complicaciones, tiempo hasta la TQT, condición al egreso de UCIP.

Criterios de exclusión: TQT previa.

Resultados: Se analizaron datos de 233 pacientes en AVM, 56% de los cuales fueron varones, con una edad de 24 meses (8-85) (mediana, rango intercuartil), una mortalidad cruda de 14.6% y una mortalidad estandarizada de 1.51 (PIM2).

71% de los pacientes fueron extubados exitosamente luego del primer ciclo de AVM.

Se identificaron 51 traqueostomías (21.9% de los ingresos en AVM). El sexo y los motivos de ingreso no mostraron diferencias significativas entre pacientes con y sin TQT. Se encontraron diferencias en (con TQT vs. sin TQT) (1) presencia de CCC: al menos una CCC 84.3% vs. 62.6% (p=0.006), genético 25.5% vs. 5.5% (p<0.001), cardiovascular 17.6% vs. 4.9% (p=0.003) y neuromuscular 23.5% vs. 9.9% (p=0.01); (2) duración de la VM: 18 días (7-39) vs. 4 (2-10), p<0.001, con una proporción de VM prolongada de 46% vs. 7.8% (p<0.001).

La edad impresionó diferente, pero sin diferencia estadísticamente significativa: 14 meses (6-63) vs. 27 (10-91), p=0.06 (Wilcoxon). La mortalidad fue superior en el grupo sin TQT: 17.0% vs. 5.9% (p=0.04).

Conclusiones: La tasa de TQT es significativa en la población analizada, comorbilidades asociadas como CCC y VM prolongada demuestran mayor incidencia al examinar la muestra.

0394 USO DE ECMO ARTERIO-VENOSO EN PACIENTE CON SHOCK DISTRIBUTIVO SECUNDARIO A SÍNDROME DE LEAK CAPILAR IDIOPÁTICO: REPORTE DE CASO.

A MASSO(1), F ORTEGA(1), S DI STEFANO(1), S VENUTI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano Buenos Aires.

Introducción: El síndrome de Leak capilar idiopático es una enfermedad muy poco frecuente y de alta mortalidad, existiendo menos de 500 casos reportados en los últimos 50 Años. Se caracteriza por episodios de shock distributivo sin causa aparente con hipoalbuminemia y hemoconcentración. Actualmente no se conoce tratamiento específico y solo se realizan medidas de sostén hemodinámico. El uso de ECMO veno arterial como soporte hemodinámico en la fase más agresiva de la enfermedad, podría suponer una nueva alternativa para evitar el uso de una excesiva cantidad de fluidos, disminuyendo así una de las complicaciones más frecuentes de la enfermedad.

Caso clínico: Hombre de 42 años, ingresa a la guardia por síndrome confusional, acompañado por fiebre, hipotensión y taquicardia. El laboratorio evidencia: acidosis mixta, insuficiencia renal aguda e hiperlactacidemia. Evoluciona con hipotensión refractaria a líquidos, por lo que inicia soporte vasopresor, asistencia respiratoria mecánica y pase a unidad de terapia intensiva. Ante la hipotensión persistente a pesar del uso de altas dosis de vasopresores y un ETT que informa deterioro severo de la función del ventrículo izquierdo, se decide la colocación de ECMO veno arterial.

En los días subsiguientes, se logra el paulatino descenso de las dosis de vasopresores, hasta la suspensión de los mismos. A la semana de inicio del cuadro, y luego de balance negativo adecuado, se decide continuar con el soporte hemodinámico del ECMO y se procede a la extubación y desvinculación de la ventilación mecánica.

Finalmente, 1 semana luego del inicio del cuadro, y con un nuevo ETT que informa VI conservado, se decide el retiro del ECMO veno arterial, con buena tolerancia.

Discusión: Considerando la severidad del shock y la alta tasa de complicaciones relacionada a la reanimación excesiva con fluidos en esta clase de pacientes, se decidió la utilización de ECMO veno arterial como soporte hemodinámico en la fase más agresiva de la enfermedad.

Conclusión: El uso de ECMO veno arterial como soporte hemodinámico en la fase más agresiva de la enfermedad, podría suponer una nueva alternativa para evitar el uso de una excesiva cantidad de fluidos, disminuyendo así las complicaciones asociadas a esta terapéutica.

0395 TUBO DE ASPIRACION SUBGLOTICA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS NAV EN PACIENTES NEUROCRITICOS

C OTTAVIANI(1)

(1) Español.

Introducción: La neumonía asociada a la VM (NAV) en pacientes con lesión cerebral aguda tanto médica como traumática oscila entre 30% y el 50%.

Objetivos: Evaluar si el uso de Tubos Endotraqueales con aspiración subglótica disminuyen la prevalencia de Infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI) en pacientes neurocríticos ventilados (Traqueobronquitis y/o NAV).

Materiales y metodos: Estudio observacional, retrospectivo realizado en una Terapia Intensiva de Adultos, mixta entre marzo 2014 a enero de 2018.

Desde junio de 2016 se comenzó a indicar la colocación o el recambio de TET con aspiración subglótica continua a todos los pacientes neurocríticos dentro de las 24 a 48 hs del inicio de ARM

Se tuvieron en cuenta para el diagnóstico de NAV los criterios de CPIS y las definiciones de NAV según el CDC.

Los pacientes en estudio fueron comparados con los de un período de 24 meses anterior. (Marzo 2014 a mayo 2016).

Resultados: Durante 44 meses se atendieron 1643 pacientes con criterios de admisión en UTI. El 27,6% o sea 462 pacientes estuvieron en ARM; 507 días ARM 2,6% +/- 2,6. La edad promedio fue del 57,2 años +/- 18,4. La estadía en la misma fue 4,04 días +/- 6,24 con una mortalidad observada del 11,7%. Las NAV fueron el 4,55% de los pacientes en ARM.

De 163 pacientes neurocríticos asistidos en ese tiempo, 29 de ellos utilizaron TET con aspiración subglótica en el periodo de junio 2016 a enero de 2018, de los cuales solo 5 tuvieron ITRI, o sea el 17,24%. Comparado con el grupo control del periodo previo donde 20 pacientes presentaron ITRI sin uso de TAS, o sea el 52,63%, p: 0,01. Con un Odds Ratio de 0,23 (IC 95%, 0,07 a 0,73) y un NNT de 3,32.

Conclusión: Pudo evaluarse que el uso adecuado del TET con aspiración subglótica parecería asociarse a una disminución en la prevalencia de las ITRI en los pacientes neurocríticos ventilados.

0396 GANGRENA PULMONAR A PROPOSITO DE UN CASO

A ORTIZ(1), J ZAPATA(1), G TITUVEN(1), M CUELLO(1), A LUQUETTI(1), MA FLORES MONTES(1), J VOSS(1), M NAHRA(1), J MORENO(1), E CORTEZ(1)
(1) Htal Español De Bs As.

Introducción: La gangrena que afecta el tejido pulmonar suele estar provocada por una infección de microorganismos anaerobios que han accedido al pulmón por aspiración de material contaminado (vómito, cuerpos extraños, etc.). Los síntomas que provoca son dificultad respiratoria, fiebre, dolor torácico. El pronóstico de la enfermedad es grave. El tratamiento consiste en antibioticoterapia y eventualmente en una intervención quirúrgica.

Caso: Masculino 67 años con antecedentes de fibrilación auricular paroxística y diabetes.

Ingresa el 23/08/2017 por neuropatía, tomándose cultivos e iniciando antibióticoterapia con AMS/Claritromicina. Evoluciona con requerimiento de OIT/ARM. Ingresa a UTI.

26/08 se realiza fibrobroncoscopia con muestra para BAL resultando positiva para proteus mirabilis sensible a piperacilina tazobactam. 02/09 shock séptico intratratamiento. TC de tórax muestra imagen consolidativa basal derecha, lóbulos inferiores atelectasicos. Nuevos cultivos con Pseudomona Auriginosa sensible a amikacina/ colistin. Traqueostomía percutánea por weaning dificultoso.

29/12 intercorre con neumotórax espontáneo persistiendo la consolidación basal derecha. Nuevo shock séptico con miniBAL con proteus blee sensible a amikacina. Se realiza decorticación pleural, drenaje de líquido y colocación tubo de avenamiento pleural.

22/01/18 presenta atelectasia masiva de campo pulmonar derecho, se realiza tomografía de tórax con hepatización de parénquima pulmonar derecho. Fibrobroncoscopia con BAL positivo para Proteus mirabilis blee sensible a amikacina.

25/01 Neumonectomía total derecha con muestra bacteriológica con Morganella Morgani sensible a amikacina, Proteus Mirabilis y Pseudomona Auriginosa cumpliendo tratamiento antibiótico con meropenem, amikacina, colistin por sensibilidad.

Anatomía Patológica: daño alveolar difuso en fase organizativa diagnosticándose como gangrena pulmonar.

Actualmente el paciente continúa en UTI con weaning dificultoso en plan de gastrostomía.

Conclusión: Ante la presencia de cuadros pulmonares infecciosos cronicados cuyas complicaciones son frecuentes y pueden ser hemoptisis, pleuresias, neumotórax espontáneo y produciendo déficit del sistema inmunológico, nuestro organismo no es capaz de producir respuesta inflamatoria eficiente.

Se desarrolla así una infección cronicada con alteración del parénquima y de la circulación derivando así en una necrosis caseosa y gangrena. Generándose de esta manera, un foco no pausable de drenaje espontáneo surgiendo la necesidad de drenaje quirúrgico, en este caso de neumonectomía derecha.

La cronicidad de este tipo de infección deriva en la resistencia anti-

biótica del germen rescatado originalmente, en este caso proteus mirabilis.

0397 NEUMONIA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR CHLAMYDIA PNEUMONIAE. REPORTE DE UN CASO

MA FLORES MONTES(1), V AMAYA AKKUY(1), E DI VIRGILIO(1), G PIOVANO(1), A RODRIGUEZ(1), N LISTA(1), C CISNEROS(1), L DE VEDIA(1), R PRIETO(1)
(1) Hospital Muñiz.

Introducción: La neumonía grave adquirida en la comunidad (NGAC) es una entidad muy frecuente en terapia intensiva, fundamentalmente en pacientes con comorbilidades asociadas, aunque los casos ocasionados por gérmenes intracelulares son poco comunes, ya que estos causan generalmente cuadros de severidad leve a moderada. En nuestro medio alrededor solo del 1% del total de las NGAC tienen como agente etiológico a un microorganismo intracelular. Presentamos un caso de NGAC por Chlamydia pneumoniae en un paciente joven.

Caso clínico: Sexo masculino, 35 años, ingresó por fiebre de 72 horas de evolución y disnea progresiva con tos no productiva.

Antecedentes: trabaja de jardinero y refiere haber visto roedores, algunos muertos, en las últimas semanas. Pareja HIV positiva, sin control ni tratamiento. Contacto con pájaros domésticos, de los cuales uno murió recientemente.

Examen físico: lúcido, orientado, T° 38,6°C, FR: 24x', FC: 100x', Sat 88%(FiO2 21%) Buena entrada de aire bilateral, roncus aislados, escasa tos sin expectoración

Laboratorio de ingreso: Hto38%, GB 11800mm3, Plaquetas 243.000 mm3, Creatinina 0.94mg %, Urea 24mg%, Glucemia 116mg%, LDH726 UI/ml, Na/K 131/4.1meq/L, TGO51, TGP52, TP71%, EAB arterial: 7.37/42/72/24/1/93% FiO2 100% PAFI 72 (ARM) SDR

El cuadro se interpreta como NGAC. Al ingreso necesidad de ventilación mecánica inmediata, rápida evolución a shock séptico con necesidad de noradrenalina. Se realiza lavado bronquio alveolar (LBA). Se solicitan serologías para:

Hantavirus, Leptospira MAT, Chlamydia psittaci, Chlamydia trachomatis, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae. Hemocultivos x 2 y Cultivo LBA

Se reciben: test rápido de HIV negativo, Antígeno urinario para neumococo negativo

Se inicia tratamiento empírico: ampicilina/sulbactam+claritromicina+vancomicina.

Evoluciona con SDR que resuelve en 5 días posteriores, y neumonía asociada a respirador por Pseudomona aeruginosa. Se trata con piperacilina-tazobactam, buena evolución. Es extubado al día 12 de internación.

Se reciben serologías a los 14 días todas negativas excepto Chlamydia pneumoniae con títulos día1: 1/1024; día14: 1/4096, confirmando diagnóstico de NGAC por Chlamydia pneumoniae

Discusión/Conclusiones: La Chlamydia pneumoniae no es causa frecuente de NGAC, pero debe ser tenida en cuenta a fin de la elección del tratamiento antimicrobiano empírico. El mismo debe incluir su cobertura mediante el uso de macrólidos (los cuales podrían ejercer también un efecto inmunomodulador) o doxiciclina. Debe considerarse también la solicitud de serologías a fin de establecer el diagnóstico etiológico.

0398 INSUFICIENCIA RENAL DIALÍTICA EN TERAPIA INTENSIVA, EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

G GENOVESE(1), M SALINAS(1), Y GONZALEZ(1), R SANCHEZ(1), D TEDESCO(1), I CHOQUE(1), V AMAYA AKKAUY(1), F MARTINEZ SRNEC(1), G RAMOS(1)
(1) Dupuytren.

Introducción: La insuficiencia renal (IR) es frecuente en pacientes críticos y empeora su pronóstico, quintuplicando la mortalidad hos-

pitalaria. El 5-10% requiere terapia de reemplazo renal (TRR) y el 12-25% de ellos quedan dependientes de diálisis.

Objetivo: Identificar en pacientes críticos los factores asociados a la insuficiencia renal dialítica y su ulterior evolución.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó el registro de pacientes de terapia intensiva (UTI), entre agosto 2014 – abril 2018. Se seleccionaron pacientes con requerimiento de diálisis. Se evaluaron factores de riesgo de falla renal y evolución. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Los pacientes ingresados a UTI fueron 1415 (edad 59.9 ± 22.1 , Apache II 14.4 ± 9.6), fallecieron 205 (14.5%) con estadía promedio 9,9 días ($\pm 17,5$). Tuvieron falla renal con requerimiento de TRR 61 (4,3%), de ellos 26 (42%) tenían IRC, la estadía fue $15,58 (\pm 14,68)$. Los factores asociados a la descompensación renal fueron: sepsis 45 (73,8%), Vancomicina 19 (31%), Colistin 11 (18%), AINEs 7 (11%), contraste 14 (23%). De las infecciones 28 (45%) fueron BGN, con 11 (25%) multirresistentes. Cuatro pacientes no dializaron por adecuación del esfuerzo terapéutico. Fallecieron 29 (50,8%) de los pacientes con TRR. De los 28 sobrevivientes 13 (46%) no requirieron TRR al alta de UTI. Entre fallecidos y sobrevivientes se observó diferencia de: edad $74,24 (\pm 9,6)$ vs $62,1 (\pm 16,5)$, Apache II $26 (\pm 5,8)$ vs $20,92 (\pm 5,5)$, SOFA $9,17 (\pm 3,4)$ vs $7,07 (\pm 2,8)$; $p < 0.05$. El motivo de ingreso a UTI más frecuente en el grupo de sobrevivientes fue insuficiencia renal 60% (17), seguido de sepsis/shock séptico 25% (7), mientras que en los fallecidos fue sepsis/shock séptico 44% (13), seguido de insuficiencia renal 17% (5).

Conclusiones: La mitad de los pacientes con insuficiencia renal dialítica en UTI fallecieron. Estos tenían mayor edad y puntuación de los escores de gravedad al ingreso. La principal causa identificada de falla renal fue la sepsis, principalmente por BGN. De los sobrevivientes menos de la mitad tuvo recuperación de la función renal al alta de UTI.

0399 IMPACTO DE LA SOBRECARGA DE FLUIDOS CON EL DESARROLLO IRA PRECOZ

R GIANNONI(1), EJA ABELLEIRA(1), J ARAYA(1), NE SANCHEZ(1), FF GIANNONI(1), ME MENDOZA(1), JE BARTOLOME(1), PN RUBATTO(2), FD MASEVICIUS(2)

(1) Regional "dr. Ramón Carrillo". (2) Sanatorio Otamendi Y Mirolí.

Objetivos: La sobrecarga de fluidos (SF) es considerado un factor pronóstico desfavorable en la evolución de los pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA). Sin embargo, la utilidad de los balances de fluidos y su capacidad predictiva en el desarrollo de IRA precoz aún no ha sido lo suficientemente estudiado. Los objetivos de nuestro estudio fueron detectar el desarrollo de IRA precoz, evaluar la asociación independiente de la SF y su capacidad predictiva con el desarrollo de IRA

Material y método: Se estudiaron prospectivamente durante las primeras 48 hs. a todos los pacientes ingresados a UTI desde el 02/2018 al 05/2018.

Se definió IRA precoz como el incremento del creatinina sérica $\geq 0,3\text{mg/dl}$ con respecto al valor de ingreso hasta las 48hs y se consideró SF>10% al incremento >10% del peso corporal durante las primeras 48hs de la admisión con respecto al peso inicial. Los pacientes fueron agrupados en grupo SF<10%, grupo SF>10%. Se registraron datos epidemiológicos y antropométricos, scores de gravedad y comorbilidad, balances hasta las 48hs. Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal crónica. Se realizó análisis uni y multivariado y se establecieron intervalos de confianza y se consideró $p < 0.05$ como significativa.

Resultados: Fueron incluidos 106 pacientes. Desarrollaron IRA precoz el 43% (46).

	SF<10%	SF>10%	p
n° (%)	70 (66)	36 (34)	-
Edad	35±16	45±19	0,0001*
Talla (cm)	167±10	168±7	0,6
Peso Real (kg)	75±13	79±12	0,1
Balance 48hs (ml)	-2043±1900	3492±1975	0,001*
SAPS 2	40±18	63±17	0,001*
Charlson	1,4(0-2.4)	1,5 (0-3)	0,09
Shock	30 (43)	28 (77)	0,001*
AVM	37 (53)	30 (83)	0,001*
Diálisis (%)	4 (6)	13 (36)	0,001*
IRA	18 (26)	28 (77)	0,001*
Mortalidad (%)	7 (10)	21 (58)	0,002*

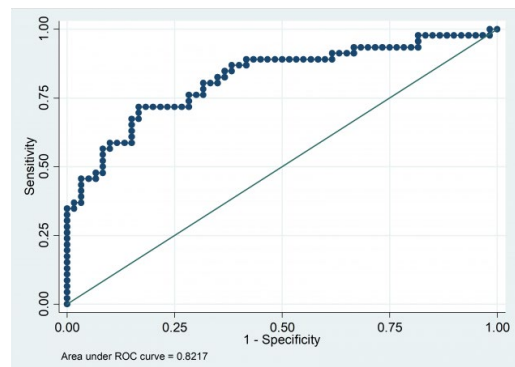
Análisis univariado de la asociación entre SF > 10% e IRA fue: OR 10.1, IC95%(3.9-26), $p < 0.001$.

Análisis multivariado

IRA	Odds Ratio	p	(IC 95%)
SF> 10%	6.6	0.001	2.2 - 19.8
EDAD	1.03	0.02	1.0 - 1.07
SHOCK	2.54	0.11	0.8 - 8.02
AVM	0.54	0.38	0.13 - 2.12
SAPS 2	1.01	0.46	0.97 - 1.04

La curva ROC (0.82) muestra que el modelo de regresión multivariado permite discriminar bien entre los que van a desarrollar IRA precoz. (grafico de AUCROC adjuntado en imagen)

Conclusión: Los resultados de nuestro estudio demuestran que la SF>10% se asocia al desarrollo de IRA precoz. Dicha asociación de mantiene de manera independiente de la gravedad de los pacientes, incrementando más de 6 veces el riesgo de desarrollar IRA, permitiendo discriminar de manera adecuada el desarrollo de IRA precoz.



0400 SHOCK TÓXICO POR ESTREPTOCOCCO PYOGENES. A PROPOSITO DE UN CASO

E ANTONI(1), C MARTINEZ(1), J LOPEZ(1), E BAITAJ(1), S CARRERÑO(1), M FERREYRA(1)

(1) Hospital Italiano De San Justo.

Introducción: El síndrome del shock tóxico por Estreptococo en una entidad clínica caracterizada por shock y falla multiorgánica en asociación con aislamiento de Estreptococo pyogenes en un sitio del organismo habitualmente estéril. La producción por parte del

germen de exotoxinas y superantígenos desencadenan una abrumadora respuesta inflamatoria sistémica que es la responsable de las manifestaciones clínicas.

Caso Clínico: Paciente de 14 años, previamente sana, cursando angina por *Streptococo pyogenes*, ingresa febril, con desorientación temporoespacial, sin foco motor ni meníngeo, tomografía de cerebro de ingreso normal, punción lumbar con líquido cefalorraquídeo con hiperproteínorraquia y pleocitosis. Evolucionó con cuadro de shock tóxico con falla multiorgánica. Recibió antibioticoterapia precoz, sostén ventilatorio y hemodinámico. Presentó lesiones compatibles con embolias sépticas en miembros inferiores. Hemocultivos positivos para *Streptococo pyogenes*. No se encontraron colecciones adyacentes a la faringe. Como complicación presentó infarto maligno en territorio de arteria cerebral media izquierda que requirió craniectomía descompresiva y tratamiento neurocrítico, posteriormente se documentó endocarditis en valva posterior de válvula mitral. Cumplió tratamiento antibiótico y rehabilitación neurológica.

Discusión: Generalmente el Shock Tóxico se presenta complicando infecciones invasivas por *Streptococo pyogenes*. En forma menos habitual lo hacen a partir de un foco faríngeo. Nuestra paciente presentó una puerta de entrada poco habitual, con una evolución tórpida y, un alto grado de secuela pese al tratamiento precoz.

Conclusión: El Shock Tóxico por *Streptococo pyogenes* requiere un alto índice de sospecha aún en casos en los que no se encuentre una puerta de entrada en piel y partes blandas.

0401 ANÁLISIS DE COSTOS Y RESULTADOS LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA EN PACIENTES EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

N PIRES(1)

(1) Sanatorio Parque.

Se han postulado varios beneficios de la implementación de protocolos de sedación con drogas no benzodiazepínicas, sin embargo; no se ha analizado el impacto en términos económicos. Esto puede representar una dificultad significativa a nivel de gestión.

Los objetivos fueron comparar los resultados y costos totales de sedación por medio del punto final combinado: mortalidad, estadía prolongada en terapia o ventilación mecánica prolongada.

Materiales y métodos: Se diseñó un protocolo de sedación basado en mantener el nivel mínimo de sedación según la enfermedad del paciente. Se utilizaron propofol y fentanilo para sedación profunda, y fentanilo o fentanilo más dexmedetomidina para sedación superficial. Las drogas utilizadas antes de la implementación del protocolo fueron midazolam y fentanilo.

Se incluyeron todos los pacientes que requirieran asistencia respiratoria mecánica y sedación por un período de tres meses antes y luego de la implementación del protocolo. Las variables registradas fueron sexo, edad, diagnóstico, antecedentes, APACHE 2, esquema de sedación utilizado, días de ventilación mecánica, estadía en cuidados críticos, mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, 45 antes y 33 luego de la implementación del protocolo. La mediana de edad fue de 69 años, con un percentilo 25- 75 entre 60 y 75 años. La mediana de Apache II fue de 23, con un percentilo 25 -75 que variaba de 18-27. Respecto a los días de ventilación mecánica la mediana fue de 4 días con percentilos 25-75 de 2 a 7 días. La estadía en terapia intensiva osciló entre 3 y 11 días con una mediana de 6 días. La mortalidad fue de 24 pacientes en el grupo sin protocolo y 22 en el grupo con protocolo. Luego de un análisis multivariado ninguna variable se asoció en forma independiente al punto final primario.

El protocolo reduce el 75 % del punto final de muerte, estadía en UTI y ARM ($p=0,03$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los costos ($p=0,5$) ni en la tasa de delirio ($p=0,3$).

Conclusiones: A partir de la implementación del protocolo se redujo en un 75% el punto final muerte, estadía en cuidados críticos

y días de ventilación mecánica y no se incrementaron los costos de sedación.

0402 PROGRAMACIÓN DEL VT EN CANINOS: SE PUEDEN EXTRAPOLAR DATOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN HUMANOS?

P DONATI(2), G PLOTNIKOW(1), G BENAVIDEZ(2)

(1) Anchorena. (2) Ucicoop.

Introducción: Las recomendaciones sobre el volumen corriente (Vt) a programar en caninos sanos ventilados mecánicamente es muy amplia (10 a 20 ml/kg). Siguiendo las recomendaciones de la ventilación mecánica (VM) en seres humanos con síndrome de distrés respiratorio agudo, en donde la evidencia es muy robusta, se suele recomendar el empleo de bajo Vt en caninos con patología pulmonar severa. El objetivo del presente trabajo es describir y comparar el Vt utilizado en caninos ventilados mecánicamente con valores adecuados de PaCO₂ y driving pressure (DP) bajo diferentes condiciones médicas.

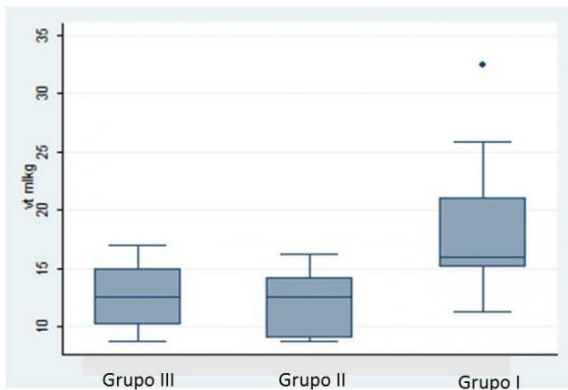
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal. Se evaluaron en forma retrospectiva los caninos ingresados a la clínica durante el período abril 2017 hasta febrero 2018 con requerimiento de ventilación mecánica (VM) y registro de datos de monitoreo ventilatorio (Vt, DP, PCO₂ arterial). Se utilizaron también registros de caninos sanos que fueron ventilados mecánicamente durante la anestesia. Para el análisis de los datos se estratificó la muestra en 3 grupos:

Caninos sanos (Grupo I), caninos críticamente enfermos que requirieron VM por motivos extra-pulmonar (Grupo II), caninos críticamente enfermos que requirieron VM por patología pulmonar (Grupo III). Las comparaciones entre dos grupos se realizaron con el Wilcoxon Rank Sum test. Las comparaciones entre más de dos grupos se realizaron con el test de Kruskal Wallis.

Resultados: La mediana de Vt utilizado en cada grupo fue de 16 ml/kg (Rango intercuartil: 15,14-21) para el Grupo I; 12,59 ml/kg (Rango intercuartil: 9-14,25) para el Grupo II, y 12,59 ml/kg (Rango intercuartil: 10,15-14,96) para el Grupo III. El Vt utilizado fue significativamente menor en los grupos II y III en relación al grupo I ($P=0.0153$). La compliance toraco-pulmonar fue significativamente mayor en el grupo I en relación al grupo II y III ($p=0.0314$). No se encontraron diferencias significativas en la mediana de DP entre los grupos (DP grupo I: 9 cmH₂O, grupo II: 11 cmH₂O, grupo III: 10 cmH₂O) ($P=0.2648$).

Conclusiones: Los grupos de caninos críticamente enfermos que requirieron VM recibieron un Vt significativamente menor que el grupo de caninos sanos, pero con un rango de valores marcadamente mayores que los 6 ml/kg recomendados en la actualidad en medicina humana.

Variable	Grupo 3 Pulm enfermo N:11	Grupo 2 Grupo enfermo pulmon N:7	Grupo 1 Sanos N:10	P
Edad (años)	10(4-13)	10(8-12)	4(3-5)	0.0294
Peso (Kilogramos)	20(9-40)	40(6-40)	10(7-20)	0.0133
Vt (ml/kg)	12.59(10.15-14.96)	12.59(9-14.25)	16(15.14-21)	0.0156
Dp (cmH2O)	10(9-11)	11(8-12)	9(8-10)	0.2648
Peep (cmH2O)	2(0-3)	2(0-3)	0(0-4)	0.0719
Fr (ciclos/minuto)	19(15-22.5)	20(17-25)	15(15-15)	0.0268
Vol min (ml/kg/minuto)	224.4(213.75-333.3)	214.07(205-292.5)	240(227.14-315)	0.5381
Compli (ml/cmH2O/kg)	1.27(1.04-1.58)	1.21(0.86-1.58)	2.12(1.51-2.35)	0.0314
Pco2 (mmHg)	33.9(33.6-43)	35(33-43)	34.1(31.3-39.1)	0.6759



0403 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UTI DE PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

D OVALLE, D VARELA(1), F KLEIN(1)
(1) Fundación Favalaro.

Introducción: El trasplante de órganos se ha convertido en una opción terapéutica que salva vidas a miles de pacientes con afecciones que antes eran fatales. Novedosas técnicas quirúrgicas y el advenimiento de nuevos fármacos inmunosupresores lograron mejorar los resultados. El curso clínico posterior al trasplante se asocia frecuentemente a complicaciones neurológicas las que pueden aparecer inmediatamente, después del procedimiento quirúrgico, o después meses o años, afectando la supervivencia y calidad de vida de los receptores de trasplante.

Objetivo: Determinar la incidencia de las complicaciones neurológicas y las características clínicas de los pacientes con trasplantes de órgano sólido internados en UTI.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con trasplantes de órganos sólidos (cardíaco, hepático, renal, pulmonar, intestinal y combinados) ingresados en UTI desde Julio de 2015 a noviembre de 2017 y que presentaron alguna complicación neurológica aguda (stroke isquémico, stroke hemorrágico, convulsiones, neoplasias, infecciones del SNC y otras). Se caracterizaron dos grupos: Grupo 1 (G.1): complicaciones neurológicas en el postoperatorio de trasplante (desde el trasplante hasta el alta) y Grupo 2(G.2): complicaciones neurológicas alejadas (desde el alta del trasplante en adelante). Se analizaron las siguientes variables: Edad, sexo, scores de gravedad (Apache II y SAPS II), estancia en UTI, mortalidad, requerimiento de ARM, uso de vasopresores, incidencia de infecciones, injuria renal aguda y tipo de complicación neurológica. Los datos cuantitativos se presentan como media y desvío estándar y los datos cualitativos como porcentaje y frecuencia.

Resultados: Se internaron 348 pacientes, de los cuales el 15.1 % (58) presentó alguna complicación neurológica. Ver Tabla 1 y Tabla 2.

Conclusiones: Las complicaciones neurológicas observadas con mayor frecuencia fueron convulsiones (74.1 % total, G.1 91.6 % y G.2: 67.3%) y neoplasias (total 10,3 % todas en G.2). Las complicaciones con etiologías más heterogéneas se presentaron en el G.2 con un claro predominio de la etiología convulsiva en el G.1.

TABLA 1

	TOTAL	GRUPO 1	GRUPO 2
n	58	20.7 % (12)	79.3 % (46)
Edad	54(14)	57,5(9,8)	53,1(14,8)
Sexo Masculino	55,1 % (32)	66,7 % (8)	52,2 % (24)
APACHE II	14,6(8,3)	22(6,5)	14,6 (8,6)
SAPS II	28,2(18,8)	39,7(16)	28,2(18,6)
Estadía en UTI	13,3 (13,8)	21,5(13,2)	11,2(13,2)
Mortalidad	20,7 % (12)	16,7 % (2)	21,74 % (10)
ARM	50 % (29)	100 % (12)	36,9 % (17)
Vasopresores	37,9 % (22)	75 % (9)	28,2 % (13)
Infecciones	36,2 % (21)	58,3 % (7)	30,4 % (14)
Injuria renal aguda	15,5 % (9)	25 % (3)	13 % (6)

TABLA 2

Complicaciones	TOTALES	GRUPO 1	GRUPO 2
n	58	12	46
Stroke Hemorrágico	5,1 % (3)		6,5 % (3)
Stroke Isquémico	6,8 % (4)		8,6 % (4)
Infecciones del SNC	3,4 % (2)		4,3 % (2)
Neoplasias del SNC	10,3 % (6)		13 % (6)
Convulsiones	74,1 % (43)	91,6 % (11)	67,3 % (31)
Otras	6,9 % (4)	8,3 % (1)	6,5 % (3)

0405 REPORTE DE UN CASO: ENDOCARDITIS POR CÁNDIDA

N QUETGLAS(1), M PADILLA(1), M JAUREGIBERRY(1), B FRANCO(1), D JUÁREZ(1), A PAGLIA(1), G ZUNA(1), A PASARELLI(1), AL GONZÁLEZ(1), M LARES(1)
(1) San Martín De La Plata.

Presentación del caso: Paciente sexo femenino, 73 años, ingresa a UTI el 18/10/2017, en postoperatorio de exéresis incompleta de meningioma invasor. Ingresó hemodinámicamente estable, bajo sedo-analgésia en ventilación mecánica (VM), con catéter venoso central. A las 24 hs se constata Glasgow (GSG) 10/15, midriasis izquierda (afectación del III par craneal) y hemiparesia derecha. TC de encéfalo: edema cerebral. Inicia corticoides sin mejoría de GCS ni posibilidad de desvincular de VM.

Intercurre en el primer mes con bacteriemias primarias por Klebsiella BLEE (betalactamas con espectro extendido) y Escherichia Coli BLEE tratadas con Meropenem, e infección asociada a catéter por Klebsiella carbapenemasa (KPC), tratada con amikacina y fosfomicina.

Posteriormente presenta sepsis por catéter por Cándida Albicans. Inicia fluconazol. Screening para Cándida: ecografía abdominal: sin impactos, ecografía/vasos del cuello: normal, fondo de ojo(FO): exudados blandos con hemorragia central puntiforme.

Por persistencia de lesiones(FO), se rota esquema de fluconazol a caspofungina. A los 10 días de tratamiento se realiza nuevo FO con resolución de lesiones.

En HC de control crecen 2/2 Cándida Albicans. Ecocardiograma torácico (ETT): vegetación en válvula aórtica(4 mm) con insuficiencia aórtica leve y en nuevo doppler de vasos: trombosis femoral profunda derecha. Inicia anticoagulación. Caspofungina se aumenta a 100 mg/día.

Se plantea resolución quirúrgica de la endocarditis no pudiendo realizarse por condición clínica de la paciente (crecimiento tumoral y deterioro neurológico).

Evoluciona con negativización de HC para cándida y nuevo ETT sin la vegetación con mejoría de insuficiencia aórtica.

Posteriormente empeora GCS por progresión de enfermedad de base decidiéndose limitación del esfuerzo terapéutico, falleciendo el 06/02/2018.

Discusión: La endocarditis fúngica es una entidad poco frecuente (2% del total). Es más frecuente en portadores de válvulas protésicas. Los factores de riesgo son nutrición parenteral, inmunosupresión, tratamientos antibióticos de amplio espectro y adición a drogas endovenosas, entre otros. Cándida Albicans y Aspergillus son los causales más frecuentes. Debido a su agresividad y complicaciones graves el tratamiento es quirúrgico.

Conclusión: Pese a la indicación, en este caso reportado el tratamiento quirúrgico no fue viable; sin embargo con tratamiento médico se observó negativización de los hemocultivos y desaparición de las lesiones en el ecocardiograma y FO.

0407 BACTERIEMIAS POR KLEBSIELLA EN UTI. COMPARACIÓN ENTRE CEPAS PRODUCTORAS Y NO PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS

R DIAZ GRANADOS MENDOZA(1), L AGUIRRE(1), D VARELA(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1)
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: Las bacteriemias por agentes del género *Klebsiella* constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad en pacientes críticos.

Objetivo: Comparar las características clínicas terapéuticas y de evolución de pacientes críticos con bacteriemias por *Klebsiella* productoras de carbapenemasa (KPC) y aquellas sin esta característica fenotípica (NO KPC).

Materiales y métodos: Se analizó en forma retrospectiva, en una base de datos de pacientes admitidos en terapia intensiva desde julio de 2015 a noviembre de 2017 a aquellos que desarrollaron bacteriemia por agentes del género *Klebsiella* y se determinó la producción de carbapenemasa para constituir las 2 poblaciones en estudio.

Se analizó la estadía y mortalidad en UTI, APACHE II, SAPS II, SOFA, requerimientos y días de ARM, necesidad de vasopresores, presencia de fallo renal, necesidad de terapias de reemplazo renal, días de catéteres, categorías de ingreso clínico o quirúrgico, el foco de bacteriemia (respiratorio, urinario, abdominal, endovascular, partes blandas) y requerimientos transfusionales.

Resultados: De una muestra de 72 pacientes con bacteriemias por *Klebsiella*, 25 fueron por KPC y 47 por NO KPC.

La muestra de pacientes con bacteriemias por KPC presentó una asociación estadísticamente significativa con scores de severidad APACHE II (24,5 vs 17,9 p: <0,005), SAPS II (42,5 vs 31,9 p: <0,0005) y SOFA (12,7 vs 7,8 p: <0,0005) mas elevados así como también en relación con los requerimientos de terapias de reemplazo renal (81% vs 35% p: 0,02), foco abdominal como fuente de la bacteriemia (48% vs 14%, p:0,006) y mayor media de transfusiones de glóbulos rojos (8,9 vs 4, p: <0,0005) en relación a la muestra NO KPC. No se encontró diferencia en relación al resto de las variables analizadas.

Conclusiones: Se observó en pacientes con bacteriemias por KPC mayores scores de severidad, mayores requerimientos de terapias de reemplazo renal, foco abdominal como fuente de bacteriemia y mas transfusiones de glóbulos rojos con respecto a los pacientes con bacteriemias NO KPC.

0408 FALLA HEPATICA FULMINANTE POR ESTEATOSIS GRAVIDICA REPORTE DE UN CASO

A VAQUERA(1), MJ REBERENDO(1), D FAURA(1), K VILLEGAS(1), P LUCERO(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Es una entidad poco frecuente del tercer trimestre, cuya etiopatogenia está relacionada con un defecto en la oxidación de ácidos grasos.

Su prevalencia es de 1/8.000-16.000 nacimientos. Suele asociarse a embarazos gemelares, gestantes con fetos varones y primigestas. El tratamiento es la finalización del embarazo pero, puede evolucionar a falla hepática con requerimiento de trasplante hepático.

Presentación del caso: Femenina de 40 años, primigesta, cursando embarazo gemelar de 34 semanas, inicia cuadro con náuseas, vómitos y dolor abdominal consulta a otro centro, y por elevación de enzimas hepáticas, insuficiencia renal y plaquetopenia se decide cesárea de urgencia, evoluciona con encefalopatía grado 1 se decide traslado a nuestro centro.

Ingresó con encefalopatía grado 2.

Laboratorio: TP 27% RIN: 2 Creatinina: 3,48mg/dl Urea 80mg/dl Glucemia 80mg/dl GOT109U/l TGP 94U/l Bilirrubina 13.4 mg/dl, ecografía abdominal con hallazgos de esteatosis hepática.

Progresó con encefalopatía hepática grado 3 y falla multiorgánica,

requirió intubación, hemodiálisis, y trasplante hepático con resolución de fallas orgánicas pasa a sala general.

Discusión: Los síntomas iniciales son inespecíficos. Pese a la finalización del embarazo puede tener complicaciones como, hemorragia gastrointestinal, coagulación intravascular diseminada, falla hepática con requerimiento de trasplante.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con preeclampsia, síndrome de HELLP, y colestasis intrahepática.

Conclusión: Es una emergencia obstétrica, el diagnóstico debe ser precoz para poder tomar conductas apropiadas como derivación a centro de complejidad en donde se pueda proporcionar todo el tratamiento de sostén, inclusive el trasplante hepático.

0409 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO POR MIXOMA AURICULAR REPORTE DE UN CASO

P MARTINEZ(1), X PICON(1), J ROQUE RENDON(1), J ECHEVERRIA(1)
(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: El mixoma es un tumor cardíaco primario raro, puede ser sintomático o encontrarse incidentalmente. Los signos y síntomas generalmente están determinados por la ubicación del tumor en el corazón y no por su histopatología.

La evidencia de embolización sistémica está presente en el 29% de los pacientes, y el 20% tiene déficit neurológico.

Caso clínico: Mujer de 57 años con antecedentes de extabaquista, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica estadio IV secundaria a fibrosis retroperitoneal, con hemodiálisis.

Internada en sala por pielonefritis, con tratamiento antibiótico, con requerimiento de colocación de catéter de doble "j" complicada con obstrucción del mismo por coágulos se realiza nefrectomía. En UTI en el postoperatorio (POP) inmediato presenta plejía braquiocrural derecha y deterioro del sensorio, por lo requiere intubación y asistencia respiratoria mecánica, se realiza tomografía de cerebro, sin signos de sangrado, se interpreta el cuadro como accidente cerebrovascular isquémico (ACV), sin posibilidad de tratamiento con trombolíticos. Se realiza ecocardiograma transesofágico (ETE) que evidencia masa de 17 x 12 mm pediculada adherida al techo de la aurícula izquierda, compatible con mixoma auricular, por lo que se inicia tratamiento anticoagulante.

Discusión: Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes, con una incidencia del 0,1%, siendo más frecuente en las mujeres, pero con mayor probabilidad de embolización en los hombres. El infarto cerebral puede presentarse antes que los síntomas obstructivos o constitucionales y continúa siendo la principal manifestación neurológica de estos tumores.

0410 SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE CAUSAS DIVERSAS Y SOBREPUESTAS. SERIE DE CASOS

E MINOLDO, C GALLETTI(1), MJ ARAMBURU(1), L BIELSA(1), F MALDONADO(1), R ALVAREZ VIZZONI(1), J RATERO(1), Y SALDIVAR(1), F IRADES(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES), se describió en 1996 como manifestaciones neurológicas asociadas a edema cerebral posterior hemisférico transitorio. Clínicamente se presenta con cefalea, convulsiones, alteración de conciencia y/o déficit visual. Su etiología no es clara, pero parece estar relacionada con alteración en la autorregulación cerebral y disfunción endotelial. Se asocia a diferentes patologías (hipertensión arterial, eclampsia, falla renal, enfermedades autoinmunes, uso de inmunosupresores, trasplante de órganos). Todos los grupos de edad son susceptibles y es más común en mujeres.

Presentación de la serie: En la tabla adjunta se muestran las principales características de los pacientes que presentaron PRES. En su

■ Resúmenes

mayoría mujeres, en escenarios clínicos diversos y todos evaluados con resonancia magnética (RM) (Fig. 1 a 5).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Edad	31	25	63	27	55	15
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino
Condición asociada	Eclampsia/Hellp	TMO/ciclosporina	Postoperatorio. HTA	IRC en HDL/HTA	Trauma medular/HTA	Tx hepatico/Tacrolimus
Manifestación clínica	Convulsión	Convulsión	Convulsión	Cefalea/Amnesia	Confusión/Ceguera	Convulsión
Localización en RM	Cerebelo/Tronco cerebral	Temporooccipital	Parietooccipital posterior	Parietooccipital bilateral	Occipital bilateral	Foco talámico
Tiempo de Recuperación	24 hs	48 hs	48 hs	24 hs	72 hs	24 hs
Evolución	RT	RT	RT	RT	SN	RT

* Referencias: RT recuperación total-SN secuela neurológica. TMO: trasplante médula ósea. HDL: hemodialisis.

Discusión-Conclusion: La importancia del diagnóstico oportuno del PRES radica en su naturaleza reversible: una vez retirada la noxa desencadenante, cede el edema vasogénico, revirtiéndose las manifestaciones neurológicas. Si la noxa se perpetúa, la lesión puede progresar a isquemia del parénquima cerebral. La resonancia RM permite evaluar las áreas afectadas, mostrando aumento en la intensidad de la señal en las secuencias FLAIR, potenciadas en T2. Como muestra nuestra serie la mayoría de los pacientes se recuperan en dos semanas. Un pequeño número tiene déficits neurológicos residuales como resultado de infarto o hemorragia cerebral secundaria; la mortalidad está asociada a aumento de la presión intracraneal o complicación de afección subyacente. Los hallazgos de la RM pueden ser útiles para identificar pacientes con peor pronóstico.

0411 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD.

NK OJEDA(1), JA PIZZORNO(1), JA PIZZORNO VILLALBA(1), AM VIEYRA(1), LE MAIDANA(1), ML BORONAT SOSA(1), T ESCALANTE SAIRE(1), R TUSAR(1)
(1) Angela I Llano.

Introducción: La declinación del filtrado glomerular por causas variables en pacientes críticos, es una complicación muy frecuente. Su agravamiento contribuye claramente al aumento de defunciones. En la mayoría de los centros, independientemente del Apache y otros criterios de gravedad, el solo hecho de presentar insuficiencia renal aguda (IRA) o ira sobre insuficiencia renal crónica (IRC) constituye un predictor de mortalidad.

Objetivo: Establecer la frecuencia y el riesgo de mortalidad de la ira en nuestra población de UTI.

Material y metodos: Se revisaron 259 historias clínicas de pacientes consecutivos ingresados durante el periodo de julio a diciembre del 2017. Se definió IRA al aumento de la creatinina sérica $\geq 0,3$ mg, con creatinina basal menor a 1,5 mg (IRA de reciente aparición) o el aumento de la creatinina sérica ≥ 1 mg con niveles séricos de creatinina $\geq 1,5$ y menor de 5,0 mg (IRA sobre IRC).

Las variables cuantitativas se analizaron con la correlación de Pearson, y las cualitativas con el test de Chi cuadrado.

Con las variables que dieron $p < 0,5$ se realizó correlación logística múltiple para ver predictores independientes de mortalidad.

Resultados: En nuestra población se constató un 55% de pacientes con IRA, correspondiendo la mortalidad global al 40%.

Realizamos el análisis multivariado con las variables: edad, IRA, IRA sobre IRC, Apache ≥ 15 ; luego completamos el modelo agregando asistencia ventilatoria mecánica (ARM) y requerimiento de inotropicos.

VARIABLES	P	ODDS RATIOS	IC 95%
EDAD	.78	.9	.461-77
IRA	.000	5	2.5-10
IRA/IRC	.000	3.9	1.8-8.3
APACHE >15	.000	11	3.6-33

Al igualar el modelo para ARM e inotropicos, la variable que se comporto como predictor independiente fue el requerimiento de inotropicos; odds ratios de 14 (3.2- 64)

Conclusión: Los pacientes con IRA presentaron mayor mortalidad (40% de la población total vs 60% del grupo con IRA). En un primer modelo de regresión logística binaria, IRA, IRC y el Apache ≥ 15 predijeron mortalidad. Sin embargo, al comparar ARM e inotropicos, notamos que este último fue el único predictor independiente de mortalidad en la población estudiada.

0412 INSUFICIENCIA AORTICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS TROMBOTICA NO BACTERIANA

D ALFARO(1), D ROJAS(1), B LLAPUR(1), A BAZO(1), E BERNAL(1), M VELASQUEZ(1)
(1) Sanatorio "ntra. Sra. Del Rosario".

La endocarditis trombotica no bacteriana es una afección rara que se refiere a un espectro de lesiones no infecciosas de las válvulas cardíacas que se observa con mayor frecuencia en tumores malignos avanzados. Presentando los signos y/o síntomas de embolización sistémica y requiere terapia. Debe sospecharse en pacientes con enfermedades crónicas que presentan síntomas compatibles con una embolia arterial. El hallazgo de hemocultivos negativos y vegetaciones valvulares (pero sin un mixoma auricular) sugiere el diagnóstico.

Caso: Paciente con vasculitis en estudio, ingresa a sala general por presentar disnea progresiva mas palpitaciones, al examen físico se evidencia soplo sistodiastolico 4/6. Se realiza ecocardiograma transtorácico y transesofágico donde se evidencia Válvula aortica tricúspide, engrosada, se observan dos vegetaciones, con longitud máxima de una de ella de 15 mm. Se toman hemocultivos los cuales fueron negativos se plantea resolución quirúrgica pero el paciente Intercurre con hemorragia alveolar aguda, con tratamiento de inmunoglobulina mas requerimiento de asistencia de ventilación mecánica, con evolución favorable. Posteriormente se realiza reemplazo de válvula aortica con colocación de válvula mecánica y se manda vegetaciones a estudio anatomopatológico y bacteriológico, los cuales informaron vegetaciones secundarias a vasculitis o enfermedades del colágeno. Durante internación se solicita nuevo colagenograma que no fue significativo para el diagnóstico.

Discusión: Las anomalías valvulares a menudo son clínicamente silenciosas. La disfunción valvular puede resultar en insuficiencia cardíaca. Fenómenos embólicos y endocarditis infecciosa es poco común, pero puede dar lugar a enfermedades neurológicas y complicaciones sistémicas. La endocarditis trombotica no bacteriana ha sido descrita como uno de los primeros estadios histopatológicos dentro de la patogenia de la endocarditis infecciosa, como resultado de la formación de un agregado plaquetario sobre una lesión endocárdica generada más frecuentemente en presencia de cardiopatía subyacente, por lo cual siempre se debe descartar compromiso infectológico

Conclusión: La endocarditis trombotica no infecciosa es una entidad poco frecuente que aparece no sólo en pacientes con enfermedades neoplásicas en estadio terminal, sino en pacientes con enfermedades potencialmente curables, por lo que debemos aumentar nuestro grado de sospecha para lograr un diagnóstico en vida e iniciar un tratamiento.

0413 HEMOPERITONEO COMO COMPLICACIÓN DE PRIMER EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA

Y CASTRO(1), Y FERNANDEZ(1), L CASTRO(1), C SALGUERO(1), J ARROYO(1)

(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: El hemoperitoneo es una complicación que aparece en la pancreatitis y es causa de alta mortalidad. Presentamos el caso de un hemoperitoneo masivo asociado a un primer episodio de pancreatitis aguda en un joven sin antecedentes de enfermedad pancreática previa.

Presentación del caso: Hombre de 21 años sin antecedentes, es referido a UTI, por fallo renal, por pancreatitis aguda, gangrenosa severa (Atlanta 2012), SOFA 7 puntos, BISAP 2, MARSHALL 5.

A las 24 hs del ingreso a la unidad de cuidados críticos, presenta shock, que requiere uso de vasoactivos (Noradrenalina) a dosis medias, 0.5 mcg/kg/mto, y progresión a anuria, en la medición de la presión intrabdominal (PIA) se registra 40 cm de H₂O, con abdomen tenso, se realiza laparotomía exploradora con lavado de cavidad, abdomen abierto y contenido, se extrae 3 litros de líquido bilioso, los controles de PIA mejoraban por debajo de 20 cmH₂O, con recuperación de la diuresis a 0.5 ml/kg/hora, permanece internado en unidad crítica 15 días, intervenido en 2 oportunidades y tratado con sistema de compactación, desvinculado de la asistencia ventilatoria mecánica al 12º día, y tratado con meropenem sin aislamiento infectológico, por persistencia de fiebre y dosaje de procalcitonina elevada, con normalización de la función renal, ritmo diurético y alimentación parenteral sin signos de lesión neurológica, egresa a internado de cirugía general.

Veinticuatro horas posterior al egreso ingresa con cuadro de shock hemorrágico, la laparotomía de urgencia, muestra hemoperitoneo másico, con sangrado activo del retroperitoneo, se realiza control de daño, sin mejoría produciéndose muerte 4 hs después de su reingreso a la unidad.

Conclusión: El shock hemorrágico es causado en raras ocasiones, por la ruptura de un vaso en la región retroperitoneal previa formación de pseudoquistes que se rompe en el 5% de los casos, asociándose a una mortalidad del 60%.

Destacamos la singularidad del caso por presentar un hemoperitoneo masivo asociado a un primer episodio de pancreatitis aguda no relacionado con las complicaciones más frecuentes, por lo cual pensar y actuar rápidamente ante las complicaciones poco frecuentes es de importancia preponderante para la obtención de buenos resultados.

0414 HEMÓLISIS MASIVA INTRAVASCULAR SECUNDARIA A SEPSIS POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS. REPORTE DE UN CASO

D FAURA(1), X PICON(1), N ROJAS(1), A RUIZ(1), P MARTINEZ(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Clostridium perfringens es un germen capaz de presentarse con una gran variedad de manifestaciones clínicas, como la septicemia con hemólisis masiva intravascular siendo una entidad de presentación rápida y fatal de no ser rápidamente reconocida y tratada.

Presentación del caso: Femenina de 35 años con antecedentes de leucemia linfoblástica aguda proB de alto riesgo MML+, refractaria a múltiples esquemas de quimioterapia que recidiva, se interna para tratamiento. Durante internación presenta neutropenia, con manejo antibiótico de amplio espectro.

Evoluciona con deterioro del sensorio, fiebre, insuficiencia respiratoria con TC de cerebro normal y de tórax, lesión focal con burbujas aéreas en su interior en segmento VII hepático. En UTI, ante la falla multiorganica se decide intubación orotraqueal y diálisis, con nuevo esquema antibiótico. Muestras de suero hemolizadas, Hematocrito 9%, Plaquetas 42.000/ul, Leucocitos 154.000/ul, Bilirrubina

Total 16.1 mg/dl, Potasio 6.2 mEq/l, Fosforo 7.8 mg/dl, hemocultivos positivos para Clostridium Perfringens. Se inicia clindamicina, evoluciona con shock séptico refractario y hemorragia digestiva alta masiva y posterior óbito.

Discusión: La septicemia por este germen es una entidad poco frecuente asociándose un 22,5% de casos a enfermedad hematológica, con una alta mortalidad (70 al 100%). Su alta virulencia es por la alfa-toxina, responsable de hemólisis masiva intravascular, gangrena gaseosa, destrucción plaquetaria y shock con fallo multiorgánico.

En todo paciente séptico con los factores de riesgo mencionados y constatación de hemólisis masiva se debería sospechar infección por este germen y priorizar una intervención terapéutica.

0415 Pioderma gangrenoso a propósito de un caso

J ROQUE RENDON(1), M SCAPPINI(1), MJ REBERENDO(1), A VAQUERA(1), N ROJAS(1), P LUCERO(1)

(1) Británico De Buenos Aires.

Introducción: Es una dermatosis poco frecuente, sin etiología clara relacionada a disfunción neutrofílica e inmune. Predomina en mujeres entre 20 – 50 años.

Tiene origen idiopático y en 50% asociado a enfermedades sistémicas.

Presenta lesiones nodulares ulcerativa, dolorosas, de aparición espontánea o asociada a traumatismo (fenómeno de patergia) con infiltración neutrofílica.

Se realiza diagnóstico descartando infección, evaluando características de las lesiones, anatomía patológica y respuesta al tratamiento con inmunosupresores.

El tratamiento contempla la inmunosupresión con agentes locales y/o sistémicos.

Caso: Mujer de 52 años con Trombocitosis esencial - mielofibrosis tratada con ruxolitinib. Se interna por lesión eritematosa en antebrazo derecho con rescate de cocos + en directo y por hallazgo de edema musculare y alteración del plano graso en RMI se decide Tratamiento quirúrgico sin evidenciar infección.

Por progresión de la lesión requiere 2 intervenciones quirúrgicas en las que se realiza resección de planos musculares, sin rescate microbiológico y patología incaracterística. Se interna en UTI por Requerimiento de Soporte ventilatorio y vasoactivo. Debido a la mala evolución se plantea amputación del miembro.

Por aparición de lesión en antebrazo contralateral se realiza biopsia con infiltrado neutrofílico. Iniciando con terapia inmunosupresora observando mejoría local, sistémica y egreso hospitalario.

Discusión: Se presenta el caso de una entidad de características indistinguibles de una infección piógena por lo que representa un reto diagnóstico que al tener una evolución tórpida lleva a la conducta quirúrgica agresiva condicionando peor evolución.

0416 HEMATOMA INTRAPARENTQUIMATOSO COMO PRESENTACION DE UN PACIENTE CON TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL REPORTE DE UN CASO

A HERNANDEZ(1)

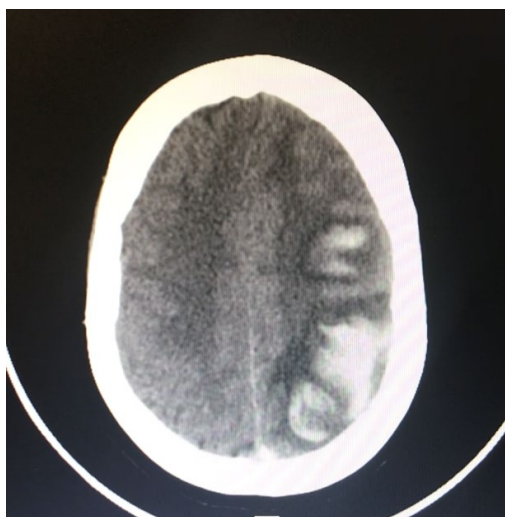
(1) Sanatorio Sagrado Corazon.

La trombosis del seno venoso cerebral es una entidad poco frecuente, tiene mayor incidencia en pacientes con alto riesgo para eventos trombóticos (anticonceptivos orales, malignidad, infección). Su forma de presentación es variada, desde la cefalea hasta el coma, siendo así un reto para su adecuado diagnóstico.

Paciente femenina de 42 años de edad que consulta por cuadro de hemiplejía derecha, afasia de expresión y convulsiones tónico-clónicas con antecedente de consumo de anticonceptivos. Al ingreso se realiza tomografía de encéfalo donde se evidencia hematoma parieto occipital izquierdo asociado a desviación de la línea media y a hemorragia subaracnoidea parasagital ipsilateral, se realiza re-

sonancia magnética donde se evidencia defecto de relleno en seno longitudinal. Se inicia tratamiento anticoagulante con heparina endovenosa, paciente presenta mayor deterioro del sensorio con tomografía control que evidencia mayor edema y desviación de la línea media. Se realiza angiografía digital con trombectomía aspirativa. Posteriormente por evolución neurológica desfavorable se realiza craneotomía descompresiva con monitoreo de pic con suspensión previa de anticoagulación. Paciente evoluciona vigil, afásica, con respuesta a órdenes simples y hemiplejía facio braquio crural derecha. La variedad en la presentación y la baja incidencia de la trombosis venosa cerebral, hacen de esta patología, un reto diagnóstico. El tratamiento consiste en la recanalización del seno, prevenir la propagación del trombo y tratamiento de la causa subyacente. La anticoagulación es el pilar del tratamiento, con heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada siendo el resangrado un riesgo bajo. Los pacientes con síntomas progresivos y/o empeoramiento del déficit neurológico pueden recibir tratamiento endovascular, sin evidencia actual que muestre un beneficio claro. La hipertensión endocraneana debe ser manejada de forma usual, con la suspensión temporal de la anticoagulación y posterior tratamiento anticoagulante de 3-12 meses.

La trombosis del seno venoso es un reto diagnóstico en la patología cerebral aguda, que requiere un tratamiento único, como lo es la anticoagulación en un paciente con hemorragia cerebral. Su tratamiento temprano puede limitar y/o mejorar el compromiso neurológico, siendo así muy importante tenerlo en cuenta a la hora de realizar diagnóstico diferencial en todo paciente neurológico agudo.



0417 DESARROLLO DE UN MODELO MATEMÁTICO QUE DESCRIBE EL CAPNOGRAMA VOLUMÉTRICO

D RACCA(2), M DURCEY(1), M MADORNO(2)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Itba.

Introducción: A través del uso de diferentes modelos de la fisiología respiratoria se hace posible entender la respuesta del sistema. La evaluación cuantitativa de estos modelos con curvas reales permite comprender y predecir el comportamiento de los sistemas modelados.

Es de interés en el monitoreo respiratorio de pacientes que requieren de asistencia respiratoria mecánica el análisis morfológico del capnograma volumétrico. En el presente trabajo se evalúa un modelo matemático que describe la curva paramétrica del capnograma volumétrico.

Objetivo: Desarrollo, evaluación y análisis de un modelo matemático para replicar el perfil de la curva del capnograma volumétrico.

Material y método: Para realizar el modelo de mecánica respiratoria se propuso una estructura pulmonar sencilla, contando con pocas variables para que se ejecución sea rápida y eficiente para permitir el análisis en tiempo real. El modelo propuesto cuenta con una sección vascular, una sección de intercambio gaseoso y la vía aérea. El modelo recibe los valores del flujo utilizado para ventilar al paciente y calcula, en base al capnograma real, aquellos parámetros fisiológicos que permiten un mejor modelado del mismo. Utilizando señales de un paciente ventilado, se realizó un ajuste por respiración tomando parámetros generales para el patrón respiratorio completo.

Resultados: Se obtuvo una buena primera aproximación geométrica al capnograma con R cuadrado medio de 0.93 y un valor cuadrático medio de 3.10 mmHg. Los residuos entre el capnograma real y el modelo poseen distribución normal con media cero y desviación estándar 2.78 mmHg.

Conclusiones: Los resultados indican una primera aproximación exitosa. El presente modelo permite obtener información cuantitativa sobre el comportamiento y liberación de CO₂ en el capnograma real. A su vez, se puede concluir que el modelado de la vía aérea es de gran interés a la hora de analizar el perfil del mismo.

0418 HEMOFILIA A EN PACIENTE OBSTETRICA. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EVITABLES, REPORTE DE CASO

CM CARMONA(1), P ALFREDO(1), G FEDERICO(1), Z GRACIELA(1), JL MARENGO(1), JM PINA(1)
(1) Lagomaggiore.

Introducción: La hemofilia adquirida es una enfermedad autoinmune infrecuente que se presenta como un sangrado súbito y grave en pacientes sin historia de coagulopatía previa. Dentro de estas alteraciones encontramos la enfermedad de von Willebrand y la hemofilia A.

Caso clínico: Femenina de 21 años sin antecedentes conocidos IIG IIP cursando 30 días de puerperio de parto vaginal. Presenta a los 7 días del puerperio, hemorragia que requirió de transfusiones 4 legrados e histerectomía. Al continuar con sangrado ingresa al servicio de terapia intensiva del Hospital Lagomaggiore. Se presenta inestable hemodinámicamente, con requerimiento de vasopresores. Ecografía abdominal compatible con líquido libre, se realiza laparotomía exploradora, evidenciándose hemoperitoneo sin sitio de sangrado. Posteriormente presento nuevo episodio de sangrado por cúpula vaginal. Durante los episodios de sangrado se realizan tromboelastografía, se constata factor VIII de 28% asociado a factor inhibidor neutralizante. Ante el diagnóstico de hemofilia adquirida, se indica prednisona 1 mg/kg/día, sin respuesta, por lo que se comienza con factor VIII recombinante activado 90 mg/kg persistiendo sangrado. Recibe Rituximab semanal por tres dosis. La paciente presenta evolución favorable, pasa a sala común donde cursa con buena evolución.

Discusión y Conclusión: La aparición de inhibidores del factor VIII en pacientes no hemofílicos es un fenómeno raro. Es importante, luego de descartar otras causas de hemorragia tener un alto grado de sospecha frente a una paciente con sangrado persistente. Con el fin de disminuir la morbilidad materna.

0419 RANGO DE REFERENCIA PARA TITULAR EL ESFUERZO INSPIRATORIO DURANTE LA VENTILACIÓN ASISTIDA – UN PEQUEÑO PASO EN LA BÚSQUEDA DE LA PIEDRA FILOSOFAL

I TELIAS(1), D JUNHASAVASDIKUL(2), S MICHAEL(1), G DOMENICO(3), M MADORNO(4), M DRES(5), F DAMIANI(6), T PIRAINO(1), T PHAM(1), L MELO(1), R MELLADO ARTIGAS(1), C MAZER(1), EC GOLIGHER(1), L BROCHARD(1)
(1) University Of Toronto. (2) Mahidol University. (3) University Of The Sacred Heart. (4) Instituto Tecnológico De Buenos Aires. (5) Sorbonne University. (6) Universidad Católica De Chile.

Introducción: Esfuerzo inspiratorio excesivo[1]o bajo[2] durante la ventilación mecánica(VM) aumenta el riesgo de daño pulmonar y diafragmático. Existe una asociación entre esfuerzo inspiratorio intermedio y duración más corta de la VM[2]. Faltan estudios prospectivos que determinen cuál debería ser el rango de esfuerzo para evitar daño.

Sujetos normales durante la ventilación tranquila realizan un esfuerzo cuantificado por el producto presión-tiempo (PTPmin) de 86 ± 21 cm H₂O.s/min[3]. Pacientes EPOC que pasaron una prueba de ventilación espontánea tienen un PTPmin= 180 ± 22 cmH₂O.s/min[4]. Pacientes estables luego de una cirugía cardíaca tienen una alteración en la función respiratoria y disfunción diafragmática frecuente, pero alta chance de liberación de la VM. Asumimos que el rango de esfuerzo de estos pacientes representa el punto de partida para establecer un rango de referencia para titular el esfuerzo durante la VM.

Objetivo: Identificar un rango aceptable de esfuerzo durante la VM en pacientes luego de una cirugía cardíaca programada.

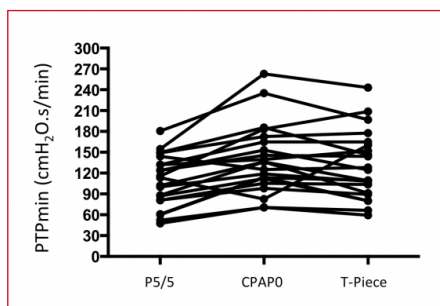
Métodos: Incluimos pacientes estables luego de cirugía cardíaca programada. Se obtuvieron señales de presión esofágica, gástrica, vía aérea, y flujo. Se midió la fracción de engrosamiento diafragmático (Tfdi). Se realizaron 3 modalidades ventilatorias, aleatoriamente(5min): presión positiva continua de 0cmH₂O(CPAP0), presión de soporte de 5cmH₂O+PEEP 5cm H₂O(P5/5), y tubo en T(TP). Analizamos: mecánica, patrón respiratorio, esfuerzo inspiratorio y drive. Se reportan los resultados de los primeros 21 pacientes como mediana [IQR].

Resultados: La duración de la cirugía fue de 230[200-270] min, y la PaO₂/FiO₂ 314[250-374] mmHg. Todos fueron extubados exitosamente, permanecieron en la UCI 1 día y en el hospital 5[4-7] días.

La compliance del sistema respiratorio, pulmón y caja torácica fueron 37[34-47], 55[43-72] y 122[103-158] ml/cmH₂O. Las variables del patrón respiratorio, esfuerzo y drive se muestran en la tabla 1 y figura 1. Durante la ventilación sin asistencia (CPAP0 and TP) el PTPmin fue 127[104-165] cmH₂O.s/min y el Tfdi 22% [5-37%].

Conclusión: Pacientes intubados con cierta disfunción pulmonar (disminución de la compliance y oxigenación) y diafragmática (Pimax disminuida), pero capaces de mantener la ventilación espontánea luego de la extubación, tienen un esfuerzo inspiratorio de 127[104-165]cmH₂O.sec/min con variación interindividual.

1. Yoshida T, et al (2013) AJRCCM
2. Goligher EC, et al (2017) AJRCCM
3. Mancebo J, et al (1995) ERJ
4. Jubran A, Tobin MJ (1997) AJRCCM



	PS 5cmH ₂ O PEEP 5cmH ₂ O	CPAP 0cmH ₂ O	T-piece
Vt median (IQR), ml	392 (306,557)	341 (264,500)	319 (229,467)
RR median (IQR), bpm	16 (12,22)	18 (14,25)	17 (14,23)
Peso Swing median (IQR), cmH ₂ O	7.9 (5.3,10.9)	10.3 (7.6,13.7)	10.2 (7.2,13)
PTPbr median (IQR), cmH ₂ O.sec/min	6.6 (4.3,10.5)	7.5 (5.1,12.6)	7.4 (4.8,12.7)
PTPmin median (IQR), cmH ₂ O.sec/min	113.4 (81.0,132.0)	136 (112.1,164.8)	124.6(91.2,160.3)
P0.1 median (IQR), cmH ₂ O	2.3 (1.9,3.2)	3.4 (2.5,4.7)	
Tfdi median (IQR), %	19.2 (4.3,30.7)	19.3 (2.2,25.8)	24.1 (5.3,41.5)

PS: pressure support; CPAP continue positive airway pressure; Vt: tidal volume; RR: respiratory rate; Peso Swing: tidal swing in Peso; PTPbr: pressure-time product per breath; PTPmin: pressure-time product per minute; P0.1: airway occlusion pressure; Tfdi: thickening fraction of the diaphragm.

0421 HIALOHIFOMICOSIS: NEUMONÍA POR PAECILOMYSES SPP EN INMUNOCOMPROMETIDO

Y FERNANDEZ(1), R SAAVEDRA(1), Y CASTRO(1), R PONS(1), L CASTRO(1), C SALGUERO(1), J ARROYO(1)
(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: Las infecciones fúngicas oportunistas presentan creciente incidencia, especialmente en pacientes inmunodeprimidos expuestos.

Paecilomyces spp es un agente infeccioso emergente, hongo parásito, ambiental, utilizado con fines agronómicos, de varias especies de nematodos, es de infrecuente presentación clínica, se encuentra en suelos y materia orgánica en descomposición.

Se han descrito casos infecciones sistémicas, con afección pulmonar, oftálmicas, cutáneas y sinusal. Su presentación es rara y aislada, pero con creciente reporte de casos, los cuales evidencia una mortalidad elevada.

Descripción: Joven de 19 años de edad, sin antecedentes de importancia. Profesión barrendero en vía pública.

Es referido a UTI, por Shock séptico secundario a impacto pulmonar y meníngeo (SOFA 10 puntos) luego de internación prolongada en sala general de medicina interna, por abdomen agudo metabólico secundario a Hipokalemia, serología para HIV negativo, marcadores tumorales negativos, perfil hormonal: aumento de ACTH, Cortisol, Renina normal, TSH baja T3 y T4 normal. Colagenograma negativo, recibe tratamiento con corticoides a dosis inmunosupresoras.

Al ingreso a unidad crítica se realizan cultivos e inicio de ATB de amplio espectro, Laboratorio: leucocitos 6400, Hb 8.7, Hto 25.4, Pla 36.000, Na 150, K 2.6, Cl 122, leve acidosis metabólica compensada, Ac láctico 2.7. se realiza una TC donde se observa infiltrado de tipo alveolar a nivel para mediano bilateral, dos formaciones de aspecto cavitadas en hemitórax derecho, Cerebro múltiples lesiones encefálicas pequeñas corticales-subcorticales sin efecto de masa a predominio occipital, en el BAL se aísla Paecilomyces Spp, en la muestra de LCR se observan hifas hialinas sin desarrollo posterior. Se inicia tratamiento con Voriconazol 400mg /día con pobre respuesta, evoluciona con SDR y falla multiorgánica con posterior muerte del enfermo.

Conclusión: Las micosis profundas constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad en pacientes inmunodeprimidos, las infecciones por Paecilomyces son infrecuentes y aisladas, la gravedad de su compromiso es alarmante.

El tratamiento con corticosteroides a dosis inmunosupresoras, deben ser evaluadas exhaustivamente, ya que no están exento de complicaciones.

La dificultad para su aislamiento, tipificación y tratamiento específico, constituyen un desafío para el equipo de terapia intensiva.

0423 HALLAZGO INUSUAL CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ULTRASONOGRAFIA EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN LA SALA DE TERAPIA INTENSIVA

JM PINA(1), G ZACALIK(1), M SANCHEZ(1), G PAGELLA(1), A PEREZ(1), F GALIOTTI(1), M CARMONA(1)

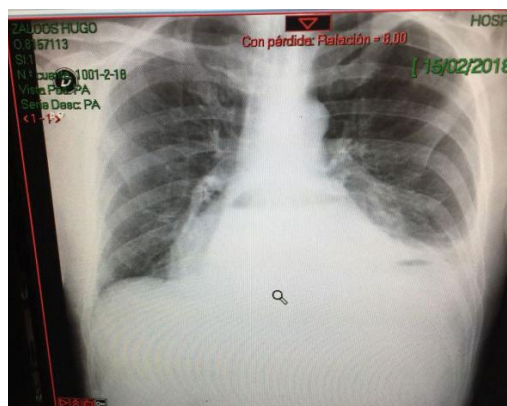
(1) Lagomaggiore.

Introducción: El ultrasonido se ha convertido en una herramienta indispensable en las unidades de terapia intensiva para la identificación y el diagnóstico de entidades que ponen en peligro la vida del paciente. Siendo el mismo un procedimiento diagnóstico no invasivo, inmediato y repetible.

Presentación: Paciente de 70 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos, que comienza 4 días previos al ingreso con disnea progresiva, asociado a vómitos, inicialmente postprandiales, que no responden a tratamiento médico, evaluado por servicio de emergencias en domicilio en varias oportunidades, (se le administró antieméticos EV e hidratación paraentérica en domicilio). Frente a la progresión del cuadro consulta en guardia donde se constata paciente con disnea CF IV e ingresa a UTI. Se realiza en guardia Rx torax FyP, evidenciando imagen de consolidación en base pulmonar izquierda.

Al ingreso a UTI se encuentra en mal estado general, taquipneico, deshidratado, vigil, desorientado, inestable hemodinámicamente, con livideces generalizadas. Mala mecánica ventilatoria, presentado hipoventilación bibasal a predominio izquierdo. Abdomen plano, móvil, dolor no valorable, RHA negativos, astrup de ingreso PH 7,33; PO2 54; PCO2 35; HCO3 18,4; Lac 3,4; Na+ 136; K+ 2,7; PAFI 100. Se realiza IOT y conexión a ARM.

Se decide realizar ultrasonografía pulmonar (US), donde los hallazgos encontrados no correspondían a ningún perfil descrito en el protocolo blue. Se continúa con la exploración abdominal, evidenciándose imagen compatible con dilatación gástrica, se coloca SNG, obteniéndose un débito de 4500 cc de contenido gástrico. Se repite US franca disminución de imagen observada previamente.



0425 INFECCIÓN URINARIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

PC RICCIO(1), MF PODESTA(1), P CASTELLANI(1), M RABINO(1), A PICCIRILLI(1), K CINQUEGRANI(1), S GALVEZ(1), M LANGARD(1), E SALAZAR(1)

(1) El Cruce.

Introducción: Las infecciones asociadas a la atención médica son las complicaciones más frecuentes no relacionadas al motivo de internación. La infección urinaria representa la complicación infecciosa más frecuente y el 80-90% de estas están asociadas a dispositivos vesicales.

Objetivos:

1. Describir la incidencia de infección urinaria asociada a sonda vesical en pacientes internados en la terapia intensiva pediátrica en el período comprendido entre 01/01/2016 al 01/08/2016.
2. Describir gérmenes prevalentes.
3. Identificar factores de riesgo asociados.

Material y métodos: Se realizó estudio descriptivo observacional retrospectivo

Recolección de datos a través de base SatiQ e Historia clínica digital.

Resultado: Se realizó, durante el período 01/01/16 al 01/08/16, estudio descriptivo observacional con el objetivo de describir la incidencia de infección urinaria asociada a sonda en la nuestra unidad de cuidados intensivos.

De un total de 232 pacientes ingresados, 185 tuvieron instrumentación del tracto vesical; de ellos el 8,6% (N 20) presentó infección urinaria asociada a sonda. La permanencia promedio de sonda vesical fue de 31,2 días, siendo la media de 22,8 días para los pacientes que tuvieron un episodio de IU y 56,1 para aquellos que presentaron más de un episodio. La tasa de infección en el período estudiado fue de 6.8 casos por 1000 días de uso.

Los gérmenes prevalentes fueron: Candida spp 69%, Klebsiella 8%, Enterobacter 8% y pseudomona 8%. E. coli 4%, citrobacter 4%.

Conclusión: Tanto la incidencia de IU como los gérmenes aislados en nuestra unidad se correlacionan con la descrita en la bibliografía. Los días de permanencia de sonda vesical sigue siendo un factor de riesgo importante para la aparición de infección urinaria en cuidados críticos

Las infecciones asociadas a cuidado de la salud provocan aumento

de morbimortalidad y los días de estadía hospitalaria, por lo cual identificar factores de riesgo en nuestra unidad es un punto de partida para poder trabajar en la elaboración de un protocolo que permita disminuirlas.

0426 UNA EMERGENCIA OBSTÉTRICA. SINDROME DE EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO
JCA TEVEZ(1), L CACERES(1), S PASCUAL(1), N FERNANDEZ(1), F KUBARYK(1)
(1) Hospital Dr Lucio Molas.

Introducción: La embolia de líquido amniótico (ELAm) es una afección catastrófica, infrecuente, no prevenible ni previsible de aparición brusca. Se caracteriza por la tríada hipoxia súbita, hipotensión/paro cardíaco y coagulopatía; ocurriendo durante el trabajo de parto, el parto o el postparto y en ausencia de explicaciones alternativas, diagnóstico de exclusión. Incidencia estimada es de 1:15.200 y 1:53.800 partos en América del Norte y Europa. La tasa de mortalidad materna varía de 1.8 a 5.9/100.000 partos. A pesar de haber sido descrita hace casi 80 años, la mortalidad en la primera hora es del 50%.

Presentación del caso: Paciente 28 años sin APP, tercigesta, embarazo de término, trabajo de parto; con monitorización cardiotocográfica, conducción del parto con oxitocina IV. Tras 60 minutos, se suspende oxitocina, por estado fetal no tranquilizador, se realiza cesárea de urgencia con bloqueo regional subdural, sin complicaciones (amniotomía líquido meconial). Posterior alumbramiento presenta, convulsiones tónico-clónicas, insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica; se procede intubación, inmediatamente hipotensión y súbito colapso cardiovascular; realizándose maniobras de soporte.

Ingresa a UCI inestable, SCG 3/15, pupilas midriáticas arreactivas, post parada cardíaca. Desarrolla hemorragia por CID dentro de las 6 hs de internación. A las 72 hs por episodio de hipoxemia súbita se realiza angiotomografía de torax con imagen compatible para TEP, y Eco doppler venoso de miembros inferiores no compatibles con trombos. Luego de 10 días de internación en UTI, continúa rehabilitación fonoaudiológica, neurocognitiva y motora en sala.

Discusión: La presencia de factores de riesgo identificables presentes en el 88% de los casos reportados, y ELAm no existe un vínculo causal.

Los eventos sugieren implícitamente una ruptura de la barrera fisiológica normal entre el feto y la madre y la fisiopatología parece implicar una respuesta materna anormal a la exposición al tejido fetal. Estos signos clínicos, y cambios hemodinámicos, son similares al SRIS, shock séptico, anafilaxia, lo cual sugiere participación de mediadores pro-inflamatorios y pro-coagulantes.

Conclusión: La presentación de estos casos excepcionales por exhibir fenómenos tromboticos en la vasculatura pulmonar, avalarían la teoría patogénica integral.

Implementar criterios diagnósticos uniformes para su uso en publicaciones e investigaciones evitaría controversias respecto a su incidencia.

0427 SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A LESIÓN DE DIEULAFOY
Y CASTRO(1), L CASTRO(1), Y FERNANDEZ(1), S CLAUDIA(1), J ARROYO(1)
(1) Hospital Enrique Vera Barros.

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una arteria anómala que transcurre por la submucosa y mucosa gástrica, donde penetra por un defecto mínimo, causa el 2 – 5 % de las HDA, y es rara causa de shock hemorrágico.

Caso clínico: Varón de 29 años, consumidor de AINES, que ingresa a UCI, desde Guardia central por shock hemorrágico; cursó internación en sala general, 72hs previas, por diarrea y vómitos, VEDA: gas-

tropatía erosiva; con buena evolución, se otorga alta hospitalaria. En UCI se presenta, taquicárdico, palidez generalizada, relleno capilar enlentecido, se interpreta como HDA 2° a gastritis erosiva, por VEDA previa, se inicia tratamiento médico; hemograma primeras 24 hs: HTO 16.1 HB 5.1 mg/dl, coagulación normal. Se transfunden GRS, a las 48 hs; sin sangrado activo pasa a sala común, reingresando a las 24 hs., por nuevo sangrado, HB 5 mg/dl, se transfunden 2 UGRS y PFC. Nueva VEDA muestra, estomago sin sangre ni restos hemáticos, lesión de DIEULAFOY en cuerpo alto hacia cara posterior.

A las 72 hs. presenta hematemesis, shock hipovolémico y requerimiento de vasoactivos, se realiza tratamiento endoscópico: coagulación bipolar y colocación de 3 hemoclip.

Posterior buena evolución clínica, y alta a sala general, con posterior alta hospitalaria.

Conclusiones: Aunque exista un antecedente fuerte para HDA, como lo es, el consumo de AINES, no debemos dar por hecho el diagnóstico y siempre realizarlo de manera definitiva a través de la endoscopia de certeza. De persistir el sangrado se puede requerir varias intervenciones endoscópicas a fin de realizar un diagnóstico preciso.

Se debe destacar que independientemente de la experiencia del endoscopista, el diagnóstico de esta patología puede ser dificultoso en fase aguda, y en presencia de sangrado activo.

Conocer y reportar casos infrecuentes es vital para lograr mejorar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, de patologías que aunque su presentación no es habitual, son potencialmente fatales, si no se tratan oportunamente.

0428 DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN PRELIMINAR DE UN ALGORITMO PARA DETECTAR REVERSE-TRIGGERING USANDO PRESIÓN ESOFÁGICA
M MADORNO(1), I TELIAS(2), T PHAM(3), P RODRIGUEZ(4), L BROCHARD(3)
(1) Itba. (2) Univerity Of Tornado. (3) University Of Toronto. (4) Cemic.

Introducción: El Reverse-Triggering (RT) son esfuerzos del paciente disparados por la insuflación del tórax, resultando en esfuerzos inefectivos(EI) o doble ciclados(DC).

El diagnóstico es usualmente basado en la inspección de las curvas de presión de la vía aérea(Paw) y Flujo.

Objetivos: El objetivo principal es desarrollar y validar un algoritmo basado en la señal de flujo y presión esofágica(Pes) par detectar RT. El objetivo secundario es validar la clasificación de RT en EI o DC.

Métodos: El algoritmo está basado en la detección de las respiraciones mecánicas (MechB) usando flujo y los esfuerzos musculares (Pmus). Un esfuerzo respiratorio es reconocido basado en la primera derivada de Pmus y es asociado a una MechB. El inicio del esfuerzo es la máxima caída de la pendiente de Pmus precediendo a la detección de un esfuerzo. Una MechB es mandatoria si empieza antes que el esfuerzo inspiratorio (usando fronteras difusas para los umbrales).

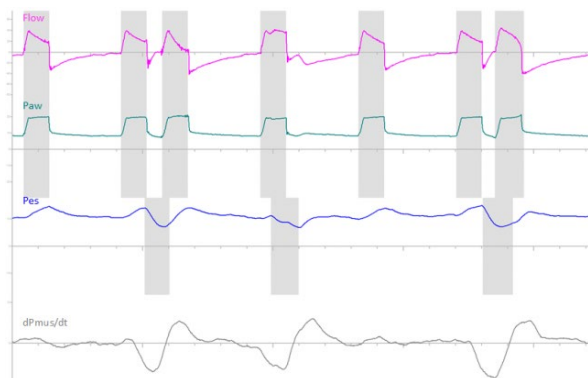
Se define RT si la MechB es mandatoria y es seguida por un EI o DC. DC ocurre cuando el esfuerzo inspiratorio comienza antes del fin de la inspiración anterior o hasta 50mseg después, disparando una segunda MechB. El en el contexto de un RT se define cuando el esfuerzo inspiratorio está asociado a una MechB mandatoria y no hay DC.

Se seleccionaron para la validación trazados de un estudio que busca cuantificar las asincronías durante la VM temprana en pacientes con SDR(A BEARDS). Se eligieron 4 trazados de 20 minutos de flujo, Paw y Pes con RT frecuentes y 4 trazados al azar. Un experto clasifico las respiraciones como RT o no y cada RT como IE o DC. Se evaluaron los trazados con el algoritmo. Se calcularon los valores de sensibilidad(Se), especificidad(Sp), predictibilidad positiva y negativa para la detección de RT, EI y DC.

Resultados: En los 8 trazados de 4 pacientes se analizaron un total de 6689 respiraciones. Visualmente se clasificaron 1131 respira-

ciones con RT y 5558 sin. Para detectar RT $Se=94.0\%$ $Sp=98.8\%$, $PPV=97.4\%$ y $NPV=98.8\%$. Se clasificó correctamente 1040/1109 EI y 17/22 DC.

Conclusión: Es factible la detección de RT con EI o DC. En esta validación preliminar la detección automática tiene una buena performance.



0429 TROMBOSIS DE ARTERIA HEPATICA EN POP DE TRASPLANTE HEPATICO

L VACAFLOR(1), A VAQUERA(1), P MARTINEZ(1)
(1) Británico.

Introducción: La trombosis arterial es la complicación vascular más frecuente del trasplante hepático. Se presenta en el 1,6- 10,5% de los trasplantes de adulto.

La presentación clínica depende del momento en que se produce. Cuando sucede durante los primeros 30 días suele manifestarse como un fallo hepático fulminante que con frecuencia hace necesario el retrasplante. Sólo algunos pacientes se benefician de una trombectomía realizada por métodos angiorradiológicos o de una trombectomía quirúrgica, las cifras de mortalidad van del 27 al 58%.

Caso clínico: Varón de 46 años, con antecedentes de CEP, episodios de colangitis a repetición y prurito refractario, ingresa en lista de trasplante hepático con MELD de 25, se realiza trasplante de donante cadavérico donde intercorre en intraoperatorio con trombosis de la arteria hepática por lo que se realiza trombectomía logrando permeabilizar la rama izquierda, ingresa en pop inmediato a UTI, se realiza ecografía con doppler hepático y angio Tc de abdomen que evidencia ausencia de flujo en la arteria hepática derecha, se inicia anticoagulación, ingresa en emergencia de trasplante, se realiza retrasplante a donante cadavérico a las 48 hs, continua en UTI en pop inmediato, evoluciona favorablemente, egresa a sala general y posteriormente a domicilio.

Discusión: Las complicaciones arteriales son complicaciones vasculares más frecuentes, la más grave es la trombosis arterial temprana, que habitualmente hace necesario un retrasplante urgente.

Bibliografía: Muiesan P,Rela M,Nodari F,Meléndez HV,Smyrniotis V,Vougas V,et al.

Use of infrarenal conduits for arterial revascularization in orthotopic liver transplantation.

0430 MUCORMICOSIS RINO-ÓRBITO CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M CORTEZ(1), P LAZARTE(1), N GONZA(1), M SINGH(1), P CELARIO(1), J SANCHEZ(1)
(1) Padilla.

Introducción: Mucormicosis es una infección oportunista infrecuente pero de enorme implicancia, causada por hongos con bajo poder de virulencia en individuos inmunocompetentes. La infección tiene curso agudo, rápidamente progresivo sin terapéutica temprana,

aunque existen varias formas clínicas de acuerdo a la puerta de entrada y al estado de inmunidad celular, la más frecuente es la rino-órbito-cerebral.

Caso clínico: Mujer de 39 años con múltiples comorbilidades y reciente diagnóstico de Leucemia linfoblástica aguda, por lo que recibió tratamiento con quimioterapia sistémica e intratecal. Durante su internación intercorre con proceso rinosinusal y cefalea persistente sin imagenología significativa, evidenciando en 72 horas compromiso de paladar duro por lo que se biopsia lesión obteniendo cultivo positivo para mucor y se inicia tratamiento antifúngico dirigido. Evoluciona con síndrome de hipertensión endocraneana, por lo que ingresa a cuidados críticos; presentando bacteriemia por bacilo gran negativo con shock séptico refractario a vasopresores y falla multiorgánica, con deceso a los cinco días a pesar de reanimación guiada por monitoreo mínimamente invasivo y tratamiento antibiótico de amplio espectro.

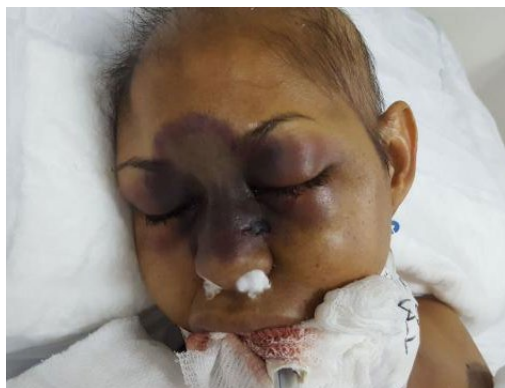
Discusión: Aunque los estudios de imagen pueden sugerir el compromiso, el diagnóstico siempre necesita la confirmación histológica. Sin embargo, dada la magnitud de la progresión de la invasión local y su evolución mortal, el inicio temprano del manejo médico y quirúrgico están indicados en pacientes con alto índice de sospecha. Aún instaurado el manejo adecuado, la mortalidad por la infección es de alrededor del 45% para la forma local, pero se incrementa hasta el 93% en la forma rino-órbito-cerebral.

La sospecha diagnóstica temprana por su afección de base, a pesar de imágenes no concluyentes, debería habilitar el tratamiento médico inicialmente

la población de huéspedes inmunocomprometidos no afectados por HIV ni transplantados, se expande con el avance de las terapias específicas hemato-oncológicas y reumatológicas, por consiguiente el notable y progresivo incremento de infecciones oportunistas.

en mucormicosis rino-órbito-cerebral, solamente el diagnóstico precoz, la recuperación de la neutropenia, la cirugía agresiva y la administración de altas dosis de antimicóticos pueden evitar la elevada morbilidad y sus secuelas devastadoras.





0431 ATURDIMIENTO MIOCÁRDICO NEUROGÉNICO POSTERIOR A DERIVACIÓN VENTRICULAR EXTERNA EN PACIENTE CON HIDROCEFALIA

F PECORARO(1), M HORMANSTORFER(1), L BUDROVICH(1), L CAMPUTARO(1), F BACCARO(1), J ANGAROLA(1), N RAIMONDI(1)

(1) Fernandez.

El aturdimiento miocárdico neurogénico es un síndrome que ocurre como resultado de una variedad de injurias neurológicas agudas, tanto estructurales como funcionales. Tiende a ser de carácter transitorio y autolimitado, y no presenta tratamiento específico.

El compromiso miocárdico puede expresarse como anomalías electrocardiográficas, trastornos segmentarios de la motilidad, aumento de marcadores de injuria miocárdica y BNP.

Se presenta el caso de una paciente con aturdimiento miocárdico neurogénico en contexto de postoperatorio inmediato de colocación de dispositivo de derivación ventricular externa por hidrocefalia no comunicante secundaria a estenosis acueductal.

Paciente femenina de 24 años de edad, con antecedentes de cefalea de 6 años de evolución, sin seguimiento médico.

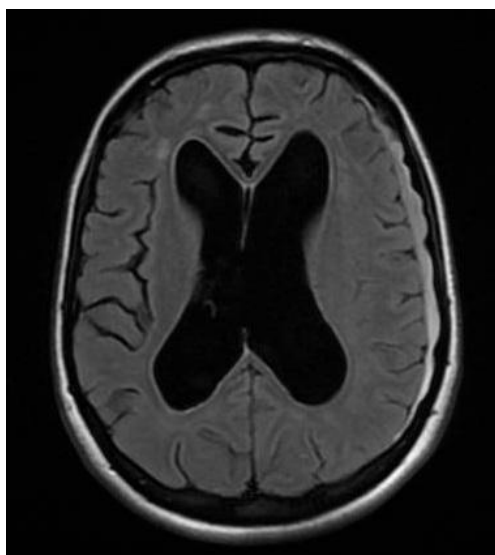
Ingres a guardia traída por familiar por empeoramiento de cefalea en la última semana, asociado a vómitos y deterioro del sensorio. Al ingreso se constata paciente con GCS (O1V1M5) que posteriormente evoluciona con episodio convulsivo que cede con BZD. Se realiza TC de encéfalo que evidencia hidrocefalia supratentorial asociada a borramiento de surcos y cisuras. Es evaluada por neurocirugía y llevada a quirófano para la colocación de DVE.

Se extuba en postoperatorio inmediato y evoluciona con cuadro compatible con edema agudo de pulmón no hipertensivo, por lo que ingresa a nuestra UTI para control evolutivo y tratamiento. Presenta inestabilidad hemodinámica con signos de bajo gasto y requerimiento de soporte inotrópico y vasopresor.

Se realiza ecocardiograma TT bedside que informa aumento de espesor parietal, hipokinesia global, FEy 40%, sin derrame pericárdico, EKG con taquicardia sinusal, signos de injuria subepicárdica, y elevación de troponina y CPK en laboratorio.

A las 72 hs del ingreso a UTI se suspende soporte vasopresor y se logra extubar a las 48 hs subsiguientes.

Actualmente se acepta que el daño miocárdico en estos casos es mediado por la liberación local de catecolaminas, lo que aumenta la incidencia de complicaciones potencialmente fatales que afectan el outcome neurológico. El tratamiento debe centrarse en resolver la patología neurológica desencadenante. El conocimiento de esta entidad en pacientes con patología neurológica aguda puede ayudar a reducir errores diagnósticos y optimizar su tratamiento.



0432 CIRUGIA DE FUNDUPLICATURA COMO ALTERNATIVA PARA RESOLVER DESTETE DIFICULTOSO POR PARALISIS DIAFRAGMATICA UNILATERAL IDIOPATICA. (REPORTE DE CASO)

E VERA MONFORT(1), G NIS(2), MJ OLEIRO(2), CA BASSANI ARRIETA(2)

(1) Nuevo Hospital San Roque. (2) San Roque.

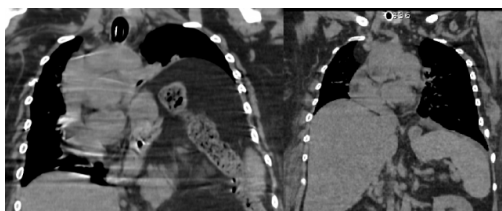
Introducción: La parálisis diafragmática es muy común en nuestro medio, es de fácil diagnóstico pero es una patología que pasa inadvertida por que rara vez pone en riesgo la vida de un paciente. En este caso tenemos una paciente con parálisis diafragmática unilateral que tuvo que ser sometida a cirugía para lograrse un destete exitoso. Se presenta este caso para tener en cuenta que no siempre los factores predictores de destete exitoso son efectivos, y que es raro que se deba someter a una técnica quirúrgica para poder dejar de depender de asistencia mecánica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 36 años que ingresa en ARM derivada de otro centro, se proceden con técnicas de destete obteniendo resultados fallidos, luego de diagnosticar parálisis diafragmática unilateral mediante los métodos no invasivos de ima-

genes con los que contamos, se decidió que se debía someter a una cirugía. Se le realizó funduplicatura diafragmática; y a pocos días de su intervención dejó la dependencia del ventilador.

Discussion: Los scores que predicen destete exitos no siempre son lo que resultan, en este caso la paciente se sometio a todos los scores que la literatura recomienda, y siempre se obtuvieron buenos indices predictivos pero fallo inmediato de la desconecion. Existen otras tecnicas para tratar la paralisis diafragmatica pero ninguna na funcionaria en este caso; la solucion se encontro en una cirugia.

Conclusion: La cirugia de funduplicatura diafragmatica es una tecnica poco usual y poco descripta, que se ha practicado en multiples paciente los cuales presentan paralisis diafragmatica; pero es muy inusual requerir a una tecnica quirurgica tal para lograr en destete definitivo.



0433 EL SUERO DE INDIVIDUOS PREDIABETICOS INDUCE DEGENERACIÓN NEURONAL EN CULTIVOS PRIMARIOS DE NEURONAS DE RATÓN

A BADOLATI(1), A DE TOMAS LIORO(1), C PUGLIESE(1), MV BÁEZ(1)

(1) Prof. Alejandro Posadas.

La diabetes tipo 2 (DBT2) es un síndrome metabólico/sistémico caracterizado por trastornos en el metabolismo de los carbohidratos,

que afecta al organismo siendo el SNC uno de sus órganos diana. Tanto la hiperglucemia como la hiperinsulinemia han sido relacionadas con deterioro cognitivo, demencia vascular y enfermedad de Alzheimer. Se ha demostrado que DBT2 produce atrofia en el hipocampo y la corteza prefrontal, dos áreas relacionadas a la memoria y a los procesos de aprendizaje. La bibliografía sugiere que tanto el daño vascular como el stress celular y la disfunción mitocondrial podrían estar estrechamente relacionadas a la neurodegeneración observada en DBT2. Si bien se están poniendo a prueba varias hipótesis, todavía no hay una causa a nivel molecular establecida para esta relación. Esto es debido a que los estudios se han enfocado en el aspecto clínico y el molecular por separado. Además, se presenta una dificultad adicional al ser la DBT2 una patología sistémica que inicialmente se expresaría periféricamente y posteriormente afectaría al sistema nervioso central. No se ha observado deterioro cognitivo en pacientes preDBT lo que no descarta que podría haber daño a nivel celular o molecular sin expresión clínica.

Objetivo Primario: Estudiar si existe daño neuronal asociado a preDBT in vitro, en cultivos primarios de neuronas y astrocitos donde se emularon las condiciones de preDBT.

Objetivo Secundario: Estudiar los procesos moleculares y celulares de neurodegeneración (segunda fase del estudio).

Material y Métodos: El estudio fue aprobado por el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Prof. Alejandro Posadas y por el Comité de Ética en Investigación del mismo hospital. Todos los pacientes incluidos y los de grupo control firmaron Consentimiento Informado. El suero de pacientes preDBT y de controles normales fue extraído de sujetos voluntarios, la extracción fue efectuada por el investigador principal del hospital Posadas. El suero extraído fue centrifugado, congelado a -20°C y posteriormente trasladado al IBCN para su procesamiento. Los cultivos de neuronas de hipocampo se obtuvieron de embriones de ratón E17. Luego de 14-17 días in vitro, cuando los cultivos fueron maduros, se incubaron con 10% de suero de pacientes prediabéticos (glucemia en ayunas entre 110 y 126) o con el suero de los controles normales (glucemia en ayunas <110).

Cambios Agudos: Se observó la formación de granulos de stress (SGs) en cultivos primarios de neuronas expuestas al suero de preDBT pero no en las expuestas a suero control.

Cambios celulares: A los 7 días de incubación se observó un aumento en el número de astrocitos y disminución en el número de neuronas en los cultivos tratados con suero preDBT no así en aquellos incubados con suero control. Se requieren más experimentos para poder comprender los mecanismos involucrados en estos procesos.

Bibliografía

Uncontrolled Diabetes increases risk of Alzheimer's disease: a population-based cohort study. Qiu WQ, et al. (2006) *Neurobiol Aging* 27:190-

How does brain insulin resistance develop in Alzheimer's disease? De Felice et al. (2014) *Alzheimer's & Dementia* 10 S26-S32

Psychiatric disorders presenting in the elderly with type 2 diabetes. Alaziakrishnan K, et al. (2012) *Am J Geriatr Psychiatry* 20:645-652

Culturing hippocampal neurons Stefanie Kaech & Gary Banker. Center for Research on Occupational and Environmental Toxicology, Oregon Health & Science University, L606, 3181 SW Sam Jackson Park Rd., Portland, Oregon 97239. Published online 11 January 2007; doi:10.1038/nprot.2006.356

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A					
ABALOS, SF	266	CARBONI BISSO, I	168	FELDMAN, A	50
ABALOS, SF	339	CARINI, F	232	FELDMAN, A	51
ACHARTA, F	105	CARINI, F	233	FELDMAN, A	108
ACOSTA PEDEMONTE, NB	76	CARMONA, CM	418	FERNÁNDEZ CEBALLOS, I	286
ACOSTA, DN	329	CARRANZA, DR	171	FERNANDEZ, AM	70
ACOSTA, K	308	CARRUEGA, MC	97	FERNANDEZ, B	344
ACQUAFREDDA, M	141	CASTILLO, M	319	FERNANDEZ, MO	111
AGUILAR, J	151	CASTRO, SI	101	FERNÁNDEZ, S	386
AGUILAR, PA	100	CASTRO, Y	413	FERNANDEZ, Y	421
ALBORNOZ, M	61	CASTRO, Y	427	FERNANDO, L	378
ALET, MJ	124	CATALLINI, D	63	FERRARIO, A	249
ALFANO, M	316	CELLERI, V	201	FIGUEROA, HE	208
ALFARO, D	260	CÉSPEDES POQUECHOQUE, I	288	FLORENCIA, G	300
ALFARO, D	412	CÉSPEDES POQUECHOQUE, IL	215	FLORES CAZÓN, VML	256
ALMADA, GD	25	CHAMBRE, C	12	FLORES MONTES, MA	397
ALVAREZ VIZZONI, R	292	CHIAPPERO, G	56	FLORES SEMPETEGUI, A	162
ALVAREZ VIZZONI, R	294	CHIAPPERO, G	94	FLORES, S	328
ALVAREZ, H	326	CHONILLO COBEÑA, JL	226	FREDES, S	231
AMAYA, M	58	CHRISTIAN LUIS, RC	241	FRETES, N	219
ANDRADA, MG	280	COLOMER, L	103	FUENTE, M	154
ANDREU, MF	15	CORREA LLERENA., JA	128	FUKS, VE	45
ANDRIAN, M	238	CORTEZ, M	430	FUNES NELSON, N	66
ANTONI, E	400	COSTAS, A	274		
ARANCIBIA, PC	204	CRUSAT, F	146	G	
ARBELAIS, N	189	CRUZ, V	53	GALAN, C	321
ARBELAIS, NS	75	D		GALARZA, JC	220
ARIAS LÓPEZ, MDP	95	DAS NEVES, A	342	GALINDEZ, G	243
ARIAS LOPEZ, MDP	96	DAZA, JM	104	GALINDEZ, G	244
ATENCIO VARGA, MV	317	DEHEZA, M	7	GALINDEZ, G	245
AVENA, V	145	DIAZ BASTIDAS, CL	283	GALVEZ, MS	33
B					
BADOLATI, A	433	DIAZ GRANADOS MENDOZA, R	407	GALVEZ, MS	34
BAEZ, AE	191	DIAZ GRANADOS MENDOZA, R	407	GALVEZ, MS	284
BAEZ, AE	199	DISTÉFANO, EA	38	GAMERMAN, M	27
BAEZ, JN	334	DONATI, P	402	GARAU, G	161
BALASINI, C	382	DOSSI, DE	123	GARCIA, C	263
BARRA MONTES DE OCA, LA	350	E		GARCIA, S	387
BARRETO, E	212	ECHEVERRIA, ME	74	GAUNA, DN	165
BARRIENTOS, R	353	EIGUREN, S	55	GENOVESE, G	398
BARROZO, E	388	ELINGER, A	174	GERBER, JF	129
BATTISTA, MJ	393	EMMERICH, M	10	GIANNONI, R	399
BEZZI, M	234	ESCALANTE SAIRE, T	373	GILARDENGI, T	380
BIELSA, L	298	ESCUADERO, MB	355	GIMENEZ, ML	262
BLOTTO, V	80	ESKINAZI, MD	252	GIMENEZ, RA	78
BOCASSI, A	323	ESPARZA, E	21	GINA ALEJANDRA, PM	24
BOCASSI, A	325	ESPERATTI, M	392	GIRA, A	64
BOGGIANO, JA	126	ESPERÓN, F	59	GIRA, A	68
BRUS, N	84	ESPIPIA, M	156	GIRA, A	190
BRUVERA, A	209	EUGUI, P	261	GOLDBERG, A	183
C					
CABAÑUZ, F	152	F		GONZÁLEZ MÁRQUEZ, I	81
CACERES, A	140	FAJRELDINES, A	304	GONZALEZ, G	251
CANAVESSI, P	369	FALCHETO, G	336	GREGORI SABELLI, R	120
CANO TORRICO, A	73	FANOLA, R	246	GREGORI SABELLI, R	242
CAPORAL, P	143	FARINA, JE	83	GREGORI, R	121
CAPORAL, P	253	FARINA, JE	85	GUÁQUETA PARADA, SR	135
		FARINA, JE	87	GUSMAROLI, G	65
		FARINA, JE	211	H	
		FAURA, D	414	HERNANDEZ, A	416
		FELDMAN, A	49	HERRERA, J	287
				HOLGUIN, A	335

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
HONNORAT, J	8	MEDINA, A	185	PONCE, J	131
HOWARD, J	224	MEDINA, G	248	POTITO POLERA, JJC	324
HUANCA, T	348	MEDINA, VB	303	POZO SOTO, WE	132
HUESPE, IA	196	MENDIETA, MF	72	PUJALES, G	99
HUNTER, M	9	MENECEZ, A	374		
HUNTER, M	264	MEZA, A	276	Q	
		MINOLDO, E	410	QUETGLAS, N	405
I		MISTO, C	330	QUEVEDO CASTEDO, VJ	202
IRADES, F	289	MITILLI, GA	4	QUIROGA ENCINAS, M	148
IRADES, F	302	MOLINA, MB	133	QUISPE, V	359
		MONTEVERDE, E	361		
J		MORENO DE MARI, A	71	R	
JACOB, MG	222			RABINO, M	127
JAUREGUIBERRY, M	347	N		RACCA, D	417
		NASUTE, E	195	RAFFA, P	345
K		NAVAS, L	337	RAMOS, A	210
KIRSCHBAUM, M	203	NEGRON, C	331	RAMOS, AV	310
		NICASTRO, L	279	RAMOS, M	354
L		NIEVA, AM	357	RATERO, J	296
LACOMBE, L	186	NOVAL, D	216	RÉ, M	62
LACOMBE, P	144	NOVAL, D	217	RÉ, M	200
LAPHITZ, C	221	NOYA, S	295	REY, BN	247
LAS HERAS, M	98			REYES, P	239
LAS HERAS, M	113	O		REYES, P	240
LAS HERAS, M	187	OBANDO CASTRO, PS	254	RICCIO, PC	28
LEDESMA FERRARO, RG	119	OCHOA, J	79	RICCIO, PC	29
LIPOVESTKY, F	368	OJEDA, NK	411	RICCIO, PC	40
LOCKHART, C	166	OJEDA, S	285	RICCIO, PC	425
LOPEZ CALVACHE, MF	356	OLGUÍN ÁVILA, WM	290	RIOS VERTEL, JA	77
LOPEZ SALVA, M	177	OLMOS, AL	376	RIOS, F	379
LOPEZ, N	137	ORTIZ, A	396	RODRIGUEZ, L	236
LOPEZ, N	192	OTTAVIANI, C	395	RODRIGUEZ, P	207
LOUDET, CI	255	OVALLE, D	372	RODRIGUEZ, P	383
LUCERO BOTTA, CL	176	OVALLE, D	403	ROQUE RENDON, J	415
LUCERO, RDR	32			ROSALES, J	188
LUGARO, M	160	P		RUBELT, VA	92
LUGO, S	272	PADILLA, M	381	RUSTJA, JA	20
LUGRIN BELLOMO, AI	258	PALACIO, MC	115		
LUGRIN BELLOMO, AI	259	PALACIO, MC	116	S	
		PALACIO, MC	117	SABIDO HERBAS, SA	318
M		PAPAZIAN, AC	158	SALAS, MA	57
MADORNO, M	275	PARRADO SERRUDO, JA	299	SALAS, VR	122
MADORNO, M	428	PASTORIZA, A	93	SALDIVAR, Y	293
MALDONADO, F	297	PAULUZZI, A	312	SANABRIA, B	371
MALDONADO, F	301	PECORARO, F	431	SANCHEZ, AM	11
MANNSBACH, Y	309	PEDACE, M	257	SANCHEZ, R	320
MARCHENA, MC	370	PEÑAFORT, MC	67	SANDES, SS	332
MARCONI, P	142	PENAZZI, M	136	SCAPPINI, MD	384
MARINO, PS	230	PENAZZI, M	169	SEBASTIAN, F	164
MARTINELLI, A	360	PERALTA MONTERO, F	170	SELVA, B	86
MARTÍNEZ OVEID, RA	163	PERELINDO, M	130	SELVA, B	88
MARTÍNEZ, M	349	PEREYRA, M	54	SEOANE, L	343
MARTINEZ, P	409	PEREZ ROCHA, D	197	SHEEHAN, G	112
MARTINUZZI, A	17	PETASNY, M	270	SIBOLDI, RD	89
MARTINUZZI, A	18	PICON FUSTER, SN	41	SIMES, E	1
MARTINUZZI, A	19	PINA, JM	423	SIMES, E	2
MARTINUZZI, A	46	PINTO, G	150	SIMONASSI, J	227
MASIP PEREZ BAROJA, MM	228	PIRES, N	375	SINGH, M	338
MASPOLI, D	175	PIRES, N	401	SOLANO RODELO, KC	155
MASSO, A	394	PISTILLO, N	178	SOTO, GMM	184
MATIJACEVICH, E	147	POLANCO, JD	179	STEINBERG, E	237
MEDICI, P	102	PONCE, J	125	STERMAN, S	91

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
T					
TABORDA, P	282	TUMINO, L	181	VIDAL, MG	367
TAFFAREL, P	110	TUMINO, L	182	VIDELA, C	281
TÁMARA, R	271	TUMINO, L	366	VILCHEZ ZARZA, NF	225
TAMAYO, A	35	TURINA, D	250	VILLANUEVA CARVAJAL, CA	153
TAMAYO, J	333	TUTIVEN, G	109	VILLCA QUISPE, JL	314
TAPIA VARGAS, RS	193			VILLEGAS, M	134
TAPIA VEINTEMILLAS, W	149	V		VILLEGAS, M	159
TAPIA VEINTEMILLAS, W	340	VACAFLOL, L	429	VIOLI, D	385
TEJADA, M	194	VALDES, AM	218		
TELÍAS, I	419	VALDÉZ LÓPEZ, RG	273	W	
TEVEZ, JCA	426	VALENTINI, I	322	WILCHES, M	346
TIRIBELLI, N	229	VALLEJOS, J	341		
TOCONAS, AA	223	VAQUERA, A	408	Y	
TORREJÓN CHINCHE, WM	235	VAZQUEZ ORTPOEZA, A	3	YESICA, A	389
TORRES, V	138	VAZQUEZ, MB	327	YOMA, Y	106
TORRESAN, GV	39	VECCHIO, G	390		
TORRESAN, GV	47	VEGA ORIHUELA, M	311	Z	
TORRESAN, GV	48	VELASCO ABULARACH, Z	30	ZAMBRANO, R	5
TRIANA RESTREPO, MC	139	VELAZQUEZ, M	391	ZANCOCCCHIA, N	214
TUMINO, L	180	VÉLIZ, T	26		
		VERA MONFORT, E	432		