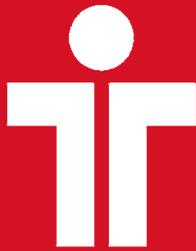


Suplemento 2 - Año 2019

## RESÚMENES



# REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2591-3387

---

4 al 6 de septiembre de 2019

Mendoza – Argentina

---

## **29° Congreso Argentino de Terapia Intensiva**

**20° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica**

**21° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva**

**22° Congreso Argentino de Enfermería Intensiva**

**15° Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva**

**12° Jornadas del Comité de Neonatología Crítica y Enfermería Neonatal**

**6° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva**

**6° Jornada de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva**

**6° Jornada de Veterinaria en Terapia Intensiva**

*Organizado por:*



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

Sociedad Argentina de  
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

# REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Suplemento 2  
Año 2019



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA ISSN 2591-3387

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

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

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

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

## SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

### COMISIÓN DIRECTIVA (2017-2019)

#### Presidente

*José Luis Golubicki*

#### Vicepresidenta

*Rosa Reina*

#### Secretario

*Juan Pablo Rossini*

#### Prosecretaria

*Cecilia Inés Loudet*

#### Tesorera

*Claudia Elisabet Kecskes*

#### Protesorero

*Gustavo Adrián Plotnikow*

#### Directora de Publicaciones

*Analia Fernández*

#### Directora 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*

*Guillermo Grieve*

*Elsa Beatriz Pérez*

*Héctor Canales*

#### Vocales Suplentes

*Daniela E. Olmos Kutscherauer*

*Eliana S. Torres Andrés*

*Juan Carlos Pendino*

*Pablo Silvio Lazarte*

*Graciela Ramos Romero*

*Emilio Osman*

*María Gabriela Vidal*

#### 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:

*Aguiles 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](mailto:estfernandezmartinez@gmail.com)

Inicio

Sesiones de Trabajos  
Orales

Discusión de Posters  
Electrónicos

Resúmenes

Índice  
de Autores



## COMITÉS CIENTÍFICOS

### ACLS

*Mariano Sisterna*

### Bioética

*Héctor Ferraro*

### Certificación y Revalidación

*Eduardo San Román*

### CODEACOM

*Richard Montano*

### Ecografía en el Paciente Crítico

*Pablo Pratesi*

### Emergentología y Respuesta Rápida Intrahospitalaria

*Ana Kovac*

### Enfermería en Cuidados Críticos - ECC

*Monica Dailoff*

### FCCS

*Pablo Pardo*

### Gestión, Control de Calidad y EscORES

*María Pilar Arias*

### Infectología Crítica

*Javier Farina*

### Investigación Clínica

*Eduardo San Román*

### Nefrología y Medio Interno

*Nahuel Rubatto*

### Neonatología Crítica

*Liliana Roldan*

### Neumonología Crítica

*Gastón Murias*

### Neurointensivismo

*Marcelo Costilla*

### Obstetricia Crítica

*Miriam Moseinco*

### Oncología Crítica

*Margarita Tavella*

### PALS

*Mariana Cyunel*

### Patología Crítica Cardiovascular

*Luis Alberto Flores*

### Patologías Digestivas en Pacientes Críticos

*Cecilia Loudet*

### Pediátrico de Neumonología Crítica

*Alejandra Retta*

### PFCCS

*Silvio Torres*

### Recuperación Cardiovascular Pediátrica y Neonatal

*Ezequiel Martínez del Valle*

### Sedación, Analgesia y Delirium

*Daniela Olmos Kutscherauer*

### Seguimiento y Rehabilitación luego de la Enfermedad Crítica del Paciente Crítico

*Dario Villalba*

### Shock Pediátrico

*Gustavo González*

### Shock y Sepsis

*Cecilia González*

### Soporte Nutricional y Metabolismo

*Andrés Martinuzzi*

### (COSONUME)

*Andrés Martinuzzi*

### Soporte Vital Extracorpóreo

*(Co.So.VE)*

*Sonia Villarroel Mendoza*

### Trasplante y Procuración de Órganos y Tejidos

*Graciela Tuhay*

### Trauma

*María Gabriela Vidal*

### Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

*Janina Lebus*

## CAPÍTULOS, CONSEJOS Y DEPARTAMENTOS

### Capítulo Bioquímicos

*Cristina Artana*

### Capítulo de Enfermería

*Marcelo Fabio Morales*

### Capítulo de Enfermería Neonatal

*Gustavo Villalba*

### Capítulo de Farmacéuticos

*María Victoria Stoffel*

### Capítulo Kinesiología Intensivista

*Marco Bezzi*

### Capítulo Nutricionistas

*Victoria Rebagliati*

### Capítulo Terapia Intensiva Pediátrica

*Karina Figuepron*

### Capítulo Veterinario

*María del Carmen La Valle*

### Consejo Consultivo Asesor

*Antonio Gallesio*

### Consejo de Investigación

*Elisa Estenssoro*

### Departamento de Docencia

*Adelina Badolati*

## AUTORIDADES

---

### 29º Congreso Argentino de Terapia Intensiva

### COMITÉ ORGANIZADOR

#### COMITÉ EJECUTIVO

**Presidente**

*Luis Cabezas (Mendoza)*

**Vicepresidenta**

*María Fernanda Farina (Mendoza)*

**Secretaria**

*Graciela Aguilera (San Luis)*

**Prosecretario**

*Jorge Belloti (San Juan)*

**Tesorera**

*Elizabeth Dávila (Mendoza)*

**Vocales**

*Marta Mociaro (Mendoza)*

*Alfredo Cordido (San Luis)*

*Clara Godoy (Mendoza)*

#### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente**

*Mariano Sisterna (San Juan)*

**Vicepresidenta**

*Eliana Torres (Mendoza)*

**Secretario**

*Carlos Stolzing (San Juan)*

**Prosecretario**

*José Cacciaguerra (San Luis)*

**Vocales**

*María Laura Piovano (Mendoza)*

*Luis Llano (Mendoza)*

*Jorge Llensa (Mendoza)*

*Romina García (San Luis)*

---

### CONSEJO ASESOR

#### COMITÉ EJECUTIVO

*Hernán Cervantes*

*Claudia Kecskes*

*Juan Pablo Rossini*

*Alejandro Riso Vazquez*

*Walter Videtta*

#### COMITÉ CIENTÍFICO

*Adelina Badolati*

*Gustavo Domeniconi*

*Elisa Estenssoro*

*Analia Fernández*

*Cecilia Loudet*

*Gustavo Plotnikow*

*Eduardo San Romá*

#### REVISIÓN DE TRABAJOS LIBRES

**Coordinadores**

*Fernando Rios*

*Cecilia Loudet*

*Cecilia Pereyra*

---

**20° Congreso Argentino  
de Terapia Intensiva  
Pediátrica**

**COMITÉ EJECUTIVO**

**Presidenta**  
*Marta Mosciaro*  
**Vicepresidenta**  
*Karina Figuepron*  
**Secretario**  
*Luis Alfredo Clavel*  
**Vocales**  
*María Mackern*  
*Verónica Guidet*  
*Javier Figuero*

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**Presidenta**  
*Ana Rodríguez Calvo*  
**Secretario**  
*Gabriel Pujales*  
**Vocales**  
*Diego Aranda*  
*Elizabeth Dávila*

---

**21° Congreso Argentino  
de Kinesiología  
en Terapia Intensiva**

**COMITÉ EJECUTIVO**

**Presidente**  
*Matías Cini*  
**Secretario**  
*Matías Accoce*  
**Vocales**  
*Mercedes Ruffo*  
*Javier Dorado*

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**Presidente**  
*Roger Rodrigues Lamoglie*  
**Secretaria**  
*Marina Busico*  
**Vocales**  
*Adela Goldberg*  
*Pablo Lovazzano*

---

**22° Congreso Argentino  
de Enfermería  
Intensiva**

**COMITÉ EJECUTIVO**

**Presidenta**  
*Cecilia Antich*  
**Vicepresidenta**  
*Mabel Arenas*  
**Secretario**  
*Luciano De Vicente*  
**Vocales**  
*Bárbara Porcheto*  
*Lorena Orrego*

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**Presidente**  
*Rodrigo Maximiliano Rivero*  
**Secretario**  
*Marcelo F. Morales*  
**Vocales**  
*Silvia Fernandez*  
*Mónica Dailoff*

---

**15° Jornada Nacional  
de Bioquímicos  
en Terapia Intensiva**

**Presidente**  
*Cristina Artana*  
**Vicepresidenta**  
*María del Carmen Iñíguez*  
**Secretaria Científica**  
*Marcela Castro*

**Vocales**  
*Ruth Shocron*  
*Karina Andrieu*  
*Susana Der Parsehian*  
*Oscar Bustos*  
*Fabián Rodríguez*

---

**12° Jornadas  
del Comité de  
Neonatología Crítica y  
Enfermería Neonatal**

**Presidenta**  
*Liliana Roldan*  
**Vicepresidente**  
*Gustavo Villalba*  
**Secretario**  
*Luis Alfredo Clavel*

**Vocales**  
*Javier Meritano*  
*Roberto Silveyra*  
*Guillermina Lasala*  
*Guido Bee*

---

**6° Jornada  
de Farmacéuticos  
en Terapia Intensiva**

**Presidenta**  
*María José Dibo*  
**Vicepresidenta**  
*Agustina Luconi*

**Vocales**  
*María Betania Garagiola*  
*Lucrecia Morra*  
*María Florencia Roman*  
*María Victoria Stoffel*

---

**6° Jornada  
de Licenciados en  
Nutrición  
en Terapia Intensiva**

**Presidenta**  
*Victoria Matilde Rebagliati*  
**Vicepresidenta**  
*Nazarena Asus*

**Vocales**  
*Jésica Díaz*  
*Melina Mentucci*  
*María Eugenia Lerda*  
*Javier Verde*

---

**6° Jornada  
de Veterinaria  
en Terapia Intensiva**

**Presidente**  
*Franco Magnano*  
**Vicepresidente**  
*Néstor Julián*

**Vocales**  
*Juan Manuel Guevara*  
*Pablo Lombardich*  
*Mario Bartolomeo*  
*Patricio Scorza*

---

**INVITADOS EXTRANJEROS**

*Dra. Heatherlee Bailey*  
*Dr. Alexandre Biasi Cavalcanti*  
*Dr. Laurent Brochard*  
*Dr. Danilo Fischer*  
*Dr. Glenn Hernández Poblete*  
*Dr. Robinder Khemani*  
*Dr. Sheldon Magder*  
*Dr. William Manzanares*  
*Dr. Ciro Leite Mendes*  
*Dr. Luis Nuñez*  
*Dr. Tomás Regueria*  
*Dr. Jukka Takala*  
*Dr. Carlos Romero Patiño*  
*Dr. Luciano Azevedo*  
*EU Cristian Cáceres Torres*  
*Dr. John J. Marini*  
*Dr. Paolo Pelosi*

Estados Unidos  
Brasil  
Canadá  
Chile  
Chile  
Estados Unidos  
Canadá  
Uruguay  
Brasil  
Uruguay  
Chile  
Suiza  
Chile  
Brasil  
Chile  
Estados Unidos  
Italia

SESIONES DE TRABAJOS ORALES

05/09/2019 - 10:00 a 11:30

TRABAJOS ORALES 01

Pediatría 1

HORCONES

**0045 PROGRESIÓN DE LA DEFORMACIÓN REGIONAL PULMONAR Y HETEROGENEIDAD ES MAYOR EN RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA EN COMPARACIÓN CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONTROLADA EN LESIÓN PULMONAR AGUDA EXPERIMENTAL**

P CRUCES, B ERRANZ PHD, F LILLO PHD, M SARABIA-VALLEJOS CPHD, P ITURRIETA, F MORALES, K BLAHA, T MEDINA, F DÍAZ, D HURTADO PHD

**0170 EL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI) Y ESTADÍA PROLONGADA SON FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTE PARA DESARROLLO DE MORBILIDAD RESIDUAL EN NIÑOS CON FALLA RESPIRATORIA INGRESADOS A UCIP. REPORTE DE LARED NETWORK**

N MONTEVERDE, S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS, N MONTEVERDE-FERNÁNDEZ, R JABORNISKY, J JARAMILLO-BUSTAMANTE, P VÁSQUEZ-HOYOS, P CRUCES, JA SERRA, ML CARBONELL, A DONOSO, MJ NUÑEZ, F DIAZ

**0184 FACTORES ASOCIADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA (MAYOR A 5 DÍAS) Y DESARROLLO DE COMPLIACIONES EN NIÑOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. ANÁLISIS DE 962 EPISODIOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UCIPS DE LARED NETWORK**

N MONTEVERDE, N MONTEVERDE-FERNÁNDEZ, JA SERRA, S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS, R JABORNISKY, J JARAMILLO-BUSTAMANTE, P VÁSQUEZ-HOYOS, P CRUCES, F RODRIGO, A FERNÁNDEZ, L PEREIRA, A WEGNER, A DONOSO, F DIAZ

**0236 FALLO EN LA EXTUBACIÓN Y EL CAMBIO EN EL PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO**

AH GATTARI, D TURINA, E MONTEVERDE, P NEIRA

**0261 LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA. UN ESTUDIO CRÍTICO DE TRES CLASIFICACIONES**

E MONTEVERDE, A RETTA, A FERNÁNDEZ, S TORRES, R POTERALLA, A SIABA SERRATE, V ALTUNA, G GRUPO ARGENTINO DESTETE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA

**0302 POTENCIA MECÁNICA (MECHANICAL POWER) NORMALIZADA POR PESO CORPORAL IDEAL ES MAYOR EN NIÑOS CON SDRA RESPECTO A AQUELLOS SIN PATOLOGÍA PULMONAR, EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON BAJO VOLUMEN TIDAL**

F DIAZ, S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS, F CRISTIANI, P CRUCES

**0445 FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

M LUDUEÑA, E MONTEVERDE, A COSTAS

05/09/2019 - 10:00 a 11:30

TRABAJOS ORALES 02

Pediatría 2

PUENTE DEL INCA

**0219 ETIOLOGÍA Y MORTALIDAD DE REINGRESOS DE PACIENTES A TERAPIA INTENSIVA EN HOSPITAL H. NOTTI PERIODO JULIO 2017 - AGOSTO 2018**

C VIDONI, E DÁVILA, I MARINELLI

**0253 ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y MORTALIDAD EN PACIENTES DE UTIP**

VL MATEO PEREZ, M MOSCIARO, E DAVILA, B PEREYRA, I MARINELLI, P SEGUI, MS GUERRERO, S RIVEROS, E FALCON, M QUINTANA, S GONZALEZ

**0266 VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE MONTEVIDEO URUGUAY**

A RODRIGUEZ VIGNOLI, A RODRIGUEZ, M MELLO, G SEQUEIRA, A GARCIA, A MENCHACA

**0285 CUMPLIMENTACION DEL LAVADO DE MANOS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA**

R GONZALEZ, M MOSCIARO, E DAVILA, L PIOVANO, B PEREYRA, I MARINELLI, J QUIROGA, L BERNARDEAU

**0363 ¿DE QUÉ FALLECEN NUESTROS PACIENTES? CAUSAS DE MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

T GILARDENGI, J BATTISTA, C LAPORTE, E MONTEVERDE, P NEIRA

**0419 LA NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES (NI) COMO UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA**

G MENDEZ, V OCAÑA

05/09/2019 - 10:00 a 11:30

TRABAJOS ORALES 03

Sedación 1

ÁNGEL BUSTELO ENTREPISO

**0057 IMPACTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CARDIACOS POST QUIRÚRGICOS**

K FERRARI, L CARBALLIDO, J RAMIREZ, A BRUVERA

**0059 UNA SESION DE MUSICOTERAPIA DISMINUYE LA INTENSIDAD DEL DELIRIUM**

K FERRARI, C CASABELLA, G SUTTON, J RAMIREZ, L CARBALLIDO, A BRUVERA

**0122 EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES EN WEANING DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**

M CARMONA, G FEDERICO, P RAMIRO, M DAVID, L CORA, C ARIEL, Z GRACIELA

**0238 DELIRIUM SUBSINDROMÁTICO Y SUS EFECTOS EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA**

J TAMAYO, V RUIZ, V ESPEL, A PALERMO, M BERDIÑAS, L AVANZATO, MV PERAZZO, V ATENCIO, M OLMOS, G TUAY, L AGUIRRE, D VARELA, F KLEIN

**0334 PERFIL DE CONSUMO DE DROGAS PARA ANALGOSEDACIÓN Y NIVEL DE SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

M SARUBBIO, MJ MESCHINI, MC MARCHENA, AL GONZÁLEZ, S BOTTAIA, JF CAMINOS, V PAZOS, CI LOUDET, R REINA, E ESTENSORO

**0347 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE INFLUENCIAN LA APARICIÓN DE DELIRIUM EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN DOS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA LATINOAMERICANAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ÁRBOLES DE CLASIFICACIÓN - REGRESIÓN**

I PREVIGLIANO, P MESA, M NUÑEZ, C PONTEVILLE, I AVERSA, S ALTEZ, S FAVRETTO, M ORELLANO, C LECORT, A SOCA, W ELY

**0441 BENEFICIOS DEL USO DE PROTOCOLO DE ANALGOSEDACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS**

F VARGAS, E MONTEVERDE

05/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 04**

**Gestión / Calidad / Seguridad / Acreditación 1**

ENOTECA ENTREPISO

- 0033 APRESURATE DESPACIO. EL CHECK LIST UNA PROPUESTA PARA EL TRASLADO SEGURO**  
R MORALES
- 0042 ANÁLISIS DE SÍNDROME DE BURN OUT (B.O) Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA (CV) EN ENFERMEROS Y MÉDICOS DE TERAPIA INTENSIVA (TI)**  
P OVIEDO SANTAMARIA, M DEHEZA
- 0054 EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS**  
J BRAVO MITA, S STERMAN, C GARCÍA ALMIRON, A PASTORIZA, F PECORARO, V EDWIN, L LUDUEÑA, N RAIMONDI, G CHIAPPERO
- 0284 MONITORIZACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS: COMPARACIÓN DE DOS METODOLOGÍAS**  
MA MALVICINI, V GONZALEZ, M VALERIO, T CAZAUX, J SEGURA, L DAVIDE
- 0333 EVALUACIÓN ANUAL DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE RESIDENTES Y ROTANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
D LÓPEZ CAMPOS, L BRIA, D NOVAES, G JACOB, F MONTERO, A CÁCERES, Y AMOROSO, F AMIEVA, F FURIASSE, C COZZANI, E BRAÑA, G RAMOS, V PICOLIA, M TORRES BODEN
- 0356 BURNOUT EN EL EQUIPO DE SALUD DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA**  
C BALASINI, L TUMINO
- 0398 EGRESO DE TERAPIA AL DOMICILIO**  
JR ANGULO ALAGUNA, G IZZO, MF PULGAR, E CHAVEZ, V MARTINEZ, E VELASQUEZ, E RODRIGUEZ, B MURGIA, M MONZON
- 0420 PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ARGENTINA**  
L TUMINO, C BALASINI

05/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 05**

**Gastroenterología / Nutrición**

ENOTECA MENOR

- 0026 INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BAJA T3 EN SHOCK SÉPTICO Y SU IMPACTO**  
A MARTINUZZI, MG CORNU, P ROEL, SM OROZCO, CA SANCHEZ, M TONNELIER, S JARA AGUIN, L SANHUEZA, A GALASSI, M GULINO
- 0066 COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS**  
C VIDELA, I CARBONI BISSO, S DI STEFANO, M LAS HERAS, E SAN ROMÁN
- 0220 PROFILAXIS CON ANTIÁCIDOS HABITO PRESCRIPTIVO O MEJOR EVIDENCIA?**  
M GARCIA, R FERNANDEZ, I SANTOLAYA, V ORDOÑEZ, E CABRERA, E ROJO, H OCHOA, S PEREIRA, C OTTAVIANI, M SEGURA
- 0237 FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE FISTULA EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE ESÓFAGO**  
L AVANZATO, V RUIZ, V ESPEL, A PALERMO, M BERDIÑAS, J TAMAYO, MV PERAZZO, V ATENCIO, M OLMOS, G TUAY, L AGUIRRE, D VARELA, F KLEIN
- 0303 HEMORRAGIA VARICEAL, FACTORES PREDICTORES DE MAL PRONOSTICO**  
E PIZZO, EZ PIZZO, A RAMOS, A DOGLIOTTI, D LATASA, M PEREZLINDO, S FERRETTI, C LOVESIO

- 0350 RECIEN NACIDOS PRETERMINO DE GESTAS MULTIPLES, ALIMENTADOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL**  
FDV SÁNCHEZ, A ELÍAS, B KOLTON, J FAEDDA, H PRETTE, J ASSA
- 0434 PLAN DE NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL INDIVIDUALIZADO, UNA PROPUESTA DE FARMACOVIGILANCIA**  
FD SÁNCHEZ, A ELÍAS, B KOLTON, C LUGEA, J ASSA, H PRETTE, J FAEDDA

05/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 06**

**Nefrología / Medio Interno / Obstetricia**

ENOTECA MAYOR

- 0031 MEDICION DEL AGUA EXTRA-VASCULAR PULMONAR Y EL INDICE DE PERMEABILIDAD VASCULAR PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA**  
A FELDMAN, D VARELA, N FALCON PEREZ, G SIBILA, R OCHOA, B MEZA, G CAPDEVILLA, S TOMEZ, M GUAYMAS
- 0199 TRASTORNOS ACIDO BASE Y MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO**  
JA MORALES FERNANDEZ, PN RUBATTO BIRRI, FD MASEVICIUZ, JA MORALES FERNANDEZ, A RISSO VAZQUES, A DUBIN
- 0278 RIÑÓN HIPERFILTRANTE EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL**  
ML CAMPASSI, FG REPETTO, CL LUCERO BOTTA, DM MASPOLI, J BÁEZ, I BORONI, R BERTOLA, R CASTOR, J CAMPANA, A DUBIN
- 0298 ADMISIONES OBSTÉTRICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DE INSTITUCIÓN PRIVADA POLIVALENTE**  
F MALDONADO, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, L BIELSA, C GALLETI
- 0368 COMPORTAMIENTO DEL SODIO PLASMÁTICO EN PACIENTES PREECLÁMPTICAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**  
A RISSO VAZQUEZ, FD MASEVICIUZ, A DUBIN
- 0388 VALORACION DE LA SOBRECARGA DE FLUIDOS COMO PREDICTOR DE INJURIA RENAL AGUDA**  
R GIANNONI, EJA ABELLEIRA, FD MASEVICIUZ, FF GIANNONI, PR PULLARELLO, F GARCIA TORTOLA, G FOLONIER
- 0395 PRECISION DIAGNOSTICA DE LOS ESTADOS ACIDO BASE MEDIANTE EL USO DE GASES DE SANGRE VENOSA CENTRAL EN LOS PACIENTES CRITICOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
M VEGA, R CASTAÑO, R BAGNASCO, N LUNA
- 0403 VALORACION DE LA ENZIMA LACTICO DEHIDROGENASA COMO PREDICTOR DE INJURIA RENAL AGUDA EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**  
R GIANNONI, FD MASEVICIUZ, NE SANCHEZ, JE CELIZ, JE BARTOLOME, EJA ABELLEIRA, EY LÓPEZ, AM ANTÓN

05/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 07**

**Infectología 1**

PLUMERILLO

- 0268 RELACIÓN NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS: MARCADOR INFLAMATORIO Y PRONÓSTICO EN NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD**  
AR BOCASSI, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, MDL LUQUE, NA GÓMEZ, ER CUNTO
- 0269 COMPORTAMIENTO DE LAS PLAQUETAS EN TUBERCULOSIS GRAVE**  
AR BOCASSI, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, MDL LUQUE, NA GÓMEZ, ER CUNTO

- 0306 ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CRÍTICOS INFECTADOS POR HANTA VIRUS DURANTE EL BROTE DE EPUYEN 2018/2019**  
S MARE, MC SIMEONE, A FOSSATTI, V ETCHEVERRIA, L MACHUCA, S NIKITCHUK, G ROBERTS, F TORTOSA
- 0317 BACTERIEMIAS CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS Y PSEUDOMONAS / ACINETOBACTER: CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO**  
TV JUHASZ, A PAGLIA, M PADILLA, M JAUREGUIBERRY, N QUETGLAS, JC BALLESTEROS GUALTEROS, J VILCA BECERRA, Y PEREZ REY, P TAPIA LARA, MB LARES, R REINA, E ESTENSSORO, CI LOUDET, MC MARCHENA, AL GONZÁLEZ
- 0329 VIGILANCIA DE INFECCIONES/ COLONIZACIONES POR BACTERIAS GRAN NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES (BGNMR). 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS**  
ML VERNAZZI, N CAPRIOLO, I DONAIRE, G SCALA, M CABRAL, S UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO
- 0345 CANDIDA-AR: EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LAS CANDIDEMIAS EN TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA**  
C BALASINI, B MIRIAM, E ESTENSSORO, E CUNTO, L AGUIRRE, V CHEDIACK, P SAUL, A CREMONA, MC LLERENA, G DARIO, M LLORRIA, M LARES, AL GONZALEZ, P JUÁREZ, AV SANCHEZ, W CORNISTEIN, S ARESO, M VELASQUEZ, J VIDELA, E SERRA, C PEREYRA, A DE CRISTÓFANO, C DOMINGUEZ, J FARINA, GDT CANDIDA-AR
- 0352 BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES**  
E MORENO, I CESPEDES, P KLEIN, C FREIRE, C GIMENEZ, J SAGARDIA, MF BENEDETTI
- 0372 VALOR DEL ACLARAMIENTO MICROBIOLÓGICO PRECOZ COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA NEUMONIA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA EN UCI**  
M ESPERATTI, N FUENTES, G PERAITA, M FERRER, ME GONZALEZ, EM CORZO, O RANZANI, A TORRES
- 0412 BROTE DE BACTERIAS CARBAPENEMASA DE TIPO METALOBETALACTAMASA CON ANALISIS DE MORBIMORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PEDRO FIORITO**  
D QUECAÑO, LG CAMARGO, E CUESTAS, JM RIPOLL, R ROMANO, SB FERNÁNDEZ, MS GILLI

05/09/2019 - 10:00 a 11:30  
**TRABAJOS ORALES 08**  
**Neurointensivismo**  
NIHUIL

- 0043 RELEVANCIA CLÍNICA DEL VASOESPASMO CEREBRAL PROLONGADO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**  
E AMUNDARAIN, N GALLUCCI, P GOMEZ, M CASANOVA, N PISTILLO, B DORFMAN
- 0088 UTILIZACIÓN DE DUPLEX TRANSCRANEAL (DXT) EN EL NEUROMONITOREO DEL PACIENTE CRÍTICO. EXPERIENCIA INICIAL EN TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL PIROVANO**  
DN GAUNA, F ADRIANA, L MACCHIAVELLO
- 0115 RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA A LARGO PLAZO POST HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)**  
MA QUIROGA ENCINAS, P CARDOZO GIL, L ESPINOZA, N GALLUCCI, B DORFMAN, E AMUNDARAIN, N PISTILLO
- 0167 UTILIDAD DE LA INTERLEUQUINA-6 PARA EL PRONÓSTICO DEL TEC GRAVE**  
GV TORRESAN, CJ SETTECASE, NS ROCCHETTI, DH BAGILET
- 0191 VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN AUTONÓMICA CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, EN FASE AGUDA Y CRÓNICA**  
M URANGA VEGA, FR KLEIN

- 0197 COMPORTAMIENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA Y PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL DURANTE LA SELECCIÓN DE PEEP EN PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO**  
KB TORRES, NG ESCALIER, Y ROTUNDO, MV SAÍNO, A SOLIS, MB SPATH
- 0316 EXPERIENCIA CON URAPIDILIO EN EL CONTROL DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN DOS CENTROS LATINOAMERICANOS**  
I PREVIGLIANO, M CANITROT, R VILLA, J SERRA, J RAMÍREZ
- 0451 VASOESPASMO CEREBRAL EN EL POST OPERATORIO DE TUMORES DE BASE DE CRÁNEO**  
V ORTEGA ESCOBAR, N WAINSTEIN., A HLAVNIKA, F RODRIGUEZ LUCCI

05/09/2019 - 10:00 a 11:30  
**TRABAJOS ORALES 09**  
**Neumonología / Kinesiología 1**  
USPALLATA

- 0174 EVALUACIÓN DEL EFECTO DE TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA SOBRE EL VOLUMEN PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA**  
DI GILGADO, E PEREZ CALVO, J PEREZ, J DORADO, G CARDOSO, C QUIROGA, J SCAPELLATO, G PLOTNIKOW, M ACCOCE
- 0177 FEES Y EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ASPIRACIÓN EN PACIENTES CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL**  
A FALDUTI, G CHIAPPERO, LP DÍAZ BALLVÉ
- 0215 FACTORES PREDICTORES DE DECANULACIÓN EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN TERAPIA INTENSIVA**  
S MAMANI, M SALINAS, G GENOVESE, F MARTINEZ SRNEC, H ALUL, A MORENO, G RAMOS
- 0216 DESAFÍO DE REDUCCIÓN RÁPIDA DE LA PRESIÓN DE SOPORTE VENTILATORIO COMO PREDICTOR DE WEANING**  
H ALUL, A MORENO, D LOPEZ CAMPOS, G GENOVESE, F PERALTA MONTERO, F MARTINEZ SRNEC, G JACOB, G RAMOS
- 0217 RELACIÓN ENTRE VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA Y LA FUERZA MUSCULAR EN EL INGRESO A UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN**  
L IMPAGLIAZZO, V AVENA, D MESSINA, C CORTE, E BUFFAGNI
- 0336 PREDICTORES DE EXTUBACIÓN EXITOSA EN PACIENTES NEUROCÍTICOS**  
J VALLEJOS, H COLLAZOS, N NACCARELLI, N CALDERON, A BAI-RACLIOTTI, A TAMAYO, M YOSHIDA, G VANDAELE, F VERA, J QUARTINO, R TOLOZA, P DUNNE, A BARRA MONTES DE OCA, B FERNANDEZ, J MORALES, M VILCHES, G RODRIGUEZ, W VIDETTA
- 0426 COMPLICACIONES PULMONARES POSTERIOR A CIRUGÍA DE REVASCULIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA**  
JE DAZA ARANA, H LOZADA RAMOS

05/09/2019 - 10:00 a 11:30  
**TRABAJOS ORALES 10**  
**Neumonología / Kinesiología 2**  
CACHEUTA

- 0085 LESIONES LARÍNGEAS POST-EXTUBACIÓN ENCONTRADAS DURANTE LA EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN. SERIE DE CASOS**  
G CHIAPPERO, A FALDUTI, P DÍAZ BALLVÉ, N RAIMONDI

- 0117 VARIABILIDAD TEMPORAL DE REVERSE-TRIGGERING EN PACIENTES CON SDRA EN VENTILACIÓN CONTROLADA**  
P RODRIGUEZ, N TIRIBELLI, S FREDDES, E GOGNIAT, G PLOTNIKOW, I FERNANDEZ, R PRATTO, A RAIMONDI, S ILUTOVICH, M GUAYMAS, P MASKIN, M MADORNO, I BONELLI, M SETTEN
- 0121 REVERSE-TRIGGERING EN PACIENTES CON SDRA: EFECTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA**  
P RODRIGUEZ, S FREDDES, N TIRIBELLI, I FERNANDEZ, G PLOTNIKOW, E GOGNIAT, I LOPEZ SAUBIDET, S ILUTOVICH, A RAIMONDI, R PRATTO, M GUAYMAS, P MASKIN, M MADORNO, M SETTEN
- 0127 PATRONES DE REVERSE-TRIGGERING EN PACIENTES CON SDRA**  
P RODRIGUEZ, G PLOTNIKOW, E GOGNIAT, I FERNANDEZ, S FREDDES, N TIRIBELLI, R PRATTO, S ILUTOVICH, A RAIMONDI, M MADORNO, I BONELLI, M GUAYMAS, P MASKIN, M SETTEN
- 0139 CAMBIOS NO PROGRAMADOS DE CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍAS EN PACIENTES ADULTOS CRÓNICOS**  
J LARDIÉS, G CHIAPPERO, H NUÑEZ, D MARQUEZ, F LARROCCA, C QUIROGA, F DI GRESIA, N MARTINEZ, N MANSILLA, ME BERTI, V LISCHETTI
- 0145 VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**  
MC CARMODY, ME SAJFAR, E NAVARRO, L CASTRO, A PIEROBON, S SALZBERG, IA RAGUZZI, JS VERA AMOR, C SNAIDER, T VUOTO, S SOLIÑO, JH DORADO, J PÉREZ, M CALVO DELFINO
- 0173 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON TRAUMATISMO EN CÉFALO CRANEANO Y TRAQUEOSTOMÍA EN UN CENTRO DE WEANING: ASOCIACIÓN ENTRE DECANULACIÓN Y ESTADO AL ALTA**  
F ESPERÓN, M BOSSO, G MUHAFARA, G BATAGLIA, V MOTTI, W PRIMOSICH, J GAGLIARDI, L GAREGNANI, L PRIETO, H PAVÓN, J CANCINO

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 11**

**Pediatría 3**

HORCONES

- 0105 TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE (TECG) SIN MONITOREO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA (CPIC) EN PEDIATRÍA. TEC SIN PIC IS A SIN?**  
M PENAZZI, N LÓPEZ, S LARDONE, P PACHECO, M MERCADO MURILLO
- 0187 USO DE LOS INOTRÓPICOS Y VASOPRESORES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA POLIVALENTE. ESTUDIO OBSERVACIONAL**  
AG PALACIO, MDP ARIAS LÓPEZ, GA GONZÁLEZ, :MG SHEEHAN, PO NEIRA
- 0249 PREVALENCIA DE NIÑOS CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA: ESTUDIO RETROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO**  
G GONZALEZ, MDP ARIAS LOPEZ, A BORDOGNA, R JABORNISKY, G PALACIO, A SIABA SERRATE, A FERNANDEZ, G SATI-Q PEDIATRICO
- 0343 PACIENTES PEDIÁTRICOS ADMITIDOS EN TERAPIA INTENSIVA POST TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO**  
J VELEZ, A BORDOGNA, G APARICIO, M MENDOZA, P CASTELLANI, D BERGNA, S GÓMEZ, D IGLESIAS, S BARALDO, C RUIZ
- 0360 EVOLUCIÓN DE PACIENTES POST TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
P REYES, A LUGRIN, MH FERNÁNDEZ DARRITCHON, A MAYANS, F SÁNCHEZ, R FRAIRE, E MARTINEZ DEL VALLE, A SIABA, T IOLSTER, I MALLA, E SELZER, A GONZÁLEZ CAMPAÑA, M FAUDA

- 0377 TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS (TRRC) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS INMUNOSUPRIMIDOS**  
SA BRUSCA, MA PENAYO ZÁRATE, M HERRERA, ME GALVÁN, B LATINI, A HERNÁNDEZ, D BUAMSCHA
- 0384 MENINGITIS BACTERIANA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**  
A TEALDE, G SEQUEIRA, A GARCIA, A MENCHACA

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 12**

**Pediatría 4**

PUENTE DEL INCA

- 0106 INTERVENCIÓN DEL KINESIOLOGO INTENSIVISTA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE VNI EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENTILATORIA.**  
LB POLLIOTTO
- 0119 VENTILACIÓN NO INVASIVA POSTEXTUBACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE HEPÁTICO (6 AÑOS DE EXPERIENCIA)**  
C LÓPEZ, G OLGUÍN, D BUAMSCHA
- 0164 EVALUACIÓN DE MÚSCULOS VENTILATORIOS Y PARÁMETROS CLÍNICOS EN BOTULISMO GRAVE DEL LACTANTE**  
VL MATEO PEREZ, JA TONON, LH LLANO LÓPEZ, LA VALDIVIOSO, C LÓPEZ, MY CABRERA, E GERACI, ML PIOVANO, M MOSCIARO
- 0185 FACTORES DE RIESGO PARA FALLA EN EL USO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LACTANTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HOSPITALIZADOS EN UCIP. ANÁLISIS DE COHORTE DE LARED NETWORK**  
F DIAZ, A WEGNER, R JABORNISKY, J JARAMILLO-BUSTAMANTE, P VÁSQUEZ-HOYOS, JA SERRA, N MONTEVERDE-FERNÁNDEZ, R NAVATTA, M DECIA, A DONOSO, S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS, MJ NUÑEZ, P CRUCES
- 0200 INCIDENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA (IRAB) GRAVE POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE**  
F BERROS, P ACOSTA, J FAIN, W PETRORA, M NOGUEIRA, G CINTRI
- 0221 ES LA PROTECCIÓN AUDITIVA UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR SEDOANALGESIA EN PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS**  
C LAFFONT, S MORALES, S GUIDO, E HERRERA, M MARTINEZ, M TIZLER, R GARATE, N ACOSTA, A ANGUITA
- 0254 PROTOCOLO DE SEDACIÓN Y ANALGESIA EN UNA UCIP. CONSUMO DE DROGAS Y COSTOS DE LAS MISMAS EN CUATRO AÑOS DESDE SU IMPLEMENTACIÓN**  
C BERRONDO, MA MEZZENZANI, ME TERÁN, L TORREIRO, MA FRANCAVILLA, S ROUCH, V POLOP, E MONTEVERDE, P NEIRA

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 13**

**Enfermería**

ENOTECA MAYOR

- 0020 MANEJO Y PERCEPCIONES SOBRE EL DOLOR EN PACIENTES INTUBADOS Y TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO. BAHÍA BLANCA**  
S GUGLIEMMETTI, V FONTANA, DB MARTIN, F CICCIOLO
- 0112 CONTROL DE SIGNOS VITALES POST ANESTESIA**  
H FIGUEROA, N BERTOIA

- 0169 INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES POR EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD. ESTUDIO CASO CONTROL**  
M MANSILLA
- 0192 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LESIONES POR PRESIÓN EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA SANATORIO ANCHORENA SAN MARTÍN**  
IP OUTI, LF GOMEZ, NA ANGELONI, M ACCOCE
- 0259 SUJECIÓN MECÁNICA EN UCIA. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACCIÓN**  
K ACOSTA, M MASTANTUONO, S VENUTI, C KECSKES, A MARTINEZ, A DÍAZ, E SAN ROMAN
- 0270 LA ENFERMERÍA, UN ROL FUNDAMENTAL EN LA DETECCIÓN DE DONANTES**  
G BASCOLO, P ZANARDI, E MISSON, M CHIRAMBERRO, P HORMIGO, M MINGOZZI, L GOMEZ, L ALONSO, M POSKIN
- 0348 NURSING ACTIVITY SCORE PARA DETECCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO**  
SL FERNÁNDEZ, S BOTTAIA, S GUERRERO, I HERRERA, V ARCEAU, A AUDELINA PELO, S ROJAS PALOMINO, AL GONZÁLEZ, MC MARCHENA, CI LOUDET, E ESTENSSORO
- 0386 PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y ENFERMERO LINK COMO ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
MA SALAS, A NOVAU, M AMAYA, L FABBRO, A PARISOTTO, J ALVAREZ, H CESARIO

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

TRABAJOS ORALES 14

Gestión / Calidad / Seguridad / Acreditación 2

ENOTECA ENTREPISO

- 0012 EDUCACION A DISTANCIA EN ULTRASONOGRAFIA CRITICA**  
F TAMAGNONE, C BENAY, P MERLO, J FEIJOO, G ALMIRON, M BRIZUELA, JM PINA, C ARCE, F QUETI, C ISSAC, M BADANO, G GRANBERG, F SOSA, I PREVIOLIANO, N PINCA
- 0029 INDICADORES DE CALIDAD EN INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD**  
A FELDMAN, M BELEN, D VARELA, G SIBILA, C PINO, D QUARANTA, S TOMAZ, G CAPDEVILLA, V NUNES, S FREDES, M GUAYMAS
- 0104 CONOCIMIENTO, EXPERIENCIA PROFESIONAL Y ACTITUD FRENTE A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ARGENTINA: LA ENCUESTA DONAR**  
V RUIZ, A MIDLEY, P RODRÍGUEZ, S BAUQUE, V MOROZOVSKY, A DA LOZZO
- 0159 IMPACTO EN LA APLICACIÓN DE LA LEY 27.447 EN LA PROVINCIA DE JUJUY, DURANTE EL PERIODO FEBRERO -JULIO 2018 PRE APROBACIÓN, Y AGOSTO 2018 A ENERO 2019 POS-APROBACIÓN**  
N PALACIOS, AA TOCONAS, MM LAMAS, AP BAEZ, RD PAREDES, GN RODRÍGUEZ, MO CARLOS BALCAZAR, MA MARTINEZ, IG FLORES, ARF FIGUEROA, OJ LOPEZ, AS SOTO
- 0208 DESEMPEÑO DE SCORES PRONOSTICOS EN PACIENTES MUY AÑOSOS INTERNADOS EN UTI**  
R FERNANDEZ, I SANTOLAYA, V ORDOÑEZ, E ROJO, E CABRERA, S PEREIRA, C OTTAVIANI, H ROJO, M SEGURA
- 0223 CARACTERISTICAS Y EVOLUCION DE PACIENTES MUY AÑOSOS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA (UTI)**  
R FERNANDEZ, I SANTOLAYA, V ORDOÑEZ, E CABRERA, E ROJO, H OCHOA, S PEREIRA, C OTTAVIANI, M SEGURA
- 0351 FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD HOSPITALARIA POSTERIOR A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI, AÑO 2006-2015**  
H LOZADA RAMOS, JE DAZA ARANA

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

TRABAJOS ORALES 15

Sedación 2 / Gestión 3

NIHUIL

- 0002 ENCUESTA ARGENTINA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DEL PAQUETE DE MEDIDAS ABCDEF**  
I CARBONI BISSO, F CARINI, I HUESPE, S TERRAZA, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0035 IMPLEMENTACIÓN DE UN RECURSO INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
A MATARRESE, B LEONE, J OSATNIK
- 0078 ¿INTERPRETAMOS CORRECTAMENTE EL VALOR-P LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS CRÍTICOS?**  
MF ANDREU, LP DIAZ BALLVÉ, D VERDECCHIA, T CARVALHO, A MONZÓN
- 0152 INTERRUPCIÓN DE LA SEDACIÓN DIARIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS**  
J HAIDAR, E PEDROZO, A POTENZONI, J APOLINARIO, K ACOSTA, A RAMOS, H FIGUEROA, N BERTOIA, V LOPEZ, G CHAPOÑAN, A DIAZ, M MASTANTUONO
- 0179 ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN UNA UCI MEDICO-QUIRÚRGICA EN ARGENTINA**  
A RUIZ, J PHILIPPE HERTELENDY, G ELGUE QUIAN, D BENVENUTTI, I ROMERO
- 0225 IMPLEMENTACIÓN DE UN CURSO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PRIMEROS RESPONDEDORES**  
J SAGARDIA, D PIEZNY, MA PEDRERO, N ROMANO, F TRAVERSO, L ARGUEYES
- 0275 REQUERIMIENTO DE ANALGESIA EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS TÓXICAS CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO**  
F OCAMPO, MC SOSA, PB PAHNKE, I PUIG, M LEGUIZAMON, S PAVAN, C ARANCIBIA

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

TRABAJOS ORALES 16

Shock

PLUMERILLO

- 0025 SHOCK SÉPTICO, COMPARACIÓN ENTRE LA VALORACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA CON PLATAFORMA EV100 Y NO INVASIVA CON ECOCARDIOGRAFÍA**  
MA CASTILLO, CG BAEZ, GM PALACIO, PA LEAL
- 0034 ANÁLISIS DE FRAGILIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS EN UNA UCI MÉDICO QUIRÚRGICA**  
A MATARRESE, B LEONE, J OSATNIK
- 0077 VOLUMEN DIASTÓLICO FINAL GLOBAL INDEXADO COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN CUIDADOS CRÍTICOS**  
JF GERBER, J RODRIGUEZ LOUZAN, C GONZALEZ, D MASEVICIUS, A DUBIN, C LOVESIO
- 0102 PRESEPSINA COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN PACIENTES CRÍTICOS**  
IA HUESPE, J ASPARCH, I HUESPE, E PRADO, J SINER, G JIMENEZ, S VENUTI, E SAN ROMAN
- 0313 LACTATO SÉRICO Y CLEARANCE DE LACTATO COMO MARCADOR PRONOSTICO EN PACIENTES AÑOSOS**  
R FERNANDEZ, I SANTOLAYA, V ORDOÑEZ, E CABRERA, E ROJO, H OCHOA, S PEREIRA, C OTTAVIANI, M SEGURA

**0337 EFECTOS DE LA HIPOTERMIA SOBRE LA MICROCIRCULACIÓN EN CONDICIONES DE ESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y SHOCK HEMORRÁGICO**

JF CAMINOS EGUILLOR, G FERRARA, VS KANOORE EDUL, MG BUSCETTI, HS CANALES, B LATTANZIO, L GATTI, FJ GUTIERREZ, A DUBIN

**0413 VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES SÉPTICOS REALIZADA POR INTENSIVISTAS**

DI IVULICH, B LEONE, FA SOSA, JM WEHIT, F DEKETELE, A MATARRERESE, JJ FOLCO, JD OSATNIK

**0454 CARACTERÍSTICAS DE LA RESUCITACIÓN DE LOS PACIENTES SÉPTICOS EN LA ARGENTINA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO (ESTUDIO SATISEPSIS)**

A DUBIN, E ESTENSSORO, C LOUDET, V KANOORE EDUL, J OSATNIK, C GONZALEZ, F RIOS, D VASQUEZ, M POZO, B LATTANZIO, F PALIZAS, G TUHAY, A GARCIA, G ZAKALIK, OI GRUPO SATISEPSIS

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 17**

**Trauma / Oncología / Seguimiento**

CACHEUTA

**0016 EL USO DE PROPRANOLOL DISMINUYE LA MORTALIDAD EN EL PACIENTE QUEMADO GRAVE**

A PEDERNERA, J CARBALLIDO

**0076 VALOR PREDICTIVO DEL QSOFA (QUICK SEPSIS RELATED ORGAN FAILURE ASSESSMENT) EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA DEL PACIENTE CON TRAUMA**

L CORBALAN

**0163 ANALISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TRAUMA DENTRO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIAS**

L LACOMBE, P PAHNKE, C LA GIGLIA, C CURA, C ARANCIBIA, S PAVAN, E RAEMDONCK

**0222 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS POR TRAUMA RAQUIMEDULAR EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS**

E RAEMDONCK VAN MEGRODE, C CURA, C LA GIGLIA, P PAHNKE, S PAVAN, A CARLOS

**0376 CAMBIO DE PARADIGMA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS Y TCPH QUE INGRESAN A UTI EN HOSPITAL PUBLICO VS CUBILLA, N PISTILLO, A GARCIA, J BORDONE**

**0402 ESTADO PREVIO AL INGRESO A UCI Y MORTALIDAD EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN**

P PEDACE, D VILLALBA, P DIAZ BALLVE, M SCRIGNA, J COLLINS, AP ROCCO, A MATEA, L ÁREAS, N GOLFARINI, G GIL-ROSSETTI, M HANNUN, P PINI, S BONI, S GRIMALDI, P TOCALINI, J CURIA, E PEREZ CALVO, M ANDREU, R RODRIGUES LA MOGLIE, P BUÑIRIGO, D NOVAL, F PLANELLS

**0417 ESTADO PREVIO Y SEGUIMIENTO POST ALTA DE UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A SALUD**

P PEDACE, D VILLALBA, P DIAZ BALLVE, M SCRIGNA, J COLLINS, AP ROCCO, A MATEA, L ÁREAS, N GOLFARINI, G GIL-ROSSETTI, M HANNUN, P PINI, S BONI, S GRIMALDI, P TOCALINI, J CURIA, E PEREZ CALVO, M ANDREU, R RODRIGUES LA MOGLIE, P BUÑIRIGO, D NOVAL, F PLANELLS

**0432 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS A LA UCI DE UN HOSPITAL POLIVALENTE**

V RODRÍGUEZ, J SAGARDIA, M RAMOS, MM GUTIERREZ OCAMPO, JL CHOQUEVILQUE VARGAS, L DIAZ BALLVE, ED PEZZOLA

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 18**

**Infectología 2**

ENOTECA MENOR

**0018 PROCALCITONINA COMO PREDICTOR TEMPRANO DE BACTEREMIA EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS FEBRILES CRÍTICOS**

L UNIGARRO, K MARÍN, G DEL POZO, V FIGUEROA, H CABALLERO, A GANGOTENA, M FORNASINI, E BASANTES

**0087 ¿SON SUFICIENTES LAS DOSIS DE ANTIBIÓTICOS BETALACTÁMICOS QUE UTILIZAMOS EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS?**

L LAMPONI TAPPATÁ, D MAURIZI, L SPADARO, P DIETRIC, P GARCÍA KRAEMER, V FUKS, L LAMOT, M PETASNY, L MARTINEZ

**0100 ANÁLISIS DE LA CINÉTICA DE PROCALCITONINA EN GÉRME-  
NES MULTIRRESISTENTES**

IA HUESPE, I HUESPE, J SINNER, E PRADO, I STANELONI, L DENADAY, E SAN ROMAN

**0114 NEUMONÍA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS**

MA FLORES MONTES, N LISTA, N DE GRAZIA, E DI VIRGILIO, C CISNEROS, L DE VEDIA, R PRIETO

**0118 VALOR DE LA PCR Y LA PCT PARA EL PRONÓSTICO DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR**

NB ACOSTA PEDEMONTE, NS ROCCHETTI, DH BAGILET

**0133 IMPACTO DE LA BACTERIEMIA EN NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**

AC YUNES, A MANZUR

**0158 IMPACTO DEL CONTROL DE BROTE DE INFECCIONES POR ENTEROBACTER RESISTENTE A CARBAPENÉMICOS**

A MANZUR, R CONTRERAS, A NIEVAS, F TAPIA, I OLMOS, M GELVEZ, F GIMENEZ, R GIMBERNAT

**0239 USO DE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA SEGÚN INMUNOCOMPETENCIA**

V ATENCIO, V RUIZ, V ESPEL, A PALERMO, M BERDIÑAS, L AVANZATO, J TAMAYO, MV PERAZZO, M OLMOS, G TUAY, L AGUIRRE, D VARELA, F KLEIN

**0246 EVALUACIÓN DEL USO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES IMPREGNADOS CON ANTISÉPTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**

MV PERAZZO, MV ATENCIO VARGA, L AVANZATO, JL TAMAYO ORTIZ, V RUIZ, A PALERMO INSUA, VDC DIAZ ESPEL, M BERDIÑAS ANFUSO, G TUHAY, D VARELA, L AGUIRRE, F KLEIN

06/09/2019 - 10:00 a 11:30

**TRABAJOS ORALES 19**

**Neumonología / Kinesiología**

USPALLATA

**0027 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADA POR TERAPISTAS: EXPERIENCIA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**

A FELDMAN, D VARELA, M LOMPINZANO, G SIBILA, R SANCHEZ, C POZO, B MEZA, G CAPDEVILLA, D QUARANTA, N TIRIBELLI, S FREDERES, M GUAYMAS, C BENAY

**0040 LA PÉRDIDA DIFUSA DE LA AIREACIÓN PULMONAR EN EL SDRA FAVORECE EL DESARROLLO REGIONAL DE VILI**

N PISTILLO, O FARIÑA

**0051 IMPLEMENTACIÓN DE OXÍGENOTERAPIA A TRAVÉS DE INSUFLACIÓN NASAL DE ALTA VELOCIDAD EN PACIENTES CON FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPNICA**

G PLOTNIKOW, A MATIAS, F SEBASTIÁN, T NORBERTO, S MARIANO, D JAVIER, G MARIA, I SANTIAGO, R PABLO, C CRISTIAN E, S JOSÉ LUIS, V DANIELA N

- 0055 OXIGENOTERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
ML GIMÉNEZ, G PLOTNIKOW, S FREDES, LI GAREGNANI, E ANDRICH, G AVACCA, M BERTÉ, G GARCÍA, M GARELLO, P GIMÉNEZ, MA GOLDBERG, K MIRALLES, G NAHMIA, M OJEDA, R PRATTO, A SANTA MARÍA, N SEGURA, E STEIMBERG, D NOVAL, D VASQUEZ, S ILUTOVICH
- 0060 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INMEDIATAS A LA EXTUBACIÓN TRAQUEAL EN ADULTOS CRÍTICOS**  
MF ANDREU, M BEZZI, ME DOTTA
- 0067 ROL DE LA BRONCOSCOPÍA EN TERAPIA INTENSIVA: EXPERIENCIA EN 433 PROCEDIMIENTOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**  
I CARBONI BISSO, C VIDELA, S DI STEFANO, M LAS HERAS, E SAN ROMÁN
- 0188 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO (CNAFO2) EN FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPÓXEMICA SECUNDARIO A NEUMONÍA**  
J ROBLES, M MANAGÓ, D SEMINO YURKOVICH, C LOVESIO

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

05/09/2019 - 13:00 a 14:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Pediatría 1

RINCÓN 1

- 0083 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE CASOS**  
AL CORREA FRETES, GC SAMUDIO, AL CORREA, SV VELÁZQUEZ, LS QUINTERO, J KEGLER SAMUDIO
- 0084 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE ASOCIADO A VIRUS DE CMV. REPORTE DE CASO PEDIÁTRICO**  
GC SAMUDIO, AL CORREA, SV VELÁZQUEZ, J KEGLER SAMUDIO
- 0161 A PROPÓSITO DE UN CASO: BOTULISMO POR HERIDA**  
M ALTAMIRANO, A PEDROZA
- 0318 PRESENTACIONES ATÍPICAS DE TBC EN LA INFANCIA, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS**  
R ALVAREZ MIÑO, AA SANDOVAL, S GALVEZ, K CINQUEGRANI
- 0375 DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA REVERSIBLE EN PACIENTE CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO 1**  
CV ROJAS, S GUIDO, M ALTINA, M GARCIA, A ANGUITA, M TISZLER, M MARTINEZ, S MORALES, C LAFFONT, E HERRERA, R GARATE
- 0378 ENCEFALITIS NECROTIZANTE AGUDA POR VIRUS INFLUENZA A**  
M BIDEgain, G SEQUEIRA
- 0397 PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN UCIP: A PROPÓSITO DE UN CASO**  
M MERCADO MURILLO, N LOPEZ, M PENAZZI, S LARDONE, P PACHECO, C TORRES GUZMAN
- 0433 ENCEFALITIS NECROTIZANTE AGUDA A PROPOSITO DE UN CASO**  
A AYBAR, P BOTTA, G CORREA, P GALLARDO, P JUAREZ, L MARCOS, I NICASTRO, J PEDRAZA, V RUIZ
- 0443 AMEBIASIS CEREBRAL PRIMARIA**  
G SANCHEZ, J PEDRAZA CORONEL, P JUAREZ, A AYBAR, V LEGUINA, P GALLARDO, L MARCOS, G CORREA

05/09/2019 - 14:00 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Pediatría 2

RINCÓN 1

- 0181 EXANGUINOTRANSFUSIÓN (ET) EN COQUELUCHE GRAVE. ¿ET PHONE HOME?**  
M PENAZZI, P PACHECO, E MARI, S LARDONE
- 0282 INTOXICACIÓN CON ALQUITRÁN DE ENEBRO (ACEITE DE CADE) EN UN NIÑO DESPUÉS DE UNA APLICACIÓN CUTÁNEA**  
G BENNANI, O AISSAOUI, K SEDDIKI, Y HAFIANI, A CHLILEK, K YAQINI, S KALOUCHE
- 0292 ENFERMEDAD DE CROHN EN LACTANTE CON SÍNDROME DE DOWN. PRESENTACIÓN CON SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ENTERORRAGIA**  
M SUBIRA, L CRUZ, S SANCHEZ
- 0338 SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA EN EL DEBUT DE AIJ-S CON POSTERIOR COMPLICACIÓN A PRES, REPORTE DE UN CASO**  
AA SANDOVAL, R ALVAREZ MIÑO, S GALVEZ, F PODESTA, K CINQUEGRANI, M ETCHEVERRY
- 0339 METAHEMOGLOBINEMIA EN PEDIATRÍA, REPORTE DE UN CASO**  
R ALVAREZ MIÑO, A SANDOVAL, S GALVEZ, F PODESTA, K CINQUEGRANI

- 0357 ECMO EN PACIENTE POST TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**  
L ANTONELA, R PABLO, FD MARÍA HILARIA, T SILVIO, L PABLO, I TOMAS, S ALEJANDRO, F RAFAEL
- 0382 ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED VERSUS INFECCIÓN Y USO PRECOZ DE CORTICOIDES**  
G PRICOLO, ME BOBBIO, MA BALAKUNIEC, MF DALLARDA, S DEGIUSEPPE
- 0383 DERMATOMIOSITIS JUVENIL: PRESENTACIÓN DE UNA COMPLICACIÓN ATÍPICA**  
G PRICOLO, ME BOBBIO, MA BALAKUNIEC, MF DALLARDA, S DEGIUSEPPE

05/09/2019 - 13:00 a 14:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Toxicología

RINCÓN 2

- 0014 METAHEMOGLOBINEMIA EN PACIENTE INTOXICADO CON DAPSONA: REPORTE DE UN CASO**  
I CARBONI BISSO, G TAUILL, MP CORDERO, D LERMAN, C BARRIOS, D PINA
- 0082 INTOXICACIÓN POR LITIO - CAUSA INFRECUENTE DE DEPRESIÓN DEL SENSORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO**  
PS MARTINEZ CAMPISTEGUY, AL MUHLBERGER, L GONZALEZ BREGA, AL NISNIK, MB HEREDIA, F ALVAREZ, M GUERESCHI, JR BARTOLI
- 0136 RABDOMIOLISIS E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR ENVENENAMIENTO BOTROPICO, A PROPOSITO DE UN CASO**  
AM SANCHEZ, JF GUZMAN, Y YOMA, N LLANES
- 0162 ABUSO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS: DROGAS DE DISEÑO 3,4-METILENDOXIMETANFETAMINA**  
L LACOMBE, P PAHNKE, C CURA, C LA GIGLIA, C ARANCIBIA, S PAVAN
- 0201 INTOXICACION CON ORGANO FOSFORADO: REPORTE DE UN CASO ATIPICO**  
S LLERENA, H BONGIOANNI, L ARGUEYES, J LAPADULA, M LLORIA
- 0214 EPIDEMIOLOGIA DE LAS INTOXICACIONES EN LA TERAPIA INTENSIVA**  
G GENOVESE, F MARTINEZ SRNEC, V AMAYA, I CHOQUE, G RAMOS
- 0291 ERGOTISMO A PROPÓSITO DE UN CASO**  
A VALVERDE, A GUTIERREZ, H AGUILAR, S OJEDA
- 0342 UTILIZACIÓN DE CIPROHEPTADINA PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME SEROTONINÉRGICO SECUNDARIO A ÉXTASIS: REPORTE DE UN CASO**  
WI RÍOS VILLCA, O PIERUCCI, RR VILLCA JAVIER
- 0400 A PROPOSITO DE UN CASO: SHOCK VASOGENICO POR AZUL PATENTE EN PACIENTE CON CUADRANTECTOMIA DE MAMA DERECHA Y BIOPSIA DE GANGLIO DE CENTINELA**  
W POZO, L JORGE, P CLAUDIO, C OSCAR, A MARCO, M SANDRA, R EDUARDO
- 0444 SINDROME CONVULSIVO SECUANDARIO A INTOXICACIÓN POR ÓRGANOS FOSFORADOS, CON MANIFESTACIONES COLINÉRGICAS TARDÍAS, PRESENTACIÓN ATÍPICA. REPORTE DE UN CASO**  
S LLERENA, L ARGUELLES, J LAPADULA, H BONGIOANNI, J SARGARDIA, C ARIAS, E PEZZOLA

05/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04**

**Trauma**

RINCÓN 2

- 0001 LESIÓN PULMONAR POR TRAUMA ELÉCTRICO: REPORTE DE UN CASO**  
G NICOLÁS, I CARBONI BISSO, F CRUSAT, C VIDELA, M GARBARINI, M LAS HERAS, J SINNER, E SAN ROMÁN
- 0124 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: REANIMACIÓN CON FLUIDOS GUIADA POR MONITOREO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN PACIENTE GRAN QUEMADO**  
P RAMIRO, M CARMONA, M DAVID, G FEDERICO, A PEREZ, C ARIEL, Z GRACIELA
- 0125 RABDOMIÓLISIS: REPORTE DE UN CASO**  
M ALBARRACIN REINOSO, G ORELLANA CAMPOVERDE, V NARVAEZ, D PAEZ SILES, N GARCIA SMERALDI, S STERMAN, JJ BRAVO MITA, P AYALA, ML LUDUEÑA, C GARCÍA ALMIRÓN, A KOVAC, N RAIMONDI
- 0130 LESIONES POR INJURIA TERMICA (ELECTROCUCION)**  
V NARVAEZ, A PASTORIZA, ML LUDUEÑA, L BUDROVICH, M ALBARRACIN, G ORELLANA CAMPOVERDE, D PAEZ SILES, N GARCÍA SMERALDI, S STERMAN, JJ BRAVO MITA, P AYALA, C GARCÍA ALMIRÓN, N RAIMONDI
- 0193 INDICACIONES DEL FILTRO DE VENA CAVA EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD TRAUMA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS**  
B SELVA, A VILKELIS, I PUIG, P PAHNKE, S PAVÁN, C ARANCIBIA
- 0195 TRAUMA CERVICAL, CAVIDAD ORAL Y CRANEAL AUTOINFINGIDO. REPORTE DE UN CASO SINGULAR**  
S ORELLANA, A TAMAYO, O LANDONI, A CHALCO
- 0218 PSEUDOANEURISMA CAROTIDEO, UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE DEL TEC GRAVE**  
G MURIALDO
- 0230 MANEJO DE UN PACIENTE CON NEUROTOXICIDAD LUEGO DE MORDEDURA DE SERPIENTE EN UN PAÍS DE BAJOS RECURSOS. REPORTE DE CASO AL NORTE-ESTE DE SIERRA LEONA**  
FD BERDAGUER FERRARI, M BANGURA, E ROGERS, AM JALLOH, A MOLINA GARCÍA
- 0247 VALORACION ULTRASONOGRÁFICA DE LA RESPUESTA A FLUIDOS EN PACIENTES CRÍTICOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA**  
N CANO, L SEOANE, A PIÑEIRO, M DIANA MENENDEZ, A RUGIERO, L BOURNISSEN, C NORIEGA, A MARTINELLI, B QUIROGA, M RODRIGUEZ
- 0305 SÍNDROME COMPARTIMENTAL SECUNDARIO A SÍNDROME DE APLASTAMIENTO**  
LG DURAN, LE LAMOT, CJ BEROIZA, VE FUKS, M PETASNY, PS VEGA, LR MARTINEZ
- 0390 TROMBOSIS VENOSA YUGULAR BILATERAL SECUNDARIO A HERIDA DE ARMA BLANCA EN REGION CERVICAL EN INTENTO AUTOLITICO**  
D AVILA, J BATAN, M DAZA, M LUGARO, P SCHOON, L BENITO, P CARRASCO, J GONZALEZ, E QUINTANILLA

05/09/2019 - 13:00 a 14:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05**

**Infectología 1**

RINCÓN 3

- 0361 FASCITIS NECROTIZANTE TORÁCICA A PROPÓSITO DE DOS CASOS**  
F SEQUEIRA, D DURAN, O RECUPERO, S APARICIO, J VELEZ, P CASTELLANI

- 0369 SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATIPICO A S PNEUMONIAE: A PROPOSITO DE UN CASO**  
G LIBERA, M FORMAGGIO, S LANATTI, A SEGADO, H ODDONE
- 0374 NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECIÍ EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. UNA CAUSA INFRECUENTE**  
M JARAMILLO, J MARTINEZ, E ESCAÑO, JD CASTAÑO, K SOLANO, J MARIN, JL VASTA, F LIPOVESTKY
- 0389 ABSCESO EPIDURAL POST-SACROCOLPOPEXIA: REPORTE DE CASO**  
R DOMINGUEZ, J GALARZA, B VAZQUEZ, B VARELA, N POZO, N GRUBISSICH, D PINA
- 0394 NEUMONIA GRAVE POR (SAMR), BROTE INTRAFAMILIAR**  
J CASTAÑO, M JARAMILLO, J MARTINEZ, K SOLANO, R HERNAN, R FLAVIO, F LIPOVESTKY, V LEONARDO
- 0408 FACTORES ASOCIADOS A MORBI-MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MENINGITIS POST QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL H.I.G.A PEDRO FIORITO**  
L CAMARGO, E CUESTAS, M GILLI, A CAMELLI, E PALERMO, D QUECAÑO
- 0414 ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**  
PN TABORDA, DR CARRANZA, RA QUINTEROS, MA GARCIA, ML BUEMO, NS BONETTO, MS CARRIZO, JJ ORTEGA, RS ROJAS, CM FERREYRA, MP RUIZ, JC CELIA
- 0430 SDRÁ POR ADENOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO**  
N RIBERA, P SCHOON, L BENITO MORI, M LUGARO, D BAZOALTO
- 0435 INFECCIÓN GRAVE DE PARTE BLANDAS POR SERRATIA MARCESCENS**  
J GONZÁLEZ, M LUGARO, JL JOSE LUIS, J TORRES BATAN, P CARRASCO AREVALO, E QUINTANILLA BENAVIDEZ, L BENITO MORI

05/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06**

**Infectología 2**

RINCÓN 3

- 0279 PERFORACION INTESTINAL POR SALMONELOSIS, PRESENTACION OLVIDADA DE UNA PATOLOGIA FRECUENTE: INFORME DE UN CASO**  
ME CORDERO, A SANCHEZ, N LLANES, L CUELLAR, S CASTILLO, A MORENO DE MARI, A ENCINA SANCHEZ
- 0281 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES: VARIANTES EN EL COMPROMISO DEL TRONCO ENCEFÁLICO**  
N GEMELLI, A FERRERO, S DI STEFANO, M GARBARINI, M LAS HERAS, N CIARROCCHI, E SAN ROMAN
- 0293 CISTITIS ENFISEMATOSA COMPLICADA, APROÓSITO DE UN CASO**  
D QUECAÑO, LG CAMARGO, R ZENTENO, G MARTINEZ, E CUESTAS, J RIPOLL, C OZAETA, J ZALDUA, A PEÑA, M GILLI, A CARDENAS, E PALERMO
- 0296 CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA CON INFILTRACIÓN EN MÉDULA ÓSEA EN PACIENTE CON HIV**  
F FURIASSE, M TORRES, C COZZANI, V PICOLLI, ME BRAÑA, D LÓPEZ CAMPOS, L BRIA, D NOVAES, G JACOB, F PERALTA, A CÁCERES, MF AMIEVA, Y AMOROSO
- 0304 SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR GRAVE POR LEPTOSPIROSIS**  
RW AGUILAR HUARITA, R BARRIOS, D PIEZNY, J SAGARDIA, C ARIAS, F RÍOS

- 0320 MORBI-MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MENINGITIS POST QUIRÚRGICA TRATADOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PEDRO FIORITO**  
L CAMARGO, E CUESTAS MEJIA, A CAMELLI, M GILLI, D QUECAÑO, E PALERMO, R ZENTENO, J RIPOLL, C OZAETA, J ZALDUA, E MORTIER, A PEÑA, C GARRO
- 0321 ENDOCARDITIS INFECCIOSA INTRAHOSPITALARIA DE VÁLVULA NATIVA POR ACINETOBACTER BAUMANII EN PACIENTE VIH: REPORTE DE UN CASO**  
E ELIA, M ANTONIO, G MAGISTOCCHI
- 0323 NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD POR LOPHOMONA SPP**  
G TAJES, N ALLENDE, R CORDOBA, M VILLANUEVA, N SEGURA, A SANTA MARIA, M BERGE, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0324 ENCEFALITIS POR DENGUE: REPORTE DE 2 CASOS QUE REQUIRIERON INTERNACIÓN EN UCI**  
RA VILLALBA, MC POHLEMANN TARNOVSKI, MD ARGÜELLO, RE OSTROWSKI, SD RIBAK, AE CARRERA, CA CORREIA DA SILVA, C FARQUHARSON, NP BARRETO, JP ROMERO

05/09/2019 - 13:00 a 14:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07**

**Neumonología / Kinesiología Crítica 1**

RINCÓN 4

- 0135 SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO SECUNDARIO A TOXICIDAD PULMONAR POR AMIODARONA**  
L VALENCIA CHICUÉ, A FERRERO, M GARBARINI, M LAS HERAS, E SAN ROMAN
- 0165 PRIMER ECMO MOBILE EN EL GRAN ROSARIO**  
GV TORRESAN, NB ACOSTA PEDEMONTE, EG ROGGERO, YI BELLAGAMBA ENRIQUE, NI CARRIZO, SP GATTINO, R NICOLÁS SEBASTIÁN, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0176 OXIGENACION POR CANULA NASAL DE ALTO FLUJO EN HEMORRAGIA ALVEOLAR**  
M RÉ, S GATTINO, N ROCCHETTI, C SETTECASE, D BAGILET
- 0211 NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO EN TERAPIA INTENSIVA: EL DRENAJE CON CATÉTER DE 7 FRENCH COMO PRIMERA OPCIÓN**  
G RAMOS, G GENOVESE, G DE MARCHI, R SANCHEZ, V AMAYA, F MARTINEZ SRNEC
- 0252 DECÚBITO PRONO COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO**  
D SANTOS, A FLOREZ, I ROMERO
- 0258 UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DEL PROBNP COMO PREDICTOR DEL ÉXITO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON EPOC Y FALLO RESPIRATORIO HIPERCÁPNICO**  
AL DURAN, DI IVULICH, P DOMEQC, P PAGANO, S SAAVEDRA, MM KLEINERT
- 0300 SÍNDROME DE DISFUNCION REACTIVA DE LA VIA AÉREA (RADS), UN CASO REPORTE**  
R BEJARANO, G ROMANO, F MUÑOZ CASTILLO, L VARGAS
- 0365 NEUMONÍA EOSINOFÍLICA ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA**  
A GIRA, J HERRERA, J SEGURA, V POUSSA, R ANDRADE, P PRATESI
- 0410 PULMON DE CRACK**  
G GALINDEZ, M MONTENEGRO, G BREITLING, R DAMATO, CVARGAS, M VILLEGAS, K SOSA, J POLLINI, J CASTAGNINO

05/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08**

**Neumonología / Kinesiología Crítica 2**

RINCÓN 4

- 0008 IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y PARAMETROS DEL VENTILADOR MECÁNICO DURANTE LA FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE (FBF) EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA (SDRA)**  
M WILCHES, A TAMAYO, B FERNANDEZ, J MORALES, R GARNICA, J SAKUGAWA, W VIDETTA, G RODRIGUEZ
- 0073 SOPORTE EXTRACORPÓREO POR 118 DÍAS ESPERANDO LA RECUPERACION PULMONAR**  
GY DELAUDE, M MANERA, E CORNU, E BALDASSERONI, L BEMONTE, C CHAMBRE, C SIMONATO, N SANTAGATI, R CARRILLO, F PALIZAS (H), C CASABELLA, B LATTANZIO, M CASANOVA, V PAVLOTSKY
- 0090 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (TP) EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS. ANÁLISIS DE 11 MESES EN LA UTI DEL HOSPITAL PIROVANO**  
DN GAUNA, A FELDMAN, L MACCHIAVELLO
- 0093 VENTILACIÓN MECÁNICA DIFERENCIAL (VPD) EN PATOLOGÍA PULMONAR HETEROGÉNEA. REPORTE DE UN CASO EN UTI HOSPITAL PIROVANO**  
DN GAUNA, L MACCHIAVELLO, J MORALES
- 0094 FALLO RESPIRATORIO GRAVE EN OBESIDAD MÓRBIDA: UN MANEJO COMPLEJO**  
CB LOPEZ, CL RAMIREZ, G QUISPE REYES, TC NAVARRO, DE MIÑO, AE PIACENZA, JA CIALZETA, FN FALCÓN, MJ OCHOA
- 0101 QUILOTÓRAX EN POSTQUIRÚRGICO POR DECORTICACIÓN**  
G BORDON, A CAGOL
- 0123 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN PSWING/VOLUMEN TIDAL DURANTE PRUEBA DE VENTILACION ESPONTANEA, COMO PREDICTOR DE WEANING ÉXITOSO**  
R PAFFUMI, M CARMONA, D MINZER, G RAMITO, R MARIA PAULA, C ARIEL, Z GRACIELA
- 0242 COMPORTAMIENTO DE LA IMPEDANCIA PULMONAR AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE DOS MÉTODOS DE DESTETE EN PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO: A PRÓPOSITO DE UN CASO**  
J ROBLES, D SEMINO YURKOVICH, N BIANCHINI, A ACOSTA, M MANAGÓ, C LOVESIO
- 0315 HIPOVENILACION ALVEOLAR PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO**  
D PAEZ SILES, N VANESA, M ALBARRACIN, G ORELLANA, N GARCIA SMERALDI, ML LUDUEÑA, J ANGAROLA, C GARCIA ALMIRÓN, N RAIMONDI

05/09/2019 - 13:00 a 14:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09**

**Neurointensivismo 1**

RINCÓN 5

- 0421 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CATASTRÓFICA DURANTE LA NEUROCIROLOGÍA DE MACROADENECTOMÍA PITUITARIA TRANSENFENOIDAL**  
V ORTEGA ESCOBAR, F RODRIGUEZ LUCCI, A HLAVNIKA, S TOLDO MONACA, SM ONETO, N WAINSTEIN
- 0422 VASOESPASMO CEREBRAL RECURRENTE, UN EPIFENOMENO DESPUÉS DE LA RUPTURA DE UN ANEURISMA ACP: REPORTE DE CASO**  
P CARDOZO, M QUIROGA, E AMUNDARAIN, B DORFMAN

- 0428 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y ABDOMINAL SINCRÓNICA CATASTRÓFICA. MEDIOLISIS ARTERIAL SEGMENTARIA. REPORTE DE UN CASO**  
H BONGIOANNI, M HAWKES, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN, F RODRIGUEZ LUCCI
- 0436 ENCEFALITIS ANTINMDA Y SU PATRÓN ELECTROENCEFALOGRAFICO**  
H BONGIOANNI, F CABAÑUZ, A HLAVNIKA, N WAINSTEIN, F RODRIGUEZ LUCCI
- 0439 VASOESPASMO CEREBRAL RECURRENTE, UN EPIFENOMENO DESPUÉS DE LA RUPTURA DE UN ANEURISMA ACP: REPORTE DE CASO**  
P CARDOZO, M QUIROGA, E AMUNDARAIN, B DORFMAN
- 0442 REFLEJO TRIGÉMINO CARDIACO MÁS ALLÁ DE LA NEUROCIROLOGÍA UN FENÓMENO CLÍNICO QUE PUEDE SER CATASTRÓFICO**  
V ORTEGA ESCOBAR, F RODRIGUEZ LUCCI, N WAINSTEIN
- 0446 ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA ASOCIADA A VASOESPASMO SECUNDARIO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA: EXPERIENCIA CON MILRINONA INTRAVENOSA**  
V ORTEGA, F RODRIGUEZ LUCCI, N WAINSTEIN
- 0450 CARACTERIZACIÓN E IMPACTO CLINICO DEL MANEJO DE ACV EN UTI: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL**  
M SALVA, D ALFARO, A BAZO, B LLAPUR, L SILVA, M VELASQUEZ

05/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10**

**Neurointensivismo 2**

RINCÓN 5

- 0257 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL FATAL COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL DE ENCEFALOPATÍA PANCREÁTICA**  
G CHIAROLLA
- 0273 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES. REPORTE DE CASOS**  
T FERNANDEZ, P CRISTINA, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, F ZECHNER, A SEMPERTEGUI, N AGUILAR, V MURILLO
- 0276 HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN MIEMBRO SUPERIOR**  
AN FLORES MERCADO, L CASANOVA, E GUZMAN, J AGUIRRE, JP HERTELENDY
- 0322 ESTADO EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO**  
L CAMARGO, E CUESTAS MEJIA, J RIPOLL, D QUECAÑO, C OZAEITA, J ZALDUA, E PALERMO, R ZENTENO, M GILLI, E MORTIER, A PEÑA
- 0325 ENCEFALITIS AUTOINMUNE PARANEoplásica COMO CAUSA DE TRASTORNO DEL SENSORIO EN UTI: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**  
MD ARGUELLO, RA VILLALBA, MC POHLEMANN TARNOVSKI, RE OSTROWSKI, AE CARRERA, CA CORREIA DA SILVA, SD RIBAK, NP BARRETO, MDC BALEIRON, RA ALVAREZ, ES SANCHEZ, C FARQUHARSON
- 0344 REVISIÓN DEL SÍNDROME DE PERCHERON. A PROPÓSITO DE UN CASO**  
MF COÑEQUIR, G CARDONATTI, G MONTI, A BELLOCCHIO, B ALVAREZ, G GAUDENZI, S AGUIRRE, F BARSAGLINI, C BENITEZ, M ROJAS
- 0346 REGISTRO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR COMPARADO EN UN MES DE 1998 VERSUS 2019**  
G CALVI, MP ZALAZAR, M DI BIASIO, A ALONSO
- 0415 AFECTACIÓN MULTISEGMENTARIA MEDULAR POR LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**  
P TAPIA LARA, Y PEREZ REY, T JUHASZ, P AGUSTINA, N QUETGLAS, M PADILLA, M JAUREGIBERRY, L TUMINO

05/09/2019 - 17:00 a 18:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11**

**Gastroenterología / Nutrición / Trasplante**

RINCÓN 1

- 010 SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR SOBREHIDRATACIÓN SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA GRAVE**  
J MORALES, A TAMAYO
- 0172 ENCRUCIJADA EN VUELO: RIESGO TROMBOEMBOLICO VS RESANGRADO**  
E NASUTE MOLINA, PB PAHNKE, C ARANCIBIA
- 0175 SÍNDROME DE REALIMENTACION EN PEDIATRÍA. DECISIONES SOBRE MANEJO NUTRICIONAL EN TORNO A UN CASO CLINICO. ¿QUÉ NOS APORTA LA EXPERIENCIA?**  
I MARTINEZ GARBINO, A FERNÁNDEZ, A ÁVILA VERA, L MOROS, C HAJDINJAK, P PAZ
- 0207 TRASPLANTE HEPÁTICO POR FIEBRE AMARILLA PRIMER CASO EN ARGENTINA**  
J PAUCAR, D PANOZZO, B ESCUDERO, J OCHOA, N SEGURO, A SANTAMARIA, M BÉRTE, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0354 CALDO DE CULTIVO AUTOMATIZADO PARA EL CONTROL DE BOLSAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL**  
FDV SÁNCHEZ, A ELÍAS, B KOLTON, J ASSA, J FAEDDA, H PRETTE
- 0359 UTILIZACIÓN DE SISTEMA VAC PARA TRATAMIENTO DE EC-TIMA GANGRENOSO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS**  
A LUGRIN, P REYES, A MAYANS, F SÁNCHEZ, E ABREU, A SIABA, T IOLSTER, S TORRES
- 0424 HEPATECTOMÍA TOTAL Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN DOS FASES**  
Y AYALA, G CABRERA, M GARBARINI, F ORTEGA, S VILLAROEL, J PEKOLJ, E DE SANTIBAÑES, S GIANASSI, E SAN ROMÁN
- 0447 REPORTE DE UN CASO COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO CON ALTA SOSPECHA DE ACIDOSIS D-LACTICA**  
ZD CAMACHO ACHA, MR CASTILLO TORRES, V BRUZZO
- 0453 LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO HERRAMIENTA EN LA DETERMINACIÓN DE MUSCULO ESQUELÉTICO EN PACIENTE CRÍTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
P NAVARRETE, M RODRIGUEZ, C LUNA, R CALELLA, C MORENO, Z ROSALES, R LÓPEZ, E TORRES, S PEREIRE, L PARRA, C BARADA

05/09/2019 - 17:00 a 18:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12**

**Cardiología**

RINCÓN 2

- 0013 EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN VENTRÍCULO IZQUIERDA DURANTE EL PROCESO DE DESTETE Y EFECTOS CON EL USO DE NITROPRUSIATO DE SODIO. REPORTE DE UN CASO**  
M BRIZUELA, M DÍAZ, C LÓPEZ, J BUJEDO, C BENAY, F TAMAGNONE, P MERLO
- 0092 FLEGMASIA CERULEA DOLENS: REPORTE DE CASO**  
S LLERENA, J SAGARDIA, F RIOS, D PIEZNY, C ARIAS
- 0111 SERIE DE CASOS: CAMBIOS EN LA ELASTANCIA, CARGA ARTERIAL ESTÁTICA Y PRESIÓN MEDIA SISTÉMICA LUEGO DEL USO DE DOBUTAMINA EN PACIENTES SÉPTICOS**  
L BERLONI, F GERBER, J RODRIGUEZ LOUZAN, C GONZALEZ, D MASEVICIUS, A DUBIN, C LOVESIO
- 0129 FLEGMASIA CERULEA DOLENS. REPORTE DE UN CASO**  
F BARSAGLINI, G CARDONATTI, G MONTI, A BELLOCCHIO, C LLERENA, B ALVAREZ, G GAUDENZI, S AGUIRRE, C BENITEZ, MF COÑEQUIR, M ROJAS, M ROLANDO, J HEREDIA

- 0166 CATÉTER VENOSO CENTRAL PARACARDÍACO IZQUIERDO**  
MDLP BELLONE CECCHIN, CR PORTOCARRERO TAPIA, MA RAMIREZ GUIZADA, M MALATINI, AA MERLO, SF FERNANDEZ CORDE-RO
- 0178 MIOCARDIOPATÍA POSTERIOR A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO**  
Y AYALA, C VIDELA, M LAS HERAS, M GARBARINI, E SAN ROMÁN
- 0206 FLEGMASIA CERULEA DOLENS**  
MI IMBELLONI, M VILLANUEVA, MI MATTIOLI, M GUZMAN, N SEGURA, A SANTA MARIA, M BERTÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0227 DISPLASIA ARRITMOGENICA DEL VENTRÍCULO DERECHO**  
L COLOMER, PB PAHNKE, LA ARABIA, C ARANCIBIA
- 0240 MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA EN PACIENTE ADULTO**  
CV BENITEZ, M MOLINA, J MENDEZ, R VILLEGAS, V ALDANA, D JALILE, R HERNÁNDEZ, N BALBUENA, C ORLANDI
- 0272 NUEVO DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO INGRESADOS A UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
JM WEHIT, FA SOSA, DI IVULICH, JJ FOLCO, F DEKETELE, AN MATARESE, B LEONE, JD OSATNIK
- 0429 LESION CARDIACA COMO COMPLICACION DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**  
RD LUCERO, JE GUTIERREZ ROMERO, P PARDO, J LESCOCANO, C PLAZA, E RODRIGUEZ

05/09/2019 - 17:00 a 18:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13**

**Infectología 3**

RINCÓN 3

- 0210 ACTINOMICOSIS GÁSTRICA PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO**  
M TEJADA, M ANTONIO, N RESA, G MAGISTOCCHI, G CHIAROLLA, E ELÍA, M VERA
- 0213 NOCARDIOSIS DISEMINADA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA GRAVE QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO**  
MP CRISTALDI, M MONTENEGRO, A VIOLO, M D'ANGELO, P MARCONI, E MIKULIC, A BALBI
- 0229 PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA**  
M TORRES, G VIDAL, G FERNANDEZ, MC AROLFO, E ALTAMIRANO, G SCHMUKLER, A SCHMUKLER
- 0235 DISFUNCIÓN MÚLTIPLE DE ÓRGANOS SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS GRAVE, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS**  
E MATIJACEVICH, M FUENTE, C LATTANZIO, M MARINO, D VILLANI, R VISINTIN, J LASSAGA, M FRANCO, V LEIVA, A HERRERA, R RODRIGUEZ, L LEIT
- 0241 SÍNDROME CORONARIO AGUDO ASOCIADO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA**  
C DOMINGUEZ, V CHEDIACK, P SAUL, R GREGORI SABELLI, M RODRIGUEZ LLANOS, E CORTEZ, A GARAY, C CAINZO, F GIL ZBINDEN, P MARTIN, P VELASQUEZ LOPEZ, E CUNTO
- 0243 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMO AGENTE CAUSAL DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA, EN PACIENTE EMBARAZADA, INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE CASO**  
C LATTANZIO, M FUENTE, M MARINO, D VILLANI, E MATIJACEVICH, M FRANCO, V LEIVA, R RODRIGUEZ, A HERRERA, J LASSAGA, R VISINTIN, L LEIT
- 0245 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO SECUNDARIO A LEPTOSPIROSIS**  
G CABRERA, Y AYALA, S DI STEFANO, M LAS HERAS, M GARBARINI, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0267 BACTERIEMIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE 12 PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL JUAN A FERNÁNDEZ.**  
K NOGUERA, A PASTORIZA, C GARCIA ALMIRON, ML LUEDUEÑA, A KOVAC, D LERMAN

- 0271 PACIENTE INMUNODEPRIMIDO CON INFECCIÓN EN SNC Y PULMONAR A GÉRMEEN OPORTUNISTAS**  
G VIDAL, M TORRES, A MARIA CAROLINA, F GUSTAVO, A ESTELA, S GERMAN, S ARMANDO

05/09/2019 - 17:00 a 18:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14**

**Neurointensivismo 3**

RINCÓN 4

- 0134 ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA BASILAR**  
G ORELLANA CAMPOVERDE, M REINOSO ALBARRACIN, D PAEZ SILES, N GARCIA SMERALDI, S STERMAN, JJ BRAVO MITA, P AYALA, ML LUDUEÑA, C GARCIA ALMIRON, L COMPUTARO, N RAIMONDI
- 0141 HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO EN CONTEXTO DE TROMBOCITOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO**  
M ECHARRI, G ROLANDELLI, D VERA, A BARRIENTOS
- 0142 DETERIORO DEL SENSORIO TRAS RETIRO DE VIA CENTRAL. UN CASO PARADOJICO**  
G ROLANDELLI, M ECHARRI, D VERA, E DE LORENZO, A BARRIENTOS
- 0144 SÍNDROME DE PERCHERON Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**  
YI BELLAGAMBA ENRIQUE, EG ROGGERO, GV TORRESAN, NB ACOSTA PEDEMONTE, NS ROCCHETTI, SP GATTINO, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0157 SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) ASOCIADO A SEPSIS**  
IB BORONI, R BERTOLA, DM MASPOLI, JN BAEZ, CL LUCERO BOTTA, ML CAMPASSI, FG REPETTO, R BENSO, J LEDESMA, M FERRUA
- 0231 STATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO**  
L CUELLAR
- 0255 A PROPOSITO DE UN CASO: STATUS CONVULSIVO ASOCIADO A ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CONTRA EL RECEPTOR NMDA**  
FE TAPIA PACARA, P BOSCHINI, R LOMAS, R TAPIA, J VILCA, J RISSO PATRON
- 0256 SÍNDROME DE PERCHERON A PROPOSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS EN NUESTRO HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO**  
B FERNANDEZ, A DE LA BARRA, W VELIZ, M WILCHES, Y MELGAR, A FERIOI, J VALLEJOS, H COLLAZOS, A BAIRAGLIOTI, G RODRIGUEZ, W VIDETTA

06/09/2019 - 13:00 a 14:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15**

**Pediatría 3**

RINCÓN 1

- 0189 CONCIENTIZACION Y PROTOCOLIZACION EN PRACTICAS DIAGNOSTICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS**  
S GUIDO, A ANGUITA, M TISZLER, M MARTÍNEZ, S MORALES, C LAFFONT, E HERRERA, R GARATE, A SANCHEZ
- 0196 HEMONEUMOTÓRAX ESPONTANEO EN UN NIÑO DE 13 AÑOS**  
PL BUREU, M SUBIRA, P BUREU
- 0262 TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE MONTEVIDEO URUGUAY**  
A RODRIGUEZ VIGNOLI, A RODRIGUEZ, A GARCIA, A MENCHACA

**0286 DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PERIODOS 2017 A 2019**

J TONON, M MOSCIARO, E DAVILA, L PIOVANO, I MARINELLI, B PEREYRA, J IPHAIS, M SANCHEZ PERI, E FALCÓN

**0290 AGENESIA PULMONAR DERECHA ASOCIADA A OTRAS MALFORMACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

MA SANCHEZ PERI, VV ANZE, L PIOVANO, M MOSCIARO, E DAVILA, B PEREYRA, I MARINELLI, M OTAROLA

**0295 NEUMONITIS QUÍMICA GRAVE POR INHALACIÓN AGUDA DE TALCO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

J FAIN, A TEVES ECHAZU, RP MORENO, A HERNANDEZ, C SELIGRA, G CARDIGNI

**0391 ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN LA EXTUBACIÓN PEDIÁTRICA**

J GUERRERO, M BIDEGAIN, G SEQUEIRA, H TELECHEA, A MENCHACA

**0427 FACTORES RELACIONADOS A ESTADIA PROLONGADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN NIÑOS PREVIAMENTE SANOS**

I BIOCCA, E MONTEVERDE, G GONZALEZ, P NEIRA

06/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16**

**Pediatría 4**

RINCÓN 1

**0053 ADHERENCIA AL PROGRAMA DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO EN EL HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ENTRE 2008 Y 2014**

PA SORAGNI

**0080 MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA, DEBUT DE ENFERMEDAD DE POMPE EN PEDATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

C HAJDINJAK, A AVILA, D VINCIGUERRA, P LOMBARDI, N BERNARDEZ, L PEREZ ACEVO, A FERNANDEZ

**0151 FISTULA BILIO-BRONQUIAL ADQUIRIDA: REPORTE DE UN CASO**

AL PEDROZA

**0198 INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA POR CRISIS HIPERTENSIVA (CHTA) SECUNDARIA A LA ADMINSTRACION DE METOCLOPRAMIDA. FORMA DE PRESENTACIÓN DE FEOCROMOCITOMA**

M BRITOS, P MEDICI, M NOGUEIRA, C UGARTE, L CALANDRA

**0212 INDICADORES DE CALIDAD EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

MB FRATE, E DÁVILA, ML PIOVANO, B PEREYRA, I MARINELLI, E FALCÓN

**0297 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO COMO DEBUT EN PACIENTE CON ANEURISMA GIGANTE DE LA PUNTA DEL CORAZÓN**

M BRITOS, P MEDICI, M NOGUEIRA, A MANOLIO, J ARANDA

**0418 REANIMACION CARDIOPULMONAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN ARGENTINA**

M CYUNEL, G GONZALEZ, P NEIRA, E MONTEVERDE

**0440 EXPERIENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS DE RETORNO VENOSO PULMONAR EN UNA TERAPIA CARDIOVASCULAR DE RECIENTE INAUGURACIÓN EN HOSPITAL DE NIÑOS EN TUCUMÁN**

MC CHAVEZ, C PAULA, F GUILLERMO, J PAULA, P HUGO, PC PABLO, R LUCIA, R ALEJANDRA, R MAGDALENA, T RUBEN

06/09/2019 - 13:00 a 14:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17**

**Infectología 4**

RINCÓN 2

**0079 PERICARDITIS PURULENTA POR SAMR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

G GAUDENZI, G CARDONATTI, G MONTI, C LLERENA, A BELLOCCHIO, B ALVAREZ, S AGUIRRE, F BARSAGLINI, C BENITEZ, F COÑEQUIR, M ROJAS

**0097 MIELITIS TRASVERSA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON ZOSTER DISEMINADO**

MA FLORES MONTES, V AMAYA, E DI VIRGILIO, MI CALDERON, G PIOVANO, C CISNEROS, L DE VEDIA, R PRIETO

**0108 ABSCESO CEREBELOSO POR ACTINOMICES ISRAELLI. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

C BEROIZA, L MARTINEZ, L LAMOT, V FUKS, M PETASNY, P VEGA, L DURAN

**0154 VIGILANCIA ACTIVA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MM) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS (UCIA)**

A POTENZONI, K ACOSTA

**0155 NOCARDIOSIS SISTEMICA**

R BERTOLA, IB BORONI, DM MASPOLI, JN BAEZ, CL LUCERO BOTTA, ML CAMPASSI, FG REPETTO, M CUITIÑO, C GARCIA RUBIO

**0160 DIAGNOSTICO INFRECUENTE DE SINDROME DEMENCIAL EN CUIDADOS INTENSIVOS**

R GREGORI SABELLI, P SAUL, C DOMINGUEZ, S CACERES, L GONZALEZ, Y LAMBERTO, G MEDINA, JC CHOMYN, A BOCASSI, V CHEDIACK, E CUNTO

**0182 MANEJO DE GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO.**

MF RUA, JJC POTITO POLERA, Y SAAD, C ARMOA, MR RAMIREZ, I RETTA

**0204 SINDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A MUCORMICOSIS**

J GONZALEZ ANAYA, AF MASSO, S VILLARROEL, M GARBARINI, S GIANNASI, E SAN ROMAN

06/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18**

**Infectología 5**

RINCÓN 2

**0007 A PROPÓSITO DE UN CASO. INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO**

E SIMES, S MERCADO, F OLIVERA

**0030 FALSO POSITIVO EN SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS. REPORTE DE CASO**

V CHEDIACK, P SAUL, C DOMINGUEZ, JM FERNANDEZ, R GREGORI SABELLI, MDLM NANO, N CHACON, E CUNTO

**0038 ENCEFALITIS POR EPSTEIN BARR CON PRESENTACIÓN PSEUDOTUMORAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

AL DURAN, AN MATARRESE, B HUNTER, B LEONE

**0041 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A LEISHMANIASIS VISCERAL E HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE HIV**

SM STERMAN, ML LUDUEÑA, C GARCÍA ALMIRÓN, J ANGAROLA, N RAIMONDI

**0044 RESCATES DE GÉRMEENES INTRAABDOMINALES EN TERAPIA INTENSIVA**

S CASTRO, G SLY, C CORIGLIANO, C MOLINARI, F TAPIA, M MERCADO, P SOTOMAYOR, M MORANTE, J RISSO PATRÓN

- 0061 ENCEFALOPATIA AGUDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTE GESTANTE**  
E PORJOLOVSKY, F LORENA, B GILMORE, R LORENZO, CP JAVIER, M WILLIG, C GARAYALDE, B ZAMUDIO, K CISNEROS PAZ
- 0065 CELULITIS DE SITIO QUIRÚRGICO EN PARED ABDOMINAL POR STAFILOCOCO SAMR HETEROVISA DE LA COMUNIDAD, EN POST OPERATORIO DE CESAREA PROGRAMADA -CASO CLÍNICO**  
JA RAMOS OLIVER
- 0205 USO DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS RESPIRATORIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA**  
M LAS HERAS, I CARBONI BISSO, C VIDELA, M GARBARINI, A MARTINEZ, S DI STEFANO, E SAN ROMÁN

06/09/2019 - 13:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19**

**Oncología / Hematología / Tóxicos**

RINCÓN 3

- 0004 A PROPOSITO DE UN CASO. NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA**  
E SIMES, S MERCADO, F OLIVERA
- 0075 SÍNDROME DE PERSONA RÍGIDA**  
DI FLOREZ SALAZAR, M CASANOVA, B DORFFMAN, S EIGUREN, M GIRVES, J MORALES, G PALIO, J ROMERO, A VEITIA
- 0116 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN NECROLISIS EPIDÉRMICA TOXICA (SECUNDARIA A CARBAMAZEPINA), A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. HOSPITAL PABLO SORIA SAN SALVADOR DE JUJUY-ARGENTINA. JULIO DEL 2018**  
GN RODRÍGUEZ, AS SOTO, MA MARTÍNEZ, ARF FIGUEROA, MM LAMAS, IG FLORES, AA TOCONAS, RD PAREDES, MO CARLOS BALCÁZAR, NL PALACIOS, AP BÁEZ, OJ LÓPEZ
- 0224 AFÉRESIS COMO TRATAMIENTO DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDAD POLIVALENTE**  
L BIELSA, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, J JARA, C GALLETTI
- 0280 DÉFICIT DE FACTOR X: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**  
G FERNANDEZ, P BARRAL, V CUÉLLAR, R FERRERA, MJ GANDINI, D GARCÍA, H GARCÍA, R LÓPEZ, M MATEODA, M PÉREZ LOZANO, A PISANI, S VIERA
- 0308 A PROPÓSITO DE UN CASO DE NECROSIS EPIDERMICA TOXICA SECUNDARIA A AINES EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
MA MERCADO PEREZ, S CASTRO, R QUIROGA, G CERRO, R FANOLA, J HOWARD, J RISSO PATRON
- 0330 EL GRAN SIMULADOR**  
AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, LN ACOSTA, MF MENDIETA, GA CORIA, MR TORRES, JF REBORATTI, GG GARAU, ME PAIZ, RA KARATANAZOPULOS, C JOACHIN, G CUBILLA GRUNCE
- 0381 RABDOMIOSARCOMA DE PRESENTACIÓN AGUDA**  
P CARRASCO, J GONZALEZ, J TORREZ BATAN, JL FERNANDEZ CALVIMONTES, RG VÁLDEZ LÓPEZ, M LUGARO, D ÁVILA ROJAS, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0392 PLASMAFÉRESIS: PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA**  
AJ PEREZ DE ANDES, LN PORACCHIA, E ORTEGA, F MOLINA, R PERETTO, A ALSUGARAY, B GABIRONDO, J HUAMAN DE LA CRUZ, A MOREYRA, N NUÑEZ
- 0411 SÍNDROME DE HIPEREOSINOFILIA - CHURG STRAUSS**  
F IRADES, C GALLETTI, E MINOLDO, A MARIA JOSE, L BIELSA, R MACHADO, N KESSLER, F MALDONADO
- 0431 SÍNDROME HEMOFAGOCITICO**  
G GALINDEZ, C VARGAS, M MONTENEGRO, G BREITLING, M VILLEGAS, K SOSA, J POLLINI, J CASTAGNINO

- 0438 SÍNDROME DE ACIDO TRANSRETINOICO POST TRATAMIENTO DE LEUCEMIA AGUDA PROMIELOCITICA, REPORTE DE UN CASO**  
M TORO, R VALDEZ, J MESTRE

06/09/2019 - 13:00 a 14:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20**

**Obstetricia**

RINCÓN 4

- 0063 ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE HIPERTENSIVA POST CESAREA**  
JA RAMOS OLIVER
- 0091 HÍGADO GRASO DEL EMBARAZO: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE**  
S LLERENA, J SAGARDIA, F LOIACONO, A FERNANDEZ, M OLGUÍN, D PEZZOLA
- 0131 PURPURA TROMBOCITOPÉNICA EN EL EMBARAZO**  
C MELISA, C MAXIMILIANO, P RAMIRO, D MINZER, G RAMIRO, M SANCHEZ, Z GRACIELA
- 0194 HEMOLISIS INTRAVASCULAR Y LIBERACIÓN DE HEPARINOIDES ENDÓGENOS EN UNA PACIENTE CON ABORTO SÉPTICO**  
JP DIAZ VELASQUEZ, L MOREIRA, MF BENEDETTI, J SAGARDIA, F RIOS
- 0232 DISTRESS RESPIRATORIO EN EL EMBARAZO. REPORTE DE DOS CASOS**  
M CARMONA, A CHENA, AMM SANCHEZ, JM PINA, D MINZER, R PAFFUMI, A MARTIN, C PELLEGRINI, M CODELUPPI, G ZAKALIK
- 0288 HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE PREECLAMPSIA POSTPARTO**  
R PINTO, D GONZALEZ, L BUIRA, M COLAVITA, G MEDINA, J RÍOS, M CURONE
- 0355 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN PREECLAMPSIA SEVERA: REPORTE DE CASO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
T ESCALANTE SAIRE, LE MAIDANA, NK OJEDA, AM VIEYRA, ML BORONAT SOSA, GA MACIEL LOEBARTH, CJ BARRIOS
- 0405 CORIONCARCINOMA EN EMBARAZO MOLAR PREVIO NO CONTROLADO**  
Y AMOROSO, M TORRES BODEN, B ENRIQUETA, C COZZANI, V PICOLLA, D LOPEZ CAMPOS, A CACERES, F MONTERO, G JACOB, F AMIEVA, F FURIASSE

06/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 21**

**Gestión**

RINCÓN 4

- 0058 INTERVENCIONES EN MUSICOTERAPIA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA AGITACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS**  
K FERRARI, A BRUVERA, J RAMIREZ, L CARBALLIDO
- 0113 COMO SE CUIDAN LOS QUE CUIDAN. USO DE ANTIPARRAS**  
V LOPEZ, N BERTOIA
- 0228 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD EN EMERGENCIAS NO TRAUMÁTICAS EN SHOCK ROOM**  
L COLOMER, PB PAHNKE, E PIVA, C ARANCIBIA
- 0244 EVALUACIÓN ANUAL DE TRAQUEOSTOMÍAS PERCUTÁNEAS REALIZADAS POR RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA BAJO SUPERVISIÓN**  
D LÓPEZ CAMPOS, B LUCIANO, D NOVAES, G JACOB, F MONTERO, A CÁCERES, Y AMOROSO, F AMIEVA, F FURIASSE, C COZZANI, E BRAÑA, G RAMOS, V PICOLLA, M TORRES BODEN

- 0289 ADMINISTRACIÓN ACCIDENTAL DE PENICILINA BENZATÍNICA ENDOVENOSA: EL ERROR EN LOS CUIDADOS DE LA SALUD**  
J GONZALEZ ANAYA, I CARBONI BISSO, V BAS, M GARBARINI, F CARINI, G VECCHIO, H MICHELANGELO, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0312 EL DESCENSO DE VALORES DE TESIION ARTERIAL EN PACIENTES CON ASITENCIA MECANICA VENTILATORIA EXPUESTOS A MUSICOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS**  
M ZAPICO VILLALBA, LD NABARRO
- 0314 NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR RESIDENTES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS**  
N BERTOIA
- 0362 BARRERAS PSICOSOCIALES Y CULTURALES QUE IMPIDEN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN**  
CR MANCILLA
- 0379 CAUSAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA - JUJUY DURANTE EL 2° SEMESTRE DEL AÑO 2018**  
RD PAREDES, M CARLOS BALCAZAR, I FLORES, G RODRÍGUEZ, N PALACIOS, A TOCONAS, M LAMAS, M MARTINEZ, A FIGUEROA, P BAEZ, O LOPEZ
- 0416 VALOR DE CO2 AL INGRESO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD**  
DR CARRANZA, PN TABORDA, MA GARCIA, RA QUINTEROS, ML BUENO, NS BONETTO, MS CARRIZO, JJ ORTEGA, RS ROJAS, CM FERREYRA, MP RUIZ, JC CELIA

06/09/2019 - 13:00 a 14:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 22**

**Neurointensivismo 4**

Rincón 5

- 0056 TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO AGUDO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 10 CASOS EN Hmall (PROTOCOLO ICTUS)**  
M PETASNY, PS VEGA, VE FUKS, LE LAMOT, LR MARTINEZ, CJ BEROIZA, LG DURAN
- 0064 ENCEFALITIS AUTOINMUNE: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS**  
MP CORDERO, I CARBONI BISSO, G TAUIL, C BARRIOS, D LERMAN, D PINA
- 0069 HIPOMAGNESEMIA Y STATUS EPILEPTICO**  
A MAMANI, E BOSSA, C VEGA, G TUTIVEN, M CUELLO, J ZAPATA, A ORTIZ, G CABRERA, MA FLORES MONTES, A LUQUETTI, M NAHRA, L BUCETA, J MORENO, E CORTEZ
- 0095 TROMBECTOMIA MECANICA EN UN PACIENTE CON NIHSS BAJO**  
ML BRACCINI, TC NAVARRO, AE PIACENZA, JA CIALZETA, FN FALCÓN, CL RAMIREZ, JM OCHOA, G QUISPE REYES, DE MIÑO, CB LOPEZ, RN AYALA ORTÍZ
- 0107 REPORTE DE CASO: STATUS EPILEPTICO SÚPER REFRACTARIO ASOCIADO A INSUFICIENCIA HEPÁTICA POSTOPERATORIA**  
C CHAMBRE, M CASANOVA, B LATTANZIO, N SANTAGATI, C SIMONATO
- 0120 SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE LÚPICA CON SEPSIS PERITONEAL**  
LE GOMEZ ANZALAS, J PINAZZO, J DIAZ, J BONDANZA
- 0132 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN UN VARON DE 16 AÑOS**  
NB ACOSTA PEDEMONTE, GV TORRESÁN, EG ROGGERO, YI BELLAGAMBA, J KARANTZIAS, NS ROCCHETTI, SP GATTINO, CJ SETTECASE, DH BAGILET

06/09/2019 - 14:00 a 15:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 23**

**Neurointensivismo 5**

Rincón 5

- 0005 PRESENTACION DE UN CASO: AGENESIA DE ARTERIA CARÓTIDA**  
E SIMES, F DIAZ
- 0011 REPORTE DE CUATRO CASOS: TRAUMA RAQUIMEDULAR TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO**  
T HUANCA, A TAMAYO, C CLAROS
- 0017 SINDROME DE PERCHERON. ISQUEMICA TALAMICA BILATERAL**  
N FUNES NELSON
- 0036 ENCEFALITIS LÍMBICA Y ESTADO EPILEPTICO REFRACTARIO DE INICIO NUEVO (NORSE)**  
L BRUNO, AN MATARRESE, B HUNTER, V VILLAR
- 0070 ENCEFALOMIELITIS DISEMINA AGUDA (ADEM) EN PACIENTE ADULTO**  
F PERRÉ, M ANDRIAN, A MUÑOZ RIVERA
- 0138 MIOPATÍA ESTEROIDEA AGUDA: UN DIAGNÓSTICO QUE SE SUELE OMITIR**  
G FERNANDEZ, JP ARTAZA, V CUÉLLAR, MJ GANDINI, H GARCÍA, E GIMÉNEZ, R LÓPEZ, L MIGLIACCI, MS URBANO, R VARGAS, S VIERA
- 0203 PRES Y LES: UNA ASOCIACIÓN CADA VEZ MÁS FRECUENTE**  
G FERNANDEZ, V CUÉLLAR, MJ GANDINI, H GARCÍA, E GIMÉNEZ, R LÓPEZ, L MIGLIACCI, N RISSO, MM TÁRTARA, MS URBANO, R VARGAS MARTÍNEZ, S VIERA, P ZENÓN
- 0340 LESION OCUPANTE DE ESPACIO EN ACONDICIONAMIENTO PARA TRASPLANTE DE MEDULA OSEA**  
Y SAAD, CA ARMOA, JI RETTA, MR RAMIREZ ARRIETA, M RUA
- 0406 INFARTO DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR SECUNDARIO A OCLUSIÓN AGUDA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA**  
N RESA, G MAGISTOCHI, E ELIAS, M TEJADA

06/09/2019 - 17:00 a 18:00

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 24**

**Medio Interno / Shock / Nefrología**

Rincón 1

- 0019 REMOCION EXTRACORPOREA DE INTERLEUQUINAS EN SHOCK REFRACTARIO, PRIMER EXPERIENCIA EN ARGENTINA**  
JE PEREZ ROMERO, A BIASI, R CASAS, M VARGAS, D AMAYA, M DANIELO, NS TITARELLI, MJ MORELLI, GL VILLAGRA, MC ISA
- 0046 MANEJO MEDICO DE HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A TUMOR DE PARATIROIDES. REPORTE DE UN CASO**  
J ROMERO, D FLOREZ, G PALIO, J MORALES, M GIRVES, A VEITIA, S EIGUREN, F PALIZAS
- 0081 ANEMIA SEVERA EN UTI – HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA**  
AL MUHLBERGER, P MARTINEZ CAMPISTEGUY, L GONZALEZ BREGA, AL NISNIK, MB HEREDIA, M GUERESCHI, F ALVAREZ, JR BARTOLI
- 0098 SHOCK DISTRIBUTIVO ASOCIADO A INTOXICACIÓN CON METFORMINA**  
A GIRA, A RIOS, S COSENZA, C DIAZ, T CAZAUX, B LOOR
- 0110 SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATÍPICO DEL ADULTO: REPORTE DE UN CASO**  
R DOMINGUEZ, MC LARROSA, MP CORDERO, JC GALARZA, B VAZQUEZ, NC POZO, N GRUBISSICH, D PINA
- 0233 SINDROME PULMON RIÑÓN**  
V FERREYRA, A PIRIZ

- 0283 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS EN CONTEXTO DE INTOXICACION POR COCAÍNA**  
J QUINTEROS GONZALEZ, J LIRA, L ORIHUELA, A MEDINA, G GALVAN, M DEGUARDIA, A FIORANELLI
- 0366 SHOCK DISTRIBUTIVO ASOCIADO A LINFOMA B HEPÁTICO SINUSOIDAL**  
A GIRA, A RIOS, D CZERWONKO, J ALVAREZ, MM RIVAS, S COSENZA, D MONARDO
- 0407 VASCULITIS DEL SNC EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA**  
CA ARMOA, Y SAAD, JI RETTA, M RUA, MR RAMIREZ ARRIETA
- 0448 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A VASCULITIS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS POSITIVA: REPORTE DE UN CASO**  
MA AYLON JUANES, M MISA, SS MAMANI GONZALES, W POZO, J LESCANO, L ROCIO ROMINA, E RODRIGUEZ
- 0234 SHOCK TOXICO A STREPTOCOCCO PYOGENES. USO DE GAMMAGLOBULINA. A PROPOSITO DE DOS CASOS**  
MS APARICIO, J VELEZ, W TAPIA VEINTEMILLAS, D DURAN, F SEQUEIRA, O RECUPERO, P CASTELLANI
- 0248 SHOCK TÓXICO EN MUJER POSTMENOPAUSICA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES CON EVOLUCIÓN A GLOMERULONEFRITIS**  
G ROMANO, DR BEJARANO, F MUÑOZ CASTILLO, L VARGAS
- 0274 SHOCK SÉPTICO CON DAÑO MULTIORGÁNICO SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE (FN)**  
F AMIEVA, Y AMOROSO, F FURIASSE, MG JACOB, F MONTERO, A CÁCERES, D LÓPEZ CAMPOS, M TORRES BODEN, C COZZANI
- 0341 HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA ASOCIADA A LEPTOSPIROSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO**  
O PIERUCCI, N VERGOTTINI, N ANGELONI, W DÁVALOS, S TORRES

06/09/2019 - 17:00 a 18:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 25

Infectología 6

RINCÓN 2

- 0021 ADHERENCIA A LAS NORMAS DE AISLAMIENTO DE CONTACTO, EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA. HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO**  
V FONTANA, DB MARTIN, S GUGLIEMMETTI, F CICCIOI
- 0024 ENCEFALOPATÍA SÉPTICA E HIPERAMONEMIA**  
G PALIO, M CASANOVA, M GIRVES, D FLOREZ, J ROMERO
- 0074 MENINGITIS POR RHODOCOCCLUS EQUI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO**  
C VEGA, E BOSSA, A MAMANI, G TUTIVEN, M CUELLO, G CABRERA, A ORTIZ, J ZAPATA, L BUCETA, A LUQUETTI, MA FLORES MONTES, M NAHRA, J MORENO, E CORTEZ
- 0086 INFECCIONES OPORTUNISTAS EN RECHAZO CRÓNICO DE TRANSPLANTE RENAL**  
A FELDMAN, D VARELA, B MEZA, G CAPDEVILA, S TOMEZ, R OCHOA, G SIBILA, M GUAYMAS, C BENAY, M LOMPINZANO
- 0180 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN UN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE**  
E ROGGERO, Y BELLAGAMBA ENRIQUE, G TORRESAN, N ACOSTA PEDEMONTE, D LERMAN TENENBAUM, N ROCCHETTI, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET
- 0209 TÉTANOS GENERALIZADO SUBAGUDO EN PACIENTES ADULTOS**  
VR GOMEZ MARTINEZ, M MAURI, J SAGARDIA, MF BENEDETTI, D PIEZNY, C ARIAS

06/09/2019 - 17:00 a 18:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 26

Neumonología / Kinesiología

RINCÓN 3

- 0140 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN NEUMONIA GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO**  
C AMBROSI, B NOSOTTI, Y LOMBI, I LEDESMA, E MANRIQUE, V NIEVAS
- 0146 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON TRAUMA QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. UNA COHORTE RETROSPECTIVA**  
A BORNANCÍN, L PRIETO, B SIMIONI, P SAVIO, F ESPERÓN, A FERRARIO, J CROMBERG, A VETTESE, M OSHIRO, D IVALDI, A CURA, G VERDE, S VIRGILIO, L GAREGNANI
- 0156 TITULACIÓN DE PEEP POR BALÓN ESOFÁGICO PARA MANEJO DE LA HIPOXEMIA**  
JM OCHOA, JE ALFONSO, ML BRACCINI, FN FALCÓN, CL RAMIREZ, QR GUSTAVO, L CLARA BEATRIZ, NT TANIA CAROLINA, D MIÑO, JA CIALZETTA, AE PIACENZA
- 0437 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN EL TRATAMIENTO DEL NEUMOENCÉFALO POST OPERATORIO. REPORTE DE UN CASO**  
H BONGIOANNI, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN, F RODRIGUEZ LUCCI

RESÚMENES

**0001 LESIÓN PULMONAR POR TRAUMA ELÉCTRICO: REPORTE DE UN CASO**

G NICOLÁS(1), I CARBONI BISSO(1), F CRUSAT(1), C VIDELA(1), M GARBARINI(1), M LAS HERAS(1), J SINER(1), E SAN ROMÁN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** Las quemaduras eléctricas representan entre el 3 y el 4% de todas las quemaduras, de las cuales alrededor del 40% resultan fatales. El compromiso del sistema respiratorio es infrecuente, con escaso número de casos reportados en la literatura.

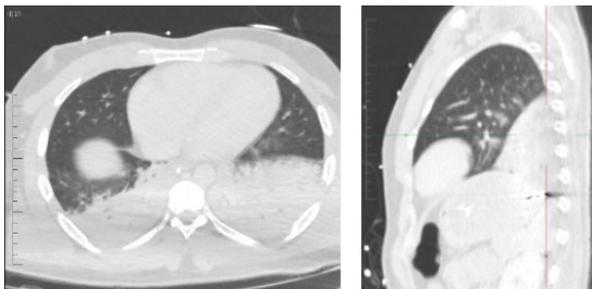
Por este motivo, se presenta el caso de un paciente adulto de sexo masculino, víctima de quemadura eléctrica, que desarrolló lesión pulmonar y distress respiratorio severo.

**Caso clínico:** Paciente de 26 años, sin antecedentes de relevancia, ingresó al servicio de emergencias por haber presentado lesión eléctrica en la vía pública durante su actividad laboral. Se encontraba trabajando sobre tendido eléctrico subterráneo con una pala, previo al contacto con un cable de alta tensión (13000 voltios). No se constató expulsión o caída posterior al trauma eléctrico.

Al ingreso, el paciente se encontraba lúcido, hemodinámicamente estable, con quemadura facial tipo AB. Presentaba alteraciones en el tono de la voz y quemaduras de vibras nasales por lo que procedió a intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica. Ante sospecha de lesión en la vía aérea se realizó una fibrobroncoscopia que no evidenció lesiones. Intercurrió al segundo día de internación con hipoxemia refractaria tratada con ventilación protectora, sedación profunda y bloqueo neuromuscular por 72 horas. La tomografía de tórax informó presencia de lesiones consolidativas de ambos lóbulos inferiores. Evolucionó con fiebre persistente con requerimiento de manta térmica. Inició tratamiento antibiótico empírico sin rescate en cultivos. Dosajes seriados de procalcitonina reflejaron una curva negativa.

Se realizó traqueostomía percutánea al séptimo día y fue decanulado a los 10 días de su ingreso. Por buena evolución, pasó a sala de internación general luego de 17 días de internación en la unidad de cuidados críticos.

**Conclusión:** En la literatura, existen sólo cinco casos reportados de daño pulmonar por quemadura eléctrica. En nuestro paciente, hay múltiples elementos que orientan a sospechar que la lesión pulmonar se deba a lesión por electrocución. Consideramos la presentación de este caso importante para la ampliación del conocimiento sobre lesiones pulmonares secundarias a trauma eléctrico.



**0002 ENCUESTA ARGENTINA SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DEL PAQUETE DE MEDIDAS ABCDEF**

I CARBONI BISSO(1), F CARINI(1), I HUESPE(1), S TERRAZA(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Objetivo:** Describir el conocimiento y el uso reportado del paquete de medidas "Assess, prevent and manage pain; Both spontaneous

awakening trials and spontaneous breathing trials; Choice of sedation; Delirium: assess, prevent and manage; Early mobility and exercise; Family engagement and empowerment" (ABCDEF) en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos de la República Argentina.

**Métodos:** Se realizó una encuesta nacional a médicos, enfermeros y kinesiólogos que trabajen actualmente en UCI.

**Resultados:** Recibimos 138 encuestas completas de 25 provincias. El 66% implementa el paquete de medidas ABCDEF con diferentes grados de adherencia. La mayoría de los respondedores (64%) usan una escala validada para evaluar dolor. Las pruebas de ventilación espontánea y vacación de sedación son realizadas por el 81% y el 89% de los respondedores, respectivamente. Al menos una escala validada para evaluar nivel de sedación es usada en el 91% de las UCIs. El monitoreo de delirium fue implementado por el 62% con una escala validada. Asimismo, la movilización temprana fue indicada por la mayoría de los participantes (92%), pero el 72% no cuenta con un equipo especializado en movilidad. Finalmente, solo el 16% reportó que su unidad estaba abierta las 24 horas los 7 días de la semana para las visitas familiares.

**Conclusiones:** La mayoría de los encuestados reporta conocer e implementar el paquete de medidas ABCDEF con diferentes grados de cumplimiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes regiones del país, tampoco entre las instituciones de financiamiento privado vs público, ni entre las unidades académicas vs no académicas.

Edad (mediana e intervalos de confianza)		N=138
		37 (32 a 45)
Región donde trabaja	Centro	30 (21.74%)
	Buenos Aires provincia	13 (9.43%)
	Córdoba	6 (4.35%)
	Santa Fe	46 (33.33%)
	CABA	15 (10.86%)
	Noreste (NEA)*	12 (8.70%)
Noroeste (NOA)*	12 (8.70%)	
Patagonia*	4 (2.89%)	
Cuyo*	4 (2.89%)	
Tiempo de trabajo en una UCI	Menos de 5 años	49 (35.50%)
	De 5 a 11 años	41 (29.71%)
	De 11 a 20 años	24 (17.39%)
	Más de 20 años	24 (17.39%)
Especialidad	Terapia intensiva	85 (61.59%)
	Clinica médica	14 (10.14%)
	Medicina general	10 (7.24%)
	Otras especialidades médicas*	8 (5.79%)
	No médico	12 (8.69%)
	Enfermería / Kinesiología / Terapia ocupacional	9 (6.52%)
Financiamiento	Estatal	80 (57.97%)
	Privado	58 (42.03%)
Cuenta con residencia de UCI	Si	85 (61.60%)
	No	53 (38.40%)
Tipo de UCI	Polivalente	85 (61.60%)
	Médica / Quirúrgica	53 (38.40%)
Número de camas	Menos de 10	56 (40.57%)
	De 10 a 20	47 (34.05%)
	20 o más	35 (25.36%)
Días estadía UCI (mediana e intervalo intercuartil)		7 (5 a 10)
Porcentaje de pacientes en ARM	Menos del 50%	60 (43.48%)
	Más del 70%	32 (23.19%)
Del 51 al 70%	30 (21.74%)	
	No disponible	16 (11.59%)
Relación enfermero paciente	1:1	3 (2.17%)
	1:2	64 (46.38%)
	1:3	54 (39.13%)
	1:4 o más	17 (12.32%)

TABLA 1

\* Entre Ríos, Chaco, Corrientes y Misiones.  
 \* Tucumán, Jujuy, Catamarca y Salta.  
 \* Chubut, La Pampa, Río Negro, Santa Cruz, Neuquén, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.  
 \* San Luis, San Juan y Mendoza.  
 \* Anestesiología, Nefrología, Cardiología, Cirugía general y Neumología.

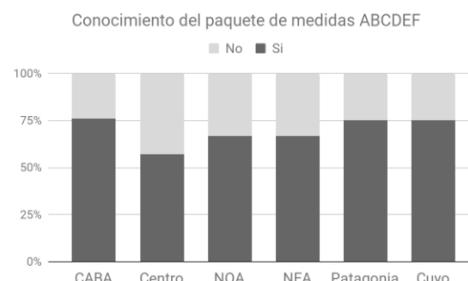


Gráfico 1: Distribución del conocimiento del paquete de medidas en las diferentes regiones de Argentina. No se encontraron diferencias significativas en los reportes de conocimiento de las diferentes regiones evaluadas (p=0.12)

#### 0004 A PROPOSITO DE UN CASO: NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA

E SIMES(1), S MERCADO(2), F OLIVERA(1)  
(1) Incor. (2) Hve.

**Introducción:** El Síndrome de Steven Jonshon SSJ y la Necrolisis epidérmica toxica NET son enfermedades cutáneas severas con una alta morbilidad y mortalidad. Forman parte de un espectro de dermatitis reaccional y se distinguen por la extensión de piel afectada. La mayoría de los casos son consecuencia de la ingesta de medicamentos, pero la fisiopatología no está bien dilucidada. En su génesis se invoca un mecanismo mediado inmunológicamente, que involucra linfocitos citotóxicos, citocinas y Fas-ligandos en la apoptosis de queratinocitos y numerosas citocinas proinflamatorias. El diagnóstico requiere una correlación clínico histopatológica y el tratamiento, la suspensión temprana del fármaco causal, junto con un tratamiento de soporte.

**Caso clínico:** Varón, 30 años ,trabajador de una curtiembre , derivado del interior de la provincia, por presentar 4 días de evolución de extensas lesiones en piel de tipo eritematosas amollares luego que le fuera administrado un antibiotico por posible infección de piel. Presenta placas eritematosas mal definidas con desprendimiento epidérmico en cara, mucosas, tronco, brazos y piernas, mas del 45% de extensión de piel. Recibió tratamiento metilprednisolona y sosten con buena pero lenta evolución de las lesiones cutáneas . Curso internación prolongada en uti , con interurrencias infecciosas bajo tratamiento, se logra la exteación del paciente.

**Conclusiones:** El SSJ y la NET forman parte de una misma enfermedad, con expresividad clínica y manifestaciones iniciales inespecíficas; la característica principal para diferenciarlas es la extensión y gravedad de las lesiones cutáneas. Se ha llegado a considerar un traslape de la enfermedad cuando la piel denudada y necrótica no cubre más del 30% de superficie corporal, distinguiéndose entonces del SSJ, el llamado SSJ traslapado con NET; en cambio, para considerar NET, la extensión de la piel afectada debe ser siempre mayor del 30%, en ocasiones hasta del 90%.

Existen evidencias actuales de susceptibilidad genética para desarrollar el síndrome, aunque estos estudios están limitados a algunos grupos raciales y a determinados fármacos. Es probable que en un futuro cercano, estos marcadores genéticos puedan ser estudiados en un mayor número de países.



#### 0005 PRESENTACION DE UN CASO: AGENESIA DE ARTERIA CARÓTIDA

E SIMES(1), F DIAZ(2)  
(1) Incor. (2) Instituto.

**Introducción:** La agenesia de carótida interna es una malformación infrecuente. Es una anomalía congénita. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos largos periodos, debido al desarrollo de circulación colateral a través del polígono de Willis lo cual mantiene la perfusión cerebral. ACI da lugar a las ACA Y ACM que

irrigan la mayor parte del tejido cerebral.

**Caso clínico:** Varón de 20 años que ingresa por cefalea gravativa , no calma con analgésicos comunes , donde se realiza PL, Tac de cerebro para descartar hemorragia y RMN con angiorenancia donde se observa agenesia ACI, el paciente evoluciono estable, fue dado de alta con control neuroquirurgico .

**Conclusiones:** Es una anomalía de incidencia desconocida dado a que la mayor parte de los casos son un hallazgo por otras causas. El espectro de la malformación es variable siendo la agenesia lo mas frecuente. La ausencia de flujo del sistema es compensado a través del polígono de Willis, en 3 patrones : tipo fetal : ACA del lado afectado nace de la ACOA contralateral y la ACM del sistema basilar a través de una ACP hipertrofiada o de una trigeminal persistente .El tipo adulto : la ACA y ACM se originan en la ACOA y el tercer tipo el mas infrecuente por anastomosis del sistema carotideo int y ext .



#### 0007 A PROPÓSITO DE UN CASO: INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

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

**Introducción:** Infección de sitio quirurgico, de acuerdo a los tejidos afectados las definimos: inscisional superficial, profunda, de organos y espacios. **Profunda:** sucede dentro de los 30 días de la cirugía en ausencia de implante, parece estar relacionada con el acto quirurgico, que compromete la fascia y plano muscular asociado a por lo menos 1 de los siguientes: drenaje purulento, dehiscencia del plano qx, fiebre, dolor hipersensibilidad. Los germenos mas frecuentes son staphylococcus aureus 20%, streptococo coagulasa negativo 14%, Enterococcus 12 %, pseudomonas, enterobacter, candidas. Reservorios son el pte flora endogena, personal flora exogena, medio ambiente. Factores de riesgo: obesidad, fumadores, inmunosupresion, transfusion pre quirurgica, duracion de la internacion prequirurgica, duracion del lavado quirurgico, antisepsia, rasurado, vestimenta, duracion de la cirugía, atb profilaxis, taruma, hipotermia.

**Caso clínico:** Varón 46 años HIV, tabaquista, ingresa por shok septico, secundario a infección de herida quirurgica, dermoliplectomia, realizada hace 1 semana. Presenta herida abierta de bordes necroticos, con crepitacion, hipotension arterial con requerimientos de drogas inotropicas y expansion con cristaloides. Se coloca en ARM, inestable hemodinamicamente, alteracion de funcion renal. Se toman muestras de hemo, uro y cultivo de secrecion de herida, inmediatamente se administran antibioticos, imipemen + vancomivina ev, a las 6 horas se pasa a quirófano donde se realiza escion de piel, aponeurosis de pared abdominal. El pte evoluciona de forma favorable, luego de 3 días se retiran inotropicos, con ARM, se coloca vacum en pared abdominal con escasa secrecion, al cabo de 10 días se logra desdete de ventilacion mecanica, por delirio que requirio tratamiento farmacologico, dexmedetomidina se realizan 14 días de tto atb, con buena respueta. pasa a sala comun.

**Conclusiones:** Esta infección profunda post quirúrgica aumenta la morbimortalidad del paciente, para lo cual deben realizarse todas las recomendaciones de prevención, para disminuirla a cero. La vigilancia epidemiológica es uno de los puntos fundamentales para la prevención.



#### 0008 IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y PARAMETROS DEL VENTILADOR MECÁNICO DURANTE LA FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE (FBF) EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA (SDRA)

M WILCHES(1), A TAMAYO(1), B FERNANDEZ(1), J MORALES(1), R GARNICA(1), J SAKUGAWA(2), W VIDETTA(1), G RODRIGUEZ(1)

(1) Eva Perón De Merlo. (2) Mariano Y Luciano De La Vega.

**Introducción:** La utilidad diagnóstica y terapéutica de la Broncoscopia Flexible fibroptica (BFF) junto con su mínima morbimortalidad ha llevado a un aumento de su uso en pacientes críticamente enfermos inclusive en ARM. Estos enfermos están propensos a complicaciones especialmente si están ventilados con PEEP y si tienen otras condiciones médicas. La comprensión de las consecuencias fisiopatológicas asociadas con la BFF en un paciente ventilado mecánicamente sobre la mecánica respiratoria, intercambio gaseoso y la hemodinamia, debería alertar al endoscopista para tomar las precauciones necesarias y resolver estos problemas.

Se debe conocer las recomendaciones y programación del ventilador mecánico antes, durante y luego del procedimiento endoscópico en especial en nuestro tipo de pacientes con SDRA.

**Objetivo:** Evaluar la presentación de las complicaciones principales periprocedimiento endoscópico de los datos recolectados siguiendo las recomendaciones y parámetros de la ATS, ERS, BTS, SEMICYUC y SABE de los pacientes con SDRA en Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM).

**Material y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo y observacional de un periodo de 2 años (01/06/14 al 31/05/16) en nuestras UTIs, con criterios de inclusión: Enfermos con SDRA (La Definición de Berlín 2011) en ventilación mecánica. Técnica del Lavado Broncoalveolar (BAL) por FBF de acuerdo a las directrices de la ATS, ERS y BTS, siendo comparados con una cohorte retrospectiva de 78 pacientes de características y de tiempo similares (01/06/2009 a 31/05/2011) siguiendo el LIS (Lung Injury Score) (Murray) > 2. Se tomaron variables clínica-demográficas y registro de complicaciones presentes. Se realizó un análisis descriptivo de la cohorte de casos, donde los resultados se presentan en forma de frecuencia absoluta y por-

centaje para las variables categóricas y como media + - desviación estándar para las continuas.

**Resultados:** Registramos 108 pacientes con SDRA en VM, a 82 se les practicaron la FBF, 48 (58,5%) hombres, 41 (41,5%) mujeres, 54% < 65 años. Las principales características clínico-demográficas se observan en la tabla. Los pacientes presentaron APACHE II: 20, con hipoxemia en todos los casos, PaO<sub>2</sub> <60, SPO<sub>2</sub> <88-90%. La FBF fue realizada con una estrategia protectora en Modos de VCV o PCV con Vt 6 ml/Kg y PEEP > 10 cmH<sub>2</sub>O de acuerdo al protocolo Network tratando de mantener la Presión Plateau (Pp) < 30 cm H<sub>2</sub>O, y con maniobras de reclutamiento de acuerdo al manejo del SDRA, algunos pacientes requirieron soporte farmacológico temporal para mantener la presión sanguínea. Existió como complicaciones menores 25 (30%): desaturación transitoria < 2 horas 10 (12%) y taquicardia sinusal 8 (10%) mientras que el grupo control previo hubieron un (2%) (neumotórax iatrogénico resuelto con drenaje, en el grupo A H1 N1 (12) y un barotrauma luego de 72 horas de la FBC en pacientes con SDRAe, si un mayor número de complicaciones menores 40 (51%) desaturación y 12 (17%) taquicardia sinusal, sin reporte de Paro cardiorrespiratorio (PCR), arritmias malignas, isquemia miocárdica, hipoxemia refractaria, neumotórax por barotrauma o sangrado importante ni de mortalidad alguna en ambos grupos.

**Conclusiones:** Las complicaciones mayores relacionadas al estudio no se presentaron con respecto al grupo control de 5% y las menores disminuyeron de un 51 a un 30% en el grupo estudiado y no se presentó ningún caso de mortalidad en los dos grupos siguiendo las recomendaciones y parámetros del VM en forma general según las guías de la ATS, ERS, BTS, SEMICYUC y SABE y las específicas del NHLBI Network en pacientes con SDRA.

#### 0010 SÍNDROME COMPARTIMENTAL POR SOBREDHIDRATACIÓN SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA GRAVE

J MORALES(1), A TAMAYO(1)

(1) Municipal Eva Perón De Merlo.

**Introducción:** La Pancreatitis Aguda es una enfermedad frecuente, multifactorial, 10-20% evoluciona a Pancreatitis Aguda Grave y el 30% de ellos fallece por complicaciones como la disfunción orgánica múltiple (DOM). El empleo de las guías terapéuticas ha mejorado el pronóstico y supervivencia de los pacientes con PA gracias a diversas medidas, como hidratación inicial intensiva por lo que hay mayor reporte de casos de síndrome compartimental abdominal (SCA) secundario a los efectos de la sobrehidratación con balance (+), su monitoreo es la Presión Intraabdominal (PIA) que define al SCA como PIA > a 20 mmhg acompañado de una disfunción orgánica originando hipoperfusión de las estructuras y órganos intraabdominales lo que puede desencadenar un fallo multiorgánico y la muerte.

**Caso Clínico:** Femenina de 40 años que ingresa por epigastralgia tipo cólico, con irradiación a hipocondrios y región lumbar, vómitos por 3, escalofríos, fiebre, distensión abdominal, ecografía abdominal: hepatomegalia y esteatosis, vesícula biliar alitiásica, páncreas aumentado de tamaño en forma difusa, de aspecto edematoso asociado con aumento de la ecogenicidad de los planos grasos peripancreáticos como así también a líquido libre laminar, TC: derrame pleural bilateral, páncreas con edema peripancreático, líquido libre en varios compartimentos, laboratorio: hto: 34 hb: 12 gb: 12.300 plaquetas: 100000 glucemia: 69 urea: 45 creatinina: 0.9 na: 129 potasio: 3.5 cloro: 84, amilasa: 305, criterios de Ramsay 0, SOFA 2. Ingres a UTI a Glasgow de 14/15 con mala mecánica ventilatoria, taquipneica, uso de músculos accesorios, hipoventilación bibasal, abdomen, globoso, distendido, PIA: 10. hemodinámicamente inestable y desaturación. con mala evolución que requiere IOT - AVM, con requerimiento de vasoactivos con amplia reanimación de líquidos e inicia atb. Evoluciona con mayor distensión abdominal. PIA: 25mmhg y mayor requerimiento de vasoactivos por lo que se realiza laparocentesis evacuadora sin mejoría, requiere cirugía descompresiva laparotomía reanimación con cristaloides quedando abdomen abierto y contenido evoluciona con múltiples lavados ab-

dominales, cuadros infecciosos con varios esquemas de antibiótico, falla renal que requirió diálisis diaria con alguna mejoría.

**Conclusión:** El síndrome compartimental es multicausal, en este caso por inflamación y sobre reanimación ya que el balance positivo cambia mucho el pronóstico y la mejor maniobra terapéutica es la cirugía descompresiva.

#### 0011 REPORTE DE CUATRO CASOS: TRAUMA RAQUIMEDULAR TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

T HUANCA(1), A TAMAYO(1), C CLAROS(1)  
(1) Municipal Eva Perón De Merlo.

**Introducción:** El trauma raquimedular es una lesión que afecta la columna vertebral generado por un trauma directo o indirecto es una condición clínica grave que afecta a muchas personas anualmente. Las pérdidas en términos de independencia son catastróficas, predomina en hombres jóvenes. El abordaje inicial de esta entidad es determinante en los resultados que puedan obtenerse en el manejo global del mismo.

El diagnóstico y el tratamiento temprano mejoran la recuperación neurológica y evitan la lesión adicional. La mortalidad es variable y esta en relación con la severidad de la lesión. Dentro de la intervención farmacológica que busca mejorar el pronóstico neurológico de los pacientes con trauma raquimedular aun no se ha identificado ninguna que lo cambie.

Falsa sensación de utilidad de la terapia propuesta por NASCISS II, uso de metilprednisolona se maneja con precaución.

Se realizó la evaluación a través de la escala SCIM para evaluación de dependencia posterior a 6 meses

**Casos:** En nuestro servicio se presentaron cuatro casos relevantes los cuales recibieron distintos tratamientos.

Caso 1: Masculino de 33 años ingresa por lesión en región c3-c4 secundario a herida de arma de fuego con internación durante 53 días no se evalúa escala Asia por inestabilidad hemodinámica y requirió IOT-ARM tratamiento inicial laminectomía descompresiva evolución favorable restitución parcial en la movilidad, respiración espontánea y autocateterismo SCIM:40.

Caso 2: Masculino de 33 años ingresa con diagnóstico TRM Asia B D1 D2 secundario a accidente auto-poste alta velocidad evoluciona internación de 87 días, tratamiento artrodesis dorsal D1-D2-D4-D5 SCIM:23.

Caso 3: Paciente femenina de 19 años ingresa con diagnóstico Asia A C3C6 secundario a accidente automóvil-poste internación por 87 días se realizó tratamiento con solumedrol y laminectomía con artrodesis a los 40 días SCIM:26.

Caso 4: Paciente femenina de 21 años con ingresa con diagnóstico Asia A D3-D4 internación de 35 días con tratamiento laminectomía a los 25 días SCIM:35.

**Conclusión:** En los casos descritos la evolución fue favorable, a pesar de la internación prolongada cada uno de ellos durante su recuperación en más o menos un tiempo de tres meses lograron rehabilitarse e integrarse a la sociedad.

#### 0012 EDUCACION A DISTANCIA EN ULTRASONOGRAFIA CRITICA

F TAMAGNONE(1), C BENAY(1), P MERLO(1), J FEIJOO(1), G ALMIRON(1), M BRIZUELA(2), JM PINA(3), C ARCE(4), F QUETI(5), C ISSAC(6), M BADANO(7), G GRANBERG(8), F SOSA(9), I PREVIGLIANO(10), N PINCA(11)

(1) Rivadavia. (2) Misericordia. (3) Lagomaggiore. (4) Sanatorio Los Altos. (5) Cnel Pringles. (6) Sanatorio Los Arcos. (7) Italiano. (8) Hospital De Alta Complejidad "pte. Juan D. Perón". (9) Aleman. (10) Fernandez. (11) Penna.

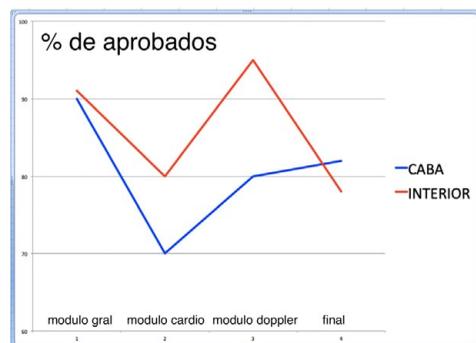
**Introducción:** El uso creciente de la Ultrasonografía Crítica (USC) en área crítica nos ha llevado a encontrar nuevas utilidades para valorar pacientes críticos.

La formación en Ultrasonografía crítica esta en desarrollo en nuestro medio y hemos propuesto una modalidad presencial para alumnos de CABA y otra a distancia para alumnos del interior del país. **Objetivo:** Evaluar el aprendizaje de la ultrasonografía crítica en modalidad presencial completa vs a distancia con estímulos mensuales. **Materiales y métodos:** desde el 2014 desarrollamos un curso anual de 535 horas cátedra, Postgrado de la Universidad de Buenos Aires. Un instructor del curso viaja a la provincia donde se encuentra el grupo de alumnos y realiza un práctico de 8 a 10 horas en la institución de los alumnos. Este estímulo se realiza 4 o 5 veces por cada sede. Los exámenes parciales y final son realizados en la Plataforma MOODLE.

**Resultados:** Desde el año 2014, 355 alumnos han realizado nuestro curso de USC, 159 (45%) en modalidad presencial y 195 (55%) en modalidad a distancia, el promedio de edad de los grupos fue de 35 +/- 5.1 años vs 37 +/- 5.6 años respectivamente en ambos grupos p=0.04, la especialidad de los alumnos fue terapia intensiva 85% y 83%, Emergentología 10% y 11% y otras especialidades en el 5% y 6% en ambos grupos (presencial vs distancia).

El porcentaje de aprobados en el primer parcial con contenidos generales fue de 91% y 90% en la modalidad presencial y a distancia respectivamente p=0.91, el parcial 2 de ecocardiografía crítica el 70% de los alumnos de la modalidad presencial aprobaron vs el 80% de la a distancia p=0.28 y el 3er parcial con contenidos de doppler vascular y transcraneano fue aprobado por el 80% de los alumnos con modalidad presencial vs el 95% de la modalidad a distancia p=0.002, con respecto al examen final fue aprobado por el 82% y 78% respectivamente p=0.63.

**Conclusiones:** No observamos diferencias significativas en los porcentajes de aprobación entre la modalidad presencial y a distancia en este curso de ultrasonografía crítica.



#### 0013 EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN VENTRÍCULAR IZQUIERDA DURANTE EL PROCESO DE DESTETE Y EFECTOS CON EL USO DE NITROPRUSIATO DE SODIO - REPORTE DE UN CASO

M BRIZUELA(1), M DÍAZ(1), C LÓPEZ(1), J BUJEDO(1), C BENAY(2), F TAMAGNONE(2), P MERLO(2)

(1) Sanatorio Privado Del Interior S.r.l.. (2) Asociación Argentina De Ultrasonografía Crítica.

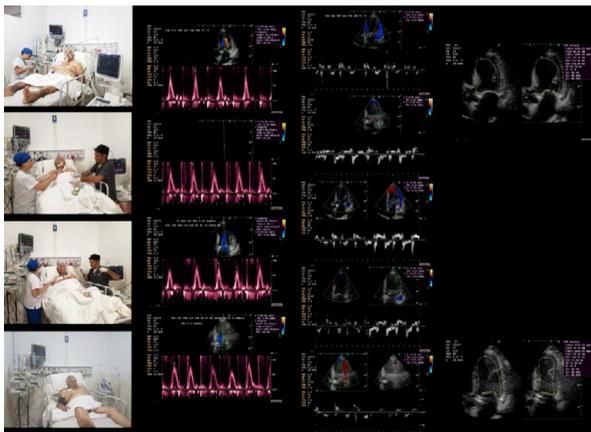
**Objetivo:** Describir el uso de la ecocardiografía crítica como herramienta de diagnóstico, monitoreo hemodinámico y decisión terapéutica en el proceso de destete de la ventilación mecánica (VM). **Introducción:** el destete dificultoso es un desafío en la unidad de terapia intensiva (UTI). Las causas cardíacas, constituyen el segundo factor de fracaso. La prueba de ventilación espontánea (PVE) provoca un aumento repentino en la precarga del ventrículo derecho y poscarga del ventrículo izquierdo (VI) y el uso de ecocardiografía permite predecirlo.

**Materiales y métodos:** Hombre de 68 años con HTA, IAM, IC, DBT, obesidad, dislipidemia, FA no anticoagulado; ingresado en la UTI por ACV isquémico, requirió VM en el día 2 por glasgow 8. Al día 8,

mejoría neurológica progresiva, parámetros ventilatorios estables, con intentos fallidos de destete. Se realiza estudio ecocardiográfico antes y durante la PVE con tubo en T y tras extubar, registro de parámetros de función sisto-diastólica del VI con modos bidimensionales, doppler pulsado y tisular, así como efecto con infusión intravenosa de nitroprusiato de sodio (NPS).

**Resultados:** Durante la VM en modo de soporte se observó HTA, elevación de las presiones de llenado del VI y disfunción sistólica, parámetros que empeoraron durante la PVE con tubo en T: onda E de 97,8 cm/s, tiempo de desaceleración de la onda E (DcT) 135 ms, relación E/e' 16, presión wedge (PCWP) 22 mmHg, fracción de eyección VI (FEVI) 31%, onda S 4,55 cm/s, que mejoró progresivamente con la infusión de NPS hasta 0,5 ug/kg/min: onda E 89,7, DcT 145 a 220 ms (tras la extubación), relación E/e' 13, PCWP 18 mmHg, expresando una disminución en la precarga del VI, e inversamente se observó un aumento en la FEVI de hasta el 48% y la onda S de 6,9 cm/s debido a la reducción de la poscarga (no recibió inotrópicos). En 48 horas tras la extubación recibió ventilación no invasiva preventiva y no presentó complicaciones cardiovasculares. Posteriormente fue dado de alta.

**Conclusión:** La ecocardiografía crítica proporcionó en este caso el diagnóstico de etiología, cuantificación de la disfunción, facilitó la decisión y guía terapéutica, objetivándose efectos beneficiosos del NPS ante un destete dificultoso por causa cardíaca.



**Evaluación ecocardiográfica durante el destete**

**ARM PSV PS 14 PEEP 8 FiO2 0.4**  
TAS 166 – TAM 126 – TAD 108 – FC 73 – SatO2 99%  
E 94.3 – DcT 190 ms  
e' septal 3.95 – e' 7.99  
E/e' 15.8 – PCWP 21 – Fey 31%

**Prueba de Tubo en T**  
TAS 171 – TAM 122 – TAD 106 – FC 73 – SatO2 97%  
E 97.8 – DcT 135 ms – e' septal 4.45 – e' 7.79  
E/e' 16 – PCWP 22

**Tubo en T 1° hora - NPS 0.45 ... Extubación!!!**  
TAS 138 – TAM 110 – TAD 92 – FC 74 – SatO2 95%  
E 89.7 – DcT 145 ms  
e' septal 5.56 – e' 8.09  
E/e' 13.1 – PCWP 18

**12° hs Destete – 10° hs Extubación - NPS 0.5**  
TAS 132 – TAM 111 – TAD 90 – FC 85 – SatO2 95%  
E 84.4 – DcT 220 ms  
e' septal 4.15 – e' 7.89  
E/e' 14 – PCWP 19 – Fey 48%

## 0014 METAHEMOGLOBINEMIA EN PACIENTE INTOXICADO CON DAPSONA: REPORTE DE UN CASO

I CARBONI BISSO(1), G TAUIL(1), MP CORDERO(1), D LERMAN(1), C BARRIOS(1), D PINA(1)

(1) Sanatorio Franchin.

**Introducción:** La metahemoglobinemia es una enfermedad caracterizada por la presencia de niveles anormalmente altos de metahemoglobina (metaHb) en sangre. Su forma adquirida está clásicamente asociada a las intoxicaciones por agentes metahemoglobinizantes. Clínicamente produce síntomas derivados de la hipoxia tisular tales como cianosis y deterioro del nivel de conciencia. Niveles extremos pueden producir arritmias y colapso circulatorio.

La intoxicación con dapsona a diferencia de las intoxicaciones con otros agentes metahemoglobinizantes, tiene peor curso clínico, con mayores tiempos hasta la normalización de los valores de laboratorio por su farmacocinética de recirculación entero-hepática.

Presentamos el caso de una paciente intoxicada con dapsona que desarrolló metahemoglobinemia severa.

**Caso clínico:** Paciente de 17 años, sin antecedentes de relevancia, consultó por haber ingerido dapsona con fines autolíticos (dosis total 5000 mg). Ingresó lúcida, hemodinámicamente estable, desaturando a pesar de aporte de oxígeno, con cianosis distal y peribucal. El laboratorio evidenció metahemoglobinemia de 39% y severa acidosis metabólica sin hiperlactacidemia.

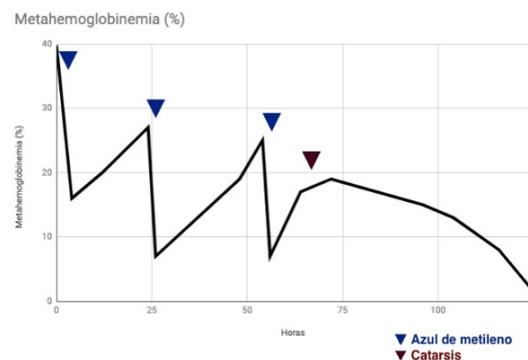
Por hipoxemia persistente se procedió a realizar intubación orotraqueal, conexión a asistencia ventilatoria mecánica y pase a unidad de cuidados intensivos (UCI). Se infundió azul de metileno (AM) endovenoso, carbón activado reglado para inhibir la recirculación enterohepática del fármaco y oxigenoterapia con FiO2 al 100%, con descenso progresivo de los valores de metaHb.

Evolucionó favorablemente y se logró extubar en las siguientes 24 horas. A las 48 horas intercurrió con nuevos dosajes de metaHb superiores a 25%, con acidosis metabólica y desaturación, por lo que requirió infusión de AM. En los dosajes seriados de metahemoglobinemia se evidenció un patrón de picos y valles hasta la normalización final.

No requirió hemodiálisis ni presentó fallas orgánicas durante su internación. Se otorgó alta de UCI luego de 7 días de internación, en buen estado general.

**Discusión:** Las intoxicaciones por agentes metahemoglobinizantes cursan con un amplio espectro clínico, desde afecciones oligosintomáticas hasta situaciones de severo compromiso multisistémico. En particular, la intoxicación con dapsona supone un desafío para el intensivista por su farmacocinética particular.

Presentamos el caso por tratarse de una intoxicación poco frecuente, potencialmente letal, tratable y prevenible, que requiere de un manejo agresivo y un monitoreo estricto.



## 0016 EL USO DE PROPRANOLOL DISMINUYE LA MORTALIDAD EN EL PACIENTE QUEMADO GRAVE

A PEDERNA(1), J CARBALLIDO(1)  
(1) Hospital De Quemados.

Durante cinco años se reclutaron 106 pacientes en el Hospital de Quemados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Rep. Argentina, para realizar un ensayo clínico aleatorizado y estratificado por grupos de gravedad, en el cual se compararon los resultados entre un tratamiento estándar vs un tratamiento estándar más Propranolol.

**Objetivos:** a) Primario: reducción de la mortalidad; b) secundarios: disminuir número de infecciones, disminuir días de AVM, disminuir días de estada, disminuir transfusiones de glóbulos rojos y mejorar colesterol sérico.

**Materiales y métodos:** Se enrolaron 106 pacientes (53 a Grupo Control y 53 a Grupo Propranolol) y se los aleatorizó en bloques de 6 con relación 1:1. A los pacientes del Grupo Propranolol se les administró dicha droga a una dosis de 2mg/kg/día, con una titulación ascendente o descendente de modo tal de lograr una disminución de la frecuencia cardíaca en un 25% con respecto al basal. Todos los pacientes recibieron el tratamiento médico-quirúrgico habitual según las normas del hospital.

**Resultados:** La aleatorización resultó eficaz para homogeneizar los dos grupos en cuanto a edad, SCQ AB, SCQ B, pero no en cuanto a gravedad, puesto que al Grupo Propranolol le fueron asignados mayor cantidad de pacientes con compromiso de la vía aérea. En nuestro estudio, el Propranolol se asoció a un descenso significativo de la mortalidad en los pacientes que tuvieron compromiso de la vía aérea, desarrollo de ARDS e infecciones (P:<0.001, OR: 4.477); pero no mejoró ninguno de los objetivos secundarios.

**Conclusión:** Este trabajo de investigación clínica, de cinco años de observación, pudo demostrar que el Propranolol fue efectivo en reducir la mortalidad de los pacientes quemados más graves, que fueron los que tenían compromiso de la vía aérea al ingreso, desarrollaron ARDS e infecciones durante su evolución. Su administración fue muy segura, con mínimo costo y efectos adversos.

**Palabras clave:** paciente quemado grave, propranolol, ARDS, infecciones.

## 0017 SINDROME DE PERCHERON. ISQUEMICA TALAMICA BILATERAL

N FUNES NELSON(1)  
(1) Dr. Alberto Balestrini.

**Introducción:** El síndrome de Percheron o infarto talámico bilateral sincrónico, o infarto de la arteria de Percheron se considera infrecuente y de difícil diagnóstico clínico.

La irrigación del talamo fue descripta más detalladamente en los años 60 por Percheron y proviene de las variadas conexiones que establecen la carótida interna de la arteria basilar.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 60 años de edad, con antecedentes de hta, que es llevado a guardia, luego de presentar deterioro del sensorio, con desorientación que rápidamente requiere IOT y conexión a ARM por bajo Glasgow.

Se realiza una primera tac de encéfalo que no evidencia patología aguda, se descartan otras causas y a las 24 hs se realiza nueva tac, donde se observa hipodensidad a nivel talámico bilateral, sin otras lesiones.

Se inició tratamiento con aas y estatinas. Presento intercurencias infectológicas asociadas a la ventilación mecánica y con ello la imposibilidad de mayor evaluación neurológica clínica.

Evoluciona tórpida y en día 9 de Internación fallece.

**Discusión:** El paciente ingresa por un cuadro neurológico complejo, sin posibilidad de evaluación mayor, se descartaron las causas metabólicas, infecciosas, hemorrágicas, etc a nivel neurológico. En una primera imagen lo logra objetivarse lesiones agudas, imagen realizada pocas hs luego del evento central. Al repetir la misma

hs después, logra verse en forma clara y contundente la isquemia bitalámica.

**Conclusión:** El síndrome de Percheron es un cuadro difícil de diagnosticar, subdiagnosticado y poco frecuente. Los infartos talámicos representan 11 % de los eventos vasculares y los bilaterales del 22 al 35%. En un bajo porcentaje suelen confirmarse por TAC y en general requiere de la realización de RMN. El cuadro clínico es suele consistir en alteraciones del estado de consciencia, alteraciones de la memoria y parálisis vertical de la mirada, no evaluable en este ejemplo.

## 0018 PROCALCITONINA COMO PREDICTOR TEMPRANO DE BACTEREMIA EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS FEBRILES CRÍTICOS

L UNIGARRO(1), K MARÍN(2), G DEL POZO(2), V FIGUEROA(2), H CABALLERO(2), A GANGOTENA(2), M FORNASINI(2), E BASANTES(2)

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

**Antecedentes:** La procalcitonina (PCT) es un biomarcador que sumado al juicio clínico, podría predecir en las primeras horas, la presencia de bacteremia en pacientes críticos con neutropenia febril. El objetivo del presente estudio fue determinar el valor predictivo de la PCT en el diagnóstico de bacteremia y su capacidad de diferenciar entre gérmenes gram negativos y gram positivos.

**Métodos:** Es un estudio de cohorte-retrospectivo realizado en el Hospital Oncológico "Solón Espinosa Ayala", Quito-Ecuador; el estudio incluyó todos los pacientes oncológicos adultos que ingresaron con neutropenia febril a la terapia intensiva, en los cuales se midió los valores de Procalcitonina (PCT) al ingreso de la unidad junto con muestras de cultivos (hemocultivos), desde el año 2010 al 2016.

**Resultados:** En 117 pacientes con criterios de inclusión se investigó el rendimiento de los hemocultivos, la asociación entre niveles de procalcitonina y el diagnóstico de bacteremia, tanto el modelo bivariado como en el análisis de regresión logística, PCT demostró discriminación de bacteremia con un punto de corte de 15.5 ng/ml y un área bajo la curva ROC de 0.76. La concentración de PCT en pacientes con bacteremia por gérmenes gram-negativos fue mayor comparada con pacientes con bacteremias por gérmenes gram-positivos, 26 ng/ml versus 7.1 ng/ml (p = 0.001). Valores mayores a 26.8 ng/ml predicen bacteriemia por bacilos gram-negativos (AUC: 0.81).

**Conclusiones:** En pacientes neutropénicos febriles críticos un valor de corte de PCT mayor a 15.5 ng/ml es un predictor de bacteremia (AUC: 0.76) y valores mayores a 26.8 ng/ml predicen bacteremia por bacilos gramnegativos (AUC: 0.81).

**Palabras claves:** Procalcitonina, neutropenia febril.

## 0019 REMOCION EXTRACORPOREA DE INTERLEUQUINAS EN SHOCK REFRACTARIO, PRIMER EXPERIENCIA EN ARGENTINA

JE PEREZ ROMERO(1), A BIASI(1), R CASAS(1), M VARGAS(1), D AMAYA(1), M DANIELO(1), NS TITARELLI(2), MJ MORELLI(1), GL VILLAGRA(1), MC ISA(1)

(1) Clínica Regional Del Sud. (2) Clínica Regional Sud.

**Introducción:** El estado de shock se produce como consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica severa que lleva a un colapso cardiovascular y/o microcirculatorio, y a hipoperfusión tisular. La hipoperfusión constituye el elemento central que define la condición de shock, el cual esta mediado por diversas tipo de interleuquinas, entre ellas IL1b, IL6, IL8, FNT alfa, con el advenimiento de nuevas tecnologías, ya disponible en nuestro medios, se da a conocer nuestra experiencias en hemofiltración y remoción de interleuquinas por método extracorporeo, el cual se conectaron filtro Cytosobs anexo a una máquina de diálisis convencional.

**Objetivo:** Dar a conocer 2 casos en los cuales se utilizaron filtro de remoción extracorpórea en shock refractario.

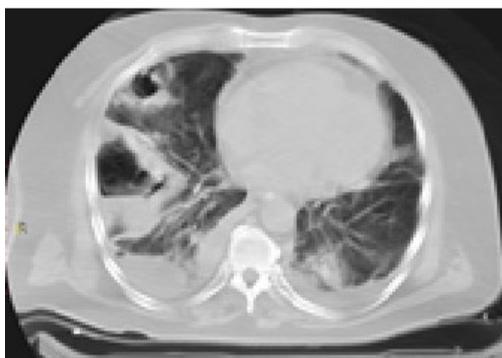
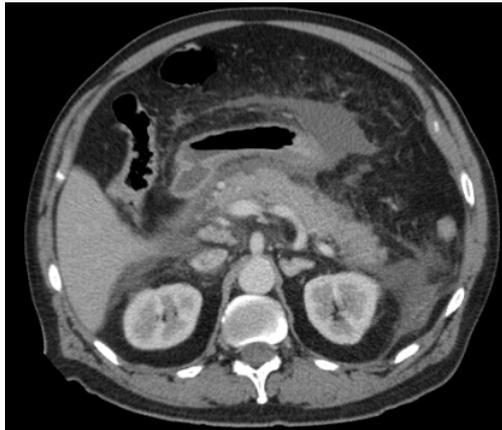
**Material y método:** se trataron a 2 pacientes, que ingresaron a la UTI con Shock refractario, que a pesar de la reanimación con fluidos, drogas vasopresoras, corticoides mantuvieron un lactato superior a 2 mmol/l, necesidad de NA >0,3 gamma/Kg/min y el requerimiento combinado de adrenalina y/o vasopresina para mantener PAM superior a los 60 mmhg.

**Conclusión:** En ambos casos donde se encontraban pacientes con Shock refractario, secundario a diferentes etiologías, donde se requirió la utilización de alta dosis de drogas vasopresoras, para lograr la estabilidad hemodinámica, la utilización del filtro de remoción logro la mejoría del estado hemodinámico de los pacientes, disminuyendo el requerimientos de drogas vasopresores y mejoría del ritmo diurético, logrando por tanto un rápida estabilidad hemodinámica del paciente.

No se registraron efectos adversos.

Según nuestra experiencia la utilización en la fase temprana de la etiología, es mas beneficiosas para disminuir y/o limitar el proceso inflamatorio.

El tratamiento combinado con terapia de reemplazo renal continuo y hemoadsorción resultó en una rápida estabilización de la hemodinámica junto con la normalización de la situación inflamatoria.



**0020 MANEJO Y PERCEPCIONES SOBRE EL DOLOR EN PACIENTES INTUBADOS Y TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO. BAHÍA BLANCA** S GUGLIELMETTI(1), V FONTANA(2), DB MARTIN(2), F CICIOLI(2)

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

**Introducción:** La instauración de escalas para evaluación del dolor mejora el manejo del mismo y permite brindar cuidados de calidad

a los pacientes. En nuestro servicio carecemos de una herramienta para valorar el dolor.

**Objetivo del estudio:** Evaluar el dolor en el paciente crítico en ventilación mecánica con una escala validada, y la percepción y conocimientos del personal de enfermería sobre el tema.

**Materiales y métodos:** Observacional, descriptivo, prospectivo. Se diseñó una ficha para valorar dolor mediante la escala BPS, y otros datos. Para evaluar las percepciones se elaboró una encuesta auto administrada. Se realizaron un total de 45 observaciones y 23 encuestas.

**Resultados obtenidos:** De 45 observaciones, 21 fueron realizadas en reposo obteniendo 3 registros de dolor. Las 24 restantes se realizaron durante procedimientos de enfermería y el 50% presento dolor. La que más dolor ocasionó es la aspiración de secreciones (50%), seguida de los cambios de decúbito (25%), luego el baño en cama (25%).

Respecto al conocimiento de herramientas para cuantificar el dolor en el paciente intubado un 65% refiere conocerlas. Los enfermeros encuestados sostienen en un 90% que la utilización de placebos para el tratamiento del dolor no sirve. El 95% coinciden en que la analgesia es primordial. Con respecto a los opiáceos, un 56,5% sostiene que existe una dosis máxima de los mismos para tratar el dolor agudo. Un 84% de los enfermeros considera que es importante el momento de administrar analgesia con respecto a los procedimientos, y el 83% opina que el dolor influye en el pronóstico del paciente a corto plazo. El 92% no dejaría de administrar opiáceos, sabiendo que los pacientes pueden desarrollar dependencia física.

**Conclusiones:** El uso de escalas para valorar el dolor en el paciente crítico en VM reflejan el dolor que los pacientes perciben durante los procedimientos de la práctica diaria de enfermería. Las enfermeras de UTI conocen la problemática del dolor y su manejo.

**0021 ADHERENCIA A LAS NORMAS DE AISLAMIENTOS DE CONTACTO, EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA. HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS DR. LEÓNIDAS LUCERO**

V FONTANA(1), DB MARTIN(1), S GUGLIELMETTI(1), F CICIOLI(1)

(1) Municipal De Agudos Dr Leonidas Lucero.

**Introducción:** Los aislamientos de contacto constituyen una norma cotidiana habitual indispensable en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI) para la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud causados por microorganismos multirresistentes. Se realizo una revisión bibliográfica donde se plantea que las medidas de precauciones estándares no son cumplidas.

**Objetivo del estudio:** Conocer la situación actual de la aplicación y adherencia a las normas de aislamiento de contacto en la UCI del Hospital Municipal Dr. Leonidas Lucero (HMALL)

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo observacional. Se utilizo una lista de chequeo durante las observaciones en la UCI del HMALL. Se realizaron un total de 53 observaciones a médicos, enfermeros, kinesiólogos, bioquímicos, dermatólogos, técnicos de rayos y estudiantes de medicina.

**Resultados obtenidos:** Solo el 13.2% se higieniza las manos con alcohol glicerinado antes del contacto con el paciente.

El uso de guantes se observo en el 77.4% y el de camisolín el 64%. Un 58,4% no utiliza (35,8%) o utiliza mal (22,6%) el camisolín.

De los que utilizan el camisolín 23,5 % se lo coloca en orden incorrecto, y 14,6 % se lo retira en el orden incorrecto. De los que utilizan camisolín un 76,56% los deja colgados.

La higiene de manos post extracción de guantes y camisolín es del 54.7% resultando más frecuente que el lavado previo.

**Conclusiones:** Se observo muy bajo porcentaje del lavado de manos previo al contacto con el paciente, y en cambio aumenta después del contacto con el paciente. No se utiliza o se utiliza mal el camisolín en más de la mitad de las ocasiones. Los camisolines mayormente se vuelven a utilizar en reiteradas oportunidades.

#### 0024 ENCEFALOPATÍA SÉPTICA E HIPERAMONEMIA

G PALIO(1), M CASANOVA(1), M GIRVES(1), D FLOREZ(1), J ROMERO(1)  
(1) Clínica Santa Isabel.

**Introducción:** La encefalopatía séptica es la más frecuente entre las diferentes encefalopatías en los pacientes internados en Cuidados Intensivos.

La encefalopatía séptica se define como disfunción cerebral difusa desarrollada en pacientes sépticos sin evidencia de infección intracraneal, trastorno estructural, funcional, metabólico o autoinmune concomitante.

Para su diagnóstico clínico se utilizan escalas para valorar el estado mental tales como: escala de Glasgow, CAM-ICU, RASS.

El hallazgo de hiperamonemia como agravante de encefalopatía séptica, se asocia a la presencia de gérmenes productores de ureasa tales como Klebsiella pneumoniae y oxytoca, Proteus y Pseudomonas. Es necesario descartar otras causas de hiperamonemia de origen hepático, farmacológico u otras patologías extra hepáticas.

**Caso clínico:** Paciente masculino, 68 años de edad, ingresa a UTI en postoperatorio de enterectomía y enterólisis secundaria a hernia abdominal atascada, que evoluciona con falla multiorgánica, ARM prolongada, requerimiento de traqueostomía, múltiples intercurencias infectológicas. Evoluciona posteriormente con mejoría de las fallas, decanulación y desvinculación de ARM.

Presenta posteriormente deterioro del sensorio en contexto de infección asociada a catéter, rescate de Klebsiella pneumoniae multi-resistente, requiriendo nuevamente ARM. Por persistencia de encefalopatía, se realizan TC y RMN de encéfalo descartando lesiones agudas del SNC, se excluyen causas medicamentosas y metabólicas. Dentro del screening de laboratorio se halla amonio de 234 ug/dl. Se realiza antibioticoterapia completa dirigida a la sensibilidad del germen y tratamiento con L-carnitina hasta normalización de valores de amonio, evolucionando con mejoría del sensorio.

**Discusión:** La encefalopatía séptica acompañada por hiperamonemia es un hallazgo que se interpreta secundario a la metabolización de la urea en amonio por bacterias productoras de ureasa. La barrera hematoencefálica es permeable a dicho metabolito, el cual actúa como falso neurotransmisor a nivel astrocitario, para luego ser metabolizado como glutamina, responsable de fenómenos excitatorios e inflamatorios, produciendo finalmente daño y disfunción neuronal.

**Conclusión:** Se presenta un paciente con encefalopatía séptica y hallazgo de hiperamonemia en contexto de bacteriemia por Klebsiella pneumoniae, descartando previamente otras causas responsables del aumento de amonio. Se realiza tratamiento antibiótico dirigido y suministro de L-carnitina con posterior recuperación del sensorio y normalización del amonio.

#### 0025 SHOCK SÉPTICO, COMPARACIÓN ENTRE LA VALORACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA CON PLATAFORMA EV100 Y NO INVASIVA CON ECOCARDIOGRAFÍA

MA CASTILLO(1), CG BAEZ(1), GM PALACIO(1), PA LEAL(1)  
(1) Hospital Centro De Salud Zenón Santillán.

**Introducción:** El Shock es un síndrome que cursa con bajo flujo sanguíneo e inadecuada perfusión tisular. Constituye una emergencia y requiere de una reanimación urgente. Existen herramientas invasivas y no invasivas que permite categorizar el perfil del shock y saber si estos paciente(Pc) serán respondedores o no a fluidoterapia. Shock Séptico(SS):Pc con sepsis que requieren vasopresores para mantener una TAM65 mmhg y lactato sérico >2 mmol/l a pesar de una reanimación adecuada con fluidos.

**Objetivo:** Comparar el grado de concordancia en la interpretación de los parámetros derivados de la monitorización invasiva con Plataforma EV1000 vs Ecocardiografía (ECG) en una cohorte de Pc con SS.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, duran-

te enero2017 a mayo2018,Se incluyeron 30 Pc con SS. Se excluyeron menores de 18 años, ritmo cardiaco distinto del sinusal y contraindicaciones para catéteres femorales. La valoración hemodinámica por ambos métodos fue realizada de forma consecutiva sin realizar cambios terapéuticos entre ellos. Posteriormente se interpretó de forma independiente el perfil hemodinámico y se propuso una estrategia terapéutica de acuerdo a algoritmo predefinido.

**Resultados:** Se incluyeron 30Pc,18(60%) del sexo masculino; edad promedio de 55.6años(DS ± 19), rango entre 18 a 71 años, SOFA promedio 10.4(DS ± 2.23). Las causas más frecuentes de SS fueron neumonía e infección abdominal. Un total de 13(43%) Pc presentaron criterios de carga de volumen cuando se analizaron con ECG frente a 9(30%) con EV1000, se sugirió inicio de terapia vasopresora en 9(30%) vs 11(37%) Pc respectivamente, en 8(27%) Pc se identificó el criterio de inotrópicos con ECG vs 10(33%) con Ev1000. Las interpretaciones hemodinámicas y toma de conducta fueron coincidentes en 26 de 30 Pc(86%). El tiempo promedio para la realización del ECG fue de 11'(DS ±2), la modificación e interpretación de valores de plataforma EV1000 fue en promedio de 5'(DS ±1,3) pero la colocación del mismo tuvo un promedio de 30'(DS±8).

**Conclusiones:** Se interpreta que las dos técnicas son concordantes en un gran porcentaje de los Pc ayudando tanto a la correcta valoración hemodinámica como a la ayuda de decisiones terapéuticas, la ECG nos permite hacer un diagnóstico inicial más rapido del patrón hemodinámico con la posterior toma de conducta, y con la plataforma se puede realizar monitorización del gasto cardiaco e índices derivados de forma continua.

#### 0026 INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE BAJA T3 EN SHOCK SÉPTICO Y SU IMPACTO

A MARTINUZZI(1), MG CORNU(1), P ROEL(1), SM OROZCO(1), CA SANCHEZ(1), M TONNELIER(1), S JARA AGUIN(1), L SANHUEZA(1), A GALASSI(1), M GULINO(1)  
(1) Cmic.

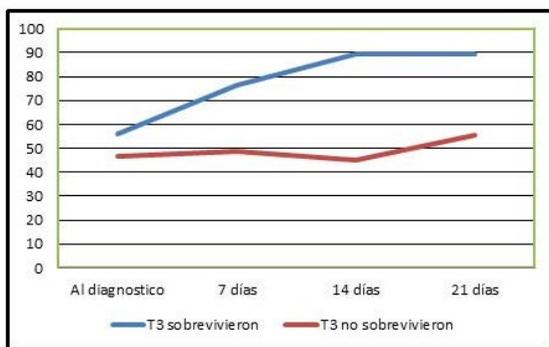
**Introducción:** En diferentes publicaciones se ha visto asociación entre los bajos niveles de hormonas tiroideas y malos resultados clínicos. Esta situación metabólica designada bajo el término de Enfermedad Eutiroida, ha sido interpretada como un estado de adaptación a diferentes procesos patológicos, caracterizada por la disminución plasmática de T3. El presente estudio busca determinar la incidencia de este trastorno endocrino metabólico en los pacientes con shock séptico y su relación con otros índices de gravedad, y resultados clínicos.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional, que evaluó consecutivamente los paciente de la UCI que presentaron Shock séptico, durante el periodo 2018. Se registraron variables asociadas al tratamiento del shock, y determinaciones bioquímicas. Se evaluó el perfil tiroideo al momento del diagnóstico de shock, a los 7, 14 y 21 días. Registro y análisis estadístico mediante el SPSS@ 24, resultados expresados en media, DS, porcentaje según corresponda.

**Resultados:** En un total de 27 pacientes consecutivos con diagnóstico de Shock Séptico se cumplió con el protocolo de estudio, véase tabla 1. La incidencia de alteración del eje tiroideo (grafica 1) se observó en 85.2% de los pacientes, con una mortalidad a los 28 días de 38.5%. Los pacientes sin alteración del eje tiroideo no presentaron desenlaces negativos. Entre los pacientes que presentaron baja T3, se observó que un 32% que recupero la función tiroidea dentro de los 28 días de seguimiento, y en este grupo la mortalidad fue del 0%. Los pacientes que no recuperaban función tiroidea (56,5%), presentaron una mortalidad del 64.3%. Al analizar comparativamente estos, se observó que aquellos que presentaron alteración del eje y no recuperaron la función, requirieron más dosis de vasoactivos, más días de internación, y mayores niveles de lactato.

**Conclusión:** Los paciente con Shock Séptico presentan una alta incidencia de alteración del eje tiroideo, caracterizada por bajos niveles de T3. Esta disfunción se comportó como un predictor de muerte en los pacientes con Shock Séptico admitidos a nuestra unidad.

	Toda la muestra N 27	Recuperación de tiroidea N 8	Sin recuperación de Disfunción Tiroidea N 17
Edad	58±14	58±20	56±12.8
Sexo	57.7% Mujeres	62.5% mujeres	57.1% Mujeres
Apache II	18.3±6	15.7±4.6	19.6±5
SOFA	10±3.4	9.1±2.1	10.8±3.8
FOCO	Abdominal 40%, Respiratorio 24%, Urinario 20, Endovascular 4%, otros 12%	Abdominal 62.5%, Respiratorio 12.5%, Urinario 12.5%, Otros 12.5%.	Abdominal 35.7%, Respiratorio 28.6%, Urinario 21.4%, Endovascular 7.1% Otros 7.1
Índice de Charlson	4±2.7	3.3±3	4.4±2.7
Días internación	12.2±7.6	15.6±5.7	10.4±7.6
Mortalidad 28 días	37% (10)	0	58.8%
Mortalidad Global	44.4% (12)	12.5%	%
Disfunción tiroidea	85.2% (25)	NC	NC
Recupera función	29.6%	NC	NC
T3 al diagnóstico	54±24 ng/dl	55.75±13 ng/dl	47.6±20 ng/dl
T3 7 días	69.9±30	77±21	52.7±18
T3 14 días	76±26	89.8±11.4	48±9.3
T3 21 días	81±43	61.25±0.63	62.5±10
Lactato Día 1	3.2±3 mmol/l	3.2±2.1 mmol/l	3.4±3.5 mmol/l
Lactato Día 2	2.4±1.7	2.9±2.5	3.6±1.3
Lactato Día 3	2±1	2.3±1.2	2.3±1.2
Lactato Día 4	1.8±1.1	1.68±0.9	2.18±1.5
NDI 1 día	0.64±0.56 µ/kg/min	0.31±0.26 0.64±0.56 µ/kg/min	0.82±0.6 0.64±0.56 µ/kg/min
NDI 2 día	0.61±0.61	0.4±0.35	0.64±63
NDI 3 día	0.42±0.4	0.15±0.05	0.55±0.72
NDI 4 día	0.5±0.5	0.06±0.05	0.76±0.8



**0027 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADA POR TERAPISTAS : EXPERIENCIA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**  
 A FELDMAN(1), D VARELA(1), M LOMPINZANO(1), G SIBILA(1), R SANCHEZ(1), C POZO(1), B MEZA(1), G CAPDEVILLA(1), D QUARANTA(1), N TIRIBELLI(1), S FREDES(1), M GUAYMAS(1)  
 (1) Churruga.

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

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

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo observacional del primero de septiembre del 2014 al primero de enero del 2018, en pacientes con ventilación mecánica. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, tiempo de intubación previa, tiempo del procedimiento, complicaciones, días de ARM, estadía y mortalidad. Se utiliza media y DS, mediana, RI y %.

**Resultados:** Ingresaron a UTI 2800 pacientes, 1400 (51 %) requirieron ARM. La edad fue de 62±16 y el 70 % eran hombres. De los pacientes en ARM 40 % eran post-quirúrgicos y el 60% clínicos. El APACHE II fue de 14±9 con un riesgo de mortalidad del 40%. El 72% fueron extubados 380 (28 %) pacientes requirieron traqueotomía (TQT) de las cuales 87% fueron percutáneas, los días a TQT fue de 10 [8-14].El tiempo de realización de 8 minutos (7-12), sin complicaciones transoperatorias. Tres pacientes presentaron enfisema subcutáneo, atribuible al procedimiento.

**Conclusiones:** La TPD es un procedimiento que tiene ventajas sobre la traqueostomía abierta en cuanto a rapidez, seguridad y bajo in-

dice de complicaciones. Nuestro estudio demostró estas ventajas. A este hecho han contribuido la introducción de la técnica percutánea y las ventajas que tiene: aumento de la comodidad del paciente, disminución del espacio muerto, mejora de la higiene bronquial y disminución en el requerimiento de sedación.

**0029 INDICADORES DE CALIDAD EN INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD**

A FELDMAN(1), M BELEN(1), D VARELA(1), G SIBILA(1), C PINO(1), D QUARANTA(1), S TOMAZ(1), G CAPDEVILLA(1), V NUNES(1), S FREDES(1), M GUAYMAS(1)  
 (1) Churruga.

**Introducción:** En la actualidad las IACS son complicaciones con un alto potencial riesgo de los pacientes interenados 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 enero de 2019, de pacientes con IACS internados en la Unidad de Terapia Intensiva. 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 801 pacientes, sexo masculino 58 %, edad 64, Apache II 14 , SAPS II 39. La mediana de estadía en UTI fue de 6 +/- 4 días. La tasa global de infección del tracto urinario (ITU) fue de 6,2 por 1.000 días de dispositivo. La bacteriemia (BAC) asociada a catéter venoso central presentó una tasa de incidencia 2,2 por 1.000 días de CVC. Densidad de incidencia 3 c/1000 días de CVC y la incidencia de NAV 12,6 % con una densidad de incidencia de NAV 33/1000 días de ARM. En el 74% se obtuvo rescate bacteriológico. En ITU: Candida sp. (82%), K. Pneumoniae BLEE (11%) y P. aeruginosa (7%). En BAC Stafilococo coagulasa negativo metilicilino resistente (33%), K.pneumoniae BLEE (24%) y en NAV Pseudomona aeruginosa, klebsiella pneumoniae. La estadía en UTI 5,7 días, el requerimiento de ARM 40 % durante 6.8 días y 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.

**0030 FALSO POSITIVO EN SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS. REPORTE DE CASO**

V CHEDIACK(1), P SAUL(1), C DOMINGUEZ(1), JM FERNANDEZ(1), R GREGORI SABELLI(1), MDLM NANO(1), N CHACON(1), E CUNTO(2)  
 (1) De Infecciosas F J Muñiz. (2) De Infecciosas Fd J Muñiz.

La hemorragia alveolar difusa se caracteriza por hemoptisis, disnea, infiltrados pulmonares y anemia, es causada por múltiples etiologías. De las causas no infecciosas, son de interés las pauciinmunes, con anticuerpos anti-membrana basal glomerular (anti GMB) y anticuerpos citoplasmáticos anti-neutrófilos (ANCA) negativos, por ejemplo la poliangeitis microscópica con elevada mortalidad sin el diagnóstico y tratamiento adecuado. El objetivo es presentar un caso de difícil diagnóstico y tratamiento.

**Introducción:** Hombre, 51 años, derivado de un hospital del Gran Buenos Aires por Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH). Antecedentes vive en Navarro, realiza trabajos rurales con ganado vacuno. Infarto agudo de miocardio, tabaquista. El 12/9: ingresa a

hospital por dolor precordial atípico y disnea de una semana de evolución. 13/9: se deriva a otro nosocomio por neumonía grave de la comunidad (NGC) y distress (SDRA). Requiere ventilación mecánica y vasopresores. Se recibe del Instituto Maistegui IgM positivo e IgG negativo. El 20/9 ingresa a cuidados intensivos, con diagnóstico de SCPH, intercorre con hemorragia pulmonar, se realiza fibrobroncoscopia: mucosa congestiva y sangrante, VIH no reactivo. Evolucion a febril, radiografía de tórax con imágenes bilaterales heterogéneas con tendencia a la confluencia.

**Tratamiento:** Linezolid-Meropenem-Colistin: Diagnóstico neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). Nuevos episodios de sangrado pulmonar, LDH 926UI/l, CPK 824 UI/l. Se recibe Hantavirus IgM, IgG y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) negativas (Instituto Malbran), estudios inmunológicos negativos, eritrosedimentación 104 mm. Continúa con sangrado por vía aérea y mayor compromiso pulmonar, se administra desmopresina y metilprednisolona. Evolucion con shock séptico por NAV (Pseudomonas aeruginosa). Fallece el 07/10. Se realiza anatomía patológica de pulmón: poliangeitis microscópica.

**Discusión:** Se encasillo al paciente como una NGC, de etiología viral (SCPH). Descartando diagnóstico cardiológico e infeccioso como causa de hemorragia alveolar difusa (Tuberculosis, Leptospirosis, virus Junin, Brucelosis, gérmenes comunes, virus respiratorios, etc.) Orientamos el diagnóstico a etiología autoinmune y se inició tratamiento con corticoides.

**Conclusión:** En la literatura no hay reportes de enfermedades pauciinmunes como la poliangeitis microscópica, con falsos positivos para hantavirus. Se ha reportado SCPH con anti-GMB positivo. Es importante como diagnóstico diferencial en hemorragia alveolar difusa aun con epidemiología para SCPH, por tratamiento suboptimo y alta mortalidad.

### 0031 MEDICION DEL AGUA EXTRA-VASCULAR PULMONAR Y EL INDICE DE PERMEABILIDAD VASCULAR PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA

A FELDMAN(1), D VARELA(1), N FALCON PEREZ(1), G SIBILLA(1), R OCHOA(1), B MEZA(1), G CAPDEVILLA(1), S TOMEZ(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca.

**Objetivo:** Conocer el índice de agua extravascular pulmonar y el índice de permeabilidad vascular pulmonar en pacientes con SDRA. **Material y método.** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) con SDRA moderado y severo desde enero 2015 hasta enero 2019 que requirieron monitoreo PICCO. Las variables registradas edad, sexo, PEEP, duración de ARM, APACHE II, variación del volumen sistólico (VVS), fracción de eyección global (FEG), índice de permeabilidad pulmonar (PVPI), Agua pulmonar extravascular (EVLW), balance, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

**Resultados:** Ingresaron 2800 pacientes, 46 fueron monitorizados con PICCO. La edad  $52 \pm 16$  y el 60 % hombres. El APACHE II  $15 \pm 8$ . En 36 pacientes se realizó balance hídrico negativo (BHN) la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> pasó de 140 (RI 106-200) a 210 (RI 164-248) mmHg ( $p < 0.001$ ), el EVLWI de 14 (11-18) a 10 (8-14) ml/kg ( $p < 0.001$ ). En 10 pacientes se realizó balance hídrico positivo (grupo BHP), el EVLWI descendió de 11(10, 14) a 10 (8, 14) ml/kg ( $p = 0.004$ ). Los días de ARM 4 [1-6] en fallecidos y 12 (10-19) en vivos, la estadía en UTI 16 [5-16] días y la mortalidad 26 %.

**Conclusión:** Los únicos resultados que tuvieron correlato ( $p < 0,03147$ ) con la mortalidad fue un el índice de permeabilidad 3.5 de los fallecidos con respecto a los sobrevivientes 2.4. En el grupo BHN la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> pasó de 140 a 210 mmHg ( $p < 0.001$ ), el EVLWI de 14 a 10 ml/kg ( $p < 0.001$ ) pero no mejoro la mortalidad.

### 0033 "APRESURATE DESPACIO". EL CHECK LIST UNA PROPUESTA PARA EL TRASLADO SEGURO

R MORALES(1)

(1) Hospital Publico Materno Infantil.

**Introducción:** La decisión de trasladar a un paciente desde la seguridad de la unidad de terapia intensiva hacia otra dependencia del hospital u otra institución debe realizarse de acuerdo con un planeamiento estricto. Valorando la relación riesgo beneficio y considerando si esta decisión tendrá un efecto positivo en su evolución. Aparecen numerosos estudios que insisten en la seguridad del transporte de pacientes críticos haciendo hincapié en un nuevo concepto, la organización de las actividades previa al traslado con la realización de un listado de verificación.

**Objetivo general:** Lograr el cumplimiento de la aplicación del protocolo de traslado, por parte del personal de enfermería, en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Público Materno Infantil de Salta.

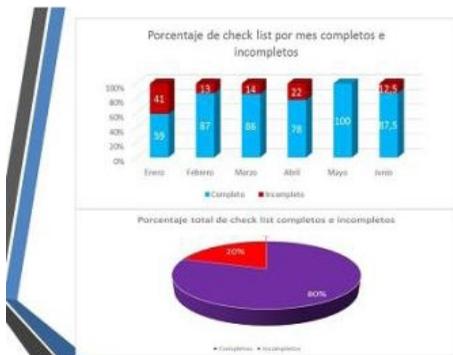
**Material y método:** Método retrospectivo de tipo descriptivo. Se analizaron 62 traslados, en un periodo de seis meses (Enero a Junio de 2018). El instrumento fue un check list que se confeccionó en tres partes.

Parte A: datos del paciente. Parte B: actividades de verificación antes del traslado (Vía aérea, Buena ventilación, Circulación, Verificación de dispositivos, Equipo humano, Equipo material). Parte C: Observaciones de los eventos adversos durante el traslado. Se realizó prueba piloto en el mismo ámbito. Se consideró completos aquellos que cumplieron todas las actividades del check list e incompletos aquellos que faltare realizar una o más actividades.

**Resultado:** De los 62(100%) traslados analizados, 57% fue a quirófano; 37% a TAC; 3% a resonancia y 3% a electroencefalograma, de los cuales 80% check list estaban completos y 20% incompletos. En cuanto a los eventos adversos, se detectaron 22 errores más significativos en los dos primeros meses del estudio: 13 traslados con el paciente sin pulsera de identificación, 5 traslados con el paciente intubado sin administración de sedación previa de los cuales 1 se extubo durante el mismo y 4 traslados con demora del auxiliar de transporte.

**Conclusión:** El resultado sugiere que al haber implementado el check list se pudo verificar el cumplimiento del protocolo de traslado. Por lo tanto, representó una herramienta sencilla que introdujo barreras de protección para la seguridad del paciente e intentó que todo el equipo humano de la U.T.I.P adopte medidas o sistemas que disminuyan el error.





### Sobre eventos adversos

- 13 • Sin pulsera de identificación
- 5 • Paciente sin sedación previa.-1 se extuba
- 4 • Demora del auxiliar de transporte

Hospital Público Materno Infantil		Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica	
<b>CHECK LIST DE TRASLADO DE PACIENTE CRITICO PEDIATRICO</b>			
Nombre y apellido:		H.C.	Fecha y hora
Diagnóstico:		Pedidos o estudios complementarios:	
Pulsera de identificación SI			
<b>A: Vía aérea</b>			
Aspiración SI		Adecuada fijación de T.E.T o T.Q.T SI	
<b>B: Buena ventilación</b>			
Tubo de O2 manómetro SI	Adaptador para dispositivo de O2 SI	Bolsa de reanimación/máscara T.E.T igual y menor calibre SI	
<b>C: Circulación (Completar con sí o no según corresponda)</b>			
Vía percutánea <input type="checkbox"/>	Catéter central <input type="checkbox"/>	Vía periférica <input type="checkbox"/>	
Vía arterial <input type="checkbox"/>	Hemodinámica SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sedación de rescate SI <input type="checkbox"/>	
Plan de Sedación <input type="checkbox"/>	Plan de inotrópico <input type="checkbox"/>	N.T.P <input type="checkbox"/>	
<b>D: Verificación de dispositivos (Completar con sí o no según corresponda)</b>			
Drenaje <input type="checkbox"/>	Sonda vesical <input type="checkbox"/>	SNG abierta (ayuno) <input type="checkbox"/>	
Tipo de drenaje -----	Desagote de bolsa colectoras SI	PIC desconectada <input type="checkbox"/>	
<b>E: Equipo humano entrenado y capacitado</b>			
Médico SI	Enfermero/a SI	Auxiliar de Transporte / chofer SI	

Observación de los eventos durante el traslado:.....  
 .....  
 .....

### 0034 ANÁLISIS DE FRAGILIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS EN UNA UCI MÉDICO QUIRÚRGICA A MATARRESE(1), B LEONE(1), J OSATNIK(1) (1) Aleman.

**Introducción:** Fragilidad es un importante determinante pronóstico el cual se asocia a mayor mortalidad hospitalaria, déficit funcional y mayor ineficacia en el restablecimiento del equilibrio homeostático luego de fenómenos estresantes únicos o múltiples. La evaluación de fragilidad en la población crítica y fundamentalmente en los pacientes sépticos podría mejorar el conocimiento que se tiene de la gravedad clínica y variabilidad evolutiva y potencial recuperación de estos pacientes. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la prevalencia de fragilidad en pacientes sépticos admitidos a una UCI médico quirúrgica.

**Materiales y métodos:** Se analizó en una cohorte prospectiva de pacientes adultos admitidos a la UCI con diagnóstico de Sepsis según la definición de Sepsis 3 desde el 1 de diciembre de 2018 hasta el 31 de marzo de 2019. Se utilizó para medir fragilidad el score CFS (Clinical Frailty Scale) y se consideró un valor mayor a 4 para definir población frágil. Se analizaron variables clínicas como días de ventilación mecánica (VM), gravedad al ingreso por APACHE II y SOFA, mortalidad en UCI y hospitalaria.

**Resultados:** Se analizaron un total de 69 pacientes, 34 (49.3%) eran frágiles. La edad de los frágiles versus los no-frágiles era de 75.4 ± 13.5 y 60.4 ± 17.7 años respectivamente (P= 0.0002); sexo masculino: 48.6% versus 41.2% (P= 0.537); score de Charlson: 6.1±2.4 versus 3.1±2.0 (P=0.0001), SOFA: 6.6±3.2 versus 5.2±2.8 (P= .050), Apache II: 19.2±12.5 versus 15.6±7.1 (P=0.147).

La mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes frágiles 18 (52.9%) versus 5 (14.3%) (OR = 9.983, 95%CI: 2.446 - 40.749; P=0.001).

Ventilación Mecánica: 24 (70.6%) versus 15(42.9%) (P = 0.037); hemodiálisis: 6(17.1%) versus 4(11.8%) (P=0.0386). Días de estadía en UCI: 10.4±10.9 versus 9.3±8.3 (P=0.6394); Estadía hospitalaria 22.6±24.7 versus 15.9±13.1 (P=0.1665).

**Conclusión:** Casi la mitad de los pacientes sépticos incluidos eran frágiles y esta condición se asoció con mayor mortalidad hospitalaria (OR = 9.983, 95%CI: 2.446 - 40.749; P=0.001).

Resultado Clínico	No Frágiles N= 35	Fragiles N=34	P
Mortalidad hospitalaria n (%)	5 (14.3)	18 (52.9)	0.001
Estadía UTI, media (DE)	9.3 ± 8.3	10.4 ± 10.9	0.639
Estadía Hospitalaria, media (DE)	22.6 ± 24.7	15.9 ± 13.1	0.167
<b>Soportes Vitales</b>			
- ARM n, (%)	15 (43)	24 (71)	0.037
- VNI n (%)	4 (11)	4 (12)	
- VNI días promedio	7.8	11.5	
- Traqueostomía n, (%)	7 (20)	8 (23.5)	
- Catecolaminas > 6 horas. n (%)	10 (28)	29 (85)	
- Catecolaminas días promedio	2.5	2.4	
- Hemodiálisis, n (%)	4 (12)	6 (17)	0.038
<b>Destino al Alta</b>			
- Alta total (no obitos)	31	16	
- Domicilio	21 (67)	6 (37)	
- Internación Domiciliaria	5 (16)	4 (25)	
- Centro rehabilitación	4 (13)	6 (37)	
Limitación de esfuerzo terapéutico. n	0	12 (35)	
<b>Deterioro de Fragilidad</b>			
- Aumento promedio de score de Fragilidad	1.5	1.1	

Sin fragilidad (CFS 1-2-3-4); Frágiles (CFS 5-6-7); DE= Desviación Estandar; n= numero.

	No Frágiles N= 35	Frágiles N=34	P
Edad, media (DE)	60.4 ± 17.7	75.4 ± 13.5	0.0002
Hombre, (%)	41.2	48.6	0.537
Índice comorbilidad de Charlson, puntos, media (DE)	3.1 ± 2.0	6.1 ± 2.4	0.0001
APACHE II, puntos, media (DE)	15.6 ± 7.1	19.2 ± 12.5	0.147
SOFA, puntos, media (DE)	5.2 ± 2.8	6.6 ± 3.2	0.05

No frágiles (CFS 1-2-3-4); Frágiles (CFS 5-6-7). DE= Desviación Estandar; n= número.

### 0035 IMPLEMENTACIÓN DE UN RECURSO INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

A MATARRESE(1), B LEONE(1), J OSATNIK(1)  
 (1) Aleman.

**Introducción:** En la unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la generación de información es continua. La disponibilidad de herramientas informáticas para el registro, ordenamiento y acceso a los datos facilitan la gestión y el análisis de los mismos, permitiendo evaluar acciones y resultados. La duplicación en el registro de los datos es frecuente y consume tiempo y esfuerzo. Muchas unidades hospitalarias no poseen acceso a información ordenada y de interés para los diferentes niveles organizacionales.

Para mejorar la calidad de registro de datos de gestión de un servicio de terapia intensiva médico-quirúrgico en un hospital privado de Buenos Aires, un equipo de médicos residentes de la especialidad desarrolló una planilla para registro y base de datos.

**Materiales y Método:** Se utilizó plataforma Google Sheets, que permite el acceso a la planilla desde cualquier ubicación y de manera simultánea ilimitada, con capacidad para exportación de datos. Se definió conjunto de datos agrupados en diferentes dimensiones: demográficos, gestión administrativa, utilización de recursos, registro de prácticas, complicaciones, estándares de calidad, resultados clínicos y desempeño. Se desarrolló un nomenclador de diagnósticos en base a una estructura organizada según problema clínico y sistema orgánico afectado.

**Resultados:** Entre Diciembre de 2018 y Abril de 2019 ingresaron a la base datos 381 pacientes. Mensualmente se elaboraron informes automatizados que incluyeron: datos de gestión y utilización de recursos, estándares de calidad, control de procedimientos por residente y diagnósticos clínicos. A su vez en este periodo se iniciaron proyectos de investigación cuyos datos actualmente son exportados desde esta base de datos en forma simple y segura, acortando tiempo de carga.

**Conclusión:** El desarrollo e implementación de una planilla electrónica para base de datos, ha mostrado ser factible, económica y versátil cumpliendo con los requerimientos de gestión e investigación del servicio. Como debilidad observamos que no posee procesos de seguridad como encriptación de datos o respaldos en servers específicos por lo cual nos proponemos en conjunto con el servicio de informática médica de nuestro hospital desarrollar una etapa B del desarrollo que mejore la seguridad de los datos.



Servicio de Terapia Intensiva  
 Hospital Alemán

Periodo	1/04/2019	30/04/2019
Cantidad días informe	30	

#### Informe Estadístico del Servicio

Egresos TOTALES	72	Tasa Mortalidad	12.50%	Mortalidad Esperada	15.17%
Defunciones	9	Días/cama total	600	Días/Paciente	380
No Cama disp	20				

UTILIZACIÓN	
Promedio de Ocupación	60.00%
Giro cama	3.60
Promedio tiempo internación (día)	6.60
Estadía Mínima	1
Estadía Máxima	38
Estadía Mediana	5.0
Días Cama Pacientes con ARM	64
Días Cama Pacientes con CVC	377
Porcentaje de Reingresos	1.39%

PACIENTES						
	Promedio	SD	Maximo	Minimo	Moda	Mediana
Apache	11.33	7.1	31	0	6	10
Charlson	4.74	2.94	12	0	4	5
SAPS	35	18.74	92	6	24	30.5
SOFA ingreso	2.72	2.87	11	0	0	2

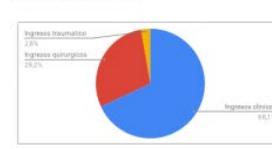
Edad media 2.72 Pacientes Varones 39 | 54.17% Pacientes Mujeres 33 | 45.83%

CALIDAD	
Incidencia NAR c/1000 días	15.63
Incidencia de Infección por Cateter c/1000 días	0.00
Cantidad extubaciones accidentales	0 0.00%
Cantidad escaras (UPP)	3 4.17%
Cantidad caídas accidentales	0 0.00%

ARM		CVC	
Días Cama Pacientes ARM	64	Cant colocados	57
Cant. Traqueostomizados	3   27.27%	Cant BCR	0 0.00%
Porcentaje ventilados	15.28%	Cant colocados c/ EDO	19   48%
Cantidad extubados	8	Días Cama Pacientes con CVC	377
Cantidad reintubaciones	0 0.00%		
Cantidad NAR	11 9.09%		

DIAGNOSTICOS	
Cantidad ingresos según grupo diagnóstico	
Cirugía	22 30.6%
Patología SNC (no infecciosa)	18 22.2%
Infecciones	15 20.8%
Patología Cardiovascular (no I)	5 6.9%
Patología Respiratoria (no infe)	4 5.8%
Patología Abdominal	4 5.8%
Trauma	2 2.8%
Toxicología	2 2.8%
Patología Renal	1 1.4%
Patología Endocrina	1 1.4%
Misceláneas	1 1.4%
Patología Hematológica	0 0.0%
Onco Hematología	0 0.0%
Patología Psiquiátrica	0 0.0%
Patología Gineco-Obstétrica	0 0.0%
Oncológicos	0 0.0%
Autoinmunes	0 0.0%

Porcentajes ingresos por tipo:



Detalle de EGRESOS INFECCIOSOS según sitio	
Infección de SNC	0
Infección Tracto respiratorio	12
Infección Abdominal	10
Infección Centro-urinario	3

### 0036 ENCEFALITIS LÍMBICA Y ESTADO EPILÉPTICO REFRACTARIO DE INICIO NUEVO (NORSE)

L BRUNO(1), AN MATARRESE(1), B HUNTER(1), V VILLAR(1)  
 (1) Hospital Alemán.

**Introducción:** La encefalitis límbica (EL) es una entidad neurológica poco frecuente y de difícil diagnóstico que produce síntomas neuropsiquiátricos entre los cuales se encuentran alteraciones de memoria, estados confusionales, alteraciones conductuales y convulsiones. La EL puede manifestarse como un Estado Epiléptico Refractario de Inicio Nuevo (NORSE), el cual es un término que hace referencia a adultos previamente sanos sin historia de epilepsia ni desórdenes neurológicos, que se presentan con estatus refractario de novo. Presentamos una paciente mujer de 21 años con síndrome NORSE ,asociado a EL de causa indeterminada .Las crisis epilépticas fueron refractarias al tratamiento instituido que incluyó múltiples fármacos antiepilépticos, fármacos anestésicos y dieta cetogénica, evolucionando luego de 90 días de internación a la muerte.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 21 años sin antecedentes traída al servicio de urgencias por presentar crisis comicial tónico clónica en



Servicio de Terapia Intensiva  
 Hospital Alemán

Periodo	1/12/2018	20/04/2019
Cantidad días informe	17	

Informe Listados

Selección el listado de pacientes que desea consultar

Defunciones

Defunciones de ingreso

Defunciones de egreso

Defunciones de salidas

Lista Pacientes según criterio de filtro

Historia Neg.	EDAD	Sexo	Fecha Ingreso	Codi. Diagn. CIE-9	Diagn. CIE-9
3702138	45	Hombre	01/05/2018	060.00	Neumonía adquirida en la Comunidad
30071394	84	Hombre	20/02/2019	Alta al año	Neumonía adquirida en la Comunidad
8111281	47	Mujer	05/02/2018	Alta al año	Neumonía adquirida en la Comunidad
37019376	47	Hombre	11/06/2018	Alta al año	Neumonía adquirida en la Comunidad
22051976	42	Hombre	10/06/2019	Alta al año	Neumonía adquirida en la Comunidad
30081942	75	Mujer	13/04/2019	Alta al año	Neumonía adquirida en la Comunidad
10091942	86	Hombre	16/01/2019	Alta al año	Neumonía adquirida en la Comunidad

contexto de tratamiento con ciprofloxacina por infección urinaria. Evolucionó con estatus epiléptico refractario requiriendo de IOT y conexión a ARM.

Se realizó PL y TAC de cerebro sin particularidades y RMN de cerebro que informó encefalitis límbica. Las serologías y PCR en LCR fueron negativas.

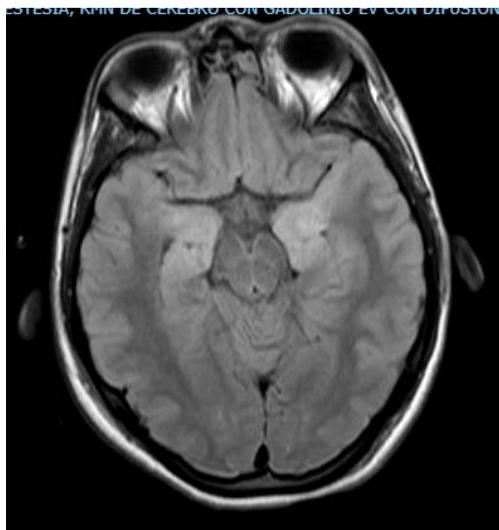
Ante sospecha de encefalitis autoinmune se indicó pulso de metilprednisolona, Inmunoglobulinas y dosis de Rituximab sin mejoría clínica. Por evolucionar a estatus super refractario se decidió iniciar tratamiento con dieta cetogénica y aceite de cannabis.

Intercurre con shock séptico refractario falleciendo a los 90 días de internación.

**Discusión:** El NORSE es un cuadro poco frecuente y de difícil manejo clínico cuya etiología puede ser muy variada y muchas veces indefinida. En nuestro caso si bien no se llegó al diagnóstico etiológico, no se obtuvo determinación de anticuerpos anti GAD los cuales están relacionados con cuadros no respondedores.

En cuanto al tratamiento de esta patología no existe evidencia clara acerca de los esquemas inmunomoduladores ni anticonvulsivantes de elección. En nuestro paciente considerando el estado super-refractario se decidió iniciar tratamiento con aceite de cannabis y dieta cetogénica sin obtener resultados positivos.

Table 1. Esquema de drogas utilizadas por semana.



**0038 ENCEFALITIS POR EPSTEIN BARR CON PRESENTACIÓN PSEUDOTUMORAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.**  
 AL DURAN(1), AN MATARRESE(1), B HUNTER(1), B LEONE(1)  
 (1) Hospital Alemán.

**Introducción:** La infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) frecuentemente asociada con síntomas clínicos de mononucleosis, puede a su vez causar un amplio espectro de trastornos neurológicos. Se ha documentado que la encefalitis representa una complicación de la mononucleosis por Epstein Barr extremadamente infrecuente, representando menos del 1% de los casos.

Comunicamos acerca de una paciente varón de 16 años que pre-

sentó imagen pseudotumoral en RMN secundaria a encefalitis por Epstein Barr con restitución ad integrum.

**Caso clínico:** Paciente varón de 16 años Danes sin antecedentes de relevancia.

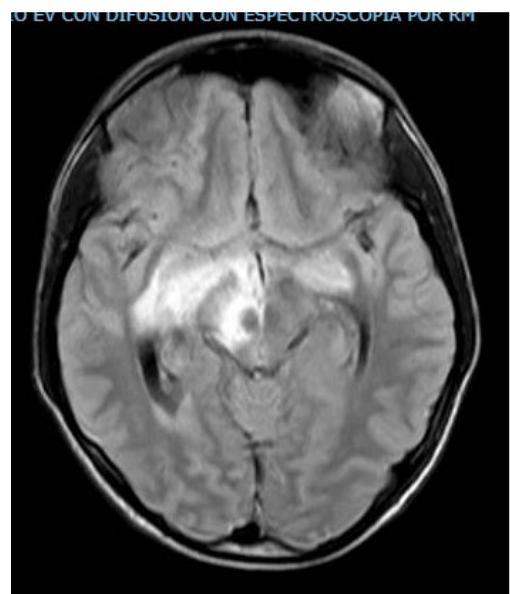
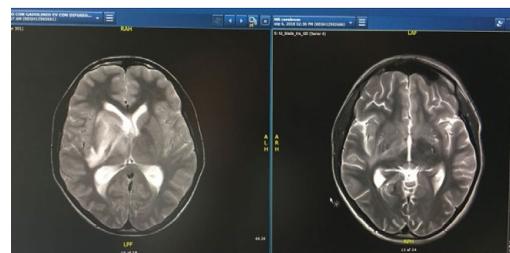
Fue traído al servicio de emergencias por haberlo encontrado en el suelo inconsciente y con pérdida de control de esfínteres. Refirió episodio de cefalea intensa holocraneana en las 48 hs previas al episodio.

Ingresó con Glasgow 10/15 (M4O2V4), pupilas anisocóricas, con paresia facio-braquio-crural izquierda Kendall 4/5 y rigidez de nuca por lo que se realizó punción lumbar evidenciándose LCR con leucocitosis a predominio PMN, glucorraquia 71, proteínas totales 139 mg/dl.

Se solicitó RMN SNC con gadolinio que informó: lesión infiltrativa ocupante de espacio que afecta ganglios de la base y diencéfalo del lado derecho con extensión hacia mesencéfalo y protuberancia homolateral. Sin realce significativo con gadolinio. En la espectroscopia se visualizó incremento del pico de colina y descenso del NAA, hallazgos compatibles con proceso neoforativo primario en primera instancia.

Se obtuvo PCR para Epstein barr con resultado positivo débil en LCR y serología positiva para EBV con IgM +. Se interpretó como meningoencefalitis viral realizando tratamiento con aciclovir e.v. Paciente fue derivado a país de origen donde continuó control imagenológico evidenciándose a los 3 meses franca mejoría de lesión de SNC.

**Discusión:** La impresión diagnóstica inicial, basada en imágenes, fue puesta en discusión a la luz de los resultados virológicos y el antecedente de un síndrome clínico mononucleósico clásico previo al momento de consulta, referido en forma diferida. Si bien la forma pseudotumoral de la encefalitis por EB solo se describe en reportes de casos, es importante señalar que el pico de colina también se lo ha descrito en lesiones encefalíticas no siendo exclusivo ni patognomónico de tumores.



#### 0040 LA PÉRDIDA DIFUSA DE LA AIREACIÓN PULMONAR EN EL SDRÁ FAVORECE EL DESARROLLO REGIONAL DE VILI N PISTILLO(1), O FARIÑA(1) (1) Alta Complejidad En Red El Cruce.

**Introducción:** La heterogeneidad pulmonar en el SDRÁ podría favorecer a que variables mecánicas globales como la presión plateau reflejen inadecuadamente mecanismos asociados con VILI a nivel regional.

**Objetivos:** Evaluar la influencia de diferentes patrones de heterogeneidad pulmonar sobre el riesgo de VILI a nivel regional, en pacientes con presión plateau adecuada.

**Materiales y Métodos:** Pacientes con SDRÁ fueron ventilados en VCV, en iguales condiciones de presión plateau (30 cm H<sub>2</sub>O) y volumen tidal (6 ml/kg).

Los SDRÁ se agruparon según la pérdida de la aireación predominante en: 1) Focal, cuando comprometía principalmente las bases y 2) Difuso: cuando afectaba las tres regiones: Basal, Medial y Apical (ver imagen).

En cada región se calculó la cantidad de pulmón: consolidado (100 a -100 UH), pobremente aireado (-101 a -500), normal (-501 a -900) e hiperinsuflado: (901 a -1000). Se midió el volumen pulmonar regional en espiración e inspiración (*lung volumen analysis software*) Se consideró: 1) *stress* a la presión transpulmonar al final de la inspiración, 2) reclutamiento/desreclutamiento regional (R/D) a la diferencia de consolidación pulmonar regional durante el ciclo ventilatorio y 3) *Strain* regional: a la relación entre VT regional/EELV regional. Se midieron presiones transpulmonares según técnica.

**Estadística:** Datos: promedio  $\pm$  SD, se utilizó prueba de *wilcoxon* para la comparación de variables.  $P < 0.05$ .

**Resultados:** Se estudiaron 12 pacientes (seis de cada grupo).

El grupo Difuso tuvo:

1) Mayor compromiso respiratorio: (Pa/FiO<sub>2</sub>: 129.3  $\pm$  43 vs. 201  $\pm$  42,  $p = 0.01$ , Murray: 3.4  $\pm$  0.2 vs. 2.75  $\pm$  0.3,  $p < 0.01$ , Cst: 19.5  $\pm$  1.6 vs. 28.3  $\pm$  0.9 ml/cmH<sub>2</sub>O,  $p < 0.01$ , EELV: 1171  $\pm$  135 vs. 2251  $\pm$  456 ml,  $p < 0.01$ ).

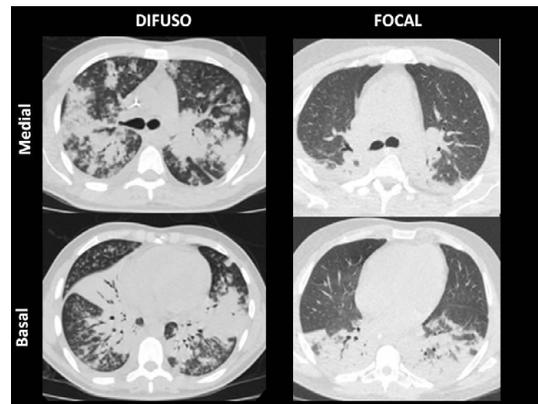
2) Mayor extensión del SDRÁ: 71  $\pm$  11 vs. 37.3  $\pm$  8 % del área tomográfica evaluada,  $p < 0.01$

3) Mayor *stress*: PTP inspiratoria: 19.4  $\pm$  2.4 vs. 13.6  $\pm$  5 cmH<sub>2</sub>O,  $p < 0.01$ .

4) Mayor *strain* entre regiones y grupos (ver gráfico).

5) Mayor R/D intratidal: Basal: 7.8  $\pm$  0.04 vs. 1.1  $\pm$  0.03 %,  $p = 0.02$ , medial: 5.5  $\pm$  0.07 vs. 0.4  $\pm$  0.02 %,  $p < 0.01$  y apical: 8.5  $\pm$  0.01 vs. 0 %,  $p = 0.04$ .

**Conclusiones:** Similares niveles de presión plateau y volumen tidal, expresaron mayor riesgo regional de VILI, en aquellos con pérdida difusa de la aireación.



#### 0041 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A LEISHMANIASIS VISCERAL E HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE HIV

SM STERMAN(1), ML LUDUEÑA(1), C GARCÍA ALMIRÓN(1), J ANGAROLA(1), N RAIMONDI(1)

(1) Juan A. Fernández.

**Introducción:** El Síndrome hemofagocítico (SH) comprende una variedad de síntomas y signos heterogéneos que dificultan su diagnóstico de forma precoz. El VIH puede ser el factor desencadenante aunque existe una multiplicidad de causas como etiología subyacente del SH secundario.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 32 años de edad con diagnóstico de HIV reciente en mal estatus (CD4 11 y CV 407000) en tratamiento antirretroviral. Acude al servicio de infectología por síndrome febril y diarrea de 3 semanas de evolución sin mejoría con tratamiento antibiótico. Al evidenciarse pancitopenia y hepatosplenomegalia se decide su internación.

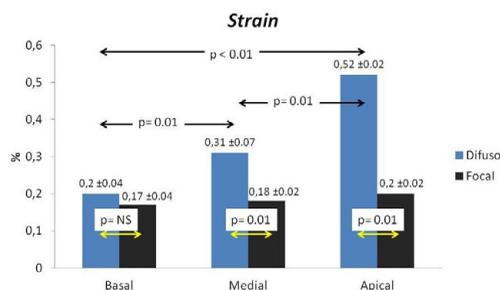
Evoluciona rápidamente con falla multiorgánica por lo cual se decide su ingreso a la unidad de cuidados críticos. Se aíslan en muestra respiratoria profunda levaduras intramacrofágicas iniciándose esquema antibiótico y antifúngico. Se realiza PAMO observándose fenómeno reductivo de las tres series celulares; aumento de células macrofágicas y evidencia de hemofagocitosis con presencia de trofozoitos de *Leishmania* y levaduras compatibles con *Histoplasma Capsulatum*. Se interpreta el cuadro como linfocitosis hemofagocítica asociada a *Histoplasmosis* y *Leishmaniasis*.

Pese al tratamiento, el paciente evoluciona desfavorablemente y fallece luego de 21 días de su admisión hospitalaria.

**Discusión:** EL SH es caracterizado por una función alterada de células NK y linfocitos T citotóxicos, se genera daño celular al estimular la proliferación y activación de macrófagos con hemofagocitosis en el sistema reticuloendotelial.

La mortalidad en el SH asociado a HIV es elevada, con una tasa de supervivencia entre el 21 y 28%; el 50% de las muertes es durante el primer mes del diagnóstico. Es mayor en pacientes con CD4 menores a 200 cel/ml.

**Conclusión:** En este caso clínico puede evidenciarse la conjunción de patologías de elevada morbi-mortalidad con compromiso multiorgánico. El SH es una entidad poco frecuente y en el paciente HIV las infecciones oportunistas son una de las principales causas. Dado que suelen coexistir varias de ellas el patógeno responsable es difícil de identificar.



Los SDRÁ con pérdida de la aireación difusa tuvieron mayor diferencias de *strain* entre regiones y entre grupos

**0042 ANÁLISIS DE SÍNDROME DE BURN OUT (B.O) Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA (CV) EN ENFERMEROS Y MÉDICOS DE TERAPIA INTENSIVA (TI)**  
 P OVIEDO SANTAMARIA(1), M DEHEZA(1)  
 (1) Rivadavia.

**Introducción:** El Burn Out (B.O) un síndrome complejo con repercusión negativa en las tareas asistenciales, y emocionales de médicos y enfermeros de TI. El impacto sobre la CV de los portadores de B.O se presume que también se afecta.

**Objetivos:** Analizar el B.O y su asociación en CV en personal de TI.  
**Material y métodos:** Diseño. Estudio analítico, correlacional, de corte transversal y cuantitativo.

**Población y muestra.**  
 Médicos y enfermeros(as) de TI de dos instituciones, pública y privada, en CABA.

Se encuestó a 95 personas, 40 de institución pública, y 55 institución privada, entre enero a diciembre de 2018. Se usaron cuestionarios validados: MBI y SF-36.

Estudio aprobado por el comité de ética de cada institución. Criterio de Inclusión: ser médico o enfermero(a), antigüedad mayor a un año en TI adultos, y acceder a participar en la encuesta. Criterio de exclusión: no ser enfermero o medico de la UCI, menor a un año de antigüedad y rechazo a participar.

Estadística: utilizamos la prueba de de ShapiroWilks (modificada) Se usaron pruebas paramétricas y no paramétricas prueba de Wilcoxon, t de Student y de Kruskal Wallis para variables con tres o más categorías.

**Resultado:** 95 personas encuestadas, 60 % mujeres, institución privada (57.8%), edad promedio 42 años y antigüedad laboral 14.7 años. La prevalencia global del B.O fue del 12%, se asoció al sexo masculino, y jornada laboral mayor a 40 horas semanales. La prevalencia del B.O en médicos 20%, y enfermería del 7%. Las mujeres presentaban mejor CV y menos enfermedades crónicas. La dimensión CV con mayor puntaje fue la Función Física (PF) media de 87.8 (DE: 14.9), la de menor puntaje: Vitalidad (VT) con una media de 53.3 (DE: 15.5). Se asocio el mayor nivel de B.O a una menor CV.

**Conclusión:** El B.O es un síndrome frecuente afecta mas a médicos hombres, con impacto negativo en la CV.

**Referencias:** Alonso J. (2000) La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gaceta sanitaria. 14(2): 163-167.

Cairo H. Burnout o estrés laboral: Un síndrome cada vez más expandido. [internet] [consultado 21 de julio del 2018]. disponible en: [www.mujeresdeempresa.com/relaciones\\_humanas/relaciones020402.shtml](http://www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.shtml).

**0043 RELEVANCIA CLÍNICA DEL VASOESPASMO CEREBRAL PROLONGADO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA E AMUNDARAIN(1), N GALLUCCI(2), P GOMEZ(2), M CASANOVA(2), N PISTILLO(2), B DORFMAN(2)**  
 (1) El Cruce Florencio Varela. (2) El Cruce Varela.

**Introducción:** Se desconoce la prevalencia y la importancia en la práctica clínica del vasoespasm cerebral (VE) luego del 21° día post sangrado (DPS) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA).  
**Objetivos:** Determinar la prevalencia de VE al 21° DPS, evaluar la gravedad por DTC del VE prolongado (VEP) y su impacto clínico.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, unicéntrico.

Se incorporaron pacientes con diagnóstico de HSA antes del 21 DPS, ingresados al área de Cuidados Intensivos, mayores de 18 años, con diagnóstico de HSA por tomografía o LCR, con VE por DTC o Arteriografía. Se excluyeron; aquello con imposibilidad técnicas para la realizar el DTC y embarazadas.

Se tomó como día 0, el día del último sangrado. El análisis de la gravedad del vasoespasm tendrá dos ejes; su manifestación clínica, clasificando a los pacientes con vasoespasm

o no, y pacientes con déficit neurológico previo que limita un examen clínico objetivo. El otro eje será la gravedad según las velocidades registradas en el DTC.

**Resultados:** Entre abril 2014 y enero 2018 ingresaron 109 pacientes con HSA. El 69% (n:76/109) presentaron VE por DTC, el 21% (n:16/76) de estos, lo presento por un periodo mayor a 21 DPS. La tabla 1 muestra características de la población y tabla 2 los pacientes con VEP.

Por DTC el 31% (n: 5/16) de los pacientes, el VE era grave al 21° DPS. En la valoración del impacto clínico, el 50% (n: 8) eran pacientes sin déficit neurológico previo. El 43% (n: 7/16) estaban asintomáticos y el 6% (1/16) presentó síntomas compatibles con VE. El 50 % restante (n: 8/16) eran pacientes con déficit neurológico que imposibilitaba una evaluación clínica objetiva. En este último grupo el 50% (4/8) presentaban por DTC VE grave.

El 43% (n: 7/16) fueron externados con VE en mejoría, ninguno de los pacientes reingreso por déficit neurológico nuevo.

**Conclusiones:** La prevalencia del VEP fue 21%, un paciente presento VEP sintomático. Por DTC el 31% presentaban VE grave.

Tabla 1 - Características de la Población

Característica	Cant. (N)	% (100)
Sexo		
M	58 (211)	60 (76)
F	37 (145)	37 (47)
APACHE II	45 (10-53)	49 (38-57)
edad (a)	45 (40-53)	49 (38-57)
Género femenino (%)	32 (75)	35 (38)
HTA (%)	15 (62)	34 (50)
DTC (%)	9 (36)	37 (51)
Stroke (%)	1 (6)	8 (11)
VE (%)		
1	4 (17)	17 (28)
2	3 (18)	8 (16)
3	3 (18)	8 (16)
4	6 (36)	18 (36)
5	0 (0)	0 (0)
DM (%)		
1	0 (0)	0 (0)
2	1 (6)	5 (8)
3	9 (36)	31 (51)
4	6 (36)	23 (38)
Localización del Aneurisma (%)		
MCA-M	3 (18)	23 (42)
ACA-P	9 (36)	9 (15)
ACA-M	3 (18)	14 (23)
Ventriculo Basilar	1 (6)	0 (0)
Caudado	1 (6)	9 (15)
Del Aneurisma	1 (6)	9 (15)
Necesidad de AVM (%)	12 (24)	39 (60)
CI (%)	1 (6)	24 (40)
DM (%)	2 (12)	18 (36)
Neurología	4 (18)	18 (36)
Neurocirugía	3 (18)	2 (8)
Reparación Endovascular (%)	8 (36)	17 (47)
Día de Internación UCI	34 (20-42)	17 (39-34)
Resultados		
Mort. de UCI con VE (%)	7 (35)	9 (32)
Mort. Hospitalaria (%)	2 (12)	18 (36)
Mort. Resucitado (%)	8 (36)	24 (40)
Mort. Resucitado (%)	7 (35)	34 (51)
Mort. Total (%)	17 (84)	15 (50)

Tabla 2 - Pacientes con VEP

Paciente	Edad	Género	WF	Híster Mod	Duración VE	Vaso más afectado	Veloc. al 21° día	h. al 21º día	Grado	Gravedad Clínica	Alta de UCI con VE
1	47	Fem	2	3	35	ACM	200	5,2	Grave	NE	SI
2	48	Fem	3	3	24	ACM	130	3,2	Leve	Adenomatosa	SI
3	48	Fem	3	3	25	Basilar	100	AN/AV/4	Grave	Adenomatosa	SI
4	50	Fem	1	3	25	ACM	140	3,2	Modificado	Adenomatosa	SI
5	39	Fem	4	4	22	ACM	230	9	Grave	NE	No
6	42	Fem	3	3	23	ACM	190	3,2	Leve	Adenomatosa	SI
7	46	Masc	4	2	27	ACM	190	4,2	Modificado	NL	No
8	57	Fem	2	3	27	ACM	140	3,4	Leve	NE	No
9	44	Masc	4	4	22	ACM	120	3,1	Leve	NE	No
10	38	Fem	4	3	24	ACM	134	3,7	Leve	NE	No
11	48	Fem	1	4	25	ACM	174	3,7	Leve	Adenomatosa	SI
12	45	Fem	4	4	29	ACM	226	3,6	Grave	NE	No
13	41	Masc	3	3	25	ACM	122	3,7	Leve	Adenomatosa	SI
14	45	Masc	3	3	36	ACA	130	3	Leve	Sintomática	No
15	40	Fem	3	4	22	ACM	130	3,6	Leve	Adenomatosa	SI
16	45	Fem	4	4	22	ACM	275	8,3	Grave	NE	No

Referencia: WF: escala World Federation; Híster de Lindqvist; ACM: Arterioespalmo cerebral; NE: no evaluado; VE: Vasoespasm Cerebral

**0044 RESCATES DE GÉRMINES INTRAABDOMINALES EN TERAPIA INTENSIVA**  
 S CASTRO(1), G SLY(1), C CORIGLIANO(1), C MOLINARI(1), F TAPIA(1), M MERCADO(1), P SOTOMAYOR(1), M MORANTE(1), J RISSO PATRÓN(1)  
 (1) Higa Eva Perón - San Martín.

**Introducción:** El manejo apropiado de las infecciones intraabdominales complicadas requiere un control temprano del foco, adecuado tratamiento antibiótico y resucitación con fluidos. Los cultivos de líquidos abdominales son de utilidad en peritonitis de la comunidad, cuando existen condiciones de gravedad o factores de riesgo.

**Objetivo:** Evaluar los microorganismos obtenidos de líquidos ab-

dominales y su sensibilidad, así como de muestras de hemocultivos acompañantes en pacientes ingresados en 2017 y 2018.

**Material y método:** Se analizaron las epicrisis y protocolos de bacteriología de pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se incluyeron líquidos abdominales y abscesos ingresados a bacteriología, considerando el primer aislamiento por germen de cada paciente. Variables analizadas: edad, días de internación, comorbilidades, diagnóstico de ingreso, mortalidad global.

**Resultados:** Ingresaron 12 pacientes en 2017: 5 mujeres y 7 hombres. Mediana de edad: 61,5 años. Mediana de tiempo de internación: 8 días. En 2018 incluimos 16 pacientes: 7 mujeres y 9 varones. Mediana de edad: 74 años. M de días de internación: 5,5 días. Comorbilidades principales: DBT 3, HIV 3, EPOC 3, cáncer 7. Diagnósticos de ingreso: peritonitis 22, drenaje de abscesos 1, isquemia mesentérica 2, oclusión intestinal 2. Consideramos infecciones de la comunidad en 8 pacientes y relacionadas con cuidados de la salud en 6; mientras 14 fueron intrahospitalarias. Hallazgo de *Escherichia coli* en 9 pacientes, con sensibilidad a cefalosporinas de tercera generación (C3G) y tazonom del 89%, carbapenem 100% y menor al 80% para ampicilina-sulbactam y ciprofloxacina. Rescate de *Klebsiella pneumoniae* en 6 pacientes, con sensibilidad del 50% para ampicilina-sulbactam, ciprofloxacina, C3G y tazonom y del 83% frente a carbapenem. Entre los cocos positivos encontramos *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina (5) y *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina (2); bacilos no fermentadores: *Acinetobacter* (3) y *Pseudomonas* (3) con sensibilidad de 100% a colistin y amikacina entre otros gérmenes. Es de destacar bacilos Gram negativos resistentes con BLEE+ (4), KPC+ (1) y BLEA+ (1). Hemocultivos positivos en tres pacientes. Fallecieron quince.

**Conclusiones:** Encontramos predominio de bacilos Gram negativos en los rescates, con un alto perfil de resistencia. En los casos intrahospitalarios, debido a la sensibilidad obtenida y uso de antibiótico previo, el plan empírico inicial debería incluir un carbapenem.

#### 0045 PROGRESIÓN DE LA DEFORMACIÓN REGIONAL PULMONAR Y HETEROGENEIDAD ES MAYOR EN RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA EN COMPARACIÓN CON VENTILACIÓN MECÁNICA CONTROLADA EN LESIÓN PULMONAR AGUDA EXPERIMENTAL

P CRUCES(2), B ERRANZ PHD(1), F LILLO PHD(2), M SARABIA-VALLEJOS CPHD(3), P ITURRIETA(3), F MORALES(2), K BLAHA(1), T MEDINA(4), F DÍAZ(4), D HURTADO PHD(3)

(1) Universidad Del Desarrollo. (2) Universidad Andres Bello. (3) Pontificia Universidad Católica De Chile. (4) Hospital El Carmen De Maipú.

**Introducción:** Se sabe que la ventilación mecánica (VM) protectora controla la deformación pulmonar global, lo que se ha relacionado con mejores resultados clínicos en pacientes con falla respiratoria aguda. En sujetos con falla respiratoria aguda sin soporte de VM, los mecanismos y la evolución de la deformación del tejido pulmonar permanecen muy poco estudiados. Diseñamos este estudio de lesión pulmonar experimental para comparar los patrones de inflación regional pulmonar de sujetos sin VM y sujetos con VM controlada con bajo Vt. Nuestra hipótesis es que la progresión de la deformación regional en sujetos con lesión pulmonar aguda, expresada como deformación regional y heterogeneidad, es mayor en ventilación espontánea en comparación con VM controlada con bajo Vt.

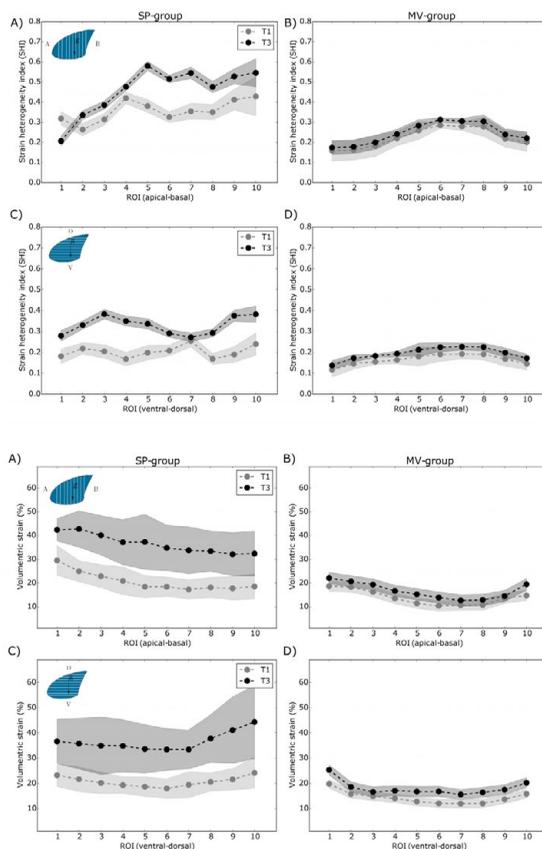
**Métodos:** Se llevó a cabo análisis biomecánico basado en imágenes de micro tomografía computada (mCT) pulmonar en modelo murino de lesión pulmonar aguda debida a depleción de surfactante, siendo observados durante 3 horas. 6 sujetos permanecieron en VM con bajo Vt (MV-group, Vt 6 ml/kg) y 6 sujetos en ventilación espontánea (SP-group), adquiriéndose CT al iniciar y finalizar período de observación. Se construyeron mapas tridimensionales de deformación regional a partir de imágenes de fin de inspiración y fin de espiración, en los cuales se realizó un análisis de regiones de

interés (ROI), para cuantificar la progresión y heterogeneidad de la deformación regional pulmonar.

**Resultados:** Después de 3 horas de ventilación, los niveles de deformación pulmonar regional fueron significativamente mayores en prácticamente todas las ROI en sujetos con ventilación espontánea (Figura 1). No se observaron diferencias temporales significativas en la deformación regional en VM con bajo Vt. La progresión temporal de la deformación regional y heterogeneidad fueron significativamente mayores en el ventilación espontánea (Figura 1 y 2). La progresión de la deformación es concurrente con un aumento del compartimento no aireado en sujetos bajo ventilación espontánea.

**Conclusiones:** La ventilación espontánea promueve la progresión de la deformación regional y da como resultado una mayor heterogeneidad de la deformación regional en sujetos con lesión pulmonar aguda.

Financiamiento: Fondecyt 1160631.



#### 0046 MANEJO MEDICO DE HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A TUMOR DE PARATIROIDES. REPORTE DE UN CASO

J ROMERO(1), D FLOREZ, G PALIO(1), J MORALES(1), M GIRVES(1), A VEITIA(1), S EIGUREN(1), F PALIZAS  
(1) Clinica Santa Isabel.

**Introducción:** La Hipercalcemia Maligna afecta del 20 al 30% de pacientes oncológicos. Sus dos principales causas son: Hipercalcemia inducida por malignidad e Hiperparatiroidismo primario.

Cada vez es más frecuente, de curso asintomático, en muchos casos diagnosticada por hallazgos del laboratorio. Con valores del calcio superiores a 14,5 mg/dl las manifestaciones sistémicas son graves, requiriendo medidas terapéuticas urgentes para restaurar la homeostasis de los pacientes.

**Caso clínico:** Paciente de 57 años sin antecedentes de relevancia, presenta cuadro de 4 días con constipación, astenia, adinamia, evolución con bradipsiquia, acude a guardia externa donde presenta

inestabilidad hemodinámica y se interna en UTI. Como hallazgos de relevancia se encuentran al laboratorio: leucocitosis, insuficiencia renal aguda, Hipercalcemia con Calcio Total de 20,88 mg/dl y Cai: 3,11mmol/L. Se inicia tratamiento y búsqueda de posibles causas. Comenzando en forma escalonada con hidratación, diuréticos de asa, calcitonina, pamidronato, denosumab y hemodiálisis. Dentro de los estudios se reporta PTH 2497 pg/ml, Vitamina D 26,8mg/ml y en imágenes se identifica masa en cuello y mediastino superior, caracterizada como nodular heterogénea en relación al lóbulo tiroideo izquierdo.

El paciente evoluciona con disminución de la calcemia.

**Discusión:** En la hipercalcemia maligna, el tratamiento debe instaurarse sin retraso. La hidratación endovenosa debe ser agresiva, en pacientes sin falla renal o cardíaca, administrar calcitonina y de forma concomitante los bisfosfonatos cuyos efectos empiezan entre los 2-4 días. Se debe de considerar en los casos refractarios el denosumab y la hemodiálisis.

Existen estudios que incluyen el uso del cinacalcet en los casos de hiperparatiroidismo primario, y estos pacientes deberían ser intervenidos quirúrgicamente con una tasa de curación del 85%.

**Conclusión:** Se presenta el caso debido a lo elevado de los valores de calcemia y a la buena respuesta que presentó con las medidas instauradas. La utilización de denosumab en terapia intensiva es poco frecuente y debe ser tenida en cuenta para casos de hipercalcemia refractaria.

#### 0051 IMPLEMENTACIÓN DE OXIGENOTERAPIA A TRAVÉS DE INSUFLACIÓN NASAL DE ALTA VELOCIDAD EN PACIENTES CON FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPNICA

G PLOTNIKOW(1), G PLOTNIKOW(2), A MATIAS(3), F SEBASTIÁN(4), T NORBERTO(5), S MARIANO(6), D JAVIER(3), G MARIA(5), I SANTIAGO(4), R PABLO(6), C CRISTIAN E(3), S JOSÉ LUIS(2), V DANIELA N(2)

(1) Sanatorio Anchorena. (2) Sanatorio Anchorena Recoleta. (3) Sanatorio Anchorena San Martín. (4) Sanatorio Mitre. (5) Complejo Médico Policial Churrucá-visca. (6) Cemic.

**Introducción:** La oxigenoterapia a alto flujo se trata de la entrega de oxígeno humidificado a alto flujo, controlando la fracción inspirada de éste. En la actualidad se ha demostrado su eficacia clínica en pacientes con falla respiratoria aguda (FRA) hipoxémica pero aún se desconoce si su uso podría ser beneficioso como para el tratamiento de la FRA hipercápnica. El objetivo de este estudio piloto fue evaluar la efectividad de la implementación de la oxigenoterapia a alto flujo a través de un equipo Precision Flow de Vapotherm® como primera línea de soporte ventilatorio en pacientes con EPOC con FRA hipercápnica.

**Materiales y métodos:** Estudio serie de casos, prospectivo multicéntrico, observacional y analítico que se está llevando a cabo entre el 01 de agosto de 2018 y al 31 de agosto de 2019. Se incluyeron pacientes con EPOC moderado a muy severo, mayores de 18 años, que ingresen a la UCI con diagnóstico FRA hipercápnica.

**Resultados:** Ingresaron 24 pacientes, con un promedio de edad de 68 años y un SAPS II 27. En su mayoría EPOC severos (58.4%) con exacerbación de causa inespecífica (50%). Transcurrida 1 hora de la implementación de oxigenoterapia a alto flujo la frecuencia respiratoria fue significativamente menor (28 vs 21,5;  $p < 0,001$ ) (Figura 1). De igual modo, a las 24 horas la PaCO<sub>2</sub> descendió en forma significativa (57 vs 49,5;  $p < 0,001$ ), y estos cambios se mantuvieron hasta la discontinuación de la oxigenoterapia a alto flujo. No se registraron cambios en la escala de confort desde el inicio hasta el final del tratamiento ( $p = NS$ ). Cinco pacientes (20.8%) fracasaron a la implementación de la oxigenoterapia a alto flujo, de los cuales 5 requirieron VMNI en una mediana de 48 horas y de estos dos necesitaron ventilación mecánica invasiva. De los pacientes incluidos en el estudio, 2 (8%) fallecieron.

**Conclusión:** La oxigenoterapia a alto flujo es una herramienta efectiva para el soporte no invasivo de la FRA hipercápnica en pacientes EPOC con un porcentaje de fracaso similar al de la ventilación me-

cánica no invasiva. El comportamiento de la FR, y de la PaCO<sub>2</sub>, a lo largo del tiempo pueden ayudar a predecir.

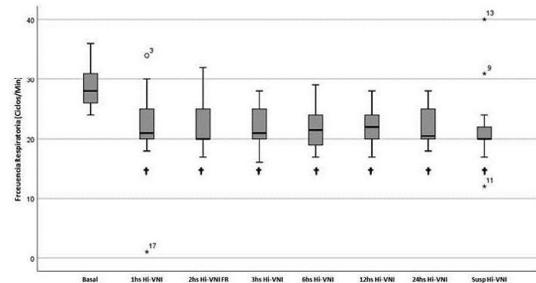


Figura 1. FR a lo largo del tiempo (\* $p < 0,001$  para todas las mediciones con respecto al basal)

#### 0053 ADHERENCIA AL PROGRAMA DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO EN EL HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ENTRE 2008 Y 2014

PA SORAGNI(1)

(1) Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.

**Introducción:** La Retinopatía del Prematuro (ROP), es una enfermedad que origina la pérdida parcial o total de la visión. En la Argentina, la ROP es la responsable de la ceguera de más de la mitad de las cegueras infantiles. Los tratamientos disponibles tienen un alto grado de efectividad en la prevención y/o disminución de los daños causados por la ROP.

**Objetivo:** Determinar el grado de adherencia entre 458 niños con Retinopatía del Prematuro (ROP) pacientes del Hospital Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata y los factores que influyen en la adherencia al tratamiento propuesto por el Programa de Prevención de la ceguera por ROP.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y cualitativo. Se analizaron las consultas a controles oftalmológicos, para determinar el grado de adherencia y se realizaron entrevistas a los profesionales que trabajan en dicha institución para identificar los factores que influyen en la adherencia.

**Resultados:** El 26,86% de los niños adhieren al tratamiento. La adherencia está influida por un lado por las condiciones socio-económicas de los pacientes y sus recursos socio-culturales, condiciones emocionales y afectivas para hacer frente a la enfermedad y el tratamiento y por otro lado por las características de los profesionales (sus conocimientos y capacidad de establecer un buen vínculo con los pacientes) y los factores institucionales y organizacionales que intervienen en la calidad del proceso de atención.

**Conclusión:** El nivel de adherencia hallado es muy bajo. Para elevarlo, es necesario trabajar sobre los factores determinantes de la adherencia al tratamiento. Entre ellos, se destaca la necesidad de implementar un enfoque multidisciplinario y, fortalecer la coordinación entre los profesionales.

#### 0054 EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS

J BRAVO MITA(1), S STERMAN(1), C GARCÍA ALMIRON(1), A PASTORIZA(1), F PECORARO(1), V EDWIN(1), L LUDUEÑA(1), N RAIMONDI(1), G CHIAPPERO(1)

(1) Fernández.

**Introducción:** A pesar de que se han realizado considerables avances y recomendaciones para el traslado intrahospitalario de pacientes críticos, el riesgo de aparición de eventos adversos (EA) continúa.

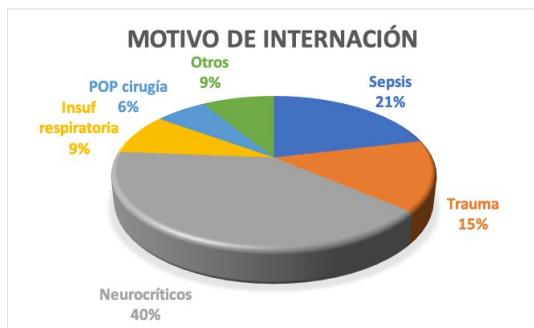
**Objetivo:** Describir lo eventos adversos que se presenta durante el traslado de pacientes críticos desde la UTI a diferentes destinos y evaluar posibles factores de riesgo.

**Material y método:** Estudio prospectivo, observacional de los trasla-



dos intrahospitalarios realizados entre octubre 2018 y febrero 2019. Los datos fueron compilados por un observador independiente. Se incluyó para el análisis: motivo de internación, apache, presencia y tipo de vía aérea artificial, ARM, tipo y número de dispositivos invasivos, experiencia del operador y uso de fármacos vasoactivos. Se analizaron los eventos adversos relacionados con el equipamiento, el paciente, los dispositivos y misceláneas. Se consideraron EA serios a hipotensión, desaturación, arritmias, bradicardia y PCR. Los datos se muestran con la media y el DS, se utilizó chi cuadrado y U de Mann-Whitney para establecer asociaciones según corresponda. **Resultados:** Se incluyeron 80 traslados de pacientes, 40 (50%) hombres, con una edad promedio 49,16±17,86 años (rango 17-87). Motivo de internación **FIG 1**. APACHE ingreso 17,41±7,72(rango 3-34). 43 (53,75%) presentaban IOT y 11 (13,75%) TQT. 50 (62,5%) se encontraban ventilados. 24 traslados fueron realizados por personal experimentado. Media de dispositivos 3,5 (rango 1-8). Se presentaron 57 EA relacionados con el equipamiento, 47 con el paciente y 3 con los dispositivos invasivos y 8 misceláneas; de los cuales 18 fueron EA serios, **Cuadro 1**. No se encontró asociación entre EA y la experiencia del operador (p=0,313), el uso de fármacos vasoactivos (p=0,131), ni el número de dispositivos (p=0,264). **Conclusión:** Los EA relacionados con los equipos fueron los más frecuentes, seguidos por las alteraciones fisiológicas. Si bien no se encontró asociación entre la experiencia del operador, el uso de vasoactivos, ni en el número de dispositivos, se sugiere que el traslado debería realizarse en presencia de personal entrenado.

RELACIONADO CON LOS EQUIPOS	n	RELACIONADOS CON LOS CATÉTERES	n
Pérdida de monitorización ECG	11	Desplazamiento línea arterial	1
Fuga del ventilador	16	Desplazamiento línea venosa	0
Batería baja	1	Desplazamiento tubo o cánula TQT	0
Falla del ventilador	6	Pérdida de la VA	0
Desplazamiento sensor de SaO2	18	Desplazamiento sonda vesical	0
Tubo de oxígeno insuficiente	0	Desplazamiento SNG	1
RELACIONADOS CON EL PACIENTE	n	Desplazamiento tubo de tórax	0
Hipotensión (TAS < 90 mmHg)	7	Desplazamiento drenajes abdominales	0
Hipertensión (TAS > 180 mmHg)	1	Desplazamiento de DVE/PIC	0
Saturación menor de 90 %	5	Descontinuación vasopresores	0
Necesidad de aspiración	5	Mal funcionamiento catéteres	1
Inadecuada sedación	2	MISCELÁNEAS	n
Arritmias	0	Demoras en el traslado	3
Desadaptación del ventilador	4	Suspensión del estudio/procedimiento	1
Bradicardia (FC < 60 lpm)	5	Falta de documentación	4
Taquicardia (FC > 100 lpm)	17		
Aumento de vasopresores	2		
PCR	1		



**0055 OXIGENOTERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
ML GIMÉNEZ(2), G PLOTNIKOW(1), S FREDÉS(2), LI GAREGANI(3), E ANDRICH(1), G AVACCA(2), M BERTÉ(2), G GARCÍA(2), M GARELLO(2), P GIMÉNEZ(2), MA GOLDBERG(2), K MIRALLES(2), G NAHMÍAS(2), M OJEDA(2), R PRATTO(1), A SANTA MARÍA(2), N SEGURA(2), E STEIMBERG(2), D NOVAL(2), D VASQUEZ(1), S ILUTOVICH(2)  
(1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Sanatorio Trinidad Mitre. (3) Hospital General De Agudos Parmenio Piñero.

**Introducción:** En los últimos años el uso de la cánula nasal de alto flujo (CNAF) ha aumentado en aquellos pacientes que presentan

Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica, donde la aplicación de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es controversial y hasta podría no estar indicada.

**Objetivo:** El objetivo del siguiente trabajo es describir la evolución de los pacientes que requirieron oxigenoterapia con CNAF debido a IRA hipoxémica. También determinar los factores clínicos y gasométricos que se asocian con la falla en el tratamiento.

**Materia y Método:** Estudio bi-centrico de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos, con diagnóstico de IRA hipoxémica que utilizaron CNAF como primera línea de tratamiento o post extubación, ingresados a las unidades de cuidados intensivos (UCI) del Sanatorio Trinidad Mitre y Sanatorio Anchorena Recoleta, entre el 1° de enero de 2017 y 31 de diciembre de 2018. Se excluyeron pacientes con edema agudo de pulmón e IRA hipercápnica.

Se registraron datos clínicos y gasométricos previos al uso de la CNAF, luego de 60 minutos y a las 24hs.

**Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes, con una tasa de falla de 38.1% (n=29), requiriendo el 79,3% (n=23) de estos últimos intubación orotraqueal y 20.7% (n=6) VMNI. Las características al ingreso de la UCI, las variables temporales y mortalidad se detallan en la tabla 1.

Las variables Frecuencia respiratoria (Fr), mecánica respiratoria, FiO2, flujo, PaO2/FiO2 a los 60 minutos, presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de éxito y falla. (Ver tabla 2).

El análisis multivariado mostró asociación entre falla de CNAF y Fr≥30 (OR 4.43; IC95% 1.13-17.28; p 0.032), PaO2/fiO2 ≤ 170 (OR 4.38; IC95% 1.23-15.58; p 0.022) y flujo ≥ 45 l/min (OR 6.78; IC95% 1.55-29.69; p 0.011), a los 60 minutos. El modelo presentó una sensibilidad de 73,9% y especificidad de 73,1%, con un área bajo la curva de 73,4%.

**Conclusión:** Los pacientes con éxito de CNAF presentaron menos días en la UCI, hospitalario y mortalidad, aunque mayor cantidad de horas de uso. Las variables Fr≥30, PaO2/fiO2 ≤ 170 y flujo ≥ 45 l/min a los 60 minutos de iniciada la terapéutica son predictores independientes de fracaso en la población analizada.

Tabla 1. Características basales, variables temporales y mortalidad de pacientes con CNAF

	Total (n=76)	Falla CNAF (n=29)	Éxito CNAF (n=47)	p
Edad, mediana (RIQ)	63 [43-76]	65 [44-70]	60.5 [42-71]	0.616
Sexo, n (%)				0.011*
-Femenino	20 (26.32)	3 (10.34)	17 (36.17)	
-Masculino	56 (73.68)	26 (89.66)	30 (63.83)	
Diagnóstico, n(%)				0.052
-Médico	53 (69.74)	24 (82.76)	29 (61.7)	
-Qx	23 (30.26)	5 (17.24)	18 (38.3)	
Causa CNAF, n(%)				0.024*
-NAC	21 (27.63)	11 (37.93)	10(21.28)	
-NIH	6 (7.89)	4 (13.79)	2 (4.26)	
-Aspiración	1 (1.32)	1 (3.45)	0 (0)	
-Inmuno.	15 (19.74)	7 (24.14)	8 (17.02)	
-PostEOT	10 (13.16)	1 (3.45)	9 (19.15)	
-Ite. VMNI	2(2.63)	0 (0)	2 (4.26)	
-Injuria 2° sepsis	7 (9.21)	0 (0)	7 (14.89)	
-Otros	14 (18.42)	5 (17.24)	9 (19.15)	
SAPS II, mediana (RIQ)	33[23-41]	34.5[24-46]	29.5[22-39]	0.058
Hs CNAF, mediana (RIQ)	55 [24-96]	24 [10-36]	72 [50-120]	0.0000*
Días CNAF, mediana (RIQ)	2 [0.5-4]	0 [0-1]	3 [2-5]	0.0000*
Días UCI, mediana (RIQ)	10 [6-16]	15.5 [8.5-36]	8 [5-12]	0.0002*
Días Hospital, mediana (RIQ)	18 [12-35.5]	27 [12-68]	15 [10-23]	0.0084*
Mortalidad UCI, n (%)	9 (12)	9 (31.03)	0 (0)	0.0000*
Mortalidad Hospital, n (%)	9 (12)	9 (31.03)	0 (0)	0.0000*

Qx= quirurgico; NAC= neumonía de la comunidad; NIH= neumonía intrahospitalaria; Inmuno= inmunocomprometidos; PostEOT= post extubación; Ite. VMNI= internamente con ventilación mecánica no invasiva  
\*comparación entre grupo Falla CNAF y Éxito CNAF

Tabla 2. Cambios clínicos y gasométricos luego de la aplicación de CNAF

	Total		Falla CNAF		Éxito CNAF	
	Basales	24hs	Basales	24hs	Basales	24hs
FiO2, mediana (RIQ)	---	50 [40-60]	---	60 [45-70]**	---	50 [35-60]**
Flujo, mediana (RIQ)	---	45 [40-50]	---	50 [45-50]**	---	40 [35-50]**
Pi	29.83 ± 3.3	32.14 ± 3.97	32.26 ± 3.30	37.62 ± 7.06*	32.26 ± 3.30	32.8 ± 3.38
PaO2/FiO2	20 (29.85)	45 (61.66)	42 (80.77)	6 (23.08)	11 (60.76)	14 (44.15)
EE	22 (32.84)	13 (17.8)	4 (7.69)	10 (38.46)	8 (29.63)	12 (29.27)
AE	17 (25.37)	12 (16.44)	6 (31.54)	6 (23.08)	5 (18.52)	11 (28.83)
AP	8 (11.94)	3 (4.13)	---	4 (15.38)	1 (11.11)	4 (7.69)
SatO2, mediana (RIQ)	91 [88-95]	93 [89-97]	93 [89-97]	94.3 [90-98]	93 [89-97]	93 [89-97]
Pa*	7.40 ± 0.05	7.43 [7.40-7.46]	7.41	7.43 ± 0.06	7.43 [7.39-7.46]	7.4 [7.38-7.43]
PCO2*	37.85	35.95 ± 5.59	37 [34-44.7]	36.8	33.8 ± 6.69	38 [33-41.3]
PH*	7.37 ± 0.02	7.37 ± 0.02	7.37 ± 0.02	7.37 ± 0.02	7.37 ± 0.02	7.37 ± 0.02
FiO2	68.4 [58-80]	84 [75-95]	82 [72-92]	68.9 [57.3-95.3]	77 [72-92]	66.25
Flow	---	---	---	---	---	---
BCOP*	22.59 ± 0.04	22.66 ± 0.02	24.21 ± 0.26	22.21 ± 0.38	24.7 [22-27]	22.86 ± 0.39
PaO2/FiO2	148.4 [45-17]	188.5 [127.5-229]	182 [141-235]	149 ± 9.1	159 [120-184]	153.8 ± 56.27

Fi: frecuencia respiratoria; NAC= neumonía de la comunidad; EE: edema pulmonar; EE: edema pulmonar; P: presión arterial sistólica (RIQ) mediana ± DS según comparación. \*\*p<0.002. \*p<0.007. \*\*\*p<0.0002. \*\*\*\*p<0.0005

### 0056 TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO AGUDO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 10 CASOS EN HMALL (PROTOCOLO ICTUS)

M PETASNY(1), PS VEGA(1), VE FUKS(1), LE LAMOT(1), LR MARTINEZ(1), CJ BEROIZA(1), LG DURAN(1)  
(1) Municipal De Agudos Dr Leonidas Lucero.

**Introducción:** El accidente cerebro vascular isquémico (ACV) es, en nuestro país, la segunda causa de muerte y la principal causa de discapacidad. Aun así, está comprobado que menos del 4% de los pacientes que sufren esta enfermedad reciben tratamiento adecuado. En el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero se lleva a cabo el "Protocolo ICTUS" desde 2015.

**Objetivos:** Los objetivos principales de este estudio son describir la experiencia de la implementación del protocolo ICTUS y analizar el cumplimiento de los parámetros de atención que lo forman, al mismo tiempo que se evalúan las complicaciones, incluida la mortalidad, dadas por el tratamiento.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo observacional de corte transversal, de la implementación del "Protocolo ICTUS" entre Julio de 2016 y Septiembre de 2018 en el HMALL. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales, cumplimiento de pasos del protocolo y complicaciones del tratamiento. Los datos estadísticos se analizaron mediante el programa SPSS statistic 21.

**Resultados:** Sobre 10 pacientes que recibieron el tratamiento, 9 cumplieron los criterios de inclusión. El 56% fue de sexo masculino. La mayoría estuvo entre los 46 y 55 años. Entre las comorbilidades más frecuentes la encabezaron el tabaquismo, la hipertensión arterial y la obesidad (Tabla 1). Las complicaciones propias del tratamiento aparecieron en 2 pacientes (22%), se registró un paciente fallecido, lo que traduce una tasa de mortalidad de 11%. El tiempo puerta-TC dentro de los 25 minutos en el 78% de los casos. El 90% ingresó dentro de los primeros 120 minutos del tiempo puerta-aguja (promedio 85 minutos) (Tabla 2). La estadía total en terapia intensiva fue en el 100% de los casos igual o menor a 5 días.

**Conclusiones:** Existe un cumplimiento importante de los pasos del "Protocolo ICTUS", aunque aún queda mucho por perfeccionar para reducir los tiempos de cada uno de ellos. En próximos análisis será mandatorio, adicionar los resultados de incapacidad o dependencia de cada uno de los pacientes medidos con la escala de Rankin Modificado a los 90 días.

Tabla 1: Características de los paciente que recibieron trombolítico.

Características demográficas	n	%
Edad (años ± DS)	9	55,8±11
Sexo masculino	5	55,6
<b>Comorbilidades</b>		
Hipertensión arterial	5	55,6
Tabaquismo	3	33,3
Obesidad	3	33,3
Fibrilación auricular	2	22,7
ACV isquémico previo	1	11,1
Enolismo	1	11,1
Coronariopatía	1	11,1

Tabla 2: Características de intervención de la muestra.

Tiempos protocolizados	Promedio en protocolo
Tiempo inicio-aguja ± DS (min)	162,7 ± 59
Tiempo puerta-TC ± DS (min)	28,7 ± 19
Tiempo puerta-aguja ± DS (min)	96,5 ± 26

### 0057 IMPACTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CARDIACOS POST QUIRÚRGICOS

K FERRARI, L CARBALLIDO(1), J RAMIREZ(1), A BRUVERA(1)  
(1) San José.

Resulta relevante la relación que existe entre las enfermedades cardíacas y los trastornos de ansiedad. Las conductas ansiosas pueden

ser aún más perjudiciales cuando el paciente se somete a una cirugía cardiovascular. El presente estudio realiza un análisis del impacto de las sesiones de musicoterapia, en pacientes post quirúrgicos cardíacos internados en Unidad Coronaria. En esta oportunidad se analiza el alcance de intervenciones no farmacológicas realizadas por un musicoterapeuta calificado para el manejo del confort y los síntomas negativos de la hospitalización.

**Materiales y métodos:** Se utiliza la metodología cuantitativa: Estudio observacional descriptivo, experimental de tipo pre-post. Sujetos del estudio: pacientes mayores de 18 años hospitalizados post quirúrgicos desde octubre de 2016 a julio de 2017 (n=38), variable independiente: musicoterapia; variable dependiente: ansiedad. Otras variables: sexo. Se utiliza escala VAS; se comparan puntuaciones pre-post-intervención.

**Resultados:** Mediante la aplicación de la escala VAS pre-post en una muestra de 38 pacientes, siendo 69% hombres y 31% mujeres, se observa que los valores del índice de ansiedad fueron para los tres días de aplicación de la intervención musicoterapéutica significativamente menores en la toma post sesión:

$t_{37} = 9,18 p > 0,001$ ;  $t_{37} = 7,94 p > 0,001$ ;  $t_{37} = 7,97 p > 0,001$  para los días 1, 2 y 3 respectivamente.

**Conclusiones:** La aplicación de intervenciones no farmacológicas desde Musicoterapia ha demostrado efectividad en la reducción de la ansiedad del paciente cardíaco post quirúrgico, además de no presentar efectos negativos y adversos.

### 0058 INTERVENCIONES EN MUSICOTERAPIA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA AGITACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

K FERRARI(1), A BRUVERA(1), J RAMIREZ, L CARBALLIDO  
(1) San Jose.

La presencia de agitación en pacientes internados dentro de unidades críticas, posiciona a los profesionales frente al desafío de encontrar estrategias no farmacológicas para su manejo. La terapia intensiva del Sanatorio San José cuenta con un equipo multidisciplinar del que participa la musicoterapia, que entre sus principales objetivos se encuentra la realización de experiencias musicales para la reducción de la agitación. Los pacientes son evaluados de forma periódica por el equipo interdisciplinario con la escala RASSy frente a la aparición de síntomas de agitación se interviene de forma inmediata desde musicoterapia, conforme a criterios de derivación acordados. Este trabajo presentará el análisis de intervenciones musicoterapéuticas, que tuvieron como objetivo la disminución de la agitación en el contexto antes mencionado.

**Metodología:** Estudio prospectivo, de intervención, llevado a cabo en la UTI del Sanatorio San José CABA, Argentina. Muestra 7 pacientes (1 femenino y 6 masculino), edad promedio 60 años, en estado crítico en proceso de quita de sedación, que presentaban agitación de acuerdo al score RASS. Se aplicó dicha escala antes y después de la intervención musicoterapéutica, sirviendo cada paciente como su propio control.

**Análisis de datos:** De la aplicación de escala RASS pre - post intervención musicoterapéutica se desprenden los siguientes datos. Lo expuesto se evidencia que en 6 de los siete casos, la aplicación de experiencias musicales ha impactado, generando un descenso de los síntomas de agitación.

**Discusión:** Dada su complejidad del área crítica se pone de manifiesto la necesidad de puesta en marcha de diferentes estrategias interdisciplinarias, que incrementen el confort y favorezcan la humanización desde intervenciones no farmacológicas.

**Conclusión:** La utilización de experiencias musicales permitió:

- Brindar mayor confort al paciente y un posible mejor pronóstico a largo plazo.
- Ofrecer un manejo no farmacológico de la agitación y por consiguiente disminución de la administración de contenciones mecánicas y/o utilización de fármacos.

	RASS pre musicoterapia	RASS post musicoterapia
Paciente 1	+2	0
Paciente 2	+2	0
Paciente 3	+1	+2
Paciente 4	+3	-2
Paciente 5	+2	0
Paciente 6	+4	+4
Paciente 7	+3	+1

### 0059 UNA SESION DE MUSICOTERAPIA DISMINUYE LA INTENSIDAD DEL DELIRIUM

K FERRARI(1), C CASABELLA(1), G SUTTON(1), J RAMIREZ(1), L CARBALLIDO(1), A BRUVERA(1)  
 (1) San Jose.

Dentro de las intervenciones no farmacológicas, la musicoterapia está siendo cada vez más utilizada en el ámbito de cuidados intensivos y demostrando sus beneficios. En ancianos con demencia la musicoterapia mejora el estado de ánimo, el compromiso con los cuidados y el comportamiento agitado. En pacientes en ventilación mecánica las intervenciones musicales han demostrado disminuir la ansiedad, la frecuencia e intensidad de la sedación y facilitar el destete. En base a esto, planteamos la hipótesis de que esta herramienta terapéutica podría disminuir la intensidad del delirium. El presente estudio tiene el objetivo de evaluar los efectos de la musicoterapia sobre la intensidad del delirium en pacientes de cuidados intensivos.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, de intervención. El mismo fue llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Sanatorio San José, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron 29 pacientes con diagnóstico de delirium de acuerdo al score CAM ICU 7.

Se cuantificó la intensidad del delirium pre-post intervención musicoterapéutica, sirviendo cada paciente como su propio control

**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes consecutivos, las características de los mismos se detallan en la Tabla 1. Todos los pacientes recibieron la intervención musicoterapéutica de acuerdo al protocolo. El puntaje CAM ICU 7 (media±DS) fue de 5±1,2 vs 3±1,7 (antes y después de la sesión de musicoterapia respectivamente, p:0,000005) (figura 1). En el dominio atención (2±0,6 vs 1±0,9; p: 0,007), estado de conciencia (1±0,8 vs 0±0,6; p:0,007) y cognitivo (1,5±0,7 vs 1±0,8; p: 0,007) también se observaron diferencias significativas (figura 2).

**Discusión:** Este trabajo de investigación demuestra que una sesión de musicoterapia es capaz de disminuir la intensidad del delirium, en pacientes de cuidados intensivos. Esto se evidenció a través de una disminución del 40% del valor absoluto del score CAM ICU 7.

**Conclusiones:** En el presente estudio hemos podido demostrar la capacidad de una sesión de musicoterapia estandarizada y centrada en la singularidad del paciente para disminuir la intensidad del delirium en una población general pacientes de cuidados intensivos. Los efectos son consistentes con publicaciones previas. De estos resultados surge la necesidad de llevar a cabo más estudios para determinar la estrategia óptima de administración de la musicoterapia.

### 0060 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES INMEDIATAS A LA EXTUBACIÓN TRAQUEAL EN ADULTOS CRÍTICOS

MF ANDREU(1), M BEZZI(1), ME DOTTA(1)  
 (1) Santojanni.

**Introducción:** La tasa de complicaciones inmediatas al procedimiento de extubación oscila entre 1,5% a 54,4%, según la literatura. Sin embargo, estas estimaciones provienen de estudios de tipo encuestas retrospectivas, lo que impone un alto riesgo de sesgo. El desarrollo de

estas complicaciones puede impactar negativamente en la evolución del paciente crítico, siendo relevante su conocimiento y detección.

**Objetivo:** Establecer la incidencia de complicaciones inmediatas a la extubación orotraqueal en adultos críticos y determinar si existe asociación entre estas complicaciones y la falla de extubación y reintubación.

**Métodos:** Este estudio es un análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 240 adultos críticos en ventilación mecánica, entre enero 2017 y enero 2018, que cumplieron las condiciones para ser extubados. Se definió como complicación general a la presencia de al menos 1 de las siguientes complicaciones mayores (obstrucción de vía aérea superior, desaturación, vómitos) y/o complicaciones menores (broncoespasmo, tos severa, hipertensión, taquicardia, taquipnea, mala mecánica ventilatoria). Se consideró significativo un valor p<0,05.

**Resultados:** La incidencia de complicaciones generales, mayores y menores resultó de 71,2%, 30,9% y 62,7%, respectivamente. Cuarenta pacientes (16,9%) presentaron falla de extubación y 30 (12,7%) requirieron reintubación. Sólo la variable complicaciones mayores se asoció significativamente a la falla de extubación (p<0,001) y reintubación (p<0,001).

**Conclusión:** Este es el primer trabajo que reporta prospectivamente la incidencia de complicaciones inmediatas asociadas al procedimiento de extubación en pacientes críticos. El 71,2%, el 30,9% y el 62,7% de los sujetos extubados presentaron complicaciones generales, mayores y menores, respectivamente. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de complicaciones mayores y la falla de extubación y reintubación.

Tabla 2. Análisis univariado para Falla de EOT

Variable	Falla (n=40)	Éxito (n=196)	Valor p
Complicaciones Generales, n (%)	31 (77,5)	137 (69,9)	0,33
Complicaciones Mayores, n (%)	23 (57,5)	50 (25,5)	<0,001
Obstrucción VAS	9 (22,5)	13 (6,6)	0,004
Desaturación	19 (47,5)	38 (19,4)	<0,001
Vómitos	2 (5,0)	4 (2,0)	0,27
Complicaciones Menores, n (%)	28 (70)	120 (61,2)	0,3
Broncoespasmo	1 (2,5)	9 (4,6)	0,99
Tos Severa	5 (12,5)	4 (2,0)	0,008
Hipertensión	13 (32,5)	54 (27,6)	0,53
Taquicardia	6 (15)	50 (25,5)	0,15
Taquipnea	14 (35)	37 (18,9)	0,02
Mala Mecánica Ventilatoria	16 (40)	32 (16,3)	<0,01

Referencias: VAS, Vía Aérea Superior; EOT: Extubación Orotraqueal

Tabla 3. Análisis univariado para Reintubación

Variable	Reintubación (n=30)	Éxito (n=206)	Valor p
Complicaciones Generales, n (%)	22 (73,3)	146 (70,9)	0,78
Complicaciones Mayores, n (%)	18 (60)	55 (26,7)	<0,001
Obstrucción VAS	7 (23,3)	15 (7,3)	0,012
Desaturación	15 (50)	42 (20,4)	<0,01
Vómitos	1 (3,3)	5 (2,4)	0,56
Complicaciones Menores, n (%)	21 (70)	127 (61,7)	0,38
Broncoespasmo	1 (3,3)	9 (4,4)	0,99
Tos Severa	4 (13,3)	5 (2,4)	0,017
Hipertensión	10 (33,3)	57 (27,7)	0,52
Taquicardia	5 (16,7)	51 (24,8)	0,33
Taquipnea	12 (40)	39 (18,9)	0,01
Mala Mecánica Ventilatoria	13 (43,3)	35 (17)	<0,01

Referencias: VAS, Vía Aérea Superior.

### 0061 ENCEFALOPATIA AGUDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR DENGUE EN PACIENTE GESTANTE

E PORJOLOVSKY(1), F LORENA(1), B GILMORE(1), R LORENZO(1), CP JAVIER(1), M WILLIG(1), C GARAYALDE(1), B ZAMUDIO(1), K CISNEROS PAZ(1)  
(1) Sanatorio San Justo.

**Introducción:** La infección por virus Dengue es cada vez más frecuente en nuestro medio y es rápidamente fuente de sospecha cuando se presenta con la signosintomatología clásica (fiebre, dolor retroocular, cefalea, mialgias, artralgias, plaquetopenia, sangrado).

**Objetivo:** Presentar un caso donde se desea destacar la sospecha de infección por Dengue cuando no está presente la clínica habitual y no olvidarlo como método de screening en casos seleccionados.

**Materiales y métodos:** Paciente de 35 años sexo femenino antecedentes 2 partos 3 gestas (última de 26 semanas) controles médicos normales. Ingresa presentando náuseas vómitos y cefalea intensidad 9/10. Estado confusional y registros febriles aislados. Sin HTA, ni signos meníngeos. Laboratorio: normal, sedimento urinario sin proteinuria. Control obstétrico sin sufrimiento fetal ecodoppler normal. TAC de cerebro: normal. Punción lumbar: físico químico normal. RMN de cerebro y angio resonancia: normal. Se solicita serología para estudio de virus frecuentes neurotrópicos y se inicia tratamiento empírico con aciclovir, ceftriaxona y ampicilina. Con sospecha inicial de encefalitis herpética.

**Resultados:** Desde el ingreso se interna en UTI, presenta sensorio alternante, excitación psicomotriz, confusión. Se solicitan serologías para dengue. Presenta como intercurencia falla renal no oligúrica secundaria a Aciclovir, insuficiencia respiratoria por acidosis metabólica por lo cual requiere asistencia respiratoria mecánica. Se suspende Aciclovir luego de PCR negativa para herpes con mejoría progresiva de la función renal. Se descartan enfermedades autoinmunes (reumatograma normal) Cultivos negativos/ PCR en LCR negativos. EEG sin paroxismo. Doppler Transcraneal con flujo adecuado. Ecografía obstétrica y doppler fetal acorde a edad gestacional. Laboratorios de rutina en sangre sin alteraciones.

Se suspende sedación con buena evolución. Se extuba sin complicaciones. Evaluada por psiquiatría y neurología quienes descartan brote psicótico con diagnóstico de encefalopatía de origen incierto. Evolucionada, lúcida, orientada, pasa a sala gral.

Se reciben resultados de serología positiva para virus dengue IgM e IgG.

**Conclusiones:** Este caso expone que la manifestación neurológica en algunos pacientes puede ser el único signo de infección. La presencia de estos síntomas se relaciona con altas tasas de mortalidad y/o secuelas. Esto resalta la importancia de sospecharlo y buscarlo como algoritmo de diagnóstico precoz ayudando a orientar el manejo, disminuyendo la carga de la enfermedad y favoreciendo una atención más adecuada.



### 0063 ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE HIPERTENSIVA POST CESAREA

JA RAMOS OLIVER(1)  
(1) Diego Thompson.

**Objetivos:** La hipertensión y embarazo, repercute en el endotelio, desbalance de mediadores químicos útero-placentarios, origina lesión primaria del endotelio (vasoconstricción) genera lesión secundaria de autorregulación cerebral, y de la barrera hematoencefálica, edema vasogénico. Una forma clínica es la encefalopatía posterior reversible (PRESS), visible en la resonancia magnética (RMN), frecuente en territorio posterior vertebro basilar por escasa inervación simpática.

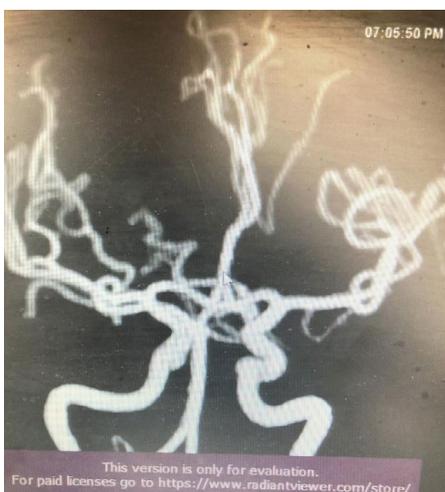
**Material y métodos:** Se utiliza un caso clínico del servicio de UTI, documentado en historia clínica.

**Caso clínico:** Paciente de 30 años, embarazo 38 semanas, normotensa. A las 24 post cesárea evoluciona con TA 200/120, estado de coma, sin convulsiones, Glasgow 8/15, sin foco motor pupilas mióticas, isocóricas, reactivas, sin rigidez de cuello; tratamiento para preeclampsia y conexión a ARM. Laboratorio: ácido úrico 6,30. 80000 plaquetas; GOT 457, GPT 476. En orina: proteinuria 7 gr/24 hrs.; TC cerebro: extensa hipodensidad del tronco, tálamo, núcleos lenticulares, cápsulas internas, y coronas radiatas. Angio RMN: vasos permeables con flujos conservados en ambos territorios. RMN cerebro: Extensa señal hiperintensas T2 y Flair en el puente, mesencéfalo, región cortico subcortical cerebelosa, tálamos, núcleos caudados, cápsulas internas, sustancia blanca, corona radiata. A las 24 hrs despierta con Glasgow 14/15 y a las 72 hrs se extuba, sin déficit neurológico, lúcida, Se completa estudios: Doppler Transcraneal con Flujo conservado en territorio anterior, flujo del territorio vertebro-basilar en el límite. Ecodoppler cardiaco negativo para foramen oval permeable. Angiografía Cerebral: permeabilidad y flujos conservados en ambos territorios.

**Conclusión:** La enfermedad hipertensiva tiene diferentes formas clínicas, a veces sin hipertensión, el criterio clínico es determinante en la toma de decisiones, en la actualidad es imprescindible un manejo multidisciplinario para un diagnóstico de certeza. El presente caso clínico se debatieron otros diagnósticos como stroke, disección del territorio posterior, embolia paradójica, meningitis viral.

**Bibliografía:** 1. Provenzale J, Petrella J, Celso L, Wong J, Engelter S, Barboriak D. Quantitative assessment of diffusion abnormalities in posterior reversible encephalopathy syndrome. Am J Neuroradiol 2001; 22: 1455-61.

2. Sheth Rd, Riggs JE, Bodenstener JB, Gutierrez AR, Ketonen LM,



Ortiz OA, Parietal occipital edema encephalopathy: Pathogenic mechanism. Eur Neurology 1996; 36: 25-28.



#### 0064 ENCEFALITIS AUTOINMUNE: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

MP CORDERO(1), I CARBONI BISSO(1), G TAUIL(1), C BARRIOS(1), D LERMAN(1), D PINA(1)  
 (1) Sanatorio Franchin.

**Introducción:** La encefalitis autoinmune (EA) constituye una categoría de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central mediada por anticuerpos contra receptores de neurotransmisores o proteínas de la superficie neuronal. Es una enfermedad poco frecuente, severamente invalidante, aguda y grave, aunque potencialmente reversible bajo tratamiento precoz. Presentamos una revisión a propósito de una serie de 4 casos que se presentaron en un único centro de alta complejidad en un período de dos años.

**Casos clínicos:** Cuatro pacientes de entre 15 y 25 años de edad (tres de sexo femenino y uno masculino) fueron atendidos en nuestro centro, dos de ellos contaban con el antecedente de una internación reciente por un episodio psicótico agudo, derivados por falta de respuesta al tratamiento.

En todos los casos el motivo de consulta fue excitación psicomotriz y alteraciones en la conducta, agregando posteriormente convulsiones tónico clónicas generalizadas. Tres pacientes presentaron status epiléptico super refractario, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica (ARM) prolongada, sedación profunda y traqueostomía. El paciente restante presentó catatonía pero no requirió ARM. Asimismo, en un caso se arribó al diagnóstico de teratoma ovárico que requirió exéresis quirúrgica.

En todos los pacientes se evidenciaron lesiones hiperintensas a nivel

cortical en resonancia magnética cerebral y se confirmó el diagnóstico por la presencia de anticuerpos anti-NMDAR en sangre y líquido cefalorraquídeo.

Se realizó tratamiento con inmunoglobulina, inmunosupresión con corticoides a altas dosis, plasmaféresis y rituximab, con indicación de infusión cada 6 meses luego del alta. Los cuatro pacientes cursaron una internación prolongada de entre 110 y 160 días, evidenciándose trastornos cognitivos moderados a severos, mioclonías y alteraciones de la conducta en diferentes grados como secuela neurológica.

**Conclusión:** La EA debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con manifestaciones psiquiátricas subagudas, eventos comiciales y alteraciones autonómicas. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora la sobrevida y el outcome neurológico. Asimismo, ante la confirmación diagnóstica de EA debe tomarse en consideración su asociación con patología oncológica.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
EDAD / SEXO	26 ♀	18 ♀	15 ♀	23 ♀
ANTECEDENTES	-	Convulsiones en estudio	-	Consumo de marihuana y alcohol
INTERPRETACION INICIAL	Episodio psicótico agudo Síndrome neuroépileptico	Epilepsia	Encefalitis viral	Episodio psicótico agudo Encefalitis viral
TIEMPO AL DIAGNÓSTICO	53 días	48 días	10 días	20 días
ANTICUERPOS	anti-NMDAR	anti-NMDAR	anti-NMDAR	anti-NMDAR
INTERCURRENCIAS	- Status epiléptico - Sedación profunda - ARM prolongada - TCI - Sepsis - PCR	- Status epiléptico - Sedación profunda - ARM prolongada - TCI - NAVM	- Status epiléptico - Sedación profunda - ARM prolongada - TCI - Sepsis - Bradicardia extrema - Toratoma ovárico	- Catatonía - Excitación psicomotriz - Escara sacra grado 2 - Desnutrición severa - Sepsis - No requirió ARM
TRATAMIENTO	- Inmunoglobulina - Metilprednisolona - Plasmaféresis - Rituximab	- Inmunoglobulina - Metilprednisolona - Rituximab	- Inmunoglobulina - Metilprednisolona - Rituximab	- Inmunoglobulina - Metilprednisolona - Rituximab
OUTCOME	110 días en UTI, 181 días de internación, GOS 5	48 días en UTI, 124 días de internación, GOS 4	98 días en UTI, 160 días de internación, GOS 3	89 días en UTI, 131 días de internación, GOS 4

#### 0065 CELULITIS DE SITIO QUIRÚRGICO EN PARED ABDOMINAL POR STAFILOCOCO SAMR HETEROVISA DE LA COMUNIDAD, EN POST OPERATORIO DE CESAREA PROGRAMADA -CASO CLÍNICO

JA RAMOS OLIVER(1)  
 (1) Diego Thompson.

**Objetivos:** Las infecciones de partes blandas tienen riesgo de morbimortalidad, detectar señales clínicas, permiten debridamiento precoz y antibioticoterapia (ATB). Un factor adverso es el incremento de resistencias de gérmenes y deficiencia de normativas de bioseguridad. El caso clínico, una infección de partes de partes blandas del post operatorio de cesárea, por estafilococo de la comunidad (SAMR Co Hetero Visa) en su inicio no respondió a la vancomicina

**Caso clínico:** Paciente de 22 años, embarazo a término, Post-op cesárea programada. 2do día post operatorio con rash eritematoso y las 48 hrs. dolor abdominal, no peritoneal, afebril, normotensa, taquipnea, Saturometría 90%. Fallo renal y respiratorio (DOM). Ingres a UTI por sepsis. Ecografía Abdomen: Aumento del grosor del tejido graso (TCS) y líquido en piel de 6 mm. TC abdomen: escaso líquido en Douglas y perianexial, Pared engrosada con burbujas aéreas. ATB: vancomicina, Tazonan clindamicina. Laparotomía: líquido serohemático, Histerorrafia indemne. Requiere ventilación mecánica (AVM) post-op. En herida desarrollo SMAR-Co de la comunidad Hetero VISA (CIM de 2 µg/ml) Vancorresistente, se rota ATB a Daptomicina/Bactrin (TMX) más toileses quirúrgicas. Buena evolución clínica, se coloca sistema de aspiración continua.

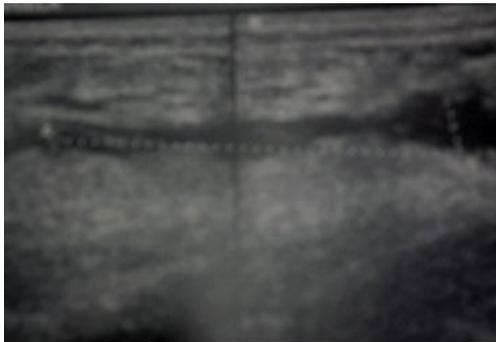
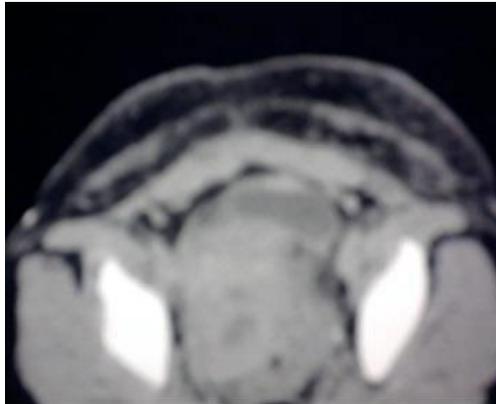
**Material y métodos:** Un caso clínico del servicio de UTI, documentado en historia clínica

**Discusión:** El caso clínico, sepsis de partes blandas con rash (toxina estafilocócica), presencia DOM, (renal, respiratoria). CPK normal. Evolución tórpida, fiebre a pesar de ATB empírico y lavados quirúrgicos. El aislamiento de SAMR Hetero VISA-Co y rotación a TMX y Daptomicina, evoluciona con mejoría clínica.

**Conclusiones:** El diagnóstico oportuno de infecciones de partes

blandas es un reto para los médicos, determina la hora de oro para el tratamiento de debridación quirúrgica y correcto uso de ATB en base a la microbiología

- Bibliografía:** 1. Programa de Actualización PROATI infecciones de partes blandas ed. panamericana 2010.  
2. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Practice Guidelines for diagnosis and management of skin and soft tissue infections. Clin Infect. Dis. 2005;41:1373-1406  
3. Paganini H Della P Muller B. Infecciones por estafilococos aureus resistentes a la meticilina de la comunidad, en niños sanos y en niños relacionados al hospital en la Argentina. Rev. Chil. Infect. 2009;26(5):406-12.



- 0066 COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS**  
C VIDELA(1), I CARBONI BISSO(1), S DI STEFANO(1), M LAS HERAS(1), E SAN ROMÁN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La cirugía de citorreducción y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (CRS-HIPEC) es una opción terapéutica en pacientes con cáncer abdomino-peritoneal localmente avanzado. CRS-HIPEC es un procedimiento con alto riesgo de complicaciones por lo que el manejo posoperatorio puede significar un desafío para el intensivista.

**Objetivos:** Evaluar la evolución y complicaciones del postoperatorio inmediato de CRS-HIPEC en terapia intensiva (UCI) en un periodo de tres años. Los pacientes fueron manejados por un protocolo previamente planificado, que incluía terapia de fluidos guiada por objetivos y monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, monocéntrico, en el que se incluyeron 55 pacientes sometidos a CRS-HIPEC durante un periodo de tres años (2015 - 2018).

**Resultados:** Del total de 55 pacientes, el 69,09% eran mujeres con una edad media de  $52.7 \pm 12.7$  años. La media del score de Charlson fue de  $7.4 \pm 1.2$  y la de APACHE II de  $13 \pm 5.91$ .

La indicación más frecuente fue cáncer de colon [n=23 (41,8%)], seguido de neoplasia mucinosa apendicular [n=14 (25,45%)] y cáncer ovárico [n=11 (20%)], con un índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) promedio de  $12.72 \pm 7.37$ . La droga quimioterápica más usada fue Mitomicina C [n=27 (49,09%)] en los cánceres digestivos, seguido de Oxaliplatino [n=14 (25,45%)] y Cisplatino [n=10 (18,18%)] en los ginecológicos.

Las alteraciones hematológicas fueron las complicaciones más frecuentemente encontradas (anemia en un 60% [n=33] y trombocitopenia en un 40% [n=22], seguida de falla renal aguda [n=19 (34,54%)]. El 29% de los pacientes requirió ventilación mecánica por más de 24 horas, siendo tres de ellos traqueostomizados.

Otras complicaciones severas ocurrieron en el 20% de los pacientes, incluyendo SDRA, peritonitis, hemorragia subaracnoidea y tromboembolismo pulmonar.

La media de estadía en UCI y hospitalaria fue de  $6 \pm 11.9$  y  $13 \pm 26.8$  días respectivamente. La mortalidad global fue del 5,45% [n=3].

**Conclusiones:** A pesar de la alta tasa de complicaciones postquirúrgicas, en nuestra experiencia la mortalidad en UCI fue baja y las principales complicaciones fueron similares a otras series de publicaciones.

**0067 ROL DE LA BRONCOSCOPÍA EN TERAPIA INTENSIVA: EXPERIENCIA EN 433 PROCEDIMIENTOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

I CARBONI BISSO(1), C VIDELA(1), S DI STEFANO(1), M LAS HERAS(1), E SAN ROMÁN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La broncoscopia (BC) es un método esencial diagnóstico y terapéutico en diversas condiciones pulmonares para el cuidado de los pacientes admitidos en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Presenta pocas complicaciones y evita traslados potencialmente peligrosos fuera de la unidad.

En este estudio, se describe la experiencia del uso, indicaciones y complicaciones asociadas a la BC en pacientes críticamente enfermos atendidos en nuestro centro.

**Objetivos:** Describir las principales indicaciones y complicaciones asociadas al uso de BC en UCI.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, monocéntrico, durante el periodo de dos años (2017 - 2019). Se incluyeron los resultados de las BC realizadas por médicos intensivistas y neumonólogos en 297 pacientes.

**Resultados:** Se analizaron un total de 433 BC. La mayoría (86%) fueron realizadas en pacientes en ventilación mecánica. El promedio de edad fue de 52,1 años.

La indicación más frecuente fue fibrobroncoscopia (FBC) para toma de muestra microbiológica (38,8% [172]) con un lavado bronquioalveolar positivo en el 25,3% [112] de los casos, seguida de la confección de traqueostomía percutánea (TQT) guiada por FBC (31,6% [140]), evaluación de la vía aérea (17,6% [78]) y toilette bronquial (9,0% [40]). Otras indicaciones fueron la broncoscopia rígida en pacientes con una obstrucción aguda del árbol bronquial (1,6% [7]) y criobiopsia (1,4% [6]).

La complicación más frecuente fue el sangrado (3,6% [16]). En la mayoría de los casos fue considerado como sangrado menor (2,0% [9]) que no requirió tratamiento específico. Otras complicaciones como hipoxemia (0,7% [3]) e hipotensión (0,5% [2]) también fueron registradas.

**Conclusión:** La FBC para toma de muestra microbiológica en sospecha de neumonía y la confección de TQT guiada por FBC fueron las indicaciones más frecuentes para realizar una BC en UCI. Encontramos una baja tasa de complicaciones globales para el procedimiento.

### 0069 HIPOMAGNESEMIA Y STATUS EPILEPTICO

A MAMANI(1), E BOSSA(1), C VEGA(1), G TUTIVEN(1), M CUELLO(1), J ZAPATA(1), A ORTIZ(1), G CABRERA(1), MA FLORES MONTES(1), A LUQUETTI(1), M NAHRA(1), L BUCETA(1), J MORENO(1), E CORTEZ(1)  
(1) Hospital Español De Bs As.

El Magnesio (Mg) es el cuarto catión más abundante en el organismo y juega un papel fundamental en numerosas funciones celulares. Su déficit puede originar alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares y neurológicas. Dentro de estas últimas, la sintomatología puede oscilar desde debilidad muscular y parestesias, hasta letargo, hiperreflexia, ataxia, tetania, convulsiones y coma. Paciente Masculino de 71 años autovalido, enolista severo.

**Antecedentes:** Adenoma Túbulo vellosa con displasia en alto grado focal y Mucosectomía por VCC, DBT tipo II y Gastropatía crónica. Al ingreso presenta estado confusional, hiperactividad, concurre a centro médico donde realizan Tac de encéfalo sin particularidades y emiten alta con sonda vesical por retención urinaria e inician quetiapina.

Evoluciona con deterioro del sensorio y posturas clónicas de duración incierta con recuperación, es evaluado por médico en su domicilio 48 hs después; constatando fiebre (38,5°C) indica tratamiento antibiótico con levofloxacina por NAC.

Ingresar por guardia luego de 48 hs de tratamiento; febril 39°C y convulsiones tónico clónicas inicia Lorazepam y posterior carga de Fenitoina, se realiza punción lumbar, LCR normal

**Diagnostico presuntivo:** Status convulsivo de inicio desconocido. Sepsis a foco respiratorio.

Paciente requiere intubación orotraqueal evoluciona en shock y pasa a UTI y continua con tratamiento antibiótico empírico. Piperacilina tazobactam y vancomicina. se realiza EEG bajo drogas, sin status. Al examen físico Curso al ingreso con TA 69/40 FR 18 FC 100 temp 36°C.

Laboratorio HB 10,4 g% Leuc 6.800 mm<sup>3</sup> Plaquetas 121.000mm<sup>3</sup> Glucosa 135 mg/dL Ionograma: Na 146 mEq/L Potasio 3,3 mEq/L Ca 7,4 mg/dL Ca Ionico 4,18 mg/dL fosforo 2,1 mg/dL Magnesio 0.60 mg/dL

TAC de tórax que mostró leve infiltrado en vidrio esmerilado difuso a nivel apical del LSI de aspecto inflamatorio e incipiente enfisema centroacinar y paraseptal de predominio biapical.

Se constata hipo-magnesemia, se corrige y evoluciona con mejoría de su estado neurológico en paralelo a la reposición del magnesio. EEG de control normal.

Luego de 5 días se extuba exitosamente, y pasa a terapia intermedia.

**Conclusiones:** Es muy importante destacar que ante un episodio convulsivo/status debe descartarse una causa metabólica, como la hipoglucemia, hiponatremia, hipokaliemia, hipocalcemia o hipomagnesemia. además de tener en cuenta los antecedentes como el alcoholismo, tumores en intestino etc.

### 0070 ENCEFALOMIELITIS DISEMINA AGUDA (ADEM) EN PACIENTE ADULTO

F PERRÉ(1), M ANDRIAN(1), A MUÑOZ RIVERA(1)  
(1) Hospital Provincial De Neuquén.

**Introducción:** Enfermedad rara desmielinizante autoinmune posviral del sistema nervioso central, que se presenta generalmente en la infancia, con incidencia en adultos (0.4/100000).

**Cuadro clínico:** Varón de 48 años, sin antecedentes patológicos que inicia con síndrome febril asociado a dolor torácico inespecífico de 48 horas de evolución. Complica con deterioro del sensorio (estupor), sin foco motor, PL con aspecto turbio, 82 células, glucorraquia 35 y proteínas 2.2. Se interpreta como meningoencefalitis e inicia tratamiento antibiótico. A las 24 horas, agrega tetraparesia flácida, hipotonía de esfínteres, ROT vivos, reflejos de tronco conservados. Se realiza IOT y conexión a ARM. Estudios de imágenes: TC de ce-

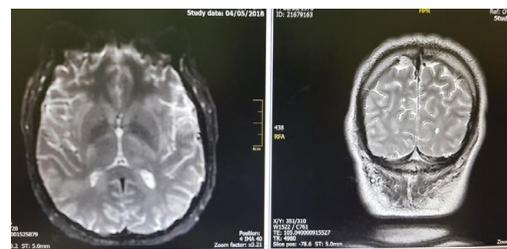
rebro sin alteraciones agudas. RMN de cráneo y cervicodorsal con contraste que muestra múltiples lesiones en sustancia blanca, predominantemente en área frontal izquierda con signos hemáticos + afectación del cordón medular, a predominio posterolateral derecho en D8-D9 y central en D12.

Se interpreta como ADEM variante severa.

Se inicia corticoterapia 1 mg/kg por 5 días con escasa respuesta, con realización de gammaglobulina IV por 5 días. Evoluciona con mejoría a partir del 3° día de IgIV, presenta mejoría del sensorio, recuperación motriz, con persistencia de debilidad motora en MMII (Kendall 4/5).

**Discusión:** Existen distintas variantes de diferente gravedad, siendo la variante hemorrágica la de peor pronóstico. El tratamiento de primera línea son glucocorticoides, y ante falta de respuesta, IgIV.

**Conclusión:** Presentación infrecuente en edad adulta, con buena evolución a pesar de pertenecer a la variante de peor pronóstico. En comparación con niños, el curso del ADEM en adultos es menos favorable.



### 0072 SEPSIS POR ESTREPTOCOCCO AGALACTIAE EN ADULTOS NO GESTANTES CON IMPACTOS SÉPTICOS A DISTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

CE BENITEZ DELGADO(1), B ALVAREZ(2), A BELLOCCHIO(2), G GAUDENZI(2), S AGUIRRE(2), F BARSAGLINI(2), MF COÑEQUIR(2), M ROJAS SALGADO(2), M ROLANDO(2), J HEREDIA(2), G MONTI(2), G CARDONATTI(2), C LLERENA(2), R COSTABILE(2), M MASIP(2)

(1) Central De San Isidro. (2) Hospital Central De San Isidro.

El estreptococo agalactiae o del grupo B, es un coco gram positivo que generalmente coloniza tracto genital y gastrointestinal en tres grupos poblacionales; neonatos, embarazadas y adultos no gestantes, siendo este último el objetivo de esta revisión. En Estados Unidos se calculó en 2016 una incidencia aproximada de 11 casos cada 10.000 personas, siendo importante el aumento en los mayores de 65 años que asciende a 26 personas cada 10.000.

Los factores de riesgo asociados son diabetes, obesidad, HIV, malignidad, insuficiencia renal y hepática severa, alcoholismo, enfermedades cardiovasculares, colágenopatías y trauma.

El objetivo de este informe es presentar un caso clínico de una paciente que presentó sepsis por streptococo agalactiae con múltiples impactos sépticos a distancia, su manejo, interurrencias y evolución.

Se trata de una paciente femenina de 79 años, que consulta por cuadro clínico de astenia, adinamia, fiebre y dolor lumbar. Antecedentes personales de hipertensión arterial, neumonía de la co-

munidad en 2017, portadora de DIU y 5 gestas sin complicaciones infecciosas. Mediante tomografía se evidencia una colección paraespalinal derecha, una colección subcapsular esplénica y derrame pleural izquierdo. Los focos fueron evacuados por drenajes percutáneos, obteniendo en todas sus muestras rescate bacteriológico de estreptococo agalactiae, al igual que en los hemocultivos. Fue tratada con ampicilina subactam y clindamicina con respuesta satisfactoria y dada de alta 30 días después, con adecuado control de las colecciones.

**Conclusión:** Lo interesante de este caso clínico, es el hallazgo de múltiples impactos sépticos por estreptococo agalactiae en una paciente que como único antecedente relevante; además de la edad, es la portación de un DIU como probable puerta de entrada, que ante la imposibilidad de ser retirado, se tomaron múltiples muestras ginecológicas, siendo estas; negativas para infección por dicho germen.

### 0073 SOPORTE EXTRACORPÓREO POR 118 DÍAS ESPERANDO LA RECUPERACION PULMONAR

GY DELAUDE(1), M MANERA(1), E CORNU(1), E BALDASERONI(1), L BAMONTE(1), C CHAMBRE(1), C SIMONATO(1), N SANTAGATI(1), R CARRILLO(1), F PALIZAS (H)(1), C CASABELLA(1), B LATTANZIO(1), M CASANOVA(1), V PAVLOTSKY(1)  
(1) Clinica Bazterrica.

Paciente de 28 años con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin en primer trimestre de embarazo que realizo tratamiento con doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina, requiriendo cesárea a las 36 semanas por retraso de crecimiento intrauterino. Evoluciona en puerperio inmediato con insuficiencia respiratoria, compromiso pulmonar bilateral. Inicia tratamiento corticoideo por sospecha de toxicidad por bleomicina. Requiere decúbito prono por hipoxemia refractaria, sin respuesta favorable por lo que se decide iniciar circulación extracorpórea veno-venoso.

Se realiza biopsia pulmonar que informa daño alveolar difuso en etapa proliferativa y ganglionar con enfermedad neoplásica activa. Intercurre con múltiples shock sépticos, uno de ellos con rescate de Klebsiella pneumoniae multiresistente, la cual fue tratada con cefazidime avibactam. Presento dos recambios de circuito, el primero de ellos por plaquetopenia e hipofibrinogenemia atribuyéndose a consumo por circuito y el segundo por hemolisis, posterior a lo cual evoluciona con insuficiencia renal con requerimiento de hemofiltración veno-venosa continua. Habiéndose logrado aparente mejoría en imágenes, permitiendo la ventilación espontánea y la lucidez de la paciente, se intentó destetar de la circulación extracorpórea sin éxito quedando dependiente 100% del mismo. Demostrada la factibilidad de mantener a la paciente en circulación extracorpórea y realizando kinesioterapia motora, se realiza nueva biopsia pulmonar que informa daño alveolar difuso en etapa fibrotica. Se plantea posibilidad de trasplante pulmonar, el cual es descartado por especialistas en la materia por presentar la paciente enfermedad neoplásica activa.

La paciente evoluciona con shock con fallo de ventrículo derecho sospechándose como etiología principal tromboembolismo de pulmón, a pesar de encontrarse en tratamiento anticoagulante con heparina sódica en forma continua. Presenta paro cardiorespiratorio y óbito a los 118 días de tratamiento total.

Se presenta un caso de soporte extracorpóreo a largo plazo demostrando la factibilidad de este tipo de soporte en pacientes con distrés respiratorio para permitir la recuperación pulmonar. Debido a que esta situación genera cuadros no vistos en medicina con anterioridad a la utilización de circulación extracorpórea, el tiempo de espera para lograr la regeneración pulmonar en pacientes de estas características es incierto, existiendo reportes que muestran resultados favorables con regeneración pulmonar completa incluso luego de 600 días.



### 0074 MENINGITIS POR RHODOCOCOCCUS EQUI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO

CVEGA(1), E BOSSA(1), A MAMANI(1), G TUTIVEN(1), M CUELLO(1), G CABRERA(1), A ORTIZ(1), J ZAPATA(1), L BUCETA(1), A LUQUETTI(1), MA FLORES MONTES(1), M NAHRA(1), J MORENO(1), E CORTEZ(1)  
(1) Hospital Español De Bs As.

Rhodococcus se encuentra dentro de los 16 géneros descritos como actinomicetes aeróbicos de importancia médica. En humanos, es un patógeno intracelular oportunista que infecta macrófagos y polimorfonucleares, especialmente en pacientes con alteración de la inmunidad celular, tratamiento inmunosupresor y neoplasias hematológicas. R. equi está ampliamente distribuido en la naturaleza siendo la inhalación el mecanismo de transmisión más probable, además de inoculación en heridas, membranas mucosas o ingestión de alimentos contaminados

Paciente Masculino de 75 años, con antecedentes de epilepsia diagnosticada desde la infancia, HTA, FA paroxística no anticoagulada, hipotiroidismo, residente de geriátrico. que ingresa a urgencias acompañado de familiar con cuadro de 6 horas de evolución caracterizado por registros febriles, movimientos clónicos en ms izq y oromandibulares, alteración del estado de conciencia. GLASGOW 8/10 (M6O1V1) TA: 100/60 mmHg, FC: 64 lpm, FR: 18 rpm; T: 39 °C. Buena mecánica ventilatoria, abundantes secreciones, crépitos basales e hipoventilación basal derecha.

Normocromico, deshidratado, escaras tálicas grado I y escara glútea derecha grado IV.

Pupilas isocóricas reactivas. MOE impresionan conservados.

Trofismo-tono: Conservado. Reflejos osteotendinosos simétricos. Hoffman y Palmo-mentoneano negativo. Sin signos evidentes de irritación meníngea. Laboratorio: GB 20.100 mm<sup>3</sup> PLAQ 222000 mm<sup>3</sup> LACT 5.14 GLUC 72 UREA 73 CREAT 1.10 hepatograma normal PL: post cetrifugado limpido 0 celulas, glucosa 28 mg/dL proteínas: 93 mg/dL

Evoluciona con Estatus epiléptico convulsivo, requerimiento de ventilación mecánica y sedación, pasa a UTI.

TA: 54/39 mmHg, FC: 115 lpm, T: 37.6 °C. sat 96%.

Diagnóstico presuntivo Shock séptico a foco: Respiratorio vs. Meninge con Status Epiléptico convulsivo.

#### Rescates bacteriológicos:

Hemocultivos x 2: Negativos. Urocultivo: Proteus Mirabilis Blee Sensible a Piperacilina tazobactam.

Aspirado traqueal: muestra no representativa.

Cultivo de LCR: Rhodococcus equi (de crecimiento tardío) Sensible a Vancomicina.

Evoluciona con mejoría del shock séptico, PL control cultivo negativo.

**Discusión:** Rhodococcus equi es un patógeno veterinario que puede causar una morbilidad considerable en pacientes que están inmunocomprometidos y que están expuestos ocupacionalmente a entornos agrícolas. Aunque el espectro clínico de la enfermedad asociada con R equi es amplio, la afectación pulmonar es una característica predominante en la mayoría de los casos, aunque en este caso; como muy pocos en la literatura se presentó como un cuadro meníngeo.

#### 0075 SÍNDROME DE PERSONA RÍGIDA

DI FLOREZ SALAZAR(1), M CASANOVA(1), B DORFFMAN(1), S EIGUREN(1), M GIRVES(1), J MORALES(1), G PALIO(1), J ROMERO(1), A VEITIA(1)  
(1) Clínica Santa Isabel.

**Introducción:** El síndrome de persona rígida (stiff person syndrome), es una patología muy infrecuente, con varias formas de presentación, aunque todas comparten la clásica rigidez proximal de miembros inferiores y músculos lumbares paravertebrales, espasmos musculares con deterioro progresivo y funcional del paciente. Tiene un origen autoinmune causada por numerosos autoanticuerpos con una lenta progresión hasta la total dependencia y muerte.

**Caso clínico:** Mujer de 67 años, antecedentes de síndrome de persona rígida, cirrosis biliar primaria, hipotiroidismo. Ingresó a UTI por insuficiencia respiratoria aguda asociada a estridor laríngeo con requerimiento de ventilación mecánica (VM).

Evolucionó con VM prolongada y rigidez muscular, se interpretó como progresión de patología de base; se iniciaron pulsos de esteroides sin mejoría. Por presentar títulos elevados de anticuerpos específicos (anti GAD) y su mala evolución, se inició plasmaféresis. Presentó posteriormente status epiléptico, asociado a distress respiratorio grave que requirió decúbito prono, evolucionando con coagulación intravascular diseminada y muerte.

**Discusión:** Se presenta este caso debido a la rareza de esta patología que conlleva alta morbimortalidad. Lo peculiar del caso es que habitualmente, si bien en general el curso es subagudo esta paciente presentó una forma fulminante con compromiso respiratorio y rápida evolución a coagulación intravascular diseminada aun con tratamiento apropiado.

**Conclusión:** Se presenta un caso de un paciente con síndrome de persona rígida con evolución hiperaguda que requirió internación en terapia intensiva por insuficiencia respiratoria, refractaria al tratamiento con esteroides y plasmaféresis, falleciendo posteriormente.

**Bibliografía:** 1. Balint, B., & Meinck, H.-M. (2018). Pragmatic Treatment of Stiff Person Spectrum Disorders. Movement Disorders Clinical Practice.

2. Alexopoulos, H., & Dalakas, M. C. (2010). A critical update on the immunopathogenesis of Stiff Person Syndrome. European Journal of Clinical Investigation.

3. Martínez-Hernández E, Arino H, McKeon A, et al. Clinical and Immunologic Investigations in Patients With Stiff-Person Spectrum Disorder. JAMA neurology 2016.

4. Dalakas MC, Fujii M, Li M, Lutfi B, Kyhos J, McElroy B. High-dose intravenous immune globulin for stiff-person syndrome. The New England journal of medicine 2001;345:1870-1876.

#### 0076 VALOR PREDICTIVO DEL QSOFA (QUICK SEPSIS RELATED ORGAN FAILURE ASSESSMENT) EN LA MORTALIDAD HOSPITALARIA DEL PACIENTE CON TRAUMA

L CORBALAN(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** La enfermedad trauma (ET) continua siendo un desafío para los centros de salud. En relación a la mortalidad se han desarrollado múltiples escalas con el objetivo de determinar su pronóstico. La escala qSOFA ha demostrado tener un buen valor pronóstico en pacientes con sepsis. La evidencia actual en torno a la ET y la utilidad del qSOFA como factor pronóstico es escasa; pero resulta atractivo su estudio en relación a la practicidad de su obtención los servicios de urgencia

**Objetivos:** Principal, demostrar sensibilidad y especificidad del qSOFA en el manejo inicial del trauma, y su valor predictivo en mortalidad. Secundarios, analizar el valor pronóstico de otras escalas, como el TRS e ISS, y compararlas con qSOFA.

**Materiales y métodos:** Trabajo retrospectivo, analítico y observacional, realizado en el HMU; entre enero a diciembre del 2018. Población: pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de trauma. Variables a estudiar: Edad, sexo, patología de base del paciente. scores AIS, ISS, TRS, qSOFA; cinemática del trauma, tipo de trauma, mortalidad, necesidad de cirugía en las primeras 24 horas, admisión en UTI y días ARM.

**Resultados:** Total de casos 562, 241 cumplían con los criterios de inclusión (n = 241), 80,9% hombres y 19,1% mujeres; edad media 32.8 años y 51.1% entre 18 y 30 años de edad. El score qSOFA presentó una media de 1.19 ± 0.84; observándose una relación significativa entre las variable qSOFA y mortalidad (X<sup>2</sup> (3) = 51.325, p < 0.05; con una relación entre las variables moderada y directamente proporcional V de Cramer de 5.01. Valor predictivo negativo de la categoría qSOFA 2-3: fue del 94.9% con una sensibilidad del 80.49% y especificidad del 74.51%; Valor predictivo negativo de la categoría qSOFA 0-1: fue del 100%. Curva ROC y mortalidad: TRSAUC= 0.852, qSOFAAUC= 0.839 y ISSAUC=0.82.

**Conclusión:** Un puntaje elevado del qSOFA estuvo asociado fuertemente con la mortalidad intrahospitalaria del paciente asociado a la ET, ya que un puntaje de 0 se asoció a una nula tasa de mortalidad, mientras que aquellos pacientes que obtuvieron 2 o más puntos se asoció a una mayor mortalidad.

#### 0077 VOLUMEN DIASTÓLICO FINAL GLOBAL INDEXADO COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN CUIDADOS CRÍTICOS

JF GERBER(1), J RODRIGUEZ LOUZAN(1), C GONZALEZ(1), D MASEVICIUS(2), A DUBIN(2), C LOVESIO(1)

(1) Sanatorio Parque. (2) Otamendi.

**Introducción:** El surgimiento de diversas tecnologías mínimamente invasivas ha permitido el acceso a diferentes indicadores del estado hemodinámico que han cobrado relevancia en los últimos años. El objetivo de nuestro trabajo fue determinar si alguna de las nuevas determinaciones arrojadas mediante la técnica de termodilución transpulmonar podría ser identificada como factor independiente asociado a mortalidad en pacientes críticos con shock y falla multiorgánica.

**Materiales y métodos:** Se incluyó en forma retrospectiva la medición de apertura de todos los pacientes que requirieran monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo mediante técnica de termodilución transpulmonar con el equipo EV 1000 de Edwards.

Se midieron edad, sexo, talla, peso, Apache II, SOFA, diagnóstico, índice cardíaco, volumen diastólico final global indexado, volumen sistólico indexado, índice de agua pulmonar extravascular, índice de permeabilidad vascular pulmonar, presión venosa central, variabilidad de volumen sistólico, índice de resistencias vasculares sistémicas indexadas, tensión arterial media, frecuencia cardíaca.

Se realizó un análisis univariado con prueba t de student para variables continuas y  $\chi^2$  para variables categóricas. Posteriormente las variables se incluyeron en un análisis multivariado para testear su asociación con la mortalidad.

**Resultados:** Luego del análisis multivariado, el único factor que se asoció en forma independiente a mortalidad fue el volumen diastólico final global.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes críticos con shock y falla multiorgánica el único predictor independiente asociado a mortalidad fue el volumen diastólico final global indexado.

Tabla 1. Características epidemiológicas de la muestra

	No Sobrevivientes	Sobrevivientes
n	63	30
Edad (años)	58±18	61±19
Sexo Femenino (n)	24	11
Apache II	24±5	25±5
SOFA	8±2	7.2
GEDI (ml/m <sup>2</sup> )	659±170	596±166
VSI (ml/lat/m <sup>2</sup> )	32±11	30±10
ELWI (ml/m <sup>2</sup> )	11±5	12±4,8
IPVP	2,5±1,3	2,8±1,6
IC (L/min/m <sup>2</sup> )	3,2±1,2	2,8±1,2
GEF (%)	20±7	20±7,6
PVC (mmHg)	12±8	10±7
IRVS(dinas-s-m <sup>2</sup> /cm <sup>2</sup> )	1994±1263	2007±1400
VVS (%)	12±6	13±5,6
Talla (cm)	170±9	170±8
Peso (kg)	81±20	77±18
TAM (mmHg)	75±20	76±22
FC (lpm)	95±27	98±23

Tabla2. Análisis univariado y multivariado

PARAMETER	UNIVARIATE ANALYSIS			MULTIVARIATE ANALYSIS		
	OR	IC95%	P	OR	IC95%	p
FC	1.01	0.99-1.03	0.44	-	-	-
TAM (mmHg)	0.98	0.95-1.00	0.10	0.98	0.95-1.01	0.17
IC (L/min/m <sup>2</sup> )	0.72	0.47-1.09	0.12	0.82	0.43-1.56	0.54
VSI (ml/lat/m <sup>2</sup> )	0.97	0.92-1.01	0.12	1.01	0.94-1.08	0.84
VVS (%)	1.02	0.94-1.11	0.57	-	-	-
IRVS(dinas-s-m <sup>2</sup> /cm <sup>2</sup> )	0.99	0.99-1.00	0.93	-	-	-
IPVP	1.49	0.97-2.31	0.07	1.24	0.78-1.96	0.36
ELWI (ml/m <sup>2</sup> )	0.99	0.90-1.10	0.92	-	-	-
GEDI (ml/m <sup>2</sup> )	0.99	0.99-1.00	0.01	0.99	0.99-1.00	0.04
GEF (%)	0.99	0.93-1.06	0.86	-	-	-

### 0078 ¿INTERPRETAMOS CORRECTAMENTE EL VALOR-P LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS CRÍTICOS?

MF ANDREU(1), LP DIAZ BALLVÉ(1), D VERDECCHIA(1), T CARVALHO(1), A MONZÓN(1)  
 (1) Universidad De La Matanza.

**Introducción:** Los profesionales que trabajan en el área de cuidados críticos deben disponer de información clínica actualizada para aplicar la medicina basada en la evidencia. Para ello, se requiere leer críticamente cada estudio y finalmente interpretar los resultados. Sin embargo, las interpretaciones incorrectas del valor p afectan las decisiones de los profesionales y ponen en peligro la calidad de las intervenciones y la acumulación de conocimiento científico válido.

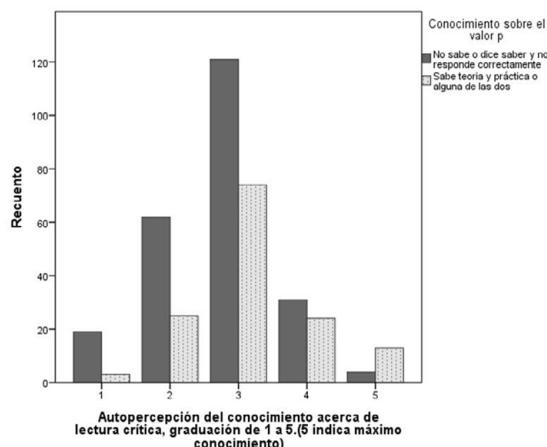
**Objetivo:** Determinar la prevalencia del desconocimiento del valor p e identificar factores relacionados al mismo en médicos y kinesiólogos que se desempeñan en áreas de cuidados críticos de la Argentina.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico transversal de tipo encuesta online entre agosto y noviembre de 2018 incluyendo a médicos y kinesiólogos que desarrollan su tarea en el área de cuidados cardio-respiratorios críticos de la Argentina. La encuesta estuvo conformada por 25 preguntas orientadas a conocer las características de los participantes, la autopercepción y conocimiento del valor p desde el punto de vista práctico y teórico. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para identificar aquellos factores asociados al desconocimiento del valor p. Se consideró significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron un total de 376 encuestas, de las cuales 210 (55,9%) fueron respondidas por médicos y 166 (44,1%) por kinesiólogos. Doscientos treinta y siete profesionales (63%) desconocen que es el valor p.

En el análisis de regresión logística múltiple, tener más de 12 años de graduado (ORaj 1,7 [IC95% 1,0-2,6],  $p=0.03$ ), no haber recibido capacitación en lectura crítica (ORaj 2,3 [IC95% 1,3-4,2],  $p=0.006$ ) y leer menos de 6 artículos científicos al año (ORaj 3,1 [IC 95% 1,6-6,1],  $p=0.006$ ), se asociaron independientemente a desconocer el concepto del valor p. Ser autor de un artículo científico (ORaj 0,6 [IC95% 0.35-0,9],  $p=0.02$ ) estuvo relacionado independientemente a conocer el valor p.

**Conclusión:** Este es el primer trabajo que reporta el nivel de conocimiento del valor p que tienen los médicos y kinesiólogos que trabajan en el área de cuidados críticos de la Argentina. La alta prevalencia de desconocimiento del valor p indican la necesidad de capacitar y fomentar a los profesionales en la lectura y metodología de la investigación con el fin de producir un conocimiento científico válido y mejorar la práctica profesional.



A. Características del encuestado	C. Preguntas sobre el valor p
1. Fecha de nacimiento	15. El valor p es una probabilidad
2. ¿Cuál es su sexo? a) Masculino b) Femenino	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
3. País de Residencia a) Argentina b) Otro (especifique)	Supongamos que llevamos a cabo una investigación donde se comparan dos grupos de tratamientos y definimos como "significancia estadística" a un valor $p < 0.05$ (error tipo I o $\alpha < 5\%$ ). Partiendo de esta premisa defina la verdad o falsedad de las siguientes sentencias respecto a las interpretaciones del valor p.
4. Año que se recibió de la carrera de grado	16. Un valor p no significativo ( $p > 0.05$ ) indica que la hipótesis nula es verdadera.
5. Disciplina a) Medicina b) Kinesiología c) Enfermería d) Otra (especifique)	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
6. Área específica donde predomina su práctica profesional	17. Un valor p no significativo ( $p > 0.05$ ) indicaría que el efecto del tratamiento estudiado no es clínicamente importante.
7. Usted cursó su carrera de grado en... a) Universidad Pública b) Universidad Privada	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
8. Indique sus niveles académicos completos alcanzados a) Cursos de capacitación b) Residencia-Concurrencia-Becario c) Fellow d) Especialidad-Curso Superior e) Maestría f) Doctorado	18. Un valor p no significativo ( $p > 0.05$ ) indicaría que ambos tratamientos son similares.
9. ¿Recibió capacitación en metodología de la investigación o lectura crítica científica, ya sea como curso o como complemento curricular? a) Sí b) No	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
10. ¿Podría detallar cuantos artículos científicos leyó aproximadamente en el último año? a) No le he leído artículos científicos en el último año b) 1 a 5 c) 6 a 12 d) Más de 12	19. El valor p indica la probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta dado los resultados de nuestro estudio.
11. Desde su punto de vista ¿Cree que el idioma de publicación es un factor que limita la lectura de artículos científicos? a) Sí b) No	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
12. ¿Es autor de algún artículo publicado en una revista científica? a) Sí b) No	20. Un valor p no significativo ( $p > 0.05$ ) indica que deberíamos aceptar la hipótesis nula.
13. Gradúe del 1 al 5 el nivel de conocimiento que usted considera tener respecto a la lectura crítica de artículos científicos (5 indica máximo conocimiento)	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
14. ¿Conoce qué es el valor p? a) Sí b) No (finaliza la encuesta)	21. Si obtenemos un valor p significativo ( $p < 0.05$ ) debemos rechazar la hipótesis nula.
	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
	22. El valor p obtenido ( $p > 0.02$ ) indica la probabilidad de obtener resultados semejantes cuando se repita el mismo estudio en una muestra similar.
	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
	23. Un resultado estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) indicaría que el efecto del tratamiento estudiado es clínicamente importante.
	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
	24. El valor p observado en nuestro estudio resultó significativo ( $p > 0.02$ ). Esto confirma que el efecto de tratamiento detectado resultó mayor al observado en otro estudio similar cuyo valor $p > 0.04$ .
	a) Verdadero b) Falso c) No sé la respuesta
	25. ¿Cuál de los siguientes enunciados corresponde a la definición del valor p? a) El valor p es la probabilidad de encontrar un resultado igual o más extremo al observado. b) El valor p indica que tan incompatibles son los datos con la hipótesis nula. c) Ambas opciones son correctas. d) No sé la respuesta

### 0079 PERICARDITIS PURULENTO POR SAMR. A PROPÓSITO DE UN CASO

G GAUDENZI(1), G CARDONATTI(2), G MONTI(2), C LLERENA(2), A BELLOCCHIO(2), B ALVAREZ(2), S AGUIRRE(2), F BARSAGLINI(2), C BENITEZ(2), F COÑEQUIR(2), M ROJAS(2)  
(1) Hospital Central De San Isidro. (2) Hcsi.

**Introducción:** La pericarditis purulenta se define como una infección localizada, caracterizada por pus en el pericardio o purulencia microscópica (>20 leucos x cpo). Los casos de pericarditis purulenta son asociados con infecciones del flujo sanguíneo nosocomiales, cirugía torácica o inmunosupresión. Staphylococcus aureus es la causa más común. La pericardiocentesis guiada por ecografía es el método diagnóstico recomendado para obtener líquido pericárdico. El tratamiento consiste en el drenaje pericárdico y terapia antimicrobiana, inicialmente empírica.

**Objetivo:** Presentar un caso de pericarditis purulenta por SAMR. Analizar la forma de presentación y discutir el manejo, si bien hay reportes en la bibliografía, son escasos.

**Descripción del caso:** Masculino de 44 años de edad que consulta por astenia, adinamia y palidez generalizada de piel y mucosas. Antecedentes: DBT tipo I IR, IRC, HTA, retinopatía diabética y pie diabético. Se interna en Clínica Médica para estudio. Se coloca acceso venoso central subclavio derecho. A los 7 días intercorre con fiebre, leucocitosis, acceso venoso central flogótico y secreción pericardíaca. Se toman cultivos e inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona + Vancomicina. Resultado de cultivos: HC x 2 Negativos / Uc NDR / PC FPM (con SAMR) / Material de PPB: SAMR. Se suspende ceftriaxona, a los 9 días de Vancomicina se rota antibiótico a Minociclina vía oral a completar 14 días.

A las 48 hs de finalizar el tratamiento, intercorre con angor típico, disnea CF IV y anuria, e ingresa a UTI. Estudios complementarios: ECG sin cambios isquémicos. Enzimas cardíacas negativas. Ecocardiograma: derrame pericárdico severo con colapso parcial de cavidades derechas. TAC Tx: derrame pericárdico severo. Derrame pleural bilateral a predominio izquierdo. Se realiza una pericardiocentesis guiada por ecografía: se sacan 200 ml de líquido purulento, el cual se envía a cultivo. Cirugía realiza una pericardiostomía, con lavado y extracción de 700 ml de líquido purulento y colocación de drenaje. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina Tazobactam + Vancomicina. Por falla multiorgánica el paciente requiere hemodiálisis y vasopresores, durante 7 días. Resultado de cultivo de líquido pericárdico: SAMR. Se dirige el tratamiento durante 28 días. Buena evolución clínica. Ecocardiograma transtorácico de control: disminución del derrame pericárdico. Alta médica.



### 0080 MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA, DEBUT DE ENFERMEDAD DE POMPE EN PEDATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

C HAJDINJAK(1), A AVILA(1), D VINCIGUERRA(1), P LOMBARDI(1), N BERNARDEZ(1), L PEREZ ACEVO(1), A FERNANDEZ(1)  
(1) Durand.

**Introducción:** La enfermedad de Pompe infantil o glucogenosis de tipo II es una enfermedad de herencia autosómica recesiva poco frecuente (incidencia de 1/137.000). Produce afectación multisistémica por acumulación de glucógeno lisosomal debido a la deficiencia de  $\alpha$ -glucosidasa ácida (GAA). Formas clínicas: clásica que se manifiesta antes de los 12 meses de vida, y de inicio tardío. La forma clásica conduce a un fenotipo clínico grave, que sin adecuado tratamiento causa la muerte antes de los 2 años de edad. Causa miopatía progresiva, siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes la hipotonía, la dificultad respiratoria y la miocardiopatía progresiva. La terapia de reemplazo enzimático disponible desde 2006 puede mejorar el curso clínico de esta enfermedad. El estado CRIM (cross-reactive immunologic material status) es indicativo de los niveles endógenos de enzima, los pacientes CRIM negativos pueden desarrollar títulos elevados de anticuerpos contra la GAA recombinante humana, estando indicado la inducción de la inmunotolerancia.

**Objetivo:** Actualizar una causa poco frecuente de miocardiopatía hipertrofica en la edad pediátrica, destacando la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.

**Caso clínico:** Paciente de 7 meses, padres consanguíneos, ingresa a UTIP por laringitis grave (VSR+), requirió 4 días CNAF. Al ingreso se constata hipotonía generalizada a predominio axial y hepatomegalia. Rx de tórax de ingreso: cardiomegalia. Ecocardiograma: miocardiopatía hipertrofica severa de VI y VD, mala función ventricular, insuficiencia leve de las 4 válvulas y derrame pericárdico moderado. Inicia tratamiento con Enalapril, Espironolactona y Digoxina. Ante la alta sospecha de hipertrofia miocárdica por enfermedad metabólica se solicita un análisis enzimático de la  $\alpha$ -glucosidasa ácida en gota de sangre seca y determinación de la actividad enzimática en leucocitos y linfocitos, confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Pompe. Se realiza biopsia de piel para cultivo de fibroblastos para determinación del estado CRIM, que detecta restos de GAA natural. Al séptimo día se deriva un centro de mayor complejidad para inicio de Terapia de reemplazo enzimático.

**Conclusión:** La enfermedad de Pompe es causa frecuente de miocardiopatía hipertrofica en este grupo etario. Su detección precoz y pronto inicio de terapia de reemplazo enzimático mejoran los resultados clínicos y la sobrevida de estos pacientes.



### 0081 ANEMIA SEVERA EN UTI - HEMODILUCIÓN NORMOVOLEMICA

AL MUHLBERGER(1), P MARTINEZ CAMPISTEGUY(1), L GONZALEZ BREGA(1), AL NISNIK(1), MB HEREDIA(1), M GUERESCHI(1), F ALVAREZ(1), JR BARTOLI(1)  
(1) Clinica Universitaria Reina Fabiola.

**Objetivo:** Resaltar el valor de la hemodilución normovolémica en pacientes críticos.

Destacar el manejo de patologías oncológicas, así como el inicio del tratamiento quimioterápico dentro de la UTI.

**Caso clínico:** Varón de 18 años, con Púrpura Trombocitopénica Idiopática, derivado de otra institución por anemia severa con repercusión sistémica.

**Antecedente enfermedad actual:** Comienza 48 hs antes con ictericia y coluria, consulta en otro centro donde se constata Anemia Severa e Hiperbilirrubinemia. Recibe un pulso de metilprednisolona 500 mg y se deriva a nuestra institución.

**Ingreso a UTI:** SV: TA 125/85 FC 125 lpm SAT 91% T 37,9°, Ictericia generalizada, dolor en hipocondrio derecho, Hepatomegalia a 2 cm del reborde costal. No esplenomegalia. Hb 4,5 gr%, BT 24,5 mg/dl (D:6mg/dl I:18mg/dl), LDH 2500 u/l, GB 14.500 /mm<sup>3</sup> Procalcitonina 2.5 UI.

- Coombs directa: Positiva. Pruebas cruzadas: hemoliza todas las muestras testeadas.

- PMO: Cultivos, medulograma, y biopsia. Proeritroblastos y eritroblastos basófilos.

- Serología: HIV(-), VHB/VHC(-), parvovirus(-).

- Panel Reumático: Negativo

- Ecografía abdominal y mapeo tomográfico: Leve hepatomegalia.

**Evolución:** Por severa hemólisis e incompatibilidad con todas las unidades testeadas, se restringen transfusiones, con estrategia de hemodilución normovolémica hasta Hb 3-3,5 g/dl y/o sintomatología sobreagregada. Recibe pulsos de metilprednisolona, gammaglobulina EV y Rituximab.

Su nadir fue Hb <2,8 g/dl, con precordialgia, palpitaciones y manifestaciones neurológicas. Se realiza esplenectomía de urgencia. Anatomía patológica del bazo informa infiltración medular de células neoplásicas poco diferenciadas compatible con LINFOMA. Inicia QMT con esquema EPOCH DA en la UTI.

Presento aplasia medular severa y posterior normalización progresiva de su anemia.

**Discusión:** Un límite transfusional de Hb resulta arbitrario y cuestionable según el estado general y comorbilidades del paciente. Los hemoderivados no están exentos de riesgo, como hipersensibilidad o transmisión de infecciones. La hemodilución normovolémica y el uso racional de hemoderivados disminuyen los riesgos.

Se observa un aumento en la prevalencia de patologías oncológicas en la Unidad de Terapia Intensiva, y cada vez más nos vemos forzados a iniciar su tratamiento durante la estadía en la misma.



## 0082 INTOXICACIÓN POR LITIO - CAUSA INFRECUENTE DE DEPRESIÓN DEL SENSORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

PS MARTINEZ CAMPISTEGUY(1), AL MUHLBERGER(1), L GONZALEZ BREGA(1), AL NISNIK(1), MB HEREDIA(1), F ALVAREZ(1), M GUERESCHI(1), JR BARTOLI(1)

(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

**Objetivo:** Resaltar una causa infrecuente de depresión de la conciencia, que puede ser fatal si pasa inadvertida.

**Caso clínico:** Varón de 71 años con antecedentes de trastorno bipolar, insuficiencia renal crónica, HTA, internado hasta dos semanas antes por insuficiencia cardíaca, es derivado por deterioro cognitivo progresivo y movimientos anormales.

Manifiesta pérdida progresiva de memoria reciente, disartria y movimientos tónicos generalizados.

Al ingreso presenta signos vitales normales, Glasgow 15/15, pares craneales normales, bradipsíquico, lenguaje hipofluente, paresia alterna 4/5 de miembro superior derecho e inferior izquierdo con hipertonía e hiperreflexia generalizada, clonus en manos y pies, disquinesias orolinguales y mioclonías generalizadas a predominio braquial izquierda y crural derecha.

Agrega convulsiones parciales izquierdas, depresión del sensorio, hipotensión arterial y bradicardia con requerimiento de ARM, vasopresores e inotrópicos.

La punción lumbar descarta infección y la TAC cerebral no muestra lesión estructural. Laboratorio: creatinina 2,32 mg/dl y litemia de 2,56 mEq/l.

Se inicia hemodiálisis de rescate hasta disminuir litemia a 1,04 mEq/l. En cada ventana de analgesedación presenta excitación psicomotriz y un episodio convulsivo, tratado con midazolam, fenitoína, dexmedetomidina y quetiapina. Un EEG descarta status.

A las 72hs se completa el weaning, persistiendo síndrome confusional hipoactivo.

Se otorga el alta a sala común donde continuó con neurorehabilitación cognitiva.

**Discusión:** El litio es uno de los medicamentos de elección para trastorno bipolar, aun cuando 35-90% de los pacientes presentan toxicidad dosis dependiente/tiempo dependiente, además de interacciones medicamentosas, especialmente asociado a diuréticos y depleción de volumen, manifestada por signos neurológicos (la alteración del estado mental es la manifestación más frecuente), renales y gastrointestinales.

Puede ser aguda o crónica o clasificarse en moderada (1,5-2,5 mEq/l), severa (2,5-3,5 mEq/l) y amenazante a la vida >3,5 mEq/l; aunque existe poca relación entre el nivel y la severidad clínica. El tratamiento consta de medidas generales, monitoreo estricto y hemodiálisis en pacientes con litemia mayor a 5mEq/l o menor si hay afectación neurológica.

## 0083 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE CASOS

AL CORREA FRETES(1), GC SAMUDIO(2), AL CORREA(2), SV VELÁZQUEZ(2), LS QUINTERO(2), J KEGLER SAMUDIO(2)

(1) Hospital Central Ips. (2) Ips Central.

**Introducción:** El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección viral o bacteriana; el diagnóstico precoz puede ser difícil por las diversas expresiones clínicas. Las formas atípicas pueden ser más graves. Se debe instaurar tratamiento dirigido en forma temprana para disminuir las complicaciones.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, laboratoriales y electrofisiológicas en pacientes con Síndrome de Guillain-Barré, que requirieron de cuidados intensivos en el periodo 2018 - 2019.

**Resultados:** Se reportan tres casos en escolares con promedio de edad de 9,6 años, dos masculinos con un promedio de 4,3 días desde el inicio de los síntomas hasta el requerimiento de ARM en promedio de 70 días; escala de gravedad 5 para todos, con antecedente

de infección en las dos semanas previas; variantes clínicas síndrome de Miller-Fisher, Clásica, Cervico-faríngeo- braquial; todos los pacientes recibieron Inmunoglobulina, dos de ellos Plasmaferesis, uno Corticoides; los mismos se encuentran en fase de recuperación.

**Conclusión:** El síndrome de Guillain-Barré es una patología que puede requerir cuidados intensivos. Aparentemente las formas clínicas atípicas son más graves y de difícil recuperación.

**Referencias:** 1- Experiencia del Síndrome de Guillain-Barré en una Unidad de Cuidados Intensivos neurológicos Autores: P. González, X. García, A. Guerra, J.C. Arango, H. Delgado, C.S. Uribe, J. Sará, J.C. López de Mesa, O. Hernández Art. Neurología vol 31 Julio-Agosto 2016 pag. 389-394.

2- Síndrome De Guillain-Barré Actualización Acerca Del Diagnóstico Y Tratamiento Autores: Dr. Fermin Casares Albornas, Dr. Orestes Herrera Lorenzo, Dr. José Infar Ferrer, Dr Ariel Varela Hernández Archivo Médico de Camagüey, vol. 11, 2007.

3- Síndrome de Guillain-Barré Servicio de Neurología Pediátrica. Autor: Samuel – Ignacio Pascual Hospital Infantil Universitario La Paz- Madrid .Protocolos Diagnóstico y Terapéutico de la AEP año 2008.

#### 0084 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE ASOCIADO A VIRUS DE CMV. REPORTE DE CASO PEDIÁTRICO

GC SAMUDIO(1), AL CORREA(2), SV VELÁZQUEZ(2), J KEGLER SAMUDIO(2)

(1) Hospital Central Ips. (2) Ips Central.

**Introducción:** El Síndrome de Guillain Barré es una enfermedad autoinmune caracterizada por parálisis simétrica progresiva, y reflejos tendinosos disminuidos o ausentes. Ha sido asociado a diversas etiologías. El germen que lo motiva, en general no se encuentra presente en el momento del diagnóstico.

**Presentación de caso:** Paciente de 7 años de edad con historia de 6 días de cefalea, vómitos, a lo que se agrega debilidad progresiva de miembros inferiores, ascendente, que se generaliza, ataxia sensitiva, ptosis palpebral, disfunción vesical, disfonía, dificultad para la deglución, a lo que se agrega dificultad respiratoria progresiva. PA: 110/70 FC: 90 xm llenado capilar 2 seg. Arreflexia generalizada. Precede de área con avistamiento de ratón de cola larga.

LCR con disociación albumino-citológica. IFI IgM para Echovirus, Coxsackie, EVB, Parvovirus B19, Adenovirus, HVS 1-2, Legionella, Coxiella, VSR, Influenza, Parainfluenza, Mycoplasma, Chlamydia y Leptospira negativos.

IgM positivo para hantavirus. PCR en sangre negativo para Zika, Dengue y Hantavirus.

PCR positivo para CMV.

RMN cerebral normal. EMG con desmielización en parches. EMG compatible con SGB.

**Tratamiento:** ARM, Inmunoglobulina IV, Ganciclovir Cuadro estacionado por 10 días, con recuperación progresiva.

**Conclusión:** El Síndrome de Guillain Barre puede estar asociado a virus CMV, lo cual puede ocasionar una reacción falsamente positiva para virus Hanta. Su reconocimiento temprano es fundamental para un tratamiento oportuno. Esta etiología debe ser investigada en zonas con infestación de ratas colilargas

**Referencias:** 1- Experiencia del Síndrome de Guillain-Barré en una Unidad de Cuidados Intensivos neurológicos Autores: P. González, X. García, A. Guerra, J.C. Arango, H. Delgado, C.S. Uribe, J. Sará, J.C. López de Mesa, O. Hernández Art. Neurología vol 31 Julio-Agosto 2016 pag. 389-394.

2- Síndrome De Guillain-Barré Actualización Acerca Del Diagnóstico Y Tratamiento Autores: Dr. Fermin Casares Albornas, Dr. Orestes Herrera Lorenzo, Dr. José Infar Ferrer, Dr Ariel Varela Hernández Archivo Médico de Camagüey, vol. 11, 2007.

3- Síndrome de Guillain-Barré: viejos y nuevos Conceptos Autores: Daniel Rebolledo-García,1 Perfecto Oscar González-Vargas,2 Zaira Medina-López,3 Isaías Salgado Calderón. Rev Mex Neuroci 2018; 19(1): 80-93.

#### 0085 LESIONES LARÍNGEAS POST-EXTUBACIÓN ENCONTRADAS DURANTE LA EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN. SERIE DE CASOS

G CHIAPPERO(1), A FALDUTI(1), P DÍAZ BALLVÉ(2), N RAIMONDI(1)

(1) Fernández. (2) Posadas.

**Introducción:** La intubación endotraqueal puede causar lesiones potencialmente severas en diferentes regiones de la laringe, que pueden contribuir a la disfagia posterior a la extubación, la aspiración y a la tos ineficiente.

**Objetivos:** Describir la prevalencia y el tipo de lesión oculta laríngea encontrada durante la evaluación endoscópica de la deglución (FEES). Reportar además los factores de riesgo asociados a su presencia y la relación con los trastornos de la deglución en pacientes en terapia intensiva luego del proceso de extubación.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional y transversal de tipo serie de casos. Se presentan los resultados de las FEES solicitadas por el médico tratante luego de la extubación. Se excluyeron los pacientes en los que no se pudo evaluar adecuadamente la región glótica y los estudios repetidos en un mismo paciente. Las FEES fueron realizadas según técnica descripta por Langmore. Se evaluaron los días de intubación, la presencia de traqueostomía, la necesidad de reintubación, las características anatómicas de la faringe y laringe, tipo de lesiones laríngeas, el escor de Murray y la escala de penetración/aspiración (PAS). Se utilizó chi cuadrado, U de Mann-Whitney y test de Fisher para establecer asociaciones según corresponda.

**Resultados:** Fueron incluidos 61 pacientes. 37 (60,7%) hombres, con una edad promedio de 52,33±16,18. La mediana de los días de intubación fue 11, (Q25-Q75 7-13). Cincuenta (90,2%) estaban traqueostomizados y 7 (11,5%) pacientes requirieron reintubación. La prevalencia de lesiones laríngeas de algún tipo fue del 75,4% (n=45). Las lesiones encontradas y las características de la deglución se describen en la **Tabla 1** y **2** respectivamente.

No se encontró asociación entre los días de intubación y lesiones laríngeas (p=0,768), días de intubación y disfagia (p=0,502), traqueostomía y disfagia (p=0,32), edad y disfagia (p=0,264) ni en la necesidad de reintubación y la presencia de lesiones laríngeas (p=0,501).

**Conclusión:** Con la utilización de la FEES post-extubación se detectó una prevalencia alta de lesiones laríngeas ocultas, sin embargo, no se encontró relación con la presencia de disfagia.

Lesión	Número	Porcentaje
Parálisis/paresia de CV	9	14,8
Luxación aritenoides	9	14,8
Edema	20	32,8
Eritema	10	16,4
Inadecuado cierre glótico	19	31,1
Granuloma	6	9,8
Úlcera	16	26,2
Lesión subglótica	5	8,2

**Tabla 1. Lesiones laríngeas**

PAS SS	n	%	PASS L	n	%	Murray	n	%
Normal	32	52,2	Normal	10	16,4	0	18	29,5
Penetración	10	16,4	Penetración	17	27,9	1	15	24,6
Aspiración	6	9,8	Aspiración	18	29,5	2	15	24,6
NE	13	21,3	NE	16	26,2	3	13	21,3

**Tabla 2. Características de la deglución**

### 0086 INFECCIONES OPORTUNISTAS EN RECHAZO CRÓNICO DE TRANSPLANTE RENAL

A FELDMAN(1), D VARELA(1), B MEZA(1), G CAPDEVILA(1), S TOMÉZ(1), R OCHOA(1), G SIBILA(1), M GUAYMAS(1)  
 (1) Churruca.

**Introducción:** La infección por citomegalovirus (CMV) y la enfermedad se asocian con mayor riesgo de fracaso del aloinjerto y muerte. Si bien las nuevas terapias inmunosupresoras disminuyen la tasa de rechazos, son una de las causas predisponente de infección en el postrasplante.

**Caso clínico:** Paciente de 42 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica secundaria a síndrome urémico hemolítico con trasplante renal con donante cadavérico 1987 con pérdida de injerto en 2010. En 2015 segundo trasplante, con rechazo moderado de células T en 2018 por lo cual requirió solumedrol, inmunoglobulina y rituximab. Evoluciona con rechazo crónico requiere tratamiento con tacrolimus, micofenolato. En 2019 consulta por disnea CF III fiebre, aumento de urea y creatinina. Se realiza fibrobroncoscopia con BAL dando positiva la tinción para Pjiroveci y el panel viral positivo para coronavirus, inicia TMS, ganciclovir, piperacilina tazobactam. EL 05-03 pasa a UTI con requerimiento de intubación orotraqueal, ARM, evoluciona con distress respiratorio severo, requirió decúbito prono y drogas vasoactivas. Se rota ATB a Pentamidina, meropenem, vancomicina. El 10-03 inicia ganciclovir por PCR positiva para CMV, evoluciona con fallo organico multiple por lo cual fallece.

**Discusión:** La infección y la enfermedad por CMV se asocian con la morbilidad, la falla del aloinjerto y la muerte en los receptores de trasplante de riñón. El diagnóstico se realiza con la (PCR) para la detección del ADN del CMV. El examen histopatológico puede ser necesario para diagnosticar la enfermedad por CMV invasiva en los tejidos en pacientes que tienen análisis de CMV negativos.

**Conclusión:** Aunque el diagnóstico definitivo requiere la demostración histológica, una clara sospecha clínica, junto con la exclusión de otros agentes etiológicos y la demostración de infección (cultivo, PCR, antigenemia) pueden justificar un tratamiento empírico frente a CMV. El diagnóstico no resulta con frecuencia fácil, habitualmente son condiciones de extrema gravedad lo que dificulta realizar una biopsia pulmonar para confirmar el diagnóstico. A pesar del uso de estrategias de prevención y la mejora en los métodos diagnósticos, el citomegalovirus (CMV) continúa siendo la complicación viral más frecuente después del trasplante renal.

### 0087 ¿SON SUFICIENTES LAS DOSIS DE ANTIBIÓTICOS BETA-LACTÁMICOS QUE UTILIZAMOS EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS?

L LAMPONI TAPPATÁ(1), D MAURIZI(1), L SPADARO(1), P DIETRICH(1), P GARCÍA KRAEMER(1), V FUKS(1), L LAMOT(1), M PETASNY(1), L MARTINEZ(1)  
 (1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero.

**Introducción:** Los pacientes críticamente enfermos poseen cambios fisiopatológicos que alteran las concentraciones de antibióticos betalactámicos y por ende la posibilidad de alcanzar el objetivo de farmacocinética y farmacodinamia (PK/PD). Estudios realizados en pacientes críticos sugieren que la concentración de éstos antibióticos debe mantenerse 4 veces por encima de la concentración inhibitoria mínima (CIM) para estar frente a la mayor actividad bactericida.

**Métodos:** Estudio prospectivo realizado en una terapia intensiva de adultos desde enero de 2018 a enero de 2019. Se incluyeron pacientes que durante su internación recibieron cefazolina, ceftiraxona, ceftazidima o meropenem. Se realizó dosaje de concentración de antibiótico en plasma en el 50% del intervalo de dosis (50% fT). Se comparó la concentración de antibiótico libre con los objetivos de CIM y CIM x 4 para los microorganismos susceptibles, según los criterios del CLSI. De esta forma, algunos pacientes fueron analizados en relación a dos grupos de microorganismos. Se comparó el

grupo de pacientes que cumplió el objetivo CIM x 4 con el que no, en términos de variables de PK/PD.

**Resultados:** Se incluyeron 29 determinaciones y 55 comparaciones. En el 92,7% de los casos se alcanzó el objetivo 50% fT > CIM y en el 61,8%, se cumplió la meta 50% fT > CIM x 4 (tabla 1). Si tomamos en cuenta el peor escenario (el germen susceptible al antibiótico con CIM más alta), solo el 48,3% de los pacientes cumplieron el objetivo 50% fT > CIM x 4. Los pacientes que no llegaron al objetivo 50% fT > CIM x 4 tuvieron mayor aclaramiento renal que los que llegaron al objetivo (160 vs 108,5 ml/min/1,73m2, p= 0,01) (ver tabla 2).

**Conclusiones:** Un gran porcentaje de pacientes críticos que recibe betalactámicos no alcanza las metas de PK/PD recomendadas en la actualidad para garantizar un beneficio clínico. Una variable asociada a valores subóptimos de antibióticos resultó ser el aumento en el aclaramiento renal. Es necesario comenzar a individualizar las dosis de tratamientos con betalactámicos para mejorar los resultados clínicos en pacientes críticos.

Fases de PK/PD	Cefazolina n=6				Ceftiraxona n=3			Aeróbico (n° bacterias)			Total N=55
	Stafilococcus aureus	Enterobacteriaceae	Enterobacteriaceae	Acinetobacter spp							
50% fT > CIM	3 (50%)	5 (83.3%)	3 (100%)	2 (66.7%)	5 (75%)	3 (100%)	5 (100%)	12 (60%)	4 (80%)	12 (100%)	92.7%
50% fT > CIM x 4	0 (0%)	2 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	7 (35%)	10 (50%)	6 (50%)	61.8%
Pre-microbiograma	0 (0%)	-	1 (33.3%)	-	-	-	-	7 (35%)	-	6 (50%)	48.3%

Tabla 1. Datos sobre la llegada a los objetivos de farmacocinética/farmacodinamia \* en pacientes críticamente enfermos.

\* Los valores de los objetivos normalizados y estandarizados.

† Media (desviación estándar)

Variable	Objetivo		Valor de p	
	50% fT > CIM x 4 (n=34)	No objetivo (n=21)		
Sexo masculino	61.8%	66.7%	0,7	
Edad	51,9 (DS 15,5)	41,9 (DS 17,07)	0,02	
Peso Kg	80,4 (DS 16,2)	85,8 (DS 14,6)	0,1	
NIAC	28,5 (DS 6,5)	28,9 (DS 3,65)	0,4	
Días de internación al inicio del ATB	9,82 (DS 11,1)	8 (DS 5)	0,3	
ATB	Cefazolina	5,9%	47,6%	0,0003
	Ceftiraxona	2,9%	9,5%	0,3
	Ceftazidima	44,1%	4,8%	0,002
	Meropenem	47,1%	38,1%	0,5
APACHE al ingreso	14,9 (DS 6,1)	16,5 (DS 6,9)	0,2	
Shock séptico	70,6%	63,2%	0,6	
Foco	Respiratorio	88,2%	90,5%	0,8
	Pancreático	5,9%	9,5%	0,6
Clr orina 24hs ml/min	108,5 (DS 60,6)	160 (DS 51,6)	0,01	
MDR ml/min	169,5 (DS 90,3)	173,2 (DS 69,9)	0,43	
Clr orina 24hs < 60 ml/min	17,65%	0%	0,1	
Clr orina 24hs > 130 ml/min	47,1%	67,14%	0,6	
Balace acumulado ml	2782,2 (DS 5198,5)	4143,1 (DS 6936,3)	0,4	
APACHE al momento del dosaje de ATB	11,65 (DS 4,3)	12 (DS 5,46)	0,5	
Albúmina g/dl	2,3 (DS 0,38)	2,5 (DS 0,4)	0,05	

Tabla 2. Comparación entre grupo que alcanzó el objetivo de PK/PD y el grupo que no.

### 0088 UTILIZACIÓN DE DUPLEX TRANSCRANEAL (DXT) EN EL NEUROMONITOREO DEL PACIENTE CRÍTICO. EXPERIENCIA INICIAL EN TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL PIROVANO

DN GAUNA(1), F ADRIANA(1), L MACCHIAVELLO(1)  
 (1) Pirovano.

**Introducción:** El Doppler transcraneal identifica arterias cerebrales en función de profundidad, dirección, rango de velocidades y respuestas a las maniobras de compresión. El DXT, en cambio, identifica anatómicamente vasos, estructuras cerebrales como tronco encefálico, ventrículos, lesiones ocupantes de espacio y hemorragias, entre otros. Esto es posible combinando ecografía en modo B con Doppler color y pulsado, permitiendo la identificación de vasos, conformaciones anómalas y análisis espectral de flujo.

**Objetivo:** Describir los pacientes evaluados con DXT, sus patologías, y los patrones característicos encontrados en los mismos.

**Método:** Se realizaron DXT en pacientes en UTI desde diciembre 2018 hasta mayo 2019. Fueron realizados con transductor sectorial de 1,5 a 3,5 MHz, con preset de DXT, a través de ventana transtemporal, eje axial, planos mesencefálico, diencefálico y ventricular (0°, 15° y 30°). Se realizó la recopilación de datos. Los patrones según velocidades, IP e IL se definieron como: Normal, aumento de resistencia, vasoespasmos, hiperemia y paro circulatorio cerebral.

**Resultados:** Fueron incluidos 21 pacientes, 12 hombres (57,1%)

Edad promedio 55,6 (20-79), los motivos de internación: 6 HSA, 5 TEC, 4 MAV, 2 ACV isquémico, 2 hemorrágico y 2 tumores cerebrales.

Los pacientes que tuvieron patrón Normal fueron 10 (47%), vasoespasmos 5 (23,8%), aumento de resistencia 4 (19%), paro circulatorio cerebral 1 (4,7%) e hiperemia 1(4,7%). En todos los casos se identificaron las siguientes estructuras: calota contralateral, tronco encefálico, ventrículos laterales y arterias del polígono de Willis. Se realizó la detección de velocidades por Doppler pulsado de arterias cerebrales medias, anteriores, posteriores y carótida interna distal.

**Conclusiones:** El DXT es útil dentro del neuromonitoreo ofreciendo datos sobre características hemodinámicas y anatómicas. Permite una mejor identificación del sistema vascular. Aún realizada por profesionales en formación ya que las imágenes son elocuentes y no requieren de un amplio conocimiento de la técnica, aunque sí de su interpretación. Se necesitarán mayor número de pacientes para realizar una estadística relevante y comparativa. Teniendo en cuenta los recursos del Hospital creemos que es una herramienta útil a desarrollar y complementaria al Doppler transcraneano.



#### 0090 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (TP) EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS. ANÁLISIS DE 11 MESES EN LA UTI DEL HOSPITAL PIROVANO

DN GAUNA(1), A FELDMAN(1), L MACCHIAVELLO(1)  
(1) Pirovano.

**Introducción:** El desarrollo del neuromonitoreo ha permitido el soporte vital por períodos más prolongados. Por causa del deterioro del estado de conciencia, incapacidad de protección de vía aérea o necesidad de sedación profunda el subgrupo de neurocríticos presenta frecuentemente ventilación mecánica (VM) prolongada. Numerosos artículos estudiaron posibles implicancias negativas de la traqueotomía percutánea (TP) en neurocríticos como la presión ejercida en el cuello, el aumento de la presión intracraneana, la disminución del flujo cerebral e hipercapnia.

**Objetivo:** Comunicar la experiencia de la TP en la Unidad de Terapia Intensiva en el subgrupo de pacientes neurocríticos.

**Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional desde junio 2018 a mayo 2019 de pacientes neurocríticos que se sometieron a TP durante su internación. Las variables fueron edad, patología, días de intubación (IOT), días de VM, Apache, mortalidad, complicaciones mayores y menores. Se utiliza media y DS y %.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes con las siguientes patologías: 4 ACV isquémico, 2 HSA aneurismática, 2 hematoma intraparenquimatoso, 3 TEC, 1 tumor fosa posterior, 1 Miastenia Gravis. Edad 59,4 (21-79) Días IOT 14,6 (9-29) Apache II 16,8 (5-33) En todos los casos previo al procedimiento se monitoreó con ecografía de cuello en modo B y Doppler para evaluar estructuras y un protocolo con CHECK-LIST antes, durante y posterior a TP. No se observaron cambios en el Score de Glasgow antes y después del procedimiento. Mortalidad a 7 y 30 días fue de 0%, 7,6% respectivamente. Días de ventilación mecánica post TP 19,7 (3-29), días totales de ARM 428. Número de episodios de NAVM 11,6/1000 días de ventilación mecánica. Las complicaciones presentadas fueron hipotensión transitoria 69%, sangrado del ostoma autolimitado 33,3%. Neumotórax hipertensivo 7,6% atribuible a TP.

**Conclusiones:** En el grupo de pacientes estudiado la TP fue un procedimiento seguro para el paciente neurocrítico, con valores de complicaciones similares a la bibliografía. Como ventajas es una práctica bedside, rápida y no cruenta. Aunque se necesita un mayor tamaño muestral, este trabajo proporciona una plataforma para subsiguientes estudios.

#### 0091 HÍGADO GRASO DEL EMBARAZO: UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE.

S LLERENA(1), J SAGARDIA(1), F LOIACONO(1), A FERNANDEZ(1), M OLGUÍN(1), D PEZZOLA(1)  
(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

**Introducción:** El hígado graso del embarazo es una emergencia médica y obstétrica, con una elevada mortalidad materno-fetal sin un reconocimiento temprano y un manejo adecuado. Es poco frecuente. Generalmente ocurre en el tercer trimestre afectando a 1 de cada 20.000 embarazos. Los factores de riesgo incluyen nuliparidad, recién nacidos (RN) varones y embarazo gemelar. Dentro de los diagnósticos diferenciales podemos encontrar PTT, síndrome HELLP, síndrome urémico hemolítico y hepatitis de diferentes causas.

**Objetivo:** Reportar dos casos clínicos de hígado graso del embarazo.

**Métodos:** Reporte de caso.

**Caso 1:** Paciente de 19 años, sometida a cesarea de urgencia por sufrimiento fetal, embarazo de 39 semanas de gestación. RN vivo, varón, Apgar 4/9 de 2750 gr. Ingres a unidad de cuidados intensivos (UCI) por sospecha de Preeclampsia severa.

HTO 26.5%, leucocitosis 20.000, plaquetopenia 125.000, creatinina 1.9 mg/dl, Bil Directa 13mg/dl, Bil. Indirecta 10.8 mg/dl, coagulopatía e hipoglucemia.

Ecografía abdominal: hígado conservado, ascitis severa. Presenta registros febriles y ante sospecha de sepsis puerperal se realiza laparotomía exploradora sin hallazgos.

Evoluciona con hipoglucemia y requerimiento de solución glucosada parenteral. Se reinterpreta como hígado graso del embarazo. Evoluciona favorablemente.

**Caso 2:** Paciente de 22 años cursando embarazo de 34 semanas, que consulta por cuadro de 24 horas con dolor en epigastrio, flapping, ictericia de piel y mucosas, náuseas y vómitos. HTO 29%, leucocitosis 23.000, coagulopatía, creatinina 1.8 mg/dl y Bil. Directa 9.2 mg/dl, Bil. Indirecta 7.8 mg/dl, GOT 102 GPT 115 UI/l. Se sospecha Síndrome coledociano.

Ecografía abdominal hígado con aumento de la ecogenicidad de forma difusa, Ascitis, Evoluciona con hipoglucemia.

Ecografía ginecológica: sufrimiento fetal (bradicardia). Requiere cesarea de urgencia, RN vivo, varon. Apgar 6/9 de 2036 gr.

Diagnóstico presuntivo: Preeclampsia severa e Hígado graso del embarazo. Evolucionó favorablemente bajo tratamiento de sostén. En la tabla 1 se muestran las características de las pacientes.

**Conclusiones:** La patología es poco frecuente y con varios diagnósticos diferenciales. Ambas pacientes requirieron UCI para optimizar el manejo, con buena evolución tanto para ellas como para los RN. La interrupción del embarazo y el tratamiento de sostén son fundamentales para una buena evolución.

Criterios de Swansea que cumplían ambas pacientes para diagnóstico de hígado graso del embarazo

PRESENTARON	CASO 1	CASO 2
Dolor abdominal	X	X
Vómitos	X	
Encefalopatía		X
Ascitis	X	X
Coagulopatía	X	X
Hipoglucemia	X	X
Hiperbilirubinemia	X	X
Hiperamonemia		X
Aumento transaminasas	X	X
IRA	X	X
Hiperuricemia	X	X
Leucocitosis	X	X
Tercer trimestre de embarazo	X	X

#### 0092 FLEGMASIA CERULEA DOLENS: REPORTE DE CASO

S LLERENA(1), J SAGARDIA(1), F RIOS(1), D PIEZNY(1), C ARIAS(1)  
 (1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

**Introducción:** La Flegmasia Cerulea Dolens (FCD) es una complicación rara y poco frecuente de la trombosidad venosa profunda extensa. Los principales factores predisponentes para la formación de la misma son los estados de hipercoagulabilidad. La trombosidad masiva compromete el retorno venoso y aumento de presión intersticial que puede llegar a interferir con la perfusión arterial produciendo isquemia tisular, que si persiste progresa a la necrosis. La FCD es caracterizada por edema masivo, dolor intenso y cianosis. Su diagnóstico es clínico confirmandose por ecodoppler.

**Objetivo:** Reportar un caso clínico de un paciente que presentó trombosidad masiva del sistema venoso profundo que requirió fibrinólisis sistémica.

**Metodos:** Reporte de caso.

**Desarrollo:** Paciente masculino de 52 años con antecedentes de tabaquismo, dolor crónico en miembros inferiores de predominio izquierdo que consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por tos, fiebre y disnea progresiva hasta CF II- III. En la evaluación inicial se constata taquipnea, regular dinámica ventilatoria, fiebre y crepitantes bilaterales de predominio izquierdo. RX de tórax: Infiltrado difuso bilateral. Se interpreta cuadro como neumonía aguda de la comunidad por lo que se inicia tratamiento con ceftriaxona, claritromicina y oseltamivir. Requiere ventilación mecánica invasiva y vasopresores. Al examen físico se evidencia cianosis extensa del miembro inferior izquierdo y aumento de su diámetro. En el ecodoppler se observa contenido heterogéneo hipoeoico en vena femoral superficial, poplítea y femoral común que se extiende hasta la iliaca izquierda e iliaca común con flujo parcial. Se inicia tratamiento fibrinolítico sistémico con estreptoquinasa 1.500.000 U.I mejorando notablemente la perfusión del miembro afectado. Posteriormente se realiza tomografía de torax compatible con tromboembolismo pulmonar (TEP). Continúa tratamiento con enoxaparina subcutánea en dosis de anticoagulación. Evolucionó con sangrado en vía aérea y en sitios de venopunción. Requiere colocación de filtro en vena cava inferior. Se realizan controles de factor anti-X y controles ecográficos. Presenta una buena evolución por lo que es dado de alta.

**Conclusiones:** No existe consenso en el tratamiento de esta patología. El TEP es una complicación que se relaciona a la mortalidad. El paciente presentó una evolución favorable con el uso de trombolíticos y anticoagulación.

#### 0093 VENTILACIÓN MECÁNICA DIFERENCIAL (VPD) EN PATOLOGÍA PULMONAR HETEROGÉNEA. REPORTE DE UN CASO EN UTI HOSPITAL PIROVANO

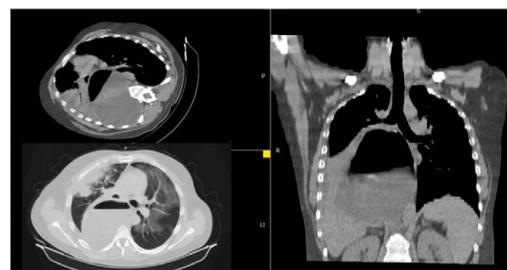
DN GAUNA(1), L MACCHIAVELLO(1), J MORALES(1)  
 (1) Pirovano.

**Introducción:** La VPD es un recurso terapéutico que es puesto en marcha en pacientes con patología grave, donde una única programación ventilatoria beneficiará a un pulmón y perjudicará al otro. La afectación bipulmonar con distinta fisiopatología es infrecuente en la práctica y presenta alta mortalidad. Por tanto, ventilar cada pulmón con modos diferentes es posible a través un tubo doble lumen (un lumen en tráquea y otro en bronquio derecho o izquierdo) ambos balones de alto volumen y baja presión.

**Presentación de caso:** Paciente masculino 42 años con antecedentes de tabaquismo 40 cigarrillos/día que ingresa a la guardia por NAC grave en tratamiento ambulatorio, con evolución al shock séptico, paro cardiorrespiratorio que retorna a actividad circulatoria tras maniobras de RCP. TAC de tórax se evidencia colección con nivel hidroaéreo de 1000 mm<sup>3</sup> y derrame pleural bilateral. Se coloca tubo de avenamiento pleural por líquido purulento. Cultivos, Serologías para HIV y BAAR negativos. Ingresó a UTI con Apache II 36 (mortalidad 86%), gasometría inicial EAB 6,90 PCO<sub>2</sub> 65 O<sub>2</sub> 68 Bic 13,5 L2,6. A 48 hs del ingreso se realiza toracotomía, decorticación y drenaje de colección, IOT con tubo doble lumen. Se evidencia fístula broncopleural de alto débito izquierdo e infiltrados alveolointersticiales con aumento del componente resistivo del derecho. Por desaturación y PAFI de 60 se inicia la VPD: Pulmón derecho rama bronquial (Dräger Evita): VCV 220 Peep 5 FIO<sub>2</sub> 100% Plateau 20 Compliance estática 14,6. Pulmón izquierdo rama traqueal (Maquet Servo-S) VCV 350 Peep 4 Fr 18x FIO<sub>2</sub> 100%.

**Discusión:** La utilización de VPD es una estrategia que demanda alto nivel de conocimiento de la fisiología respiratoria y personal entrenado. En nuestro caso no hubo dificultades en sincronizar ambos respiradores y el paciente continuó sin asincronías. Evolucionó con fallo multiorgánico y óbito.

**Conclusión:** El manejo con VPD es de gran utilidad como estrategia ventilatoria para la separación anatómica y funcional. En nuestro caso se evidenció mejoría gasométrica contundente. No obstante la falla multiorgánica y la refractariedad al tratamiento médico condicionaron el desenlace. Incluso con resultados parecidos al nuestro, los estudios avalan la utilización de VPD.



#### 0094 FALLO RESPIRATORIO GRAVE EN OBESIDAD MÓRBIDA: UN MANEJO COMPLEJO

CB LOPEZ(1), CL RAMIREZ(1), G QUISPE REYES(1), TC NAVARRO(1), DE MIÑO(1), AE PIACENZA(1), JA CIALZETA(1), FN FALCÓN(1), MJ OCHOA(1)  
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

**Introducción:** La obesidad representa un factor de riesgo cuya incidencia ha ido en ascenso. Genera alteraciones en la fisiología respiratoria a diferentes niveles: volúmenes pulmonares, mecánica respiratoria, flujo de las vías aéreas e intercambio gaseoso, control central.

**Objetivo:** Reporte de caso clínico de superposición de Síndrome de obesidad-hipoventilación y EPOC con fallo respiratorio grave.

Paciente de 62 años, hipertenso, tabaquista, obeso mórbido (IMC 58). Ingresa al servicio de emergencias el día 5/02/2019 lúcido, afebril, disnea clase funcional IV, ortopnea y edema de miembros inferiores, saturación de 70% por oximetría de pulso, taquipneico, taquicárdico, presencia de cianosis periférica y central. Se asume como insuficiencia cardiaca descompensada y es ingresado a Unidad Coronaria, se inician diuréticos, vasodilatadores y ventilación no invasiva. Evoluciona con hipotensión arterial, ecoDoppler cardíaco evidencia presiones de llenado normales, cavidades derechas dilatadas y fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada, a nivel de laboratorio hipoxemia e hipercapnia. pH 7.31 pCO<sub>2</sub> 65.6 HCO<sub>3</sub> 32.7 EB 3.8 pO<sub>2</sub> 36 Sat 67.4%. Se resume como insuficiencia respiratoria tipo II y es ingresado a servicio de Terapia Intensiva. Evoluciona con deterioro del sensorio por lo que se realiza intubación orotraqueal y acople a ventilación mecánica. Se realiza ventilación protectora, persistiendo hipoxémico, con PAFI <120, refractaria a maniobras de reclutamiento con presión positiva; por lo que el día 6/02/2019 se realiza maniobra de pronación por intervalo de 16 horas, con lo que se obtiene PAFI >180. Durante vacación de la sedación evoluciona con delirio hiperactivo y destete dificultoso, por lo que el día 12/02/2019 se realiza traqueostomía quirúrgica e inicio de weaning, lográndose desvinculación el día 4/03/2019. Evoluciona con hipercapnia progresiva con requerimiento de AMV nocturno. El día 11/03/2019 se realiza oclusión de cánula traqueal lográndose decanulación el día 13/03/2019, persiste con ventilación no invasiva durante el sueño. El día 15/03/2019 pasa a sala general.

**Conclusión:** El manejo de los pacientes obesos mórbidos con insuficiencia respiratoria representa un reto para los cuidados críticos, debido a la fisiopatología multifactorial de la misma, pudiendo requerir para el tratamiento el uso de estrategias no convencionales de ventilación mecánica.

**Discusión:** El empleo de la posición prono podría ser considerado una estrategia temprana de reclutamiento en pacientes sin distress respiratorio severo, con obesidad mórbida e hipoxemia severa, disminuyendo la probabilidad de lesión inducida por la ventilación mecánica.



#### 0095 TROMBECTOMIA MECANICA EN UN PACIENTE CON NIHSS BAJO

ML BRACCINI(1), TC NAVARRO(1), AE PIACENZA(1), JA CIALZETA(1), FN FALCÓN(1), CL RAMIREZ(1), JM OCHOA(1), G QUISPE REYES(1), DE MIÑO(1), CB LOPEZ(1), RN AYALA ORTÍZ(1)  
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

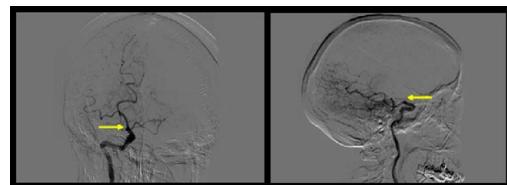
**Introducción:** El tratamiento del ictus está basado en la restauración del flujo sanguíneo, lo que se resume en recanalizar la arteria ocluida, reperfusión, y limitar el volumen de tejido dañado.

Paciente de 62 años, hipotiroidea, dislipidémica, portadora de fibrilación auricular, en tratamiento con acenocumarol. Evoluciona en 2018 con disnea clase funcional II habitual que progresa a clase funcional III en noviembre, por lo cual se solicita ecoDoppler cardíaco que informa insuficiencia mitral moderada a severa. Se solicita ecotransesofágico que evidencia dilatación de aurícula izquierda sin trombos en cavidades. Ingresando a nuestra institución en plan de reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica.

El 09/02/2019 evoluciona a las 1:40 hs con disartria y paresia de extremidad inferior izquierda (NIHSS 2, anticoagulación: RIN 2.3). Se realiza TC de cerebro apreciándose hiperdensidad de la arteria cerebral media derecha que descarta eventos hemorrágicos e isquémicos agudos. ASPECT de 10. A las 2:10 hs evoluciona con empeoramiento clínico, presentando hemianopsia parcial izquierda, paresia facial izquierda, hemiparesia izquierda leve de miembro inferior (NIHSS 5). Se realiza angioTC de cerebro donde se observa oclusión a nivel del segmento terminal de la arteria carótida interna derecha. Se realiza angiografía cerebral en el Servicio de Hemodinamia, que confirma hallazgo de angioTC, procediéndose a realizar la extracción del trombo mediante trombectomía mecánica superselectiva con dispositivo stent retriever Trevo. Diez horas posteriores al procedimiento el paciente presenta NIHSS de 0, evolucionando de la misma manera hasta su alta del Servicio de Terapia Intensiva.

**Discusión:** La detección de oclusión arterial cerebral proximal en los pacientes detectados prontamente con signos neurológicos de isquemia se debe plantear el tratamiento de revascularización independientemente del valor de NIHSS obtenido.

**Conclusión:** El tratamiento de stroke isquémico agudo mediante trombectomía mecánica es un método eficaz y seguro. Pese a que las indicaciones de la técnica están establecidas, los tratamientos mecánicos podrían obviar o complementar la necesidad de utilizar agentes trombolíticos que aumentan el riesgo de hemorragia.



### 0097 MIELITIS TRASVERSA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON ZOSTER DISEMINADO

MA FLORES MONTES(1), V AMAYA(2), E DI VIRGILIO(2), MI CALDERON(2), G PIOVANO(2), C CISNEROS(2), L DE VEDIA(2), R PRIETO(2)

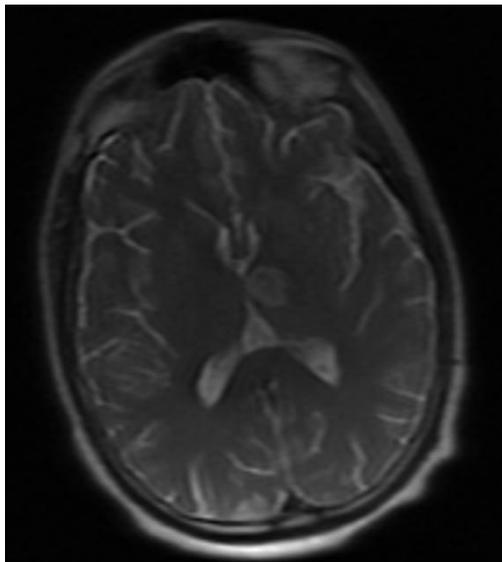
(1) Hospital F. Muñiz / Hospital Español De Bs As. (2) Hospital Francisco Muñiz.

La mielitis transversa (MT) es una complicación poco frecuente de la varicela, y existen muy pocos reportes en la literatura. Presentamos el caso de un paciente HIV positivo con desarrollo mielitis transversa secundaria a meningitis por virus de varicela-zoster.

Se trata de un hombre de 38 años, con diagnóstico reciente de HIV. CD4+: 46 cel/mm<sup>3</sup>, CV: 43 copias/mm<sup>3</sup>, bajo TARV con emtricitabina, tenofovir y raltegravir. Presenta antecedentes de sarcoma de Kaposi, herpes zoster en región glútea 4 meses antes y retinitis por CMV. Al ingreso se observa deterioro del sensorio y paraplejía de miembros inferiores. TAC de cerebro normal. Examen físicoquímico de LCR normal. PCR para virus en LCR HZV positivo. Resto de cultivos negativos. La RMN mostró múltiples lesiones desmielinizantes en tálamo y en medula espinal a la altura de T8-T10. El cuadro se reinterpreta como MT secundaria a encefalitis por HZV. Se instauró tratamiento con aciclovir y corticoesteroides.

El paciente evolucionó con mayor depresión del sensorio y shock refractario, lo que se consideró como síndrome de shock medular. Presentó además durante la internación presento múltiples intercurrentes infecciosas, dentro de las cuales se encuentran neumonía intrahospitalaria, diarrea por Clostridium difficile, bacteriemia asociada a catéter, falleciendo finalmente por shock séptico y disfunción multiorgánica.

**Discusión:** La MT es una injuria segmentaria de la médula espinal causada por un proceso inflamatorio agudo. Si bien reconoce múltiples etiologías (infecciosas, posvacunales o asociación con enfermedades autoinmunes), en este paciente cursó concomitantemente con una meningoencefalitis por virus de varicela zoster, por lo que pareciera que éste sería el agente etiológico. En este caso, a pesar de haberse instaurado un tratamiento dirigido, la evolución no fue satisfactoria, por lo que es posible que mecanismos inflamatorios hayan jugado un rol negativo en la evolución del paciente.



### 0098 SHOCK DISTRIBUTIVO ASOCIADO A INTOXICACIÓN CON METFORMINA

A GIRA(1), A RIOS(1), S COSENZA(1), C DIAZ(1), T CAZAUX(1), B LOOR(1)

(1) Universitario Austral.

**Introducción:** Se define acidosis láctica asociada a metformina (MALA) a la presencia de ácido láctico > 5mmol/lit, pH < 7,35 asociado a la exposición a metformina.

Su incidencia es < 1/10.000 y la mortalidad entre un 30 y un 50%. La metformina es una biguanida anti-hiperglucemiante. Su distribución predominantemente intracelular, sin metabolismo hepático, con excreción renal.

Su toxicidad radica en la inhibición del complejo 1 de la cadena de transporte de electrones.

**Caso clínico:** Mujer de 68 años, con HTA y diabetes no inulino-requiriente, en tratamiento con metformina 850mg, glicazida 60 mg y vidagliptina 50mg. Consultó por astenia, disnea CF III/IV, y palpitaciones. A su ingreso, lúcida, hemodinámicamente estable, saturando 99%, ventilando espontáneamente. taquicardia sinusal. Ecocardiograma, AngioTC tórax y abdomen sin hallazgos. Sin falla renal ni hepática. Cultivos negativos.

Presento acidosis metabólica severa ph 7,13 , bicarbonato de 7, lactico de 18.

Se interpretó inicialmente como sepsis de la comunidad tratado con ceftriaxona y vancomicina y se internó en UCI (APACHE II 18, SOFA 2).

Evoluciona a las 48 hs con shock distributivo, con falla respiratoria (ARM) y hemodinámica (doble soporte vasopresor). SOFA 12.

Se inició hemodiálisis extendida, sin lograr revertir acidosis.

Evolucionó con shock refractario y falleció a las 96hs.

**Discusión:** En la mayoría de los reportes publicados, MALA es asociada a comorbilidades o eventos que la desencadenan. Friesecke et al. en su research "Outcomes of severe lactic acidosis associated with metformin accumulation", publicado en Critical Care 2010, no encontró comorbilidades ni otros triggers en pacientes con diagnóstico de MALA, con shock refractario y mortalidad entre 30 y 50%, como es el caso de nuestra paciente. No se evidenciaron predictores de mortalidad.

La limitación de los reportes publicados es la baja cantidad de pacientes y el diseño retrospectivo de los mismos.

**Conclusión:** MALA es una entidad de baja prevalencia pero alta mortalidad. Debe sospecharse en pacientes con hiperlactacidemia, sin cetonemia, expuestos a metformina.

No se dispone de un tratamiento específico, sino medidas de sostén, y de la causa subyacente.

#### 0100 ANÁLISIS DE LA CINÉTICA DE PROCALCITONINA EN GÉRMESES MULTIRRESISTENTES

IA HUESPE(1), I HUESPE(1), J SINNER(1), E PRADO(1), I SANELONI(1), L DENADAY(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La emergencia de gérmenes multirresistentes (GMR) se ve facilitada por el uso abusivo de antibióticos, lo cual se potencia en las unidades de cuidados críticos. Múltiples ensayos clínicos han evaluado la utilidad de la procalcitonina (PCT) para orientar el inicio y la finalización de la terapéutica antibiótica. Sin embargo incluyeron principalmente pacientes con sepsis de la comunidad, con pocos aislamientos de GMR. Es por ello que nos proponemos investigar la cinética de la PCT y el tiempo necesario para que la misma descienda en pacientes con infecciones por GMR.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, se analizaron las curvas de PCT de todos los rescates bacterianos de neumonías asociadas a la ventilación mecánica (NAVM) y bacteriemias asociadas a catéter (BAC) durante el periodo de 1/11/16 al 1/5/18.

**Resultados:** Los pacientes con BAC generadas por GMR presentaron valores de PCT significativamente más elevados: GMR: 39 ug/l (SD+/-30), GS de 10,7 ug/l (SD+/-11) (p=0.02). El tiempo transcurrido desde el rescate del germen hasta el descenso del 80% o valores absolutos menores a 0.5 ug/l, con tratamiento antibiótico efectivo fue en GMR fue de 7,2 (SD+/-2,9) días vs. 5 (SD+/-1,8) días en GS presentando una diferencia significativa (p=0.03). La velocidad de descenso de la PCT en GMR fue significativamente menor como puede verse en el gráfico 1.

**Conclusión:** En GMR la respuesta inflamatoria medida por PCT es mayor y más prolongada, lo cual puede deberse a una mayor virulencia. Pero sin embargo el descenso se produce antes de que se finalicen los esquemas antibióticos convencionales, por lo cual consideramos que es necesario estudiar la potencial aplicación de protocolos antibióticos guiados por PCT a esta población para reducir la exposición a los mismos.



**Gráfico 1:** Curvas de tendencia promedio de PCT desde el valor máximo alcanzado. Se puede evidenciar en azul como los GS tienen mayor velocidad de decrecimiento en comparación con la curva de PCT de los GMR.

#### 0101 QUILOTÓRAX EN POSTQUIRÚRGICO POR DECORTICACIÓN

G BORDON(1), A CAGOL(1)

(1) Policlínico Privado San Lucas.

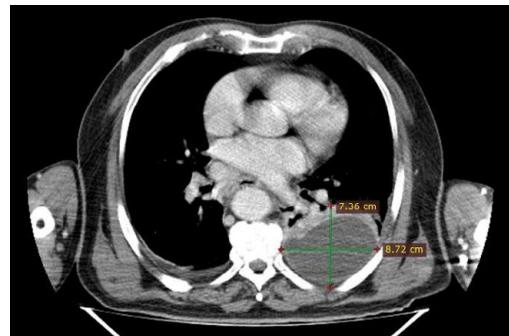
El quilotórax es una entidad poco frecuente y donde las guías para su manejo aun están en revisión. Sus causas son variadas, secundario a intervenciones quirúrgicas toracoabdominales y no quirúrgicas, como infecciones, linfomas, malformaciones genéticas. Con signos y síntomas inespecíficos como síndrome febril, dolor pleurítico, disnea, fatiga. Con complicaciones que se manifiestan en el área nutricional e inmunológica del paciente.

Presentamos un caso de un paciente masculino con diagnóstico de quilotórax inmediato a intervención quirúrgica torácica por decorticación a punto de partida de empiema pleural izquierdo. En contexto de antecedentes personales de FA crónica, HTA, tiroidectomizado, IAM de vieja data.

Se realizó tratamiento médico conservador con Octreótide y soporte nutricional parenteral exclusivo con fórmula magistral por 15 días debido a fistula de alto débito de 850cc diarios.

Evolucionó de forma desalentadora a tratamiento instaurado por lo que se decide en conjunto con servicio de Cirugía Cardiotorácica intervención quirúrgica con ligadura de ductus torácico.

El presente caso nos demuestra que la elección terapéutica en quilotórax de alto débito sin importar la causa, sigue siendo tratamiento médico conservador, y ante el fracaso del mismo luego de días cumplidos según guías de manejo se plantea la resolución quirúrgica para evitar el deterioro nutricional e inmunológico del paciente.



#### 0102 PRESEPSINA COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE SEPSIS EN PACIENTES CRÍTICOS

IA HUESPE(1), J ASPARCH(1), I HUESPE(1), E PRADO(1), J SINNER(1), G JIMENEZ(1), S VENUTI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** Diferenciar sepsis de SRIS no infeccioso en la etapa inicial es un desafío. En este contexto, la presepsina es un nuevo

biomarcador con mejor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de sepsis que otros biomarcadores propuestos.

**Objetivo:** Evaluar la sensibilidad y especificidad de la presepsina para el diagnóstico de hemocultivos positivos y el valor pronóstico en pacientes con sospecha de sepsis.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, entre agosto de 2015 y marzo de 2017. Se incluyeron pacientes en UCI con más de 48 horas de hospitalización, con sospecha de sepsis. Se excluyeron pacientes con tratamiento antibiótico, quemados, inmunodeprimidos y con limitación terapéutica. La presepsina se determinó al ingreso al protocolo, 24 y 72 horas después.

**Resultados:** Se reclutaron 144 pacientes. La edad media fue de 64 años y la media de APACHE II 15. Los hemocultivos (HC) fueron positivos en 28 pacientes (19%). La presepsina basal en pacientes con HC positivo fue mayor (1655 pg/ml, SD +/- 1137) que en pacientes con HC negativos (media 1015 pg/ml, SD +/- 893), ( $p < 0,001$ ) (gráfico 1). En pacientes con insuficiencia renal la presepsina no presentó diferencias significativas. Los valores de presepsina basal, a las 24 horas y a las 72 horas tuvieron una correlación significativa con la probabilidad de muerte (gráfico 2).

**Conclusiones:** La presepsina tienen una buena sensibilidad para el diagnóstico de hemocultivos positivos. La insuficiencia renal eleva los valores per se, lo que representa una gran limitante. Los valores de presepsina basal tuvieron una importante correlación con el riesgo de morir.

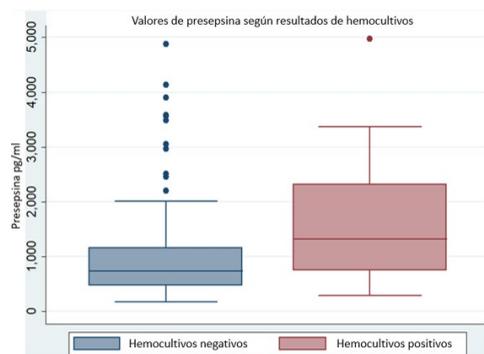


Gráfico 1: valores de presepsina basal en pacientes con hemocultivos negativos y positivos.

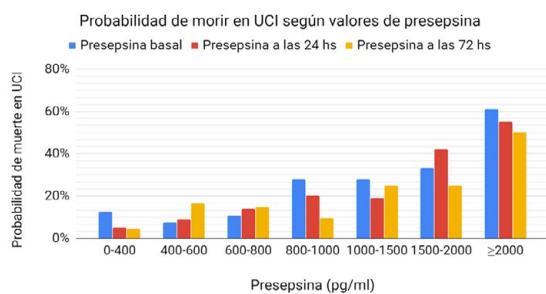


Gráfico 2: probabilidad de muerte en UCI según el valor de presepsina inicial, a las 24 y 72 horas posteriores a la toma de cultivos.

#### 0104 CONOCIMIENTO, EXPERIENCIA PROFESIONAL Y ACTITUD FRENTE A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ARGENTINA: LA ENCUESTA DONAR

V RUIZ(1), A MIDLEY(1), P RODRÍGUEZ(1), S BAUQUE(1), V MOROZOVSKY(2), A DA LOZZO(1)

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

**Introducción:** La tasa de donación pulmonar en la Argentina es inferior al 10%. La actitud de los profesionales de la salud hacia la

donación de órganos puede ser una posible razón.

El objetivo de este estudio fue encuestar a dichos profesionales acerca de sus conocimientos, experiencia profesional y actitud frente a la donación de órganos a nivel nacional.

**Métodos:** Una encuesta anónima de 39 ítems fue distribuida vía correo electrónico utilizando la base de datos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva entre marzo y septiembre de 2018. El cuestionario contenía preguntas demográficas, sobre conocimiento, actitud frente a la donación de los propios órganos y experiencia profesional, específicamente en los procesos de procuración de potenciales donantes pulmonares (PDP).

**Resultados:** Hubo 736 respuestas de todo el país, 61% del sexo femenino, con una media de 41 (9) años. De los profesionales encuestados, 66% trabajaba en una unidad de cuidados críticos de adultos y el 16% en una pediátrica. El 61% eran médicos, 21% enfermeros y 18% kinesiólogos. La actitud frente a la donación de los propios órganos fue positiva en el 88% y 78% se encontraban registrados como donantes. Aunque el 78% se consideraba con un conocimiento adecuado acerca de la donación de órganos y el 80% mencionaba conocer las medidas de mantenimiento de los potenciales donantes de órganos (PDO), sólo el 27% recibió información sobre la donación durante su carrera de grado. La mayoría de los profesionales de la salud identificaron correctamente los criterios para determinar la muerte encefálica y los criterios de aceptación óptimos para PDP. Del total de encuestados, el 97% había trabajado con PDO, de los cuales, el 68% (498/736) había participado activamente en el proceso de procuración. Los principales hallazgos con respecto al mantenimiento de los PDP se muestran en la tabla 1.

**Conclusión:** En general, se observó una actitud muy favorable hacia la donación de órganos entre los profesionales de la salud argentinos encuestados. Sin embargo, la encuesta destaca que la muestra carecía de un conocimiento detallado sobre la programación ventilatoria para los PDP y los protocolos de manejo de los mismos.

Principales hallazgos sobre mantenimiento de PDP	n= 498
Realiza el test de apnea con preoxigenación y desconexión del ventilador	85% (378)
Utiliza protocolos para el mantenimiento de PDP	18% (92)
No modifica los parámetros ventilatorios luego de la confirmación de la muerte encefálica	51% (254)
Utiliza la estrategia recomendada para PDP (Volumen Tidal 6-8 mL/kg, PEEP 8-10 cmH <sub>2</sub> O)	14% (70)
Realiza una intervención en casos de PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 300 en PDP	84% (419)
Continúa con las medidas de prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica luego de la confirmación de la muerte encefálica	99.8% (497)

#### 0105 TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE (TECG) SIN MONITOREO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA (CPIC) EN PEDIATRÍA. TEC SIN PIC IS A SIN?

M PENAZZI(1), N LÓPEZ(1), S LARDONE(1), P PACHECO(1), M MERCADO MURILLO(1)

(1) Hospital Del Niño. San Justo.

**Introducción:** Los ingresos por TECG a las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) conllevan una alta morbimortalidad. La colocación de CPIC, a pesar de parecer una verdad de perogrullo para las Guías y Normativas de la Brain Trauma Foundation (BTF), no es globalmente realizada, sea por realidades económicas particulares, como por convicciones de neurocirujanos e intensivistas cuya colocación supeditan no solo a la mera presencia del TECG, sino también a otras consideraciones.

**Objetivos:** Comparar evolución (mortalidad, presencia de secuelas, tiempo de estadía en UCIP) de los pacientes ingresados por TECG y en asistencia respiratoria mecánica (ARM) a la UCIP de un hospital

del conurbano bonaerense, según se les hubiere o no colocado CPIC.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes entre un mes y 18 años ingresados por TEGC con ARM, entre el 1/1/2010 y el 30/4/2019.

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes. Varones: 76.7% (69). Mediana de edad: 5 años. Mediana de internación: 4 días. Ingresos por caída de altura: 46%, accidente en vía pública: 30.3%. Mortalidad global: 24.4%.

Grupo con CPIC: n: 35 pacientes (39%). Mortalidad: 40% (14), 34% tuvieron secuelas y 26% no las tuvieron. Mediana de internación: 8 días (fallecidos: 3 días).

Grupo sin CPIC: n: 55 pacientes (61%). Mortalidad: 14.5% (8). El 8.5% tuvo secuelas motoras o cognitivas y el 77% (42) no tuvo secuelas. Mediana de internación: 3 días (fallecidos: 2 días).

**Conclusión:** La aplicación sistemática de las guías de manejo del TEGC de la BTF, si bien aporta el beneficio de permitir el monitoreo indiscriminado de la PIC, puede redundar no solo en la exposición de muchos a riesgos relacionados con la colocación y el mantenimiento de este tipo de catéteres, sino también en un incremento en los costos de hospitalización relacionados no solo con el equipamiento involucrado sino también con el aumento del tiempo de internación.

La mayor sobrevida en el grupo de pacientes sin monitoreo de PIC propone el desafío de ajustar y mejorar los scores pronósticos iniciales para los pacientes ingresados con TEGC en ARM con el fin de optimizar la batería diagnóstica y terapéutica.

#### 0106 INTERVENCIÓN DEL KINESIOLOGO INTENSIVISTA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE VNI EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENTILATORIA

LB POLLIOOTTO(1)

(1) Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.

**Introducción:** La ventilación no invasiva (VNI) es un modo de soporte ventilatorio que permite incrementar la ventilación alveolar apoyando o complementando el trabajo de los músculos respiratorios para mejorar el intercambio gaseoso en pacientes que conservan cierta autonomía respiratoria, sin invadir la vía aérea más allá de las cuerdas vocales, evitando la intubación orotraqueal (IOT).

**Objetivos:** Analizar la respuesta clínica del uso de VNI en pacientes pediátricos con Insuficiencia ventilatoria y Describir la estrategia de tratamiento y la evolución de los niños ingresados a UCIP con IRA tratados con VNI.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo entre Julio de 2016 y Marzo de 2019 de 281 pacientes internados en Terapia Intensiva Pediátrica, con diagnóstico de insuficiencia respiratoria, con vía aérea estable que recibieron VNI.

**Resultados:** Independientemente del motivo de ingreso a VNI, 205 (72,95%) tuvieron éxito y 76 (27,05%) necesitaron IOT. La mediana de edad fue de 3 (en niños menores de 12 meses) RIQ (3-10) y de 4 años (en mayores de 1 año) RIQ (4-17) La duración total en horas de VNI promedio fue de: 58,33 RIQ (24-72). Éxito: 68,60hs, RIQ (48-96) Fracaso: 30,63 hs, RIQ(24-24). Del total de la muestra, 34 pacientes (12,09%) no recibieron sedoanalgesia. De éstos el 29,42% fracasó. Los 247 (87,91%) restantes recibieron sedación según necesidad y de éstos, el 26,72% fracasaron.

**Discusión:** La implementación de VNI supervisada por Kinesiólogos Intensivistas 24 hs en UTIP permitió evaluar los resultados, disminuir la intolerancia a las interfaces, identificar asincronías paciente-ventilador y analizar los potenciales beneficios de su retirada a tiempo, sin retrasar la ARM cuando el paciente lo requiera.

**Conclusión:** Es una alternativa ventilatoria no invasiva, eficiente y segura para disminuir la injuria de la Vía aérea inferior en ciertos pacientes seleccionados y ofrece protección contra la IOT.

#### 0107 REPORTE DE CASO: STATUS EPILÉPTICO SÚPER REFRACTARIO ASOCIADO A INSUFICIENCIA HEPÁTICA POSTOPELATORIA

C CHAMBRE, M CASANOVA(1), B LATTANZIO(1), N SANTA-GATI(1), C SIMONATO(1)

(1) Clínica Bazterrica.

**Introducción:** El status epiléptico súper refractario (SESR) es la forma más grave de status epiléptico (SE), que conlleva elevada morbimortalidad. Uno de los determinantes más importantes del pronóstico es la etiología. La insuficiencia hepática está descrita como causa, aunque los reportes son escasos.

**Presentación del caso:** Varón, 42 años, antecedentes de tumor de Klatskin, realizó quimioembolización portal previamente. Ingresó a UTI en postoperatorio de triseccionectomía hepática y reconstrucción portal, intubado, con shock perioperatorio. Resuelto el mismo (48 hs) presentó convulsión tónico clónica generalizada, iniciándose levitiracetam.

Evolucionó de manera refractaria, requiriendo hasta cuatro drogas (levitiracetam, lacosamida, topiramato, propofol) para control de los episodios. Estudios por imágenes (TAC, RMN) no evidenciaron lesiones agudas. Electroencefalogramas no demostraron descargas patológicas. Se descartaron distintas etiologías.

En contexto de alteraciones de la coagulación, se realizaron pruebas de funcionalidad hepática, con amonio elevado. Se interpretó como insuficiencia hepática postquirúrgica vs "small liver syndrome", por volumen remanente insuficiente. Se realizó tratamiento con rifaximina y lactulosa.

Posterior al comienzo del topiramato y manejo de hiperamonemia, evolucionó favorablemente, desvinculándose de la ventilación mecánica y posterior egreso, con levitiracetam, lacosamida y topiramato.

**Discusión:** El SE es una emergencia neurológica, siendo el SESR su variante más grave. Fue descrito por primera vez en 2011 como aquel status que se prolonga o recurre a las 24 hs o más luego de haber iniciado el tratamiento con drogas anestésicas. Respecto a la etiología, la insuficiencia hepática es infrecuente. Fisiopatológicamente presenta dos mecanismos: incremento de niveles de amonio sérico y presencia de shunt de circulación porto-cava, con presencia de neurotransmisores excitatorios provenientes de aminas intestinales que pasan al hígado. Su tratamiento incluye anticomociales, además de medidas para reducir los niveles de amonio sérico y la actividad intestinal bacteriana, junto con aporte nutricional hipoproteico.

**Conclusión:** Se presenta un paciente con SESR secundario a insuficiencia hepática en postoperatorio de cirugía hepatobiliar descartando previamente otras causas, para discutir su fisiopatología y tratamiento.

#### 0108 ABSCESO CEREBELOSO POR ACTINOMICES ISRAELLI. PRESENTACIÓN DE UN CASO

C BEROIZA(1), L MARTINEZ(1), L LAMOT(1), V FUKS(1), M PETASNY(1), P VEGA(1), L DURAN(1)

(1) Municipal De Bahía Blanca.

**Introducción:** La actinomycosis es una infección supurativa causada por bacterias del género Actinomyces. Bacilo grampositivo, anaerobio o microaerófilo, de crecimiento lento, que forma parte de la flora normal de la cavidad oral, tracto gastrointestinal y urogenital. La localización más frecuente de la actinomycosis es la región cervicofacial, por diseminación directa desde la cavidad oral, siendo excepcional la afectación del sistema nervioso central (SNC).

**Objetivo:** Describir el caso clínico de un paciente inmunocompetente con un absceso de fosa posterior.

**Caso clínico:** Paciente masculino, 30 años de edad, con antecedentes de consumo de cocaína y tabaquismo, consulta en guardia por cefalea de 3 meses de evolución, asociada a pérdida de peso y sudoración nocturna, agregando los últimos días desorientación y cambios en el estado de ánimo.

Al ingreso normal hemodinámicamente, Score de Coma Glasgow (SCG) 14/15(M6,V4,O4). Regular estado general, discurso incoherente y bradipsiquia. Rigidez de nuca, sin foco motor ni sensitivo. Laboratorio: Hemoglobina: 13gs/dl, Leucocitos:19330/uL, Natremia 129meq/Lt, PCR 90mg/dl, HIV negativo.

Tomografía de encéfalo: Imagen hipodensa con captación de contraste endovenoso en anillo a nivel de hemisferio cerebeloso derecho (20x25mm).

Se inicia corrección de hiponatremia. Evoluciona con deterioro del sensorio, hipertensión y relajación de esfínteres. SCG 5/15 (M2,V1,O2). Se decide intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. TC de encéfalo control con aumento de tamaño de hipodensidad, colapso de cuarto ventrículo e hidrocefalia. Antibióticoterapia empírica con ceftriaxona 2gs c/12hs. Neurocirugía decide colocación de drenaje ventricular externo. Queda sin sedación, extubándose a las 48 hs.

TC control con aumento del número y tamaño de lesiones hipodensas infratentoriales. Neurocirugía decide abordaje de fosa posterior. Se drena material purulento y se envía a cultivo. Regresa a UTI en postoperatorio inmediato, sin focalidad neurológica. Tratamiento antibiótico empírico con meropenem y vancomicina. De los cultivos se aísla un *Actinomyces israelii*, rotando el antibiótico a ampicilina. Luego de 48 hs en UTI, estable, sin cambios de status neurológico, se decide pase a sala de clínica médica.

**Conclusión:** Si bien la actinomicosis del SNC no es frecuente, y menos aún como absceso único, en pacientes jóvenes e inmunocompetentes, se la debe incluir dentro de los diagnósticos diferenciales para un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.



### 0109 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA SECUNDARIA A MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA ESPINAL

SV RUA ARISTIZABAL(1), C SEBASTIAN(1), L ESTEBAN(1), V DANIELA(1), C SANTILLA(1)  
(1) Sanatorio Anchorena.

**Introducción:** Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son lesiones infrecuentes, cuya complicación principal es la hemorragia subaracnoidea (HSA). Las MAV pueden ser intracraneales o extracraneales, como las localizadas en el canal espinal (MAVE). Las fistulas arteriovenosas extradurales y MAVes representan el 3–4% de las LOE medulares, siendo más frecuentes en la infancia (9 años [5-31]) y en varones. Las MAVe pueden presentarse, aunque en forma infrecuente, como HSA.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 39 años con antecedentes de TBC (14 años), esclerodermia atípica (2014) en tratamiento con DAINES y corticoides y LES (2018). Ingresa a clínica médica (24/02/2019) por obstrucción de vía aérea por absceso submaxilar, recibiendo tratamiento con vancomicina y piperacilina-tazobactam y evolucionando con injuria renal aguda (IRA). El 4/03/2019 ingresa a UTI por deterioro del sensorio, taquipnea y desaturación (84%-FIO250%). Se constata somnolencia, regular mecánica respiratoria y se intuba. Se realiza TAC de encéfalo que evidencia HSA bitemporal aguda con volcado ventricular. Se coloca DVE-PIC. Se decide angiografía digital pero previo al procedimiento presenta PCR (asistolia seguido de FV) con respuesta favorable a RCP avanzada. Evoluciona con hipoxemia severa (PaFIO2 143) por distrés respiratorio que mejora con pronó e IRA oligúrica que requirió hemodiálisis. Se realiza EEG, con ondas agudas frontales e inicia tratamiento (levetiracetam).

Se repite angiografía digital que evidencia disección de la arteria PICA izquierda y vasoespasmo, iniciando nimodipina. Evoluciona con adecuada respuesta clínico-neurológica y del EEG por lo que se suspende sedación. Al despertar se observa paraplejía. En RMN-encéfalo se observa aumento del diámetro del cono medular en D11-L1 por imagen de 4.3 cm sugestiva de MAV. Se repite angiografía digital cerebral y de columna y no se evidencia la imagen de disección informada previamente. Se revisa estudio por otro equipo de hemodinamia que constata MAV espinal. Dado el riesgo-beneficio se decide conducta expectante, control y rehabilitación.

**Conclusión:** El algoritmo diagnóstico de una HSA no traumática con angiografía cerebral negativa, especialmente en pacientes jóvenes, debería incluir imágenes de la columna vertebral, para descartar MAVe.

### 0110 SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATIPICO DEL ADULTO: REPORTE DE UN CASO

R DOMINGUEZ(1), MC LARROSA(1), MP CORDERO(1), JC GALLARZA(1), B VAZQUEZ(1), NC POZO(1), N GRUBISSICH(1), D PINA(1)

(1) Unidad Asistencial Dr Cesar Milstein.

**Introducción:** El Síndrome urémico hemolítico atípico (SUHa) es una microangiopatía trombótica (MAT) no inmunitaria que cursa con insuficiencia renal aguda (IRA), anemia hemolítica y trombocitopenia. Puede aparecer en cualquier momento de la vida, con pronóstico incierto tanto en adultos como niños. Habitualmente existe un desencadenante y un segundo evento responsable de las recurrencias. Las mutaciones de los genes del complemento representan un papel importante en su patogenia, su presencia predispone a la activación de la vía alternativa del complemento debiendo diferenciarse de otras MAT para establecer diagnóstico.

**Caso clínico:** Paciente de 62 años, ingresa a UTI derivada de otra institución donde consultó por vómitos, deposiciones diarreicas y edema generalizado de 10 días de evolución. Hemodinámicamente estable al ingreso, lúcida, sin signos de sangrado, con palidez cutáneo mucosa. El laboratorio inicial presentaba anemia hemolítica, trombocitopenia y falla renal. Con la sospecha diagnóstica de MAT

se inició tratamiento empírico con 3 pulsos de metilprednisolona y 10 sesiones de plasmaféresis.

Se solicitaron serologías para diagnóstico diferencial entre MAT primarias y secundarias, con adamts13 normal y biopsia renal compatible pero no concluyente para diagnóstico específico.

Evolucionó favorablemente con el tratamiento instaurado, con buena respuesta hematológica, sin mejoría de la función renal. Presentó reactivación de la hemólisis, en contexto de neumonía intrahospitalaria durante su internación y requirió 6 sesiones extra de plasmaféresis. Cursó una internación total de 61 días y se programó alta con seguimiento con nefrología por requerimiento de hemodiálisis crónica.

**Discusión:** El SUHA es una entidad poco frecuente, aguda y grave, que habitualmente afecta tanto a niños como a adultos jóvenes. Cuando se presenta en adultos mayores, debido a su afectación sistémica, el SHUA puede presentar gran variabilidad de manifestaciones clínicas, dificultando su diagnóstico diferencial, con secuelas importante y elevada mortalidad. A pesar de su baja prevalencia en este grupo etario, debe considerarse como diagnóstico diferencial ante una MAT con afectación renal. Es importante para el pronóstico y posterior recuperación el inicio de plasmaféresis temprana o eculizumab dentro de las 24 a 48 hs de admisión ante la sospecha diagnóstica.

#### 0111 SERIE DE CASOS: CAMBIOS EN LA ELASTANCIA, CARGA ARTERIAL ESTÁTICA Y PRESIÓN MEDIA SISTÉMICA LUEGO DEL USO DE DOBUTAMINA EN PACIENTES SÉPTICOS

L BERLONI(1), F GERBER(1), J RODRIGUEZ LOUZAN(1), C GONZALEZ(1), D MASEVICIUS(2), A DUBIN(2), C LOVESIO(1)  
(1) Sanatorio Parque. (2) Otamendi.

**Introducción:** La miocardiopatía séptica es una complicación grave. El uso de dobutamina es una de las herramientas terapéuticas disponibles para su tratamiento; sin embargo, a pesar del efecto inotrópico sobre el ventrículo izquierdo con aumento del volumen sistólico (VS), es frecuente que se deba suspender debido a hipotensión y taquicardia. Además, los valores de presión arterial media (PAM) dependen tanto de la fracción de eyección cardíaca del ventrículo izquierdo (VI) como de la carga vascular arterial impuesta al VI. Nuestro objetivo fue describir cambios que se suceden a nivel de la elastancia vascular, la carga arterial estática y la presión media sistémica (PMS) luego de su administración.

**Materiales y métodos:** Se incluyó en forma retrospectiva a todos los pacientes con monitoreo hemodinámico por medio del sistema EV 1000, Edwards, y que por decisión del médico tratante se haya administrado dobutamina. Se registraron las variables antes y después de su administración. Estas fueron: PAM, gasto cardíaco (GC), VS, índice resistencia vascular sistémica, elastancia vascular, resistencia vascular total, PMS, presión venosa central. Para el cálculo de la elastancia vascular se utilizó la fórmula  $E=TAM/(mmHg)/volumen\ sistólico\ (ml)$ . Para la estimación de la PMS se utilizó la fórmula  $Pmsa = a \times Pcv + b \times TA + c \times CO$ , donde a, b y c son constantes.

**Resultados:** Se midieron 6 pacientes con shock séptico según definición de sepsis 3. En todos los casos la medición basal indicó bajo GC sin signos de hipovolemia. Luego de la infusión con dobutamina aumentó el GC y el VS en todos los pacientes, además de observarse disminución de las resistencias, carga arterial y la elastancia independientemente de las modificaciones en la PMS. Los valores de PAM se mantuvieron estables a expensas de incrementos en la dosis de noradrenalina, esto puede haber influido a su vez, en la elevación de la PMS por el efecto venoconstrictor de esta.

**Conclusión:** Luego de la infusión de dobutamina, se observó un descenso en la elastancia y en la carga arterial, los cambios en la PMS fueron variables. Es necesario hacer un estudio prospectivo para poder ampliar y concluir sobre esas observaciones.

	Previo a la administración	Posterior a la administración
N= 6 pacientes		
Gasto cardíaco	3,8± 1,3 L/min	5,8 ±1,7 L/min
Volumen sistólico	52 ± 18 mL/latido	63 ± 12 mL/latido
RVSI	2480 ± 825 dinas-s/cm <sup>5</sup>	1896± 425 dinas-s/cm <sup>5</sup>
Presión arterial media	64± 10 mmHg	71±6 mmHg
Elastancia arterial	1,3 ± 0,3mmHg /mL/latido	1,15±0,19 mmHg /mL/latido
Presión media sistémica	12±6 mmHg	12±4 mmHg /mL/latido
Carga arterial estática (RVS total)	1415± 390 mmHg/mL/latido	1036±239 mmHg/mL/latido
Presión venosa central	8± 6 mmHg	6±4 mmHg

#### 0112 CONTROL DE SIGNOS VITALES POST ANESTESIA

H FIGUEROA(1), N BERTOIA(1)  
(1) Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** El Control de Signos Vitales (CSV) al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) luego del Pos Operatoria (POP) es de suma importancia ya que estos parámetros pueden reflejar tempranamente posibles complicaciones, como por ejemplo el sangrado.

**Objetivo general:** Describir la adherencia de los enfermeros al CSV POP, en una UCI de un Hospital de Alta Complejidad durante el período comprendido entre diciembre de 2017 y Abril de 2019.

**Material y Método:** Estudio observacional, Descriptivo de corte transversal. Se estudió a los enfermeros de la UCI que reciben pacientes en contexto de POP. Se observó la adherencia al CSV, Tipo de Cirugía, turno de enfermería y variables demográficas de los enfermeros. El método utilizado de muestreo de los pacientes POP fue: probabilístico, aleatorio simple.

**Resultados:** Se analizaron 120 enfermeros, el 68,4% eran de género femenino, entre 30 a 39 años con 5 o menos años de experiencia laboral. Se observó una muestra de 556 pacientes ingresados a la UCI en el contexto de POP. El turno con mayor ingreso de pacientes POP es el Turno tarde. Las Cirugías más frecuentes fueron Trasplantes, (24.5 %), seguido por las cirugías del tracto digestivo (21.5%) y Cirugías Pulmonares (19.25%).

La adherencia en el mes de Abril luego de la intervención que consistió en reforzar las políticas institucionales con respecto al CSV en el POP; fue de un 95% con un crecimiento de un 32% comparado al mes anterior.

**Conclusión:** Luego de la implementación de intervenciones fue posible aumentar el nivel de adherencia al registro del CSV. Si bien sólo se evalúa el primer mes posterior a la última intervención, la tendencia global indica un aumento progresivo.

#### 0113 COMO SE CUIDAN LOS QUE CUIDAN. USO DE ANTIPARRAS

V LOPEZ(1), N BERTOIA(1)  
(1) Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** El riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas, durante el proceso de atención salud-enfermedad, es elevado si no se toman los recaudos y recomendaciones pertinentes. Un Equipo de Protección Personal (EPP), usado para la protección ocular, son las antiparras. Éste elemento es de uso obligatorio en todo personal que realice procedimientos con alto riesgo de salpicaduras como el manejo de la Vía Aérea (VA) o vaciado de bolsa colectora de orina.

**Objetivo general:** Determinar la adherencia al uso de antiparras del equipo de salud de Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Alta Complejidad, antes y después de una intervención durante el período comprendido entre marzo y abril de 2019

**Material y Método:** Estudio cuasi experimental de antes y después, en el que se observó la adherencia al uso de las antiparras en médicos, enfermeros y kinesiólogos en diferentes procedimientos.

**Intervención:** La intervención fue a través de charlas educativas con los profesionales y presentación en formato power point.

**Resultados:** Se realizaron un total de 196 observaciones, 90 antes y 106 después de la intervención. Se observó una adherencia de 19%

y 47% respectivamente. Los procedimientos en donde se observó mayor uso fue el manejo de VA. Los profesionales que más usaron el EPP fueron los enfermeros 30% con aumento del 55% luego de la intervención.

**Conclusión:** Si se ha generado un aumento en la adherencia al uso de las antiparras, después de la intervención. La prevención, es de índole muchas veces cultural, y como tal requiere de un abordaje mucho más amplio. Entendemos que lo más importante es fomentar la cultura de prevención, propiciando un espacio para ello, de forma integral y transdisciplinario.

#### 0114 NEUMONÍA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

MA FLORES MONTES(1), N LISTA(1), N DE GRAZIA(1), E DI VIRGILIO(1), C CISNEROS(1), L DE VEDIA(1), R PRIETO(1)  
 (1) Hospital Francisco Muñiz.

**Introducción:** Si bien la Pseudomonas aeruginosa (Pae) no es la principal causa de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), su frecuencia puede ser mayor en algunos grupos de riesgo, y su tratamiento es a menudo complejo debido a su elevada asociación con tasas elevadas de resistencia antimicrobiana.

**Objetivo:** Evaluar la incidencia, características y evolución de NAC grave causada por Pae asistidas en una UTI durante los últimos 15 años.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los casos de NAC ingresados y se evaluaron sus etiologías. Se evaluaron características de los casos de NAC por Pae y se los comparó con las de la población global. Se realizó análisis de regresión logística para valorar factores de riesgo asociados.

**Resultados:** Se incluyeron 867 episodios de NAC. El promedio de edad fue de  $42,7 \pm 14,9$  años. El 58,1% de los pacientes eran hombres. Entre los factores de riesgo o comorbilidades se observó infección por HIV 41,9%, EPOC 8,1%, antecedentes de TBC pulmonar 5,3%, diabetes 3,1%, asma bronquial 1,9% y bronquiectasias 1,1%. Se obtuvo diagnóstico etiológico en el 55,9% de los casos. Las etiologías más frecuentes fueron Streptococcus pneumoniae [SP] (25.5%), Haemophilus influenzae [HI] (8.8%), microorganismos intracelulares (Chlamydia spp y Mycoplasma spp) (5.2%), SAMR-AC (4.5%), Pseudomona aeruginosa [Pae] (2.5%), virus Influenza (1.9%). La mortalidad global fue 12,3%. Se registraron 22 casos de NAC por Pae, con un promedio de edad:  $45,7 \pm 12,1$  años (p NS), y una proporción de sexo masculino de 45,5% (p NS). Los factores de riesgo fueron HIV 40,9%, EPOC 40,9%, bronquiectasias 18,2%, antecedentes de tuberculosis pulmonar 13,6%. La mortalidad fue de 22,7% (p NS). En el análisis de regresión logística se observó que los factores que aumentaron el riesgo para tener NAC por Pae fueron padecer de EPOC (OR 9,49, IC 95% 3,96-22,74) y tener bronquiectasias (OR 19,4, IC 95% 5,46-66-47).

**Conclusión:** La NAC grave por Pae es un desafío debido a que se presenta predominantemente en pacientes con deterioro pulmonar previo (EPOC y antecedentes de bronquiectasias). La mortalidad tendría una tendencia a ser mayor que con otras etiologías.

#### 0115 RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA A LARGO PLAZO POST HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

MA QUIROGA ENCINAS(1), P CARDOZO GIL(1), L ESPINOZA(1), N GALLUCCI(1), B DORFMAN(1), E AMUNDARAIN(1), N PISTILLO(1)  
 (1) El Cruce Florencio Varela.

**Introducción:** La HSA es una enfermedad devastadora. Su recuperación a largo plazo esta estudiada en estudios randomizados. En argentina se desconoce cualquier dato sobre resultados en esta enfermedad.

**Objetivo:** 1- Determinar la recuperación neurológica según Glasgow Outcome Scale (GOS) a largo plazo.  
 2- Estimar secuelas neurológicas y tratamiento.  
 3- Evaluar tipo y tiempo de rehabilitación.

**Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes con más de 30 meses de alta hospitalaria con diagnóstico de HSA y GOS al año >1.

Los datos fueron extraídos de una base de datos prospectiva específica para HSA, donde se cuenta con el GOS telefónico al año de alta. Se realizó un interrogatorio telefónico preformado sobre, reinserción a sus actividades habituales; secuelas neurológicas como déficit motor, trastornos en la memoria, cambios conductuales y/o afasias; asistencia o no a algún tipo de rehabilitación motora y/o neurocognitiva y por cuanto tiempo; forma de alimentarse; si el paciente se comunica con familiares y si se encuentra en tratamiento farmacológico con anticonvulsivante y/o psicofármacos.

Se clasificó la recuperación neurológica según escala GOS.

**Resultados:** Entre 2010 y 2016, se externaron 235 pacientes con HSA, 159 eran GOS>1 al año y fueron incluidos para el GOS alejado. Obtuvimos 50% de mortalidad y 38% buena recuperación neurológica (tabla1). 15 pacientes murieron entre el año de alta y al momento del llamado telefónico. Con el 22% (n:52) no logramos comunicarnos.

A 92 pacientes que presentaban GOS alejado >1 se los interrogó sobre secuelas y acceso a rehabilitación (tabla2). El 36% (n:33) hicieron algún tipo de rehabilitación. El 19% (n:18) lo hizo por más de 6 meses. El 29 % presenta algún grado de secuela motora y el 5% (n:5) se encuentra con afasia. El 9% (n:8) refiere pérdida de memoria. El 15% (n:14) recibe anticonvulsivantes, aunque el 4% (n:4) haya padecido convulsiones al alta. 2 pacientes requieren soporte nutricional por gastrostomía.

**Conclusiones:** En el seguimiento a largo plazo, nuestra mortalidad es 50% y el 38% son independiente. El 36% accede a algún tipo de rehabilitación, y la mitad de estos por menos de 6 meses. Un tercio persiste con secuela motora. El tratamiento con anticonvulsivante triplica la incidencia a status epiléptico post alta.

	n (%)
n	92
Hicieron Rehabilitación	33 (36)
Motora	20 (22)
Neurocognitiva	2 (2)
Ambas	11 (12)
< 6 meses	15 (16)
> 6 meses	18 (19)
Tto. Anticonvulsivantes	14 (15)
Fenitoína	11 (12)
Carbamacepina	1 (1)
Ac Valproico	0
Levetiracetam	0
Combinado	2 (2)
Tto. Psicofármacos	1 (1)
BZD	0
Antidepresivos	1 (1)
Antipsicóticos	0
Secuela motora	27 (29)
Paresia	16 (17)
Plejía	11 (12)
Afasia	5 (5)
Status Epiléptico	4 (4)
Trastornos en la memoria	8 (9)
Trastornos Psiquiátricos	2 (2)
Esquizofrenia	1 (1)
Crisis de Pánico	1 (1)
Soporte Nutricional	2 (2)
Gastrostomía	2 (2)
SNG	0
No se comunica	5 (5)

Comunicación Telefónica	GOS	Al año	GOS Alejado
	n	222 (94)	183 (78)
Responden (%)	1	76 (34)	91 (50)
	2	7 (3)	0 (0)
	3	28 (12)	22 (12)
	4	46 (20)	18 (10)
	5	65 (29)	52 (28)
No responden (%)		13 (6)	52 (22)
Totales		235	235

**0116 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TOXICA (SECUNDARIA A CARBAMAZEPINA), A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. HOSPITAL PABLO SORIA SAN SALVADOR DE JUJUY-ARGENTINA. JULIO DEL 2018**

GN RODRÍGUEZ(1), AS SOTO(2), MA MARTÍNEZ(2), ARF FIGUEROA(2), MIM LAMAS(2), IG FLORES(2), AA TOCONAS(2), RD PAREDES(2), MO CARLOS BALCÁZAR(2), NL PALACIOS(2), AP BÁEZ(2), OJ LÓPEZ(2)  
 (1) Pablo Soria. (2) Hospital Pablo Soria.

La Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) es una afección epidérmica definida como un eritema multiforme vesícula-buloso, cuya inflamación sistémica aguda compromete la piel y mucosas con afectación de órganos internos y de progresión rápida. Debido a la gran similitud entre la clínica del Síndrome de Steven Johnson (SSJ) y de la NET, se determinó como SSJ los casos con un compromiso epidérmico menor del 10 % de superficie corporal (SC) afectada y como NET los casos con más del 30 % de SC afectada.

La NET afecta a todas las razas, edades, sexos, el riesgo anual es de 0,4 a 2 casos por millón de personas y la mortalidad puede llegar a un 70%, siendo su etiología más implicada el uso de fármacos. Por la rareza de esta enfermedad se describe el caso de un paciente de 28 años, con una Necrólisis Epidérmica Tóxica secundaria a carbamazepinas, el mismo se encontraba en tratamiento por neuralgia del trigémino, posteriormente el paciente presenta lesiones en piel tipo eritematosas y edema generalizado, por lo que consulta a diferentes hospitales pero por falta de resolución del cuadro el paciente continúa con el tratamiento de carbamazepina, hasta que la piel fue tornándose oscura, con lesiones escamosas y descamativas por lo que lo derivan a la UTI del Hospital Pablo Soria, en donde es evaluado por distintas especialidades médicas que iniciaron tratamiento con la suspensión del fármaco causal, la administración de inmunoglobulina y ciclosporina, protección de la mucosa oftálmica, curaciones de la piel con clorhexidina más vaselina, colocación de polietileno estéril en zonas de apoyo y aplicación de crema con compuesto de ácido fusídico en zonas de grietas. Se cumplió tratamiento de inmunoglobulina (6 días) con buena evolución y se continuó el seguimiento por lesiones de la piel.

El tratamiento realizado se basó en la Bibliografía, teniendo en cuenta las recomendaciones, y evaluando constantemente la respuesta al mismo. Actualmente ningún tratamiento está demostrado eficazmente, para ser recomendado, pero en este caso se obtuvo buenos resultados en la evolución del paciente tras el uso de inmunoglobulina y la ciclosporina A, la cual fue usada en diferentes estudios.



**0117 VARIABILIDAD TEMPORAL DE REVERSE-TRIGGERING EN PACIENTES CON SDRA EN VENTILACIÓN CONTROLADA**

P RODRIGUEZ(6), N TIRIBELLI(1), S FREDER(2), E GOGNIAT(3), G PLOTNIKOW(4), I FERNANDEZ(5), R PRATTO(4), A RAIMONDI, S ILUTOVICH(2), M GUAYMAS(1), P MASKIN(6), M MADORNO(7), I BONELLI(6), M SETTEN(6)

(1) Complejo Médico Churrucá Visca. (2) Sanatorio De La Trinidad Mitre. (3) Cki-sati. (4) Sanatorio Anchorena. (5) Hospital Italiano De Buenos Aires. (6) Cemic (centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas). (7) Mbmed.

**Introducción:** Se ha descrito reverse-triggering (RT) en pacientes ventilados con SDRA, con patrones temporales diferentes. El objetivo es evaluar el perfil temporal de RT en pacientes con SDRA.

**Materiales y métodos:** Análisis de datos provenientes de un estudio prospectivo, observacional desarrollado en 5 centros de la Ciudad de Buenos Aires en el que se enrolaron 100 pacientes con SDRA y ventilación mecánica por menos de 72 horas. Se seleccionaron 51 que tenían más de 1 asincronía durante el periodo de registro. Se calculó la relación entre las respiraciones controladas y las gatilladas en el paciente (RT eficaz e ineficaz) en intervalos de 30 segundos (relación de RT, RRT). Luego, se calculó la media y el coeficiente de variación (CV) por paciente de esta variable y sobre la matriz de estos dos datos se aplicó k-means clustering con 2 clusters (presencia o no de RT). Además se dividió los casos en alta o baja variabilidad (mediana de CV en el cluster con menor RRT). Se definió como descarga a una caída en RRT por debajo de un umbral definido a partir del análisis de cluster (figura 1). Se calculó la duración en tiempo de esas descargas. Se evaluó el efecto de variables clínicas sobre la tasa de descargas utilizando un modelo de Poisson.

**Resultados:** La figura 2a ilustra la relación entre media y CV de RRT. Los puntos a la izquierda de la línea vertical (umbral de descarga = 4.96) estarían asociados a RT.

La mediana (P25-P75) de descargas por paciente fue 2 (1-3) cada 30 minutos. La distribución de pacientes en función de la frecuencia de descargas (barras) y la duración (línea) de las mismas se resumen en la figura 2b.

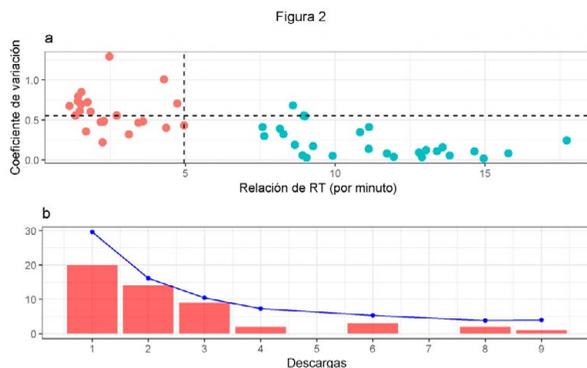
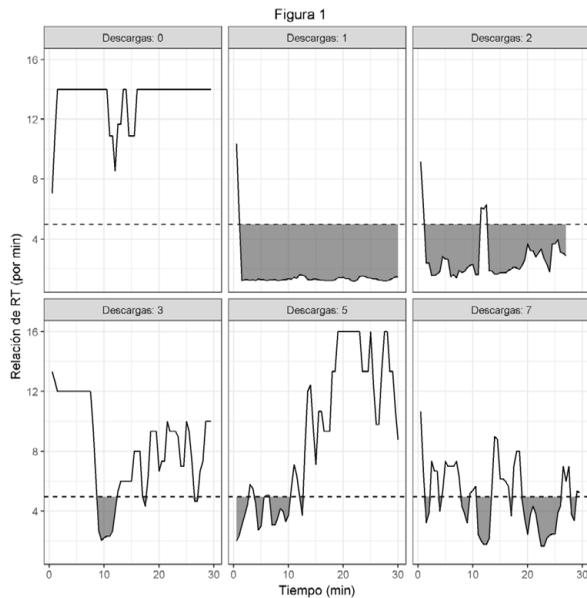
La tabla muestra el efecto de variables clínicas sobre la tasa de descargas (uni y multivariado).

APACHE II	1.02 (0.99-1.04)	0.239	1.02 (0.99-1.05)	0.127
PaO2/FiO2	1 (1-1)	0.726		
PaCO2	0.99 (0.96-1.03)	0.731		
Frecuencia respiratoria	0.96 (0.91-1.02)	0.179	0.91 (0.85-0.96)	<0.01
VT (ml/kg)	0.74 (0.46-1.19)	0.213	0.57 (0.32-1)	0.052
PEEP	1.04 (0.98-1.1)	0.174		
Driving pressure	0.85 (0.77-0.92)	<0.01	0.81 (0.74-0.89)	<0.01
Fentanilo (dosis)	1 (1-1)	0.745		

Modelo de Poisson Univariado Multivariado VariableRRPRRP.

**Discusión:** Se detectó una variabilidad temporal marcada en la RT y variable frecuencia de descargas. Algunas variables clínicas po-

drían tener efecto en dicha tasa, aunque el significado clínico de este hallazgo es incierto.



**0118 VALOR DE LA PCR Y LA PCT PARA EL PRONÓSTICO DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR**  
 NB ACOSTA PEDEMONTTE, NS ROCCHETTI(1), DH BAGILET(1)  
 (1) Hospital Eva Peron.

**Introducción:** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es la principal complicación infecciosa en los pacientes que requieren soporte ventilatorio. Esto prolonga el tiempo de internación y aumenta considerablemente el costo sanitario.

La mortalidad por NAV varía desde 24% hasta 50%, pero puede alcanzar 76% en poblaciones especiales, por lo que resulta útil la contar con marcadores precoces de mal pronóstico.

**Objetivo:** Determinar el valor pronóstico de la PCR y la PCT cuantificadas en el momento de la sospecha de NAV.

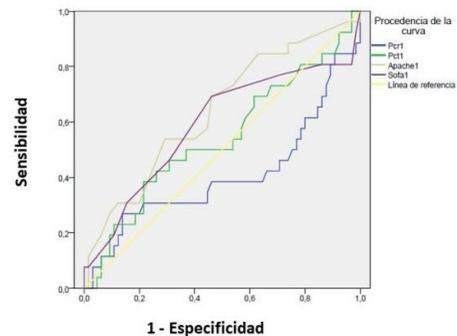
**Materiales y método:** Estudio prospectivo y observacional realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalente. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM), >18 años con diagnóstico de NAV sospechada. Se realizaron mediciones de PCR y PCT en el momento de la sospecha diagnóstica. **VARIABLES:** sexo, edad, patología, APACHE II, SAPS II y SOFA, tiempo de inicio de la NAV, presencia de sepsis o shock séptico, tiempo de estadía en AVM, estadía en UCI y evolución.

**Resultados:** En 20 meses se incluyeron 74 pacientes. Edad 42,20 años ( $\pm 17,94$ ); varones 58 (78,4%); Al ingreso a la UCI las medias de APACHE II, SAPS II y SOFA fueron: 19,23 ( $\pm 5,77$ ), 43,47 ( $\pm 14,47$ )

y 6,76 ( $\pm 2,23$ ) puntos, respectivamente.

El 45,9% de los enfermos ingresó por patología médica, 9,5% por patología quirúrgica y 44,6% por trauma. La estadía media en la UCI fue de 18,59 días ( $\pm 11,69$ ) y en AVM de 13,99 días ( $\pm 10,47$ ). El valor de PCT tuvo una media de 2,60 ng/ml ( $\pm 4,72$ ) y el de PCR 19,12 mg/dl ( $\pm 10,49$ ). Los valores de ambos biomarcadores mostraron un mal desempeño para el pronóstico, evidenciado por la ausencia de significación estadística entre los grupos (sobrevivida y muerte) respecto a la PCR (19,86 mg/dl  $\pm 9,19$  vs. 16,59 mg/dl  $\pm 12,52$ ;  $p = 0,061$ ) y PCT (2,73 ng/dl  $\pm 6,24$  vs. 3,04 ng/dl  $\pm 4,39$ ;  $p = 0,556$ ). AUC de PCR: 0,406 (IC 95% 0,259- 0,552;  $p = 0,161$ ) y AUC de PCT 0,540 (IC 95% 0,402- 0,678;  $p = 0,556$ ).

**Conclusión:** La PCR y la PCT cuantificadas al momento de la sospecha de NAV, no resultaron útiles para predecir mal pronóstico.



**0119 VENTILACIÓN NO INVASIVA POSTEXTUBACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE HEPÁTICO (6 AÑOS DE EXPERIENCIA)**

C LÓPEZ, G OLGUÍN(1), D BUAMSCHA(1)  
 (1) De Pediatría Garrahan.

**Introducción:** Las complicaciones pulmonares son comunes en el post-operatorio inmediato de trasplante hepático. La utilización de ventilación no invasiva (VNI), puede ser útil para disminuir el trabajo respiratorio y evitar las complicaciones postquirúrgicas.

**Objetivo:** Describir los efectos de la VNI postextubación en el paciente pediátrico trasplantado hepático, determinar la tasa de éxito y analizar las diferencias entre los éxitos y fracasos.

**Diseño:** observacional, retrospectivo, analítico y transversal.

**Población y métodos:** Se analizaron 220 historias clínicas de pacientes trasplantados hepáticos, ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos para Inmunosuprimidos (UCII) del Hospital de Pediatría J.P Garrahan, en el período comprendido entre Enero de 2013 y Enero de 2019.

Se describieron los efectos de la VNI postextubación electiva (VNIe: de forma programada posterior a la extubación) y de rescate (VNIr: ante signos de insuficiencia respiratoria dentro de las 72 hs postextubación). Se eliminaron aquellos pacientes que requirieron VNI posterior a las 72 hs de extubación, considerándose nuevo evento de VNI. Se analizaron las diferencias entre los éxitos y fracasos (entendiéndose por fracaso de VNI la necesidad de reintubación dentro de las 72 hs postextubación)

**Resultados:** 184 pacientes ingresaron desde quirófano con AVM, 146 requirieron VNI postextubación (102 VNIe y 44 VNIr). El éxito de la VNIe y VNIr fue del 79,5% y 74% respectivamente. El grupo de fracaso de VNI (33 pacientes), tuvo menor edad (12 meses vs 20 meses), abdomen abierto (16% vs 7,09%), re trasplante (20% vs 14,24%), paresia diafragmática (100% vs 82,58%), más días de internación (23 vs 15), más días de ARM (14,5 vs 3,5), weaning dificultoso y/o prolongado (29,2 vs 26,8), más complicaciones postquirúrgicas (61% vs 39%), injerto de donante vivo relacionado (DVR: 19,4% vs 9,4%), menos días de VNI (2 vs 4) y mayor mortalidad (9,7% vs 2,6%).

**Conclusiones:** En nuestra población la utilización de la VNI postex-

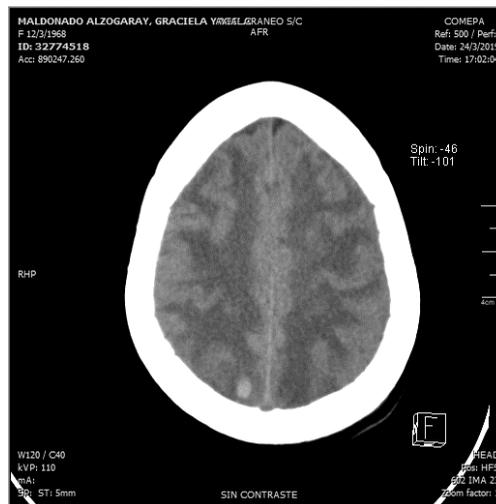
tubación, resultó exitosa en un 76%. Consideramos que podría ser una herramienta útil para evitar las complicaciones postquirúrgicas y el reingreso a AVIM. Siguen siendo determinantes para el éxito de la técnica, la adecuada selección de los pacientes, teniendo en cuenta las comorbilidades y el momento adecuado para la extubación.

**0120 SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE LUPICA CON SEPSIS PERITONEAL**

LE GOMEZ ANZALAS(1), J PINAZZO(1), J DIAZ(1), J BONDANZA(1)

(1) Escuela Del Litoral.

Paciente de sexo femenino, 50 años, con antecedentes personales de Lupus Eritematoso Sistemico y Síndrome Antifosfolipidico. Medicada con Hidroxicloroquina. Ingresa en postoperatorio coordinado de reparacion de fistula genito-urinaria. Complicada con Sepsis peritoneal vinculada a perforacion iatrogenica de asa delgada, queda en plan de relaparotomia bajo sedoanalgesia en infusion continua. Cirugias posteriores muestran nuevos sectores de yeyuno perforados que requieren resecciones, anatomia patologica no logra confirmar enfermedad lupica como etiologia de las mismas. Shock septico. Disfuncion renal aguda en plan de hemodialisis. Compromiso hematologico severo con intensa reposicion hematologica. Recibe hidrocortisona en infusion continua. Buena evolucion posterior, se realiza cierre de pared abdominal con franca mejoría de las disfunciones. Se suspende sedacion, logrando paciente lucida con elementos de debilidad adquirida en UCI. Agrega crisis convulsiva generalizada que cede con benzodiazepinas y Difenilhidantoina. Se reinstala sedacion para adaptacion a la asistencia respiratoria mecanica. Tomografia de craneo: 2 pequeños hematomas lobares de aspecto agudo y extensa hipodensidad subcortical fronto-parieto-occipital, bilateral y simetrica probablemente vinculada a PRES (Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible). RMN de craneo: aumento de señal en secuencias potenciadas en T2 a nivel de la sustancia blanca subcortical parieto-occipital bilateral. Varias lesiones de baja intensidad en T2 GRE a nivel parietal bilateral. Mala evolucion posterior, agrega disfuncion hematologica severa, plaquetopenia de 11000. Se plantea descompensacion de enfermedad lupica refractaria al tratamiento instituido, corticoides e inmunoglobulinas iv. Fallece por shock hipovolémico.



**0121 REVERSE-TRIGGERING EN PACIENTES CON SDRA: EFECTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA**

P RODRIGUEZ(1), S FREDDES(2), N TIRIBELLI(3), I FERNANDEZ(4), G PLOTNIKOW(5), E GOGNIAT(6), I LOPEZ SAUBIDET(1), S ILUTOVICH(2), A RAIMONDI, R PRATTO(5), M GUAYMAS(3), P MASKIN(1), M MADORNO(7), M SETTEN(1)  
 (1) Cemic (centro De Educación Médica E Investigaciones Clínicas). (2) Sanatorio De La Trinidad Mitre. (3) Complejo Médico Churruca Visca. (4) Hospital Italiano De Buenos Aires. (5) Sanatorio Anchorena. (6) Cki-sati. (7) Mbmed.

**Introducción:** Se ha descrito la presencia inesperada de asincronías en pacientes ventilados con SDRA en un tercio de los casos. Estas representan esfuerzos ineficaces o doble disparos. El mecanismo subyacente de estas asincronías es el reverse-triggering (RT). El objetivo del estudio fue evaluar el efecto sobre la tasa de asincronías al variar la frecuencia respiratoria (FR) en pacientes con SDRA y RT. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional desarrollado en 5 centros de la Ciudad de Buenos Aires. Se enrolaron 100 pacientes adultos que cumplían los criterios de SDRA de Berlin y con una ventilación mecánica de menos de 72 horas.

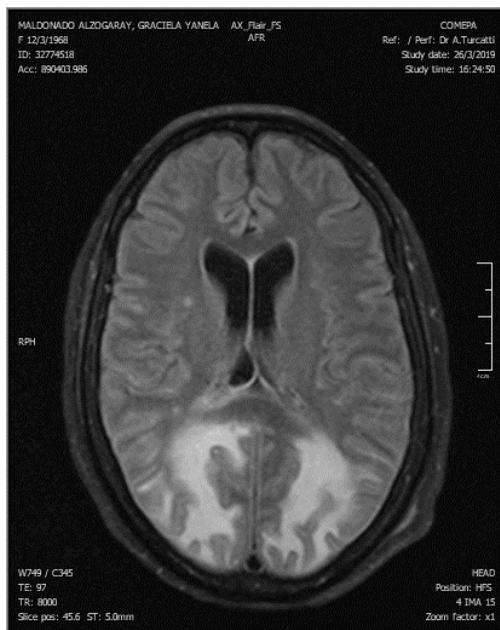
Se adquirieron señales de flujo y presión de la vía aérea durante 30 minutos. Luego, se disminuyó o incrementó (orden aleatorio) la FR 5 respiraciones por minuto durante 3 minutos, con una estabilización entre periodos (5 minutos). Se seleccionaron 37 registros de pacientes donde había más de 1 asincronía en los 3 últimos minutos de su registro basal. Se evaluó la frecuencia de asincronías totales, de RT ineficaces (esfuerzos ineficaces, RTi) y de RT eficaces (Rte) en función de la FR con un modelo mixto de Poisson (efecto random: paciente y tiempo, efecto fijo: FR). Se utilizó como referencia del efecto fijo la FR basal. **Resultados:** El score APACHE II fue 18.92±8.52, pH 7.35±0.08, PaCO<sub>2</sub> 239.65±5.58 y PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 196.79±48.22 mmHg. La configuración basal del respirador era: FR 25.73±3.81 rpm, PEEP 12.35±3.91 cmH<sub>2</sub>O, y Vt 6.2±0.45 ml/kg.

Las asincronías totales bajaron en relación a la ventilación basal al disminuir la FR (figura). El cambio en la tasa de Rte fue diferente de acuerdo a la intervención, observándose una reducción del 45% al incrementar la FR (tabla).

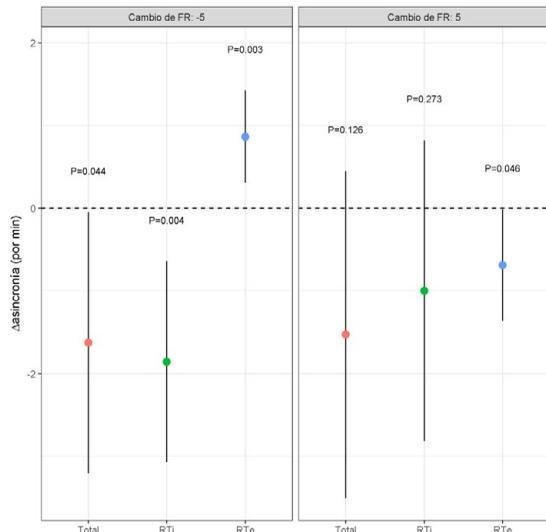
Total	5.19 (3.24-8.30)	0.64 (0.38-1.06)	0.09	0.58 (0.35-0.96)	0.03
RTi	2.93 (1.77-4.87)	0.51 (0.30-0.86)	0.007	0.56 (0.34-0.95)	0.026
Rte	0.83 (0.42-1.64)	1.23 (0.85-1.79)	0.402	0.55 (0.37-0.82)	0.001

FR - 5 FR + 5 Asincronía/Tasa basal (por min)RRRPRP.

**Discusión:** Se observa un cambio no lineal en la tasa de asincronía



al variar la FR. Al disminuir esta variable se observa un cambio concordante en la frecuencia total, pero no en los RTe. Por el contrario, al aumentar la FR se observa una reducción paradójica del RTe.



### 0122 EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES EN WEANING DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

M CARMONA(1), G FEDERICO(1), P RAMIRO(1), M DAVID(2), L CORA(1), C ARIEL(1), Z GRACIELA(1)  
(1) Lagomaggiore. (2) Lagomaggiore.

**Introducción:** Según la American Music Therapy Association, la musicoterapia es el uso de la música y/o sus elementos, (sonidos, ritmos, melodías, armonías, dinámica y tempo) para lograr objetivos individuales dentro de un marco terapéutico desarrollado por un profesional acreditado. Esta definición implica la intervención de un terapeuta entrenado. En estudios previos, la música ha demostrado tener efectos fisiológicos y psicológicos positivos en los pacientes.

**Objetivos:** Objetivo primario: Valorar el efecto de la musicoterapia sobre el nivel de ansiedad, la incidencia de delirio y los días de ventilación mecánica de pacientes en UTI.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 28 paciente durante el período antes mencionado, de los cuales se tuvieron que excluir 6 pacientes por cumplir con alguno de los criterios de exclusión (n=22). De los cuales 13 (n=13) fueron randomizados en el grupo intervención y el resto al grupo control (n=9) IC95%. Respecto de los días de ventilación mecánica cuando se comparan los dos grupos, se observa que los días de VM en el GM fueron significativamente menores que el GC, de  $4 \pm 1.87$  y  $6.76 \pm 3.89$ , OR 1.2 (1-1.5) (P 0.03) respectivamente. El mismo comportamiento se observa cuando se analizan los días de weaning, el GM tuvo un promedio de  $1.66 \pm 0.7$ , mientras que el del GC fue de  $3.23 \pm 1.87$ , con un OR 1.15 (1-1.35) y P 0.01. Respecto del porcentaje de fracaso de la prueba de weaning, en los pacientes del GM fue 22.22 (2/9), mientras que en el GC fue de 23.07 (3/13) con un OR de 1.05 (0.13-8.02) y una P de 0,9. Respecto del delirio, evaluado mediante el CAM-ICU, los pacientes sometidos a musicoterapia, 9 (40,9%) presentaron un CAM-ICU POSITIVO para delirio mientras que en el grupo control fueron 13 (59,9%) (P 0.09).

**Discusión:** Según los resultados podemos decir que la musicoterapia como estrategia no farmacológica para el manejo de la

ansiedad y el delirio en pacientes de unidades de cuidados críticos durante el destete de la ventilación mecánica, podría ser una herramienta útil para el manejo de pacientes en destete de la ventilación mecánica.

### 0123 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN PSWING/VOLUMEN TIDAL DURANTE PRUEBA DE VENTILACION ESPONTANEA, COMO PREDICTOR DE WEANING EXITOSO

R PAFFUMI(1), M CARMONA(1), D MINZER(1), G RAMITO(1), R MARIA PAULA(1), C ARIEL(1), Z GRACIELA(1)  
(1) Lagomaggiore.

**Introducción:** En la practica clinica, liberar al paciente del respirador es un proceso complejo y en circunsntancias dificultoso por lo cual se debe obtener la mayor cantidad de informacion posible para poder predecir con la mayor exactitud el resultado.

La aplicación de la presión esofágica (Pes) ha permitido comprender aun mejor los mecanismos fisiopatológicos de la insuficiencia respiratoria).

**Hipótesis:** El comportamiento lineal del Pswing y su relacion con el VT podrían ser un predictor del destete exitoso de la ventilación mecánica

**Objetivos primarios:**

- Evaluar el pswing y su relacion con el VT como una variable de predicción de weaning exitoso.

**Objetivos secundarios:**

Criterios de inclusión.

1. Todos los pacientes mayores de 18 años que se encuentren en etapa de weaning según criterio médico.

Se trata de un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y unicentrico. A realizar en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Luis Lagomaggiore, durante un periodo de 3 meses a partir del mes de enero del 2018.

**Metodología:** Los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión ya mencionados incian el proceso de destete mediante una prueba de ventilación espontánea de 30 minutos, Tubo en T (TT). Se realiza toma de datos al minuto 3 del inicio de la prueba y al finalizar la misma.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 13 pacientes (n=13), la edad promedio fue de 46,3 años, mientras que los días de ventilación mecánica fue de 4,23 días para todos los grupos. Respecto de los diagnósticos 3 (39%) pacientes presentaban Neumonía adquirida en la comunidad, Shock séptico 3 (23%), shock hipovolémico 2 (15%), gran quemados 2 (15%), post-quirúrgicos 1 (8%).

Respecto de la evolución durante la TT, 9 (n=9) (69%) tuvieron éxito, mientras que 4 (n=4) (30,76%) fracasaron.

Para estos grupos se determinó un PS1, un PS2 y un DPS, y se comparó este último en búsqueda de una relación entre el comportamiento del DPS y el resultado de la TT. Para el primer grupo el PS1 fue de 9,55 cmH2O, un PS2 de 9,79, resultando un DPS de 0,24 cmH2O. Para el segundo grupo se calculó un PSP1 de 13,55 cmH2O y un PSP2 de 16, con un delta de 2,45 cmH2O (p 0,063).

### 0124 REANIMACIÓN CON FLUIDOS GUIADA POR MONITOREO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN PACIENTE GRAN QUEMADO

P RAMIRO(1), M CARMONA(1), M DAVID(1), G FEDERICO(1), A PEREZ(1), C ARIEL(1), Z GRACIELA(1)  
(1) Lagomaggiore.

**Introducción:** El paciente gran quemado, representa un desafío para el equipo multidisciplinario de cuidados críticos, por lo que la utilización de protocolos de actuación es una herramienta fundamental para optimizar la atención de dichos pacientes. La reanimación aguda es un aspecto único de la atención de este

tipo de pacientes y la capacidad de reanimar eficazmente a los pacientes es fundamental para la supervivencia y el resultado global.

**Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un paciente de 48 años de edad con antecedentes de consumo de sustancias ilícitas actual y depresión, quien es llevado a la guardia de hospital periférico por presentar, en contexto de intento auto eliminación, quemadura de vía aérea, rostro y tórax por fuego asociado a disnea. En dicho nosocomio ingresa en mal estado general, saturando 89% aire ambiente, se constata expectoración con restos carbonáceos, mucosas secas eritematosas, piel de rostro eritematosa, se inicia ventilación protectora. Se colocar catéter arterial, en piel sana, se conecta a monitor multiparamétrico y plataforma de monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo (EV1000). Los controles pertinentes tanto gasométricos (arterial y venoso) como los referidos al monitoreo mínimamente invasivo se realizaron a la hora cero (ingreso) 6, 24, 48 horas desde el ingreso a terapia intensiva. En este caso al guiar la reanimación por medio del monitoreo mínimamente invasivo pudimos observar que el volumen total de fluidos administrado en la reanimación (expansiones) fue de 2340ml el que representa un 29.84% del volumen total a infundir según la fórmula de Parkland.

**Conclusión:** Entendemos que la reanimación debe ser ajustada según las necesidades temporales de cada paciente, es por esto que buscamos unificar los criterios de reanimación en esta población de pacientes. Actualmente estamos recopilando la información de todos los pacientes gran quemados.

#### 0125 RABDOMIÓLISIS: REPORTE DE UN CASO

M ALBARRACIN REINOSO(1), G ORELLANA CAMPOVERDE(1), V NARVAEZ(1), D PAEZ SILES(1), N GARCIA SMERALDI(1), S STERMAN(1), JJ BRAVO MITA(1), P AYALA(1), ML LUDJENÁ(1), C GARCÍA ALMIRÓN(1), A KOVAC(1), N RAIMONDI(1) (1) Fernandez.

**Introducción:** La rabdomiólisis es un síndrome de severidad variable caracterizado por la destrucción de las células musculares y la consiguiente liberación del contenido intracelular al torrente sanguíneo. De la gravedad del mismo, radica la importancia de diagnosticarlo y tratarlo de forma temprana.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 18 años de edad, presenta como antecedente de relevancia consumo activo de cocaína y marihuana, ingresa a Emergentología por colisión vehicular (moto-auto), con trauma cerrado de tórax, fracturas costales múltiples bilaterales con contusiones pulmonares, sin otras lesiones asociadas. Por presentar tórax inestable se procede a intubación orotraqueal y pase a unidad de cuidados críticos.

Evoluciona con deterioro progresivo de la función respiratoria por lo que requiere infusión continua de propofol y bloqueantes neuromusculares en altas dosis por tiempo prolongado. Presenta trombosis venosa profunda requiriendo colocación de filtro de vena cava inferior e inicio de anticoagulación.

Evoluciona febril persistente por lo que se toman cultivos y se inicia esquema antibiótico empírico con imipenem, vancomicina y colistin, sin rescates microbiológicos durante la internación. Asociado a este cuadro presenta aumento progresivo de CPK hasta alcanzar un valor máximo de 555356. Se decide suspender infusión continua de propofol, presentando como complicación falla renal aguda con requerimiento de hemodiálisis. Evoluciona con shock e hipoxemia refractaria y fallece 18 días posteriores a su ingreso.

**Discusión:** Traemos a discusión este caso, por tratarse de una entidad frecuente en nuestro medio con alto grado de mortalidad y riesgo recurrente, debido a los innumerables factores de riesgo y desencadenantes. Por lo tanto el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para mejorar el pronóstico.

#### 0127 PATRONES DE REVERSE-TRIGGERING EN PACIENTES CON SDRA

P RODRIGUEZ(1), G PLOTNIKOV(2), E GOGNIAT(3), I FERNANDEZ(4), S FREDES(5), N TIRIBELLI(6), R PRATTO(2), S ILLUTOVICH(5), A RAIMONDI, M MADORNO(7), I BONELLI(1), M GUAYMAS(6), P MASKIN(1), M SETTEN(1)

(1) Cemic (Centro De Educación Médica e Investigaciones Clínicas). (2) Sanatorio Anchorena. (3) Cki-SATI. (4) Hospital Italiano de Buenos Aires. (5) Sanatorio de la Trinidad Mitre. (6) Complejo Médico Churrucá Visca. (7) Mbmed.

**Introducción:** Se ha descrito la presencia de reverse-triggering (RT) en pacientes con SDRA. Esto puede ocasionar doble disparos (RT eficaz) o esfuerzos ineficaces (RT ineficaz) dependiendo del esfuerzo generado por el paciente. El objetivo de este estudio fue evaluar el tipo de asincronía asociada a RT en pacientes con SDRA.

**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.

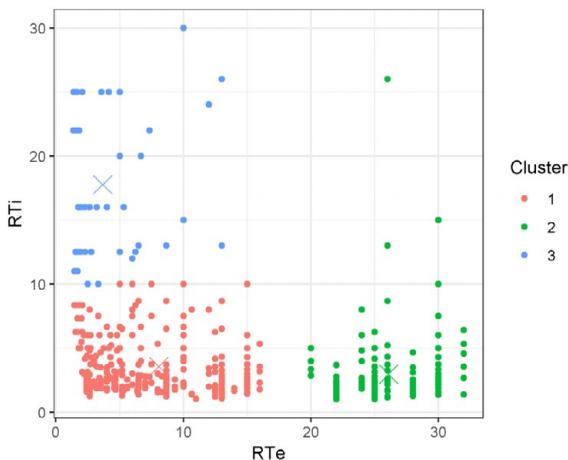
Se recolectaron datos generales en una plataforma web y se adquirieron señales de flujo, presión de la vía aérea y esofágica (cuando estuviese disponible) durante 30 minutos. La detección de asincronías se realizó con un programa previamente validado. Se calculó la relación de ciclos controlados a RT por minuto de registro (eficaces o ineficaces, RTE o RTi). Se asumió como RT si esta relación era inferior a 5:1. Se clasificaron los patrones utilizando K-means clustering.

**Resultados:** Se enrolaron 100 pacientes, 34 de los cuales presentaron más de 1 minuto con RT. La distribución de patrones de RT se puede observar en la figura. Los patrones (clusters) predominantes por pacientes y ciertos parámetros clínicos de interés se resumen en la tabla.

	(n=14)	(n=16)	(n=4)	
<b>Asincronías</b>				
RT total	1.88±0.71	2.54±0.88	3±1.4	0.045
RTi	3.8±1.73	2.88±1.02	19.51±2.53	<0.001
RTe	7.68±3.3	26.19±3.39	4.06±2.51	<0.001
Duración	21 (14.75-28)	16.5 (8.5-28)	16 (6.25-25.5)	0.646
<b>Parámetros clínicos</b>				
FR	26.64±3.1	26.19±3.39	21.25±3.77	0.022
VtKg	6.1 (5.92-6.47)	5.93 (5.8-6.06)	6.73 (6.34-6.99)	0.068
PEEP	11.79±3.85	13.88±3.72	10.25±3.3	0.145
Trigger inspiratorio	2 (2-2)	2.5 (2-3)	2 (1.62-2.25)	0.336
P plateau	23.46±4.33	25.28±3.21	20.31±2.72	0.059
C estática	34.17 (30.23-40)	39.07 (30.56-50.17)	42.67 (37-48.18)	0.655
P driving	10.42±2.59	9.95±2.68	9.6±1.15	0.803
Flujo tele-espriatorio	-6.07±3.44	-5.12±3.48	-1.66±2.24	0.085
Auto-PEEP	1 (0-2)	1.5 (1-2)	0.5 (-0.03-1)	0.146
PaCO2	37.42±4.42	43.47±4.99	37.5±3.32	0.003
PaO2/FiO2	202.41±39.05	183.81±49.27	216.62±59.5	0.354

Cluster Variable123P.

**Discusión:** El patrón de respuesta de RT no es homogéneo. Se detectaron 3 patrones: predominio mixto (cluster 1), predominio RTi (cluster 2), predominio RTE (cluster 3). El cluster 3 estaría relacionado con una FR menor y tal vez menos hiperinsuflación.



### 0129 FLEGMASIA CERULEA DOLENS. REPORTE DE UN CASO

F BARSAGLINI(1), G CARDONATTI(2), G MONTI(2), A BELLOCCHIO(2), C LLERENA(2), B ALVAREZ(2), G GAUDENZI(2), S AGUIRRE(2), C BENITEZ(2), MF COÑEQUIR(2), M ROJAS(2), M ROLANDO(2), J HEREDIA(2)

(1) Hospital Central De San Isidro. (2) Hospital Central San Isidro.

Paciente femenina de 38 años. Con antecedentes de: polidermatomiositis.

Ingres a guardia por cuadro clínico de 20 días de evolución caracterizado por tos al que agrega disnea súbita, por la cual consulta a servicio de emergencias de Hospital Central de San Isidro.

Se decide internación en piso de clínica médica.

12 hs posterior a su ingreso en sala general presenta, de aparición súbita, edema de gran magnitud de miembro inferior izquierdo + cianosis + dolor intenso. (Imagen 1)

Se decide internación en Unidad de Cuidados Intermedios.

Se realiza **eco doppler** arterio/venoso de miembros inferiores: TVP con compromiso poplíteo y femoral izquierdo. Placa compatible con inflamación arterial. **TC de tórax** con contraste: defectos de relleno a nivel del sector distal de la arteria pulmonar derecha e izquierda y sector proximal de las ramas lobares inferiores, a predominio izquierdo, compatible con trombosis pulmonar. **TC de abdomen**: trombosis iliaca externa izquierda e iliaca primitiva izquierda con similares hallazgos a nivel de femoral común y cayado de la safena. IC con cirugía vascular. Sin conducta quirúrgica. Sugieren **heparinización**.

Inicia infusión continua de Heparina Sodica, regulada según protocolo.

Franca mejoría de sintomatología respiratoria y mejoría de miembro inferior izquierdo. (Imagen 2)



### 0130 LESIONES POR INJURIA TERMICA (ELECTROCUCION)

V NARVAEZ(1), A PASTORIZA(1), ML LUDUEÑA(1), L BUDROVICH(1), M ALBARRACIN(1), G ORELLANA CAMPOVERDE(1), D PAEZ SILES(1), N GARCÍA SMERALDI(1), S STERMAN(1), JJ BRAVO MITA(1), P AYALA(1), C GARCÍA ALMIRÓN(1), N RAIMONDI(1)

(1) Fernandez.

**Introducción:** Las lesiones por injuria eléctrica son producidas por calor de alta intensidad cuando el cuerpo de la víctima se convierte en una resistencia accidental. Se presenta el caso de un paciente con lesiones por injuria térmica.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 64 años, obrero en planta de energía eléctrica. Ingresó a Emergentología luego de ser encontrado en su lugar de trabajo deambulando desorientado, con múltiples lesiones de quemadura.

Al ingreso presentaba al examen físico, escala de Glasgow 14/15; un hematoma en hemicráneo izquierdo, edema bupalpebral, quemaduras de tipo abb con zona de tipo ab en miembro superior derecho, quemadura de tipo ab con placa de tipo b en antebrazo izquierdo, quemadura tipo abb con zona tipo b en miembro inferior derecho y abdomen. Evoluciona con deterioro del sensorio, anisocoria y síndrome de Cushing por hipertensión endocraneana, por lo que se realiza tomografía de encéfalo con múltiples focos contusos en tronco y cerebelo con mayor compromiso extraaxial subaracnoideo difuso, desviación de la línea media, se realiza craniectomía fronto temporo parietal derecha.

Respecto al miembro superior presentó síndrome compartimental que requiere fasciotomía en un primer momento con amputación posterior secundario a complicaciones infecciosas y gravedad de la quemadura inicial.

Evoluciona favorablemente luego del tratamiento inicial, por lo que se decide traslado a otro centro de atención.

**Discusión:** El tipo de lesión estará determinada por la duración, mecanismo de contacto, intensidad de corriente, el tipo de corriente (continua o alterna) y el voltaje; estas lesiones pueden afectar piel y tejidos más profundos; generando una gran morbimortalidad por lo que es indispensable tener una correcta evaluación multidisciplinaria del paciente, determinando así la complejidad de las lesiones e inicio de un adecuado tratamiento.

**Conclusión:** Presentamos este caso clínico por tratarse de una forma de presentación grave y atípica con buena evolución y respuesta a la terapéutica temprana.

### 0131 PURPURA TROMBOCITOPÉNICA EN EL EMBARAZO

C MELISA(1), C MAXIMILIANO(1), P RAMIRO(1), D MINZER(1),  
G RAMIRO(1), M SANCHEZ(1), Z GRACIELA(1)  
(1) Lagomaggiore.

**Introducción:** La trombocitopenia durante el embarazo es una patología frecuente representando el segundo problema hematológico más frecuente durante la gestación, después de la anemia. La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es un trastorno autoinmune caracterizado por trombocitopenia persistente debido a la unión del anticuerpo al antígeno plaquetario provocando su prematura destrucción por el sistema reticuloendotelial. La PTI es una condición generalmente diagnosticada por exclusión descartando inicialmente otras causas de trombocitopenia, tales como infecciones, medicamentos, neoplasias hematológicas y coagulación intravascular diseminada.

**Presentación de caso:** Paciente de 36 años de edad cursando la semana 36 de embarazo con antecedentes de tabaquismo no actual, quien refiere presentar 12hs previas al ingreso gingivorragia y epistaxis asociada a petequias, por lo cual consulta en hospital periférico donde tras constatar las lesiones en la piel de tipo petequial e hipertensión arterial se decide su derivación a nuestro nosocomio para evaluación y tratamiento. Al ingreso a nuestro hospital se constata cifras tensionales de 160/100 asociado trombocitopenia severa (recuento plaquetario: 6500 Plaquetas), por lo cual se decide iniciar trasfusión con 10 unidades de plaquetas y realización de cesárea de urgencia, tras la misma se decide su pase a terapia intensiva por presentar shock hipovolémico con requerimiento de ARM-IOT y vasopresores. En el segundo día de internación en UTI presenta buena evolución con posterior progresión de weaning. Durante su estadía en UTI se realiza hemograma por hematólogo diario, identificándose persistencia de la trombocitopenia con ausencia esquistocitos y coagulograma normal, por lo cual se realiza el diagnóstico de PTI del embarazo y se inicia tratamiento con metilprednisolona 1gr/día por 3 días. Por presentar mala respuesta al tratamiento, al segundo día, se decide iniciar inmunoglobulina EV 1gr/kg/día donde se obtuvieron resultados positivos. Por buena evolución se decide su pase al servicio de clínica médica, donde continuo tratamiento con metilprednisolona (dosis en descenso de forma progresiva). Al alta continua controles por el servicio de hematología.

**Conclusión:** Las pacientes obstétricas representan un desafío para el equipo interdisciplinario de cuidados críticos. Cabe destacar que el abordaje debe ser multidisciplinario incluyendo obstetras, hematólogos, neonatólogos, y anestesiólogos, para asegurar la una óptima atención de dichas pacientes.

### 0132 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN UN VARÓN DE 16 AÑOS

NB ACOSTA PEDEMONTE(1), GV TORRESÁN(1), EG ROGGERO(1), YI BELLAGAMBA(1), J KARANTZIAS(1), NS ROCCHETTI(1), SP GATTINO(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)  
(1) Hospital Eva Perón.

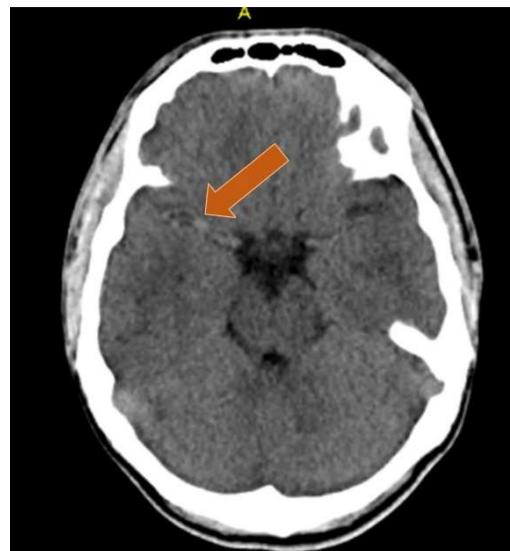
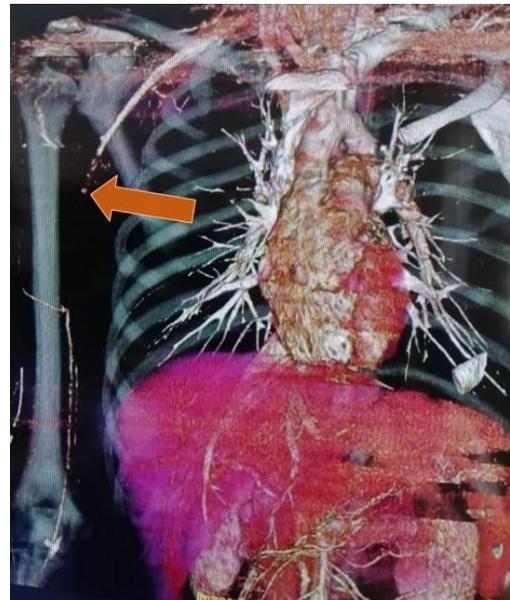
**Introducción:** El accidente cerebrovascular isquémico (ACV) en adultos jóvenes, supone etiologías poco frecuentes y diferentes a las que presentan los adultos mayores. A pesar de la baja frecuencia de presentación de estos casos, el impacto social y económico de esta entidad es importante, por lo cual es necesario el estudio etiológico completo y sistemático de los mismos.

**Caso clínico:** Un varón de 16 años ingresó por cefalea, mareos, hemiparesia facioabrahio-crural izquierda y disartria de inicio brusco. Presentaba como único antecedente lesiones ulcerosas en el 2° y 3° dedo de mano derecha, asociadas a claudicación intermitente de un año de evolución. TAC DE CRÁNEO sin contraste: signo de la cuerda de la arteria cerebral media (ACM) derecha. ANGIO-RMI: área hiperintensa en FLAIR y T2, hipointensa en T1, con restric-

ción en la difusión en ganglios de la base y corteza frontoparietal derecha. Interrupción del flujo de la arteria ACM derecha a nivel proximal. Doppler de vasos de cuello, ecocardiograma con burbujas y FDO: normales. Perfil bioquímico para enfermedades inmunes, trombofilia y tóxicos negativos. ANGIO-TAC de vasos supraaórticos: defecto de relleno de 5 cm. de extensión a nivel del tercio proximal de la arteria humeral.

**Discusión:** La Arteritis de Takayasu es una vasculopatía crónica, inflamatoria e idiopática de grandes vasos, que se manifiesta con cambios oclusivos, estenóticos o aneurismáticos de la aorta y ramas inmediatas. Afecta más frecuentemente a mujeres jóvenes, con predilección por la raza asiática. Se presenta habitualmente con claudicación de miembros, disminución de pulsos periféricos y cefalea. Debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de ACV en paciente joven si bien no es la causa más frecuente. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y en imágenes compatibles.

**Conclusión:** La Arteritis de Takayasu debe considerarse como una etiología rara pero posible, de ACV isquémico en pacientes jóvenes.



### 0133 IMPACTO DE LA BACTERIEMIA EN NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

AC YUNES(1), A MANZUR(1)  
(1) Dr. Guillermo Rawson.

**Introducción:** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es una de las principales infecciones asociada al cuidado de la salud en nuestra institución, con una incidencia aproximada de 12 casos/1000 días de ventilación mecánica (VM). La presencia de bacteriemia es infrecuente y no está claro si influye en la evolución clínica de los pacientes que desarrollan NAV durante su estancia en terapia intensiva.

**Objetivos:** Conocer la incidencia de bacteriemia en NAV. Determinar si la presencia de bacteriemia es un factor pronóstico de la NAV.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, de casos y controles. Análisis las NAV de terapia intensiva de nuestra institución de 2013 a 2018 diagnosticadas según criterios del VIHDA en pacientes con más de 48hs de VM, las muestras respiratorias fueron obtenidas por técnica no invasiva analizada en forma cuantitativa con punto de corte 1.000 UFC/ml. Los controles fueron pacientes con NAV y hemocultivos negativos, y los casos fueron aquellos que presentaron concomitantemente hemocultivos positivos con igual microorganismo que el aislado en la muestra respiratoria.

Variabales analizadas: sexo, edad, comorbilidad, motivo de ingreso, multirresistencia, tiempo desde inicio VM hasta diagnóstico de NAV, tiempo desde diagnóstico NAV al destete, tratamiento empírico adecuado (TEA), internación en terapia intensiva, días de hospitalización, mortalidad hospitalaria y a los 7 días. Análisis estadístico con SPSSv20.

**Resultados:** Durante el periodo analizado se diagnosticó NAV en 158 pacientes, 20 de los cuales presentaron bacteriemia con una incidencia de 0,13 (IC95%: 0,07-0,18). Los agentes etiológicos fueron similares en ambos grupos, siendo los más frecuentes *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli*. En el análisis univariado en los pacientes con bacteriemia el diagnóstico de NAV fue más tardío sin significación estadística, la presencia de multirresistencia fue más frecuente pero no significativa y el TEA fue menos frecuente con diferencia estadísticamente significativa. Las variables evolutivas analizadas ocurrieron de manera similar en ambos grupos: tiempo desde el diagnóstico al destete 11,2 (DE=11,7) vs. 10,3 (DE=14,3) días  $p=0,79$ , internación en terapia intensiva 27,1 (DE= 9,4) vs. 28,6.

### 0134 ANEURISMA GIGANTE DE LA ARTERIA BASILAR

G ORELLANA CAMPOVERDE(1), M REINOSO ALBARRACIN(1), D PAEZ SILES(1), N GARCIA SMERALDI(1), S STERMAN(1), JJ BRAVO MITA(1), P AYALA(1), ML LUDUEÑA(1), C GARCIA ALMIRON(1), L CAMPUTARO(1), N RAIMONDI(1)  
(1) Fernandez.

**Introducción:** Los aneurismas en la arteria basilar (AB) son infrecuentes y de difícil diagnóstico clínico. Se ha observado en un 2.8% del total de los aneurismas. Los aneurismas de AB pueden presentarse con evento de muerte súbita por hemorragia subaracnoidea; especialmente en población adulta con un promedio de edad de 48 años.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 23 años, con antecedentes de cefalea de 2 meses de evolución, ingresa a emergentología por presentar cefalea asociada a convulsión tónico clónica generalizada. Se constata GCS 9/15 (O3V2M4), plejía braquio-crural izquierda y compromiso de pares bajos. Se decide intubación orotraqueal; se solicita TC de encéfalo que evidencia aneurisma gigante de arteria basilar con compresión de tronco más HSA Fisher III Hunt y Hess IV. Se decide embolización con Coils. Al ingreso a UCI, se constata pa-

ciente en coma. El Doppler transcraneano evidenciaba signos de hipertensión endocraneana (Bajas VM e IP aumentados); la tomografía de control mostraba hidrocefalia no comunicante, se decide colocación de derivación ventricular externa.

El Servicio de Neurocirugía, decide colocación de divisor de flujo requiere administración de Tirofiban intra-procedimiento; durante el procedimiento requirió Coils adicionales por expansión aneurismática.

Posterior al procedimiento, el examen neurológico reflejaba GCS 7/15 apertura ocular espontánea sin contenido y descerebración al estímulo doloroso. Se solicita potenciales evocados somatosensitivos (PESS): arribo N20 izquierdo y de tronco encefálico (PET): latencia conservadas hasta onda V Izquierda impresionando lesión parcial de tronco, sin arribo cortical izquierdo.

**Discusión:** Traemos a debate este caso, por tratarse de una entidad poco común. Los aneurismas de arteria cerebelosa posterior son lesiones raras representándose en el 0,5-3%.

El avance en el tratamiento endovascular de los aneurismas cerebrales, ha condicionado un incremento en la utilización de la embolización de aneurisma con Coils.

**Conclusión:** El objetivo primordial, tanto de la cirugía tradicional, como de la embolización de los aneurismática es la reducción del riesgo de hemorragia subaracnoidea. Dada la localización del aneurisma y las complicaciones que la cirugía convencional conlleva, la intervención endovascular con Coils asociado a divisor de flujo y asistencia con balón; impresionaría ser la estrategia indicada.

### 0135 SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO SECUNDARIO A TOXICIDAD PULMONAR POR AMIODARONA

L VALENCIA CHICUÉ(1), A FERRERO(1), M GARBARINI(1), M LAS HERAS(1), E SAN ROMAN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La Amiodarona es uno de los agentes antiarrítmicos más utilizados en el mundo. Sin embargo sus efectos adversos potencialmente fatales como la toxicidad pulmonar, hacen que no sea considerada dentro de las primeras causas de falla respiratoria dada su baja incidencia (5 al 10%). Su presencia parece estar relacionada con la edad avanzada, duración del tratamiento, dosificación acumulada, uso de medios de contraste y probablemente enfermedad pulmonar preexistente. La mortalidad oscila entre el 9% para los que desarrollan neumonía crónica y el 50% para quienes desarrollan Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.

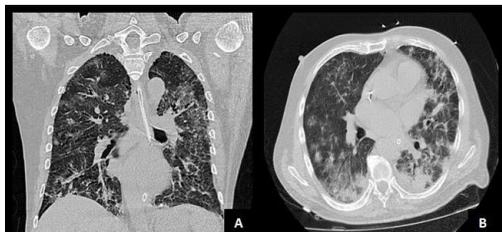
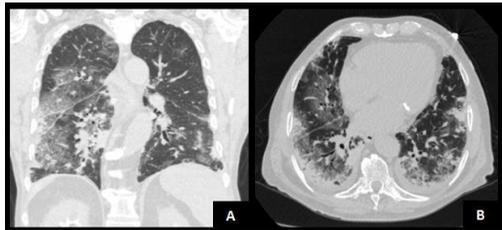
**Casos clínicos:**

**Caso 1:** Hombre de 76 años, con antecedentes de fibrilación auricular tratado con amiodarona 200 mg/día desde hacía 3 meses; se interna con diagnóstico de Neumonía versus Insuficiencia cardiaca descompensada. Radiografía de tórax con infiltrados pulmonares bilaterales, progresa a insuficiencia respiratoria. Tomografía de tórax con extensas áreas en vidrio esmerilado bilaterales con engrosamiento de septos intersticiales. Lavado Broncoalveolar: citología con predominio de linfocitos, cultivo negativos. Se interpreta como Toxicidad pulmonar inducida por amiodarona. Inicia corticoides con adecuada respuesta clínica y mejoría en índices de oxigenación. (Fig. 1).

**Caso 2:** Hombre de 83 años, con antecedente de Fibrilación auricular tratado con amiodarona 400 mg/día. Se interna con diagnóstico de Neumonía. Tomografía de tórax que evidencia múltiples áreas con patrón en "vidrio esmerilado" de distribución difusa. Evoluciona con insuficiencia respiratoria, progresión de los infiltrados bilaterales e hipoxemia severa (Pa/Fi 80). Lavado bronquio-alveolar sin rescate microbiológico, criobiopsia pulmonar con hallazgos compatibles con toxicidad pulmonar por amiodarona. (Fig. 2)

**Discusión:** La toxicidad pulmonar por amiodarona representa un problema clínico de difícil reconocimiento; debido a que no existen "Estándares de oro" para confirmar su diagnóstico. Siendo la afectación pulmonar el efecto adverso más grave, llegando a ser en algunos casos rápidamente progresivo y letal.

**Conclusión:** El reconocimiento y tratamiento de esta entidad en la unidad de terapia intensiva es todo un reto, la sospecha clínica y la confirmación por medio de estudios invasivos, pueden orientar el diagnóstico y permitir un tratamiento adecuado.



### 0136 RABDOMIOLISIS E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR ENVENENAMIENTO BOTROPICO, A PROPOSITO DE UN CASO

AM SANCHEZ(1), JF GUZMAN(1), Y YOMA(1), N LLANES(1)  
(1) San Bernardo.

**Introducción:** El ofidismo constituye una patología poco prevalente, con registro de aprox. 900 casos anuales en Argentina. En nuestro país existen 3 familias diferentes de ofidios venenosos, de las cuales el envenenamiento botropico cursa clínicamente con gran dolor, eritema, necrosis de la zona de inoculación asociado a coagulopatías por estado de hipercoagulabilidad.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 61 años de edad, Etnia Wichi. Antecedentes: HTA sin tratamiento, Hipoacusia bilateral, Exposición a humo de leña. Motivo de Consulta: Mordedura de ofidio. Antecedentes de enfermedad actual: Interrogatorio indirecto a familiar, refiere mordedura de ofidio de 4 días de evolución, tratado en comunidad de origen con ungüentos tópicos. Evolución tórpida con dificultad respiratoria y alteración del sensorio, consulta a centro médico donde se infunde suero antiofidico y se decide derivación. Ingresa por guardia en vuelo sanitario.

**Examen físico:** TA 100/60 FC:103 FR:28 T° 35, Glasgow 8/15 (AO 2, RM 4, RV 2). SOMA: Edema Godet +, localizado, MSD, presencia de 2 lesiones puntiformes, ampollares, con escasa secreción serosa. Laboratorio de ingreso: Hb: 12,8, HTO: 39, GB 27000 Urea 186,

Creatinina 6,6, CPK 30716, K: 6.1, Na 131, GOT 2273, GPT 1136, LDH 16910, Coagulograma: TP no medible, KPTT: 34, RIN >7, Fibrinogeno <50, Ingresa a UTI SOFA: 10 APACHE: 29.

**Diagnóstico:** IRA vs IRC reagudizada, Rabdomiolisis, Coagulopatía con afibrinogenemia (CID).

**Conducta:** ARM (protección de VA) Tranfusión de hemoderivados: PFC, Crioprecipitados Hemodialisis de urgencia (anuria). Laboratorio a las 48hs: Hb: 9.5, Hto 29, GB: 16800, Urea 121, Creatinina 5.1, GOT: 1143, GPT: 142, FAL 59, BT: 1.3, Na: 132, K: 4.5, Ca: 8.2 (corregido), Lactico: 1.3, TP 29%, RIN: 2.8, KPTT 52, Fibrinogeno: 180, CPK 5673, LDH 4643l. Evolución: PCR reanimado, múltiples interurrencias infecciosas y esquemas ATB. Egresada de UTI tras 32 días de internación, con traqueostomía, en HD trisemanal.

**Discusión:** El envenenamiento botropico causa alteraciones locales y sistémicas de gravedad variable, dependiendo del tamaño del espécimen ofídico y la cantidad de veneno inoculada. Presenta acción miocitolítica y procoagulante, que en raros casos puede conducir a la mioglobinuria con IRA, fallo multiorgánico y requerimiento de HD. Generalmente causan gran edema local, dolor intenso, puerta de entrada evidente, riesgo de rabdomiolisis y síndrome compartimental. Toxinas metaloproteinasas: fibrinogenolítica, apoptótica, activador de protrombina y del factor X de la coagulación, inhibidor de la agregación plaquetaria, inactivador de inhibidores de serina proteasas.

**Conclusiones:** La mordedura de serpientes del género bothrops es la de mayor frecuencia. La aparición de mionecrosis con clínica manifiesta en el sitio de mordedura es la principal lesión de sospecha, asociado a la presencia de puerta de entrada. El caso presentado no cuenta con la presentación típica, dado que al ingreso se objetivó puerta de entrada con edema godet +, con severas manifestaciones sistémicas.

### 0138 MIOPATÍA ESTEROIDEA AGUDA: UN DIAGNÓSTICO QUE SE SUELE OMITIR

G FERNANDEZ(1), JP ARTAZA(2), V CUÉLLAR(2), MJ GANDINI(2), H GARCÍA(2), E GIMÉNEZ(2), R LÓPEZ(2), L MIGLIACCI(2), MS URBANO(2), R VARGAS(2), S VIERA(2)

(1) CI Pueyrredon. (2) CI Puerredón.

**Introducción:** La miopatía en pacientes tratados con corticosteroides se evidencia principalmente entre pacientes tratados crónicamente o en pacientes con miopatía del paciente crítico en ARM. La entidad ASM (Acute Steroid Myopathy) poco después del inicio del tratamiento en pacientes no ventilados es infrecuente.

**Objetivo:** Describir caso clínico de paciente con reactivación de LES: PRES más enteritis lúpica, que presenta ASM.

**Caso:** Paciente de 22 años diagnóstico de LES desde 2016. Tratamiento hidroxiquina.

Internación 04/2019 por convulsiones TCG. Estudios complementarios (imágenes y laboratorio), se interpreta cuadro como neurolupus. Pulsos de solumedrol 3 gr, mantenimiento CTC 8 mg/día, doble antiagregación y DFH. Alta. Evoluciona con abdomen agudo suboclusivo. Se interna. Agrega, ataxia, nistagmus, delirio hiperactivo. RNM normal. Perfil inmunológico negativo. PL: normal. Se agrega ciclofosfamida IV. Evolución tórpida. Se traslada a nuestra institución.

Neuroimagen sin datos positivos. Revisión de imágenes previas que evidencian PRES. Cuadro clínico compatible con intoxicación con DFH que se confirma con dosaje. (Resultado: 40 para N de 20). Suspensión de DFH, evolución favorable. Senso problema, cuadro de suboclusión, imposibilidad de vía enteral y riesgo de perforación intestinal. Ateneo interdisciplinario, se decide aumento de dosis CTC a 40 mg/d. Mejoría de cuadro abdominal presentando a las 48 hs miopatía proximal que progresa a las 96 hs con paro respiratorio y necesidad de VM. CPK normal. Se suspenden CTC, mejoría en movilidad cefálica únicamente.

**Discusión:** La ASM es un síndrome poco frecuente. En forma imprevisible, se desarrolla dentro de 1 a 3 días, después de una dosis, que puede no ser alta y administrarse tanto IV como VO. La forma más común es la debilidad muscular proximal de las extremidades, pero puede comprometer músculos distales, respiratorios y centro bulbar. Discontinuar los esteroides, a menudo conduce a una mejora/resolución, aunque puede ocurrir irreversibilidad.

**Conclusiones:** Alto índice de sospecha de ASM es necesario para la interrupción del medicamento y recuperación de fuerza muscular. La entidad no está ampliamente reconocida y sus síntomas a menudo se interpretan erróneamente debido a la enfermedad subyacente del paciente. Agrega alta morbimortalidad por secuelas y complicaciones infecciosas.

### 0139 CAMBIOS NO PROGRAMADOS DE CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍAS EN PACIENTES ADULTOS CRÓNICOS

J LARDIÉS(1), G CHIAPPERO(1), H NUÑEZ(1), D MARQUEZ(1), F LARROCCA(1), C QUIROGA(1), F DI GRESIA(1), N MARTINEZ(1), N MANSILLA(1), ME BERTI(1), V LISCHETTI(1)  
(1) Clínica Alter Garten.

**Introducción:** No existe recomendación para el tiempo de cambio de cánula de la traqueostomía (TQT) en pacientes adultos crónicos. Los fabricantes sugieren diferentes tiempos o el cambio en caso de obstrucción, deterioro, mal funcionamiento o situaciones clínicas particulares.

**Objetivo:** Describir los cambios de cánulas de TQT no programados y analizar sus motivos en dos intervalos de tiempo distintos.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se registraron los procedimientos de cambios programados y no programados de cánulas de TQT, realizados en pacientes adultos crónicos. Se dividieron en dos grupos según el tiempo de cambio programado, cada dos meses (Grupo A) y cada tres (Grupo B).

Se recopilaron los datos demográficos, los cambios no programados y sus motivos (cánula obstruida, rotura de material, decanulación accidental, fuga peristoma, post fibrobroncoscopia (FBC)). Los datos se describen como media y desviación estándar (DS). Para el análisis se utilizó el test de chi cuadrado.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 82 procedimientos, 41 en cada grupo. Los mismos se realizaron en 20 pacientes en el Grupo A (edad promedio 71 años (DS 13,7), 9 mujeres) y en 15 pacientes en el Grupo B (edad promedio 76 años (DS 11,1), 8 mujeres). Los cambios no programados fueron 50 (61% del total), 19 (38%) en el Grupo A y 31 (62%) en Grupo B; y los cambios programados fueron 32 (39% del total), 22 (69%) y 10 (31%) en los respectivos grupos. Los motivos de los cambios no programados se detallan en la Tabla 1. Se encontró mayor relación de cambios no programados en el Grupo B ( $p=0.007$ ), siendo la cánula obstruida un motivo significativo de cambio ( $p=0.0003$ ). No se hallaron asociaciones entre el resto de los motivos de cambios no programados analizados.

**Conclusión:** En base a los hallazgos encontrados, se podría sugerir que realizar cambios de cánulas de TQT cada tres meses podría aumentar la necesidad de cambios no programados especialmente de aquellos causados por obstrucción de la cánula.

Tabla 1: Motivos de cambios de TQT no programados, p valor.

Motivos de cambios de TQT no programados, n (%)	Total, 50 (100)	Grupo A, 19 (38)	Grupo B, 31 (62)	Diferencia Significativa, p valor
Cánula obstruida	20 (40)	3 (6)	17 (34)	0,0003
Rotura de material	12 (24)	4 (8)	8 (16)	0,211
Decanulación accidental	14 (28)	10 (20)	4 (8)	0,078
Fuga peristoma	3 (6)	1 (2)	2 (4)	0,5 (Fisher exact test)
Post FBC	1 (2)	1 (2)	0	0,5 (Fisher exact test)

### 0140 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN NEUMONIA GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

C AMBROSI(1), C AMBROSI(2), B NOSOTTI(2), Y LOMBI(2), I LEDESMA(2), E MANRIQUE(2), V NIEVAS(2)

(1) Hospital Privado Universitario de Córdoba. (2) Hospital Universitario de Córdoba.

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la principal causa de ingreso en las unidades críticas<sup>1</sup> y la oxigenoterapia constituye el principal tratamiento en su manejo<sup>2</sup>. En condiciones de IRA, podemos administrar oxígeno de una manera invasiva o no invasiva. Dentro de esta última, la oxigenoterapia de alto flujo (OAF)<sup>3</sup> suministra un flujo de gas de hasta 60L/min mediante cánulas nasales, con el gas suministrado acondicionado a nivel de temperatura y humedad ideales (37°C y 100% de humedad relativa). Hasta hace pocos años esta técnica se había utilizado fundamentalmente en neonatos<sup>4,5</sup>, pero en la actualidad es una opción terapéutica en la insuficiencia respiratoria, incluyendo los casos de distres respiratorio leve.<sup>6</sup>

Se presenta un paciente sexo masculino, 48 años, tabaquista 40 paquetes año, que consulta por dolor lumbar con irradiación a hipocóndrio derecho de 48h de evolución, sin fiebre o equivalentes. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia; PCR elevado. Al examen físico taquicardia, hipertensión, febrícula, taquipnea, uso de músculos accesorios. Saturación de O<sub>2</sub> 88% aire ambiente. Rales crepitantes bibasales, predominio base pulmonar derecha. Radiografía de tórax: infiltrado intersticio alveolar en base pulmonar derecha, con velamiento de seno costofrénico.

Se realiza diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundario a neumonía con derrame pleural; comienza tratamiento con ceftriaxona + claritromicina y oxígeno suplementario por máscara venturi fiO<sub>2</sub> 0,5. Hemocultivos sin desarrollo microbiológico. Serología en orina negativa para antígenos de Streptococcus pneumoniae y Legionella.

Evoluciona con mayor hipoxemia, PO<sub>2</sub> 85 con fiO<sub>2</sub> 0,6 (PAFI 141) Radiografía de tórax infiltrados bilaterales. Ingres a Unidad de Terapia Intensiva de Adultos (UCI) con diagnóstico de distres respiratorio del adulto moderado.

Continúa con igual esquema antibiótico. Se comienza con ventilación mecánica no invasiva, y se alterna con OAF, con buena tolerancia.

Paciente con empeoramiento de gasometría arterial (PAFI <100), mantiene estabilidad hemodinámica, función renal normal, afebril. Radiografía de tórax con infiltrados intersticio alveolares bilaterales y aumento de derrame pleural. TAC de torax que descarta nueva complicación. Toracocentesis diagnóstica con características de exudado: mostrar parámetros, correspondiente a derrame paraneumónico. Continúa con OAF con buena tolerancia. Laboratorio sin alteraciones del medio interno, con estado ácido base normal. Ante no presentar mejoría clínica se decide decorticación pulmonar por toracoscopia asistida por video. Posterior a cirugía evoluciona satisfactoriamente, realiza 10 días con ventilación mecánica no invasiva, se logra su destete y pase a sala.

La indicación de cánula nasal de alto flujo encuentra escasa evidencia que respalde su utilización en casos de distres respiratorio del adulto moderado y severo independientemente de su etiología<sup>7</sup>. El objetivo de este caso particular es ejemplificar nuestra experiencia en un paciente que presentó distres moderado con buena respuesta al tratamiento al utilizar de manera intercalada ventilación no invasiva y la cánula nasal de alto flujo.

**Bibliografía:** 1. C.E. Behrendt. Acute respiratory failure in the United States: Incidence and 31-day survival. Chest., 118 (2000), pp. 1100-1105.

2. T.J. Kallstrom, American Association for Respiratory Care (AARC). AARC Clinical Practice Guideline: Oxygen therapy for adults in the acute care facility-2002 revision & update. Respir Care., 47 (2002), pp. 717-720.

3. J.R. Masclans, O. Roca. High-flow oxygen therapy in acute respiratory failure. Clin Pulm Med., 19 (2012), pp. 127-130.

4. D. Wilkinson, C. Andersen, C.P. O'Donnell, A.G. de Paoli. High flow nasal cannula for respiratory support in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev., 5 (2011), pp. CD006405. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006405.pub2>.
5. S. Beggs, Z.H. Wong, S. Kaul, K.J. Ogden, J.A. Walters. High-flow nasal cannula therapy for infants with bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev., 1 (2014), pp. CD009609. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009609.pub2>.
6. J.H. Lee, K.J. Rehder, L. Williford, I.M. Cheifetz, D.A. Turner. Use of high flow nasal cannula in critically ill infants, children, and adults: A critical review of the literature. Intensive Care Med., 39 (2013), pp. 247-257. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-012-2743-5> | Medline.
7. J.R. Masclans. The role of high flow oxygen therapy in acute respiratory failure. Med Intensiva 2015;Vol. 39. Núm. 8. 457-526. DOI: 10.1016/j.medin.2015.05.009.

#### 0141 HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO EN CONTEXTO DE TROMBOCITOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO

M ECHARRI(1), G ROLANDELLI(1), D VERA(1), A BARRIENTOS(1)

(1) Naval Pedro Mallo.

**Introducción:** Se reporta el caso de una paciente mujer que presenta segundo evento de stroke hemorrágico asociado a trombosis de seno venoso y síndrome mieloproliferativo.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 70 años que presenta hematoma intraparenquimatoso parietal derecho manifestado por foco motor izquierdo y disartria, evoluciona con convulsiones tónico clónicas generalizadas y posictal prolongado por lo que requiere intubación, se constata por tomografía aumento del volumen de sangrado con efecto de masa, se decide iniciar anticoagulación con enoxaparina. Presenta asociado leucocitosis más Trombocitosis, se decide tratamiento con hidroxiurea. Evoluciona con recuperación ad integrum.

**Discusión:** La trombosis venosa cerebral constituye una enfermedad infrecuente de causa multifactorial, la presencia de hematoma intraparenquimatoso asociado ha generado controversia en cuanto al tratamiento de anticoagulación. La conjunción con trombocitosis nos plantea el desafío de asociar aspirina e hidroxiurea en intento de tratar la causa de base, pero teniendo en cuenta el potencial riesgo de sangrado; sabiendo que el diagnóstico y tratamiento precoz disminuyen la morbimortalidad

**Conclusión:** Presentamos el caso de una paciente con hematoma intraparenquimatoso extenso asociado a deterioro neurológico severo, que presenta trombosis de seno venoso más trombocitosis, en la cual se realizó tratamiento con anticoagulación, aspirina e hidroxiurea.



#### 0142 DETERIORO DEL SENSORIO TRAS RETIRO DE VIA CENTRAL. UN CASO PARADOJICO

G ROLANDELLI(1), M ECHARRI(1), D VERA(1), E DE LORENZO(1), A BARRIENTOS(1)

(1) Naval Pedro Mallo.

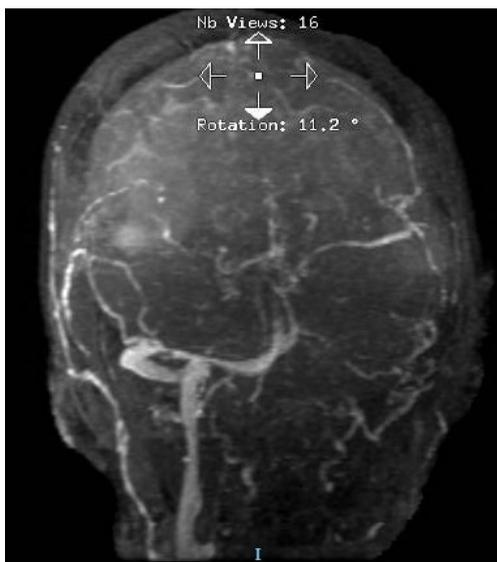
**Introducción:** Se reporta el caso de una paciente mujer que presenta deterioro del sensorio brusco asociado a foco motor tras el retiro de vía central yugular derecha.

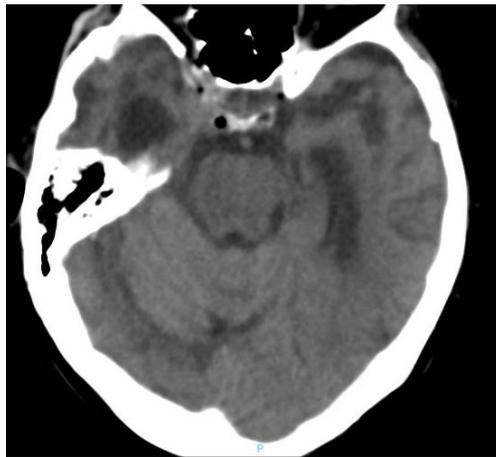
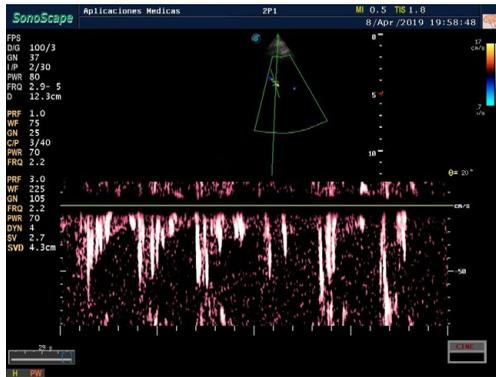
**Caso clínico:** Paciente mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, internada por fractura de cadera por la que fue operada. Presenta deterioro del sensorio y foco motor izquierdo minutos después de la retirada del acceso venoso central, requiriendo intubación y asistencia mecánica ventilatoria; la tomografía de encéfalo presenta imágenes aéreas en parénquima encefálico y carótida derecha. Tomografía control a las 24 horas evidencia isquemia hemisférica derecha. Se demuestra por doppler transcraneal con método de burbuja la comunicación interauricular, la cual se confirma con ecocardiograma transtorácico.

**Discusión:** La embolia aérea corresponde a la oclusión de un vaso sanguíneo cerebral por burbujas de aire y debe ser considerada como diagnóstico diferencial de cualquier ataque cerebrovascular. La entrada de aire puede darse si la presión venosa central es inferior a la presión atmosférica, condición que se da en la vena cava superior si el paciente se encuentra con el tórax elevado o durante maniobras de Valsalva, teniendo en cuenta la posibilidad de pasaje al sistema arterial ante la presencia de comunicación intraauricular, lo que se describe como embolismo paradójico.

El infarto encefálico debido a una embolia aérea es una condición grave e infrecuente con elevada morbimortalidad. Las causas más frecuentes descritas en la literatura son de origen iatrogénicas. La sospecha clínica debe ser precoz para garantizar un tratamiento oportuno.

**Conclusión:** Presentamos una causa infrecuente de ictus, en este caso secundario a embolia aérea paradójica, asociada a comunicación intraauricular en contexto de retiro de vía central en sedación.

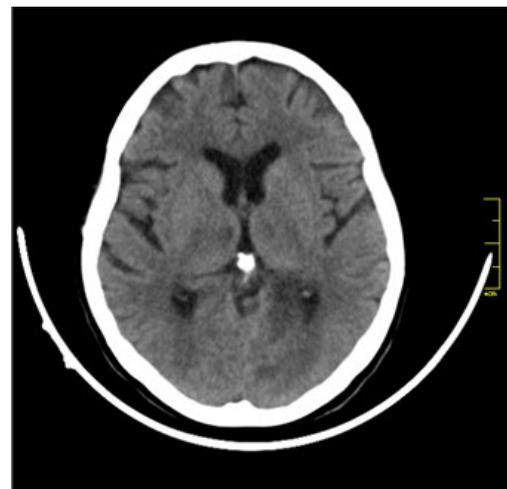
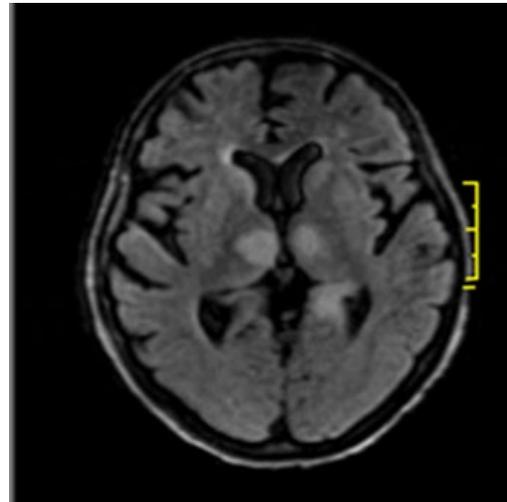




de la mirada y alteraciones de la memoria. La TAC inicial es de baja sensibilidad y se requiere de RMI encefálica para su tipificación. Esto podría explicar la dificultad diagnóstica y la probable infraestimación de su frecuencia.

Los eventos isquémicos en pacientes con LES representan menos del 20% de las manifestaciones en SNC. La posibilidad de que un paciente con LES presente un infarto talámico paramediano bilateral es extremadamente baja.

**Conclusión:** En ausencia de fármacos depresores del SNC o alteraciones metabólicas, la presencia de deterioro de la conciencia, parálisis vertical de la mirada y alteraciones de la memoria sugieren la presencia de esta rara entidad.



#### 0144 SINDROME DE PERCHERON Y LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

YI BELLAGAMBA ENRIQUE, EG ROGERO(1), GV TORRESAN, NB ACOSTA PEDEMONTE, NS ROCCHETTI, SP GATTINO, CJ SETTECASE, DH BAGILET  
(1) Hospital Escuela Eva Peron.

**Introducción:** La irrigación del tálamo está dada por la arteria carótida interna y la basilar. La arteria de Percheron es una variante vascular que se caracteriza por una arteria tálamo-perforante dominante originada en el primer segmento de la arteria cerebral posterior y se bifurca para irrigar ambos tálamos en su porción paramedial. Su obstrucción, asociado a eventos tromboembólicos y cardiovasculares en ocasiones originados por enfermedades autoinmunes, produce un infarto talámico bilateral.

**Caso clínico:** Mujer de 58 años portadora de HTA y LES. Ingresa por hemianopsia temporal derecha súbita asociada al debut de una nefropatía lúpica. Fondo de ojo: normal.

**Evolución:** Desfavorable, Glasgow 7/15, pupilas mióticas, arreactivas, mioclonías en ambos miembros inferiores, requerimiento de AVM. TAC: Área hipodensa occipital izquierda y bitalámica, infartos múltiples, leucoencefalopatía crónica difusa, sin reales patológicos luego de la inyección de contraste. RMI: En FLAIR, lesiones hiperintensas talámicas bilaterales, circunvolución temporo-occipital izquierda y subcorticales frontales bilaterales. La paciente tiene mala evolución con severas manifestaciones neurológicas, complica con NAV, luego SDR y finalmente FOM que la lleva a la muerte.

**Discusión:** El síndrome de Percheron o infarto talámico bilateral sincrónico es un trastorno infrecuente (0,1-2% de los eventos cerebrales isquémicos y 4-18% de los talámicos).

La tríada clásica incluye deterioro de la conciencia, parálisis vertical

#### 0145 VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MC CARMODY(1), ME SAJFAR(1), E NAVARRO(1), L CASTRO(1), A PIEROBON(1), S SALZBERG(1), IA RAGUZZI(1), JS VERA AMOR(1), C SNAIDER(1), T VUOTO(1), S SOLIÑO(1), JH DORADO(1), J PÉREZ(1), M CALVO DELFINO(1)  
(1) Carlos G. Durand.

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMI) es requerida habitualmente durante las cirugías cardiovasculares (CCV) y el mayor porcentaje de pacientes se libera rápidamente de la misma. Sin

embargo, aproximadamente 10% requiere VMI por más de 24 horas, lo cual se asocia a mayor estadía hospitalaria y mortalidad. Existen tres registros multicéntricos de CCV en Argentina, sin embargo, ninguno analizó la ocurrencia de ventilación mecánica prolongada (VMP) y sus complicaciones asociadas.

**Objetivo:** Comparar características demográficas, parámetros relacionados con la cirugía y resultados postoperatorios (POP) de pacientes sometidos a CCV a través de esternotomía mediana con y sin necesidad de VMP POP y determinar qué variables se asociaron con la ocurrencia de VMP.

**Materiales y método:** Diseño: prospectivo, analítico, observacional. Se incluyeron los datos de pacientes interconsultados para CCV a través de esternotomía mediana. Se excluyeron quienes no contaron con evaluación prequirúrgica y se eliminaron quienes fallecieron previo a la cirugía. Se definió VMP como necesidad de VMI por 24 horas POP o más. El seguimiento se realizó hasta el alta de la unidad coronaria u óbito, lo que ocurriese primero.

**Resultados:** Se analizaron 70 pacientes. La edad media fue de 63,3 años, siendo un 78,5% de sexo masculino. La cirugía más frecuente fue la revascularización miocárdica (67,1%). Las variables índice de masa corporal (IMC), días de internación, tiempo de cirugía, uso y tiempo de circulación extracorpórea (CEC) y puntaje del SOFA en las primeras 24 horas fueron mayores en el grupo VMP ( $p < 0,05$ ). La mortalidad fue del 41,7% y de 8,6% para quienes requirieron VMP y quienes no, respectivamente ( $p = 0,01$ ).

Las variables asociadas independientemente con la VMP fueron puntaje del SOFA en las primeras 24 horas POP (OR 1,77; IC 95% 1,23 – 3,12); y necesidad de CEC (OR 16,02; IC 95% 1,76 – 394,53).

**Conclusión:** Los pacientes que cursaron con VMP post CCV presentaron mayor mortalidad, días de internación, IMC, puntaje del SOFA, tiempo de cirugía y necesidad de CEC. El SOFA evaluado en las primeras 24 horas y la necesidad de CEC se asociaron de manera independiente con la VMP.

Tabla 2. Comparación entre pacientes con y sin ventilación mecánica prolongada

	VMP = SI (n = 12)	VMP = NO (n = 58)	Valor p
Edad (años)	60 (51.5 - 69.5)	65 (58 - 70)	0.35
IMC (kg/cm2)	32.8 ± 5.8	28.0 ± 3.9	0.001
APACHE II (puntaje)	13.8 ± 5.2	13.03 ± 4.2	0.64
Días de internación	23 (7 - 55)	5 (3.5 - 7)	<0,001
Tiempo de cirugía (hs)	355 ± 58.4	248.9 ± 74.2	<0,001
CEC §	10 (83.3)	18 (31)	0.002
Tiempo de CEC (min)	160 (166.2 - 169.5)	117 (103 - 129)	0.002
Tipo de cirugía §			0.08
CRM	3 (6.4)	44 (93.6)	
Reemplazo valvular			
Combinada	3 (23.1)	10 (76.9)	
Otras	5 (83.3)	1 (16.7)	
SOFA (puntaje)	7 (6 - 8.7)	2 (1 - 4.2)	<0.001
Mortalidad	5 (41.7)	5 (8.6)	0.01

Referencias: VMP: Ventilación mecánica prolongada; IMC: índice de masa corporal; CRM: cirugía de revascularización miocárdica; § número (%)

Tabla 3. Análisis de regresión lineal múltiple

	OR (IC 95%)	Valor p
SOFA 24 hs	1.77 (1.23 - 3.12)	0.011*
CEC	16.02 (1.76 - 394.53)	0.031*
Edad	0.17 (0.01 - 1.38)	0.14

Referencias: SOFA: sequential organ failure assessment; CEC: circulación extracorpórea.

## 0146 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON TRAUMA QUE RECIBEN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. UNA COHORTE RETROSPECTIVA

A BORNANCÍN(1), L PRIETO(1), B SIMIONI(1), P SAVIO(1), F ESPERÓN(1), A FERRARIO(1), J CROMBERG(1), A VETTESE(1), M OSHIRO(1), D IVALDI(1), A CURA(1), G VERDE(1), S VIRGILIO(1), L GAREGNANI(1)

(1) Piñero.

**Introducción:** Los pacientes con trauma constituyen un gran problema para la salud, cuya principal causa de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) es la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA). Debido a la escasez de información y al subregistro hospitalario a nivel municipal es primordial un diagnóstico epidemiológico.

**Objetivo:** El objetivo general fue describir la prevalencia de los pacientes adultos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital General de Agudos (HGA) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con requerimiento de VMI debido a IRA por trauma (grupo trauma). Los objetivos específicos fueron describir las características epidemiológicas en la población de interés; compararla con los pacientes que requirieron VMI por otras causas de IRA distintas al trauma (grupo no trauma) y hallar asociación entre el trauma y la mortalidad en la UCI.

**Materiales y método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados a la UCI, desde el 1° de Julio de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2018, con requerimiento de VMI secundario a IRA por al menos 12 horas desde el ingreso a la unidad. Se recolectaron variables demográficas, relacionadas a la VMI, temporales y de mortalidad.

**Resultados:** La prevalencia de IRA por trauma fue de 19,17%, con una mediana de edad de 29 años (RIQ 23-37). El 89,60% fueron hombres. El principal antecedente fue el consumo de drogas ilícitas. No hubo diferencias significativas en las variables temporales entre ambos grupos. La neumonía asociada a la VMI predominó en el grupo trauma con diferencias estadísticamente significativas. En dicho grupo, la mortalidad en UCI fue del 29,60% y la hospitalaria del 34,15%. El análisis multivariado arrojó que el trauma no se asoció con la mortalidad en UCI y la edad presentó un efecto confundidor en dicha relación.

**Conclusión:** No se halló asociación entre los paciente con requerimiento de VMI debido a IRA por trauma y mortalidad en la UCI.

## 0151 FISTULA BILIO-BRONQUIAL ADQUIRIDA: REPORTE DE UN CASO

AL PEDROZA(1)

(1) Hospital Público Materno Infantil.

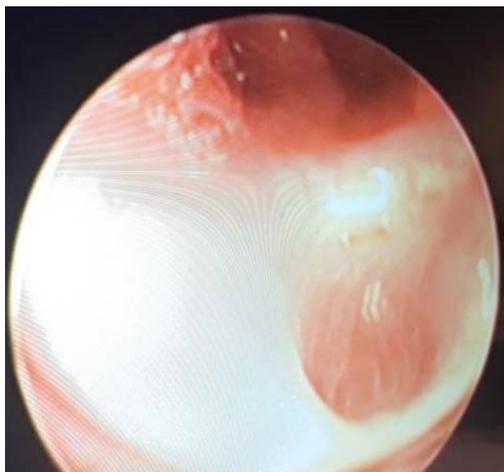
**Introducción:** La fistula bronco-biliar adquirida es una patología rara, que afecta con mayor frecuencia a adultos. Se presenta como una comunicación anormal entre el árbol bronquial y el tracto biliar. Desarrollada como consecuencia de abscesos hepáticos, traumatismo, hidatidosis hepática, tumores hepáticos y rara vez como complicación tardía de la embolización arterial transcateéter. Se caracteriza por la presencia de biliptisis, es decir, esputo amarillo, que es patognomónico de esta entidad. Su diagnóstico es clínico y por imagen (colangiografía, broncoscopia, tomografía computarizada y colangiografía). Su tratamiento obliga al abordaje multidisciplinario.

**Objetivo:** Es nuestra intención difundir este caso clínico debido al escaso conocimiento en cuanto a su abordaje diagnóstico y terapéutico en la población pediátrica a nivel mundial.

**Caso Clínico:** Niño de 3 años de edad, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, que presenta como complicación, múltiples abscesos hepáticos, que recibieron tratamiento médico y quirúrgico (colocación de drenaje a exterior y stent en colédoco por vía endoscópica). En su evolución, cursó insuficiencia respiratoria, que

requirió asistencia respiratoria mecánica. Se constató al momento de la intubación, la presencia de abundante débito amarillo. Posteriormente ante rápida mejoría clínica, se retiró del soporte ventilatorio, continuándose de episodios de tos, intolerancia al decúbito e insuficiencia respiratoria progresiva que obligaron su reingreso a ARM. Esta situación se repitió en múltiples oportunidades (3). Se confirmó por análisis bioquímicos la presencia de bilirrubina en las secreciones bronquiales, por lo que ante sospecha de fistula bilio pulmonar, se realizó TAC toraco-abdominal de alta resolución, endoscopia digestiva y colangiocentellografía no concluyentes en sus resultados. Es por fibrobroncoscopia que se arribó al diagnóstico, tras observarse la presencia de reflujo biliar en bronquio segmentario de lóbulo inferior derecho y boca de fistula con dinámica valvular. Su abordaje terapéutico se practicó por laparoscopia, hallándose la fistula desde el centro frénico hacia segmento postero-basal derecho, procediéndose a su cierre.

**Conclusión:** La importancia de la presentación de este caso, radica en la baja incidencia de esta patología en la población pediátrica y la escasa experiencia en su manejo diagnóstico y terapéutico.



## 0152 INTERRUPCIÓN DE LA SEDACIÓN DIARIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

J HAIDAR(1), E PEDROZO(1), A POTENZONI(1), J APOLINARIO(1), K ACOSTA(1), A RAMOS(1), H FIGUEROA(1), N BERTOIA(1), V LOPEZ(1), G CHAPOÑAN(1), A DIAZ(1), M MASTANTUONO(1)

(1) Hiba.

**Introducción:** La vacación de sedación diaria (VSD) involucra el cese de la medicación sedante con el fin de administrar la mínima dosis requerida por el paciente e identificar oportunidades para la extubación o progresión del weaning. Actualmente, la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos (UTIA) de un Hospital de alta complejidad en Buenos Aires, la cual cuenta con un protocolo de VSD el cual involucra enfermeros, médicos y kinesiólogos.

**Objetivos: Primario:** • Describir el nivel de adherencia al proceso de VSD según el protocolo de acción de la institución.

**Secundarios:** • Analizar el resultado de la VSD, observando la dosis de analgosedación a las 12:00 AM.

• Observar la realización de la VSD: horario y suspensión y/o disminución de dosis según protocolo.

• Conocer los criterios de contraindicación de VSD.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se recabaron datos de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y mediante observación directa, sin intervención. Éste estudio se realizó en la UTIA de un hospital de alta complejidad, entre el mes de Marzo y Abril de 2019. Esta unidad cuenta con 38 camas de internación polivalente, con patologías no cardíacas.

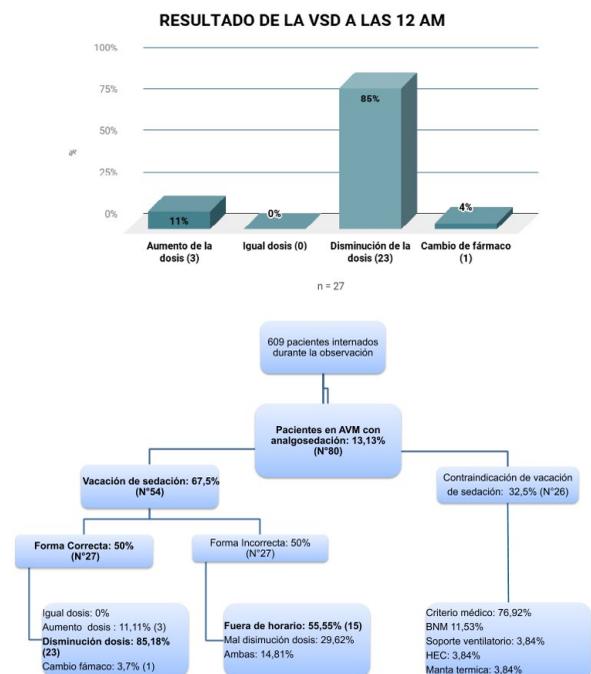
**Resultados:** Se observaron 609 pacientes. El 13% se encontraba en AVM, bajo analgosedación. De 80 oportunidades de VSD el 67% se encontraba en condiciones de realizar y 33% tenía contraindicación de VSD.

El 50% realizó la VSD de forma correcta. Se evidenció que el 85% de las observaciones presentaban disminución en la analgosedación a las 12:00 A.M en comparación con la dosis previa.

**Conclusión:** • Se observó una baja adherencia al protocolo, siendo el horario estipulado una limitante.

• Diversos artículos hablan sobre los beneficios que presentan disminuir en forma diaria la sedación de los pacientes, a través de este trabajo concluimos que tener un protocolo de VSD reafirmó dichos beneficios.

• El mayor criterio de contraindicación de VSD fue el criterio médico.



### 0154 VIGILANCIA ACTIVA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MM) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS (UCIA)

A POTENZONI(1), K ACOSTA(1)  
(1) Hospital Italiano.

**Introducción:** A nivel mundial han surgido microorganismos resistentes a los distintos antimicrobianos. Algunas de las formas de diseminación es de paciente/paciente y a través de las manos del personal sanitario, por lo que es de suma importancia detectar a tiempo dichos gérmenes y planificar mecanismos de barrera como la Vigilancia Activa (VA) de MM recomendada por los Comités de Control de Infecciones (CCI).

**Objetivos:** **Primario:** • Describir el cumplimiento del personal de UCIA con respecto al protocolo de VA de MM, recomendado por el CCI, en los meses de marzo - abril de 2019.

**Secundarios:** • Estimar el resultado de los pacientes que deben ser hisopados según protocolo.

- Reconocer en qué criterio de hisopado existe menor adherencia.
- Valorar la cantidad de pacientes que deben ser aislados en forma preventiva según protocolo.

**Materiales y métodos:** Corte transversal, prospectivo, observacional directo, auditando Historia Clínica Electrónica de aquellos pacientes que deban ser incluidos en la VA.

**Resultados:** Se detectaron 109 pacientes con criterios de inclusión de los cuales, el 67% fueron hisopados correctamente. Del total de pacientes con criterio de hisopado, pero no realizado, el 48% correspondió a reinternados. De 64 pacientes que debían ser aislados de forma preventiva, sólo el 47% se realizó de forma correcta.

**Conclusiones:** El cumplimiento por parte del personal de UCIA fue menor al 50%, esto podría significar un riesgo de transmisión de MM. Al existir pocas opciones terapéuticas para tratar dichos microorganismos, es de suma importancia evitar su diseminación cumpliendo los protocolos de prevención, sugeridos por el CCI.

### 0155 NOCARDIOSIS SISTEMICA

R BERTOLA(3), IB BORONI(1), DM MASPOLI(2), JN BAEZ(3), CL LUCERO BOTTA(3), ML CAMPASSI(3), FG REPETTO(3), M CUITIÑO(3), C GARCIA RUBIO(3)  
(1) Clinica La Pequeña Familia. (2) Clinica La Pequeña Familia. (3) Clinica La Pequeña Familia.

**Introducción:** La nocardiosis es una infección por una bacteria gram-positiva aerobia del género de las Nocardias. Su curso generalmente es crónico, con recaídas. La forma de presentación suele ser la afectación cutánea, pulmonar o cerebral. Afecta frecuentemente a varones de edad avanzada con algún grado de inmunodepresión, principalmente enfermedad pulmonar crónica y corticoterapia.

**Caso Clínico:** Paciente de 58 años con antecedentes de anemia autoinmune en tratamiento con meprednisona 60 mg por día hace 45 días. Consultó por síndrome de repercusión general, fiebre y lesiones cutáneas nódulo pustulosas dolorosas generalizadas. Durante su internación en sala general agregó excitación psicomotriz, desorientación témporo espacial y mialgias intensas generalizadas. Ingresó a terapia intensiva con deterioro del sensorio que requirió asistencia ventilatoria mecánica para protección de vía aérea y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se tomó hemocultivos, urocultivo, cultivo de líquido cefalorraquídeo y aspirado traqueal; inició tratamiento antibiótico empírico y sostén respiratorio. En la tomografía de tórax se evidenció leve derrame pleural bilateral a predominio derecho e imagen pseudonodular bilateral en ambos campos pulmonares. En la resonancia de encéfalo se evidenció múltiples lesiones nodulares que realzan a la administración de contraste endovenoso. Los hemocultivos fueron positivos para nocardia sp. Por lo que se ajusta tratamiento antibiótico. El paciente evolucionó con mejoría sintomática y disminución de curva febril. Se extuba y es derivado a sala general.

**Discusión:** La infección por nocardia es poco común, se reportan alrededor de 500 a 1.000 casos anuales en los Estados Unidos. Ge-

neralmente se encuentra una lesión inicial en piel o en el pulmón que posteriormente se disemina al sistema nervioso central, siendo el segundo órgano más comprometido. La mortalidad es del 33% para absceso único y del 24% si ha sido resecado.

**Conclusión:** La nocardiosis es generalmente subdiagnóstica por su rareza y características clínicas. Presentamos este caso por su difícil diagnóstico y tratamiento empírico inicial, habitualmente des-acerado. Parece ser necesario pensar su alternativa diagnóstica en un paciente inmunodeprimido con lesiones en piel y compromiso pulmonar.

### 0156 TITULACIÓN DE PEEP POR BALÓN ESOFÁGICO PARA MANEJO DE LA HIPOXEMIA

JM OCHOA(1), JE ALFONSO(2), ML BRACCINI(2), FN FALCÓN(2), CL RAMIREZ(2), QR GUSTAVO(2), L CLARA BEATRIZ(2), NT TANIA CAROLINA(2), D MIÑO(2), JA CIALZETTA(2), AE PIACENZA(2)

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

**Introducción:** La utilidad de la presión esofágica (Pes) como manejo de la hipoxemia en el síndrome de Distress respiratorio (SDRA) se ha demostrado en el estudio EPVent.

**Objetivo:** Reportar un caso de manejo de la hipoxemia guiado por balón esofágico.

**Caso clínico:** Hombre de 35 años, hipertenso, tabaquista. Ingresó al Servicio de Terapia Intensiva, por síndrome aórtico por hematoma de aorta tipo A e infarto renal izquierdo requiriendo de analgesia-sedación e intubación orotraqueal por deterioro hemodinámico. El 07/01/19 se diagnóstica sepsis a foco respiratorio por neumonía aspirativa a S. pneumoniae. El 08/01/19 evoluciona con hipoxemia (pO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> 106). Se realiza TC de tórax que informa atelectasias totales en ambos lóbulos inferiores. Se decide ventilación protectora a 6 ml/kg en modo VCV FIO<sub>2</sub> 100% Vt 400 ml, FR 20 y PEEP 14. Mecánica pulmonar que evidencia: Crs 28 cmH<sub>2</sub>O, Pplat 30 cmH<sub>2</sub>O, ΔPrs 16 cmH<sub>2</sub>O. Se coloca balón esofágico para guiar estrategia, obteniendo Pes 24 cmH<sub>2</sub>O con una PL 4 cmH<sub>2</sub>O. Se titula PEEP guiado por Pes, hasta un valor de PEEP DE 22 cmH<sub>2</sub>O, con Pes 23 cmH<sub>2</sub>O y PL de 9 cmH<sub>2</sub>O. Medición de mecánica pulmonar: Crs 38 cmH<sub>2</sub>O, Pplat 33 cmH<sub>2</sub>O, ΔPrs 11 cmH<sub>2</sub>O y Ppl - PEEP de 13 cmH<sub>2</sub>O, con mejoría de la oxigenación (pO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> 277). Se disminuye parámetros ventilatorios a un valor de FIO<sub>2</sub> 40% y PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O. 11/01/19 se rota a modo ventilatorio espontáneo (PSV) con una PS 10 cmH<sub>2</sub>O PEEP10 FIO<sub>2</sub> 40% FR 18-20 r/min. El 14/01/19 se efectúa su extubación, quedando con soporte ventilatorio no invasivo (VNI). Al 8º día de internación se decide su pase a sala general.

**Discusión:** El manejo de la hipoxemia, es un tema controversial, en el uso de niveles de PEEP altos vs niveles de PEEP bajos. Recientes estudios han demostrado la importancia de mantener niveles de ΔPrs < 15 cmH<sub>2</sub>O. El uso de balón esofágico nos permitiría comprender la mecánica del sistema respiratorio, y guiar una estrategia en pacientes con injuria pulmonar aguda.

**Conclusión:** Creemos importante destacar la eficacia y seguridad en la utilización de balón esofágico como guía en el manejo de la hipoxemia.





#### 0157 SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) ASOCIADO A SEPSIS

IB BORONI(1), R BERTOLA(1), DM MASPOLI(1), JN BAEZ(1), CL LUCERO BOTTA(1), ML CAMPASSI(1), FG REPETTO(1), R BENSO(1), J LEDESMA(1), M FERRUA(1)  
(1) Clinica La Pequeña Familia.

**Introducción:** El síndrome de encefalopatía posterior reversible es una entidad clínico-radiológica, caracterizado por un cambio neurológico súbito y lesiones cerebrales típicas en la resonancia magnética nuclear. Las manifestaciones clínicas incluyen: cefalea, encefalopatía, crisis comiciales y alteraciones visuales.

**Caso clínico:** Mujer de 44 años con antecedentes de hipertensión arterial y reciente cirugía de by pass gástrico que ingresa a la unidad de terapia intensiva por un cuadro de shock y falla multiorgánica secundario a episodio de bronco aspiración luego de videoendoscopia digestiva alta.

Se inició sostén hemodinámico, ventilación protectora y anti-bióticoterapia. A la semana evolucionó con mejoría clínica, suspensión de vasopresores, disminución del soporte ventilatorio y respuesta neurológica adecuada al suspender sedoanalgesia. Intercurrió con aumento en la curva térmica y estatus convulsivo, que requirió sedación profunda y tratamiento anticomercial. La tomografía computada de encéfalo evidenció hipodensidad en ambos lóbulos occipitales. La resonancia magnética informó: lesiones periféricas hiperintensas subcorticales en T2 y FLAIR distribuidas por ambos hemisferios cerebrales, compatibles con PRES, además de lesiones a nivel de tronco y cerebelo de predominio izquierdo. Con nuevos cultivos se diagnosticó urosepsis por enterococo vancomicina resistente por lo que realizó tratamiento con linezolid por 14 días. Evolucionó con mejoría sintomática, pero persistencia de heminegligencia derecha y trastornos visuales. Se desvinculó de asistencia ventilatoria mecánica y derivó a centro de rehabilitación.

**Discusión:** La causa de PRES sugiere varias teorías, la más aceptada propone una alteración en la autorregulación cerebral causada por aumento rápido de la presión arterial generando edema vasogénico e hipoperfusión. Otras implican disfunción endotelial, cómo la asociada a preeclampsia, eclampsia y sepsis con vasoespasmo y la subsiguiente isquemia. El término "reversible" está en discusión dados los numerosos casos que no lo fueron.

**Conclusión:** Presentamos este caso de PRES dada su baja incidencia reportada en sepsis. Consideramos importante tenerlo en cuenta como una complicación neurológica más en este subgrupo de pacientes.

#### 0158 IMPACTO DEL CONTROL DE BROTE DE INFECCIONES POR ENTEROBACTER RESISTENTE A CARBAPENÉMICOS

A MANZUR(1), R CONTRERAS(1), A NIEVAS(1), F TAPIA(1), I OLMOS(1), M GELVEZ(1), F GIMENEZ(1), R GIMBERNAT(1)  
(1) Cci.

**Introducción:** *Enterobacter* sp. resistente a carbapenémicos (ERC) representa un patógeno emergente, con capacidad de diseminación nosocomial.

**Objetivo:** Describir brote nosocomial por microorganismo multi-resistente (MMR) y el impacto de su control sobre la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM).

**Métodos:** Unidad de terapia intensiva polivalente 24 camas, equipo de control de infecciones que realiza vigilancia de infecciones nosocomiales, de procedimientos y vigilancia activa de MMR. Revisión de informes bacteriológicos e historias clínicas.

**Resultados:** Brote de ERC del 13/10/18 al 31/12/18, previamente no había aislamientos de ERC, 5 pacientes involucrados, ERC se aisló en muestras respiratorias e hisopados 4/5 fallecieron, en 3 la muerte estuvo asociada a infección. Los pacientes colonizados/infectados por ERC no coincidieron temporalmente en la unidad (excepto los dos últimos) por lo tanto, no se considero transmisión cruzada ni una fuente ambiental común. No se detectó déficit en el cumplimiento de higiene de manos o medidas de aislamiento. No hubo incremento del consumo de carbapenémicos los meses previos a la aparición del brote (16,7; 18,5; 16,5 y 9,9 dosis diaria definida DDD/100 estancias, agosto a noviembre 2018). Todos los pacientes tenían VM y la mayoría de muestras fueron respiratorias. Se revisó procedimientos de VM encontrando reutilización de sondas y soluciones abiertas para aspiración oral. El resto de componentes del paquete de medidas se cumplían correctamente. Se implemento sonda de uso único y soluciones estériles en cada procedimiento. Hasta abril 2019 no se detecto nuevos casos de ERC. Comparando el último cuatrimestre 2018 con el primero 2019 la tasa global de MMR disminuyó de 10,9 a 2,3/1000 pacientes día ( $p=0,03$ ) y la tasa de NAVM de 8,15 a 3,6/1000 días VM ( $p=0,3$ ).

**Conclusiones:** Describimos un brote de infecciones respiratorias por ERC, la vigilancia de procedimientos permitió detectar de manera sencilla la probable causa y su modificación demostró un impacto, no solo en el expeditivo control del brote, sino también en la tasa de MMR y NAVM sostenidamente. Todo esto justifica el incremento de costo que surge del uso de sondas y soluciones para la aspiración oral, que junto con la higiene oral son pilares en el paquete de medidas para prevenir NAVM.

#### 0159 IMPACTO EN LA APLICACIÓN DE LA LEY 27.447 EN LA PROVINCIA DE JUJUY, DURANTE EL PERIODO FEBRERO-JULIO 2018 PRE APROBACIÓN Y AGOSTO 2018 A ENERO 2019 POS-APROBACIÓN

N PALACIOS(1), AA TOCONAS(1), MM LAMAS(1), AP BAEZ(1), RD PAREDES(1), GN RODRÍGUEZ(1), MO CARLOS BALCAZAR(1), MA MARTINEZ(1), IG FLORES(1), ARF FIGUEROA(1), OJ LOPEZ(1), AS SOTO(1)  
(1) Pablo Soria.

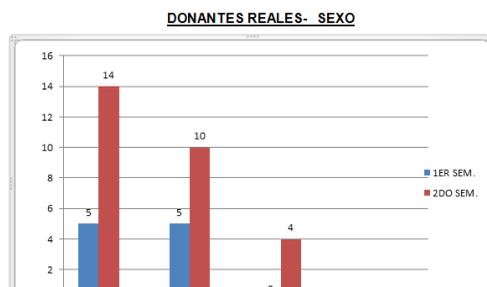
**Introducción:** Sustituir un órgano enfermo por otro sano es un evento sobresaliente del siglo XXI en el campo de la medicina. A partir del 4 de agosto de 2018 entra en vigencia la nueva Ley de Órganos y Tejido en Argentina; por lo que en el siguiente estudio se pretende medir el impacto de la Ley 27.447.

**Objetivos:** Determinar el impacto de la Ley 27.447 en la provincia de Jujuy.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio estadístico retrospectivo, transversal, cuantitativo. El universo constituido por pacientes desde el mes de Febrero del 2018 a Enero 2019, la muestra está conformada por donantes reales. Las variables de estudio fueron sexo, edad, diagnósticos y órganos ablacionados.

**Resultado:** Durante el período analizado, se registraron un total de

19 donantes reales, el 23% corresponden al primer semestre (PS) y un 72% al segundo semestre (SS) "Pos aprobación". En el PS del año 2018, analizando un total de 5 donantes reales, de 36 años de edad promedio, en su totalidad del sexo masculino. Los diagnósticos son: TEC Grave (3) y ACV Isquémico (2). Procedentes del HPS y órganos ablacionados: riñón (5), válvulas (2), hígado (2) y Tejidos (5). En comparación con el SS, con un total de 14 donantes reales, con un promedio de 20 años de edad, predominando el sexo masculino (10) y femenino (4). Provenientes en su mayoría del HPS. Los diagnósticos fueron: TEC Grave (9), HSA (2) y otras patologías (4). Entre órganos ablacionados: riñón (9) y válvulas (2) y Tejidos (14). **Conclusión:** En la provincia de Jujuy post- aprobación de la ley se incremento el número de donantes, lo cual representa un avance en el sistema de salud.



#### 0160 DIAGNOSTICO INFRECUENTE DE SINDROME DEMENCIAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

R GREGORI SABELLI(1), P SAUL(1), C DOMINGUEZ(1), S CACERES(1), L GONZALEZ(1), Y LAMBERTO(1), G MEDINA(1), JC CHOMYN(1), A BOCASSI(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)  
(1) Hospital De Infecciosas F J Muñoz.

**Introducción:** Neurolúes (NL) puede ser asintomática -con alteraciones líquido cefalorraquídeo (LCR)- o sintomática, según grado de compromiso parenquimatoso, vascular o meníngeo, incluyendo meningitis, sífilis cerebrovascular, parálisis general progresiva (meningoencefalitis crónica luego de 20 a 40 años de la sífilis primaria, alteraciones psiquiátricas, deterioro intelectual y motor progresivo) y la NL tabética. Menos frecuentes son formas oculares y óticas. Presentamos NL con síndrome demencial.

**Caso clínico:** Hombre, 42 años. Consulta por síndrome confusional y desorientación temporo espacial. Antecedentes: pérdida de peso (10 kg) y ánimo depresivo de un año de evolución, deterioro cognitivo e inestabilidad en la marcha dos meses previos, pérdida del trabajo y ritmo de vida habitual. Sífilis tratada hace 20 años. Laboratorio dos meses previos con VDRL 1/32 en sangre.

16/03 ingresa a cuidados intensivos: vigíl, alerta, verborágico e incoherente, sin foco motor, temblor fino, realizamos tomografía computada de cerebro (TAC): normal y LCR: incoloro, límpido, presión de apertura (PA) 8 cmH<sub>2</sub>O, proteinorraquia 0,68 g/dl, glucorraquia 62 mg/dl (glucemia 118 mg/dl), 50 células/mm<sup>3</sup> (predominio mononuclear), directo y fondo oscuro negativo. Bacteriológico, tinta china, Ziehl-Neelsen negativos. Tratamiento: ceftriaxona, aciclovir y corticoides. VIH no reactivo. LCR a las 48 horas incoloro límpido, PA 12 cmH<sub>2</sub>O, proteinorraquia 0,78 g/l, glucorraquia 63 mg/dl (glucemia 137 mg/dl) y 24 células/mm<sup>3</sup> (predominio mononuclear), VDRL en LCR 8 dils, VDRL sangre 256 dils. Tratamiento: penicilina G sódica 24 millones intravenosas/día. Alta al cuarto día.

**Discusión:** NL puede presentarse con cuadros psiquiátricos: alteraciones psicóticas, alucinaciones e ideas paranoides, delirios, síntomas conversivos y alteraciones de la personalidad. Imágenes de encéfalo (como TAC) pueden ser normales -como el caso presentado- o anormales: infartos cerebrales, arteritis, lesiones de goma sífilítica, etc. Es necesario estudiar LCR cada 3 a 6 meses durante 3 años, tras tratamiento o hasta que el LCR se normalice. Descartamos

etiologías de meningoencefalitis a LCR claro y diagnosticamos NL. El síndrome demencial no mejoró y se controla por neurología.

**Conclusión:** Sugerimos analizar LCR ante manifestaciones inespecíficas psiquiátricas o trastornos de conducta con o sin antecedentes conocidos de sífilis, e incluir NL en diagnósticos de meningitis a LCR claro.

#### 0161 A PROPÓSITO DE UN CASO: BOTULISMO POR HERIDA

M ALTAMIRANO(1), A PEDROZA(1)

(1) Hospital Público Materno Infantil.

**Introducción:** El botulismo es una enfermedad neuromuscular con riesgo de letalidad, debido a una toxina producida por bacterias de la familia de Clostridium. La toxiinfección a través de la herida es descripta con mayor frecuencia en adultos con el antecedente de uso de drogas inyectables. Se caracteriza por parálisis simétrica descendente y fiebre, el diagnóstico es por cultivos o detección de toxina. El tratamiento consiste en medidas generales de sostén, antitoxina, antibióticos y desbridación.

**Caso Clínico:** Niño de 6 años, consulta en el hospital de origen por una herida cortante en rodilla, con supuración tratada con antibióticos, a los 4 días presenta dificultad respiratoria, dolor abdominal, desconexión, convulsión tónica clónica generalizada desencadenando paro cardiorespiratorio, es reanimado y trasladado.

En UTI asumido como shock séptico con probable foco de piel y partes blandas, herida de rodilla, sin signos de flogosis. Tomografía de cerebro normal. Inicia con ceftriaxona, vancomicina y clindamicina. Líquido cefalorraquídeo citoquímico normal, hemocultivos, minibal, virus respiratorio, urocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativos.

En ARM, al cuarto día, sin apertura ocular, pupilas intermedias reactivas simétricas, reflejos osteotendinosos débiles, con movimientos distónicos de los cuatro miembros. Se repite anamnesis refiriendo cambios de conducta en la escuela, por sospecha de encefalitis autoinmune, se repite punción lumbar, citoquímico normal, se solicita dosaje de anticuerpos Anti NMDA. EEG de sueño: desorganizado e hipovoltado. Se indica pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina.

Al séptimo día presenta pupilas midriáticas, hiporreflexia e hipotonía, se sospecha de botulismo, se toma muestra de tejido de herida en rodilla donde se detecta toxina. Por el grave compromiso a los 18 días del ingreso, se administran antitoxina bivalente de origen equino. Desbridamiento quirúrgico de la herida y antibiótico. Logra apertura ocular espontánea a los tres días, se realiza traqueotomía, destete de presión positiva y deambulación a los 3 meses.

**Conclusión:** Es una patología infrecuente, poco sospechada en el paciente grave que ingresa a UTI, de rápido diagnóstico, que cuenta con un tratamiento específico que de implementarse lo antes posible disminuye la morbimortalidad de paciente.

#### 0162 ABUSO DE SUSTANCIAS ILÍCITAS: DROGAS DE DISEÑO 3,4-METILENDOXIMETANFETAMINA

L LACOMBE(1), P PAHNKE(1), C CURA(1), C LA GIGLIA(1), C ARANCIBIA(1), S PAVAN(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** El consumo de sustancias derivadas de la anfetaminas de fabricación clandestina ha ganado significativa popularidad en los años recientes como droga recreacional de elección en adolescente y adultos jóvenes. Sus propiedades adictivas psicoactivas, su toxicidad impredecible y las complicaciones de su abuso, son un motivo de alarma en el departamento de emergencia.

Presentamos 3 casos de adultos jóvenes con abuso de 3,4-Metilen-dioximetanfetamina (MDMA), que ingresan con compromiso neurológico y respiratorio; exponemos posibles mecanismos fisiopatológicos y revisamos las recomendaciones del manejo en la literatura.

**Presentación de caso:** Ver imagen 1 y 2.

**Discusión:** MDMA anfetamina simpaticomimética que causa libe-

ración de catecolaminas endógenas (particularmente norepinefrina, dopamina y serotonina) y bloquea su recaptación en vesículas presinápticas, produciendo aumento de hormona antidiurética, retención de agua, eliminación de sodio urinario y estimulación del centro de la sed; lo anterior se traduce en hiponatremia hipoosmolar, alterando el gradiente osmótico entre circulación y cerebro, y a través de la interacción cerebro-pulmón, desencadena edema pulmonar neurogénico, hipoxia con posterior retroalimentación positiva. La vía de ingreso oral (pastillas). Dosis: 50-200 mg. Absorción tracto gastrointestinal. Efecto pico: dos horas desde la ingestión. Vida media: 4-6 horas. 75% eliminación renal sin cambios, el resto se metaboliza principalmente por la enzima hepática CYP2D6. Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la adaptación del sistema nervioso central al estado hipoosmolar del plasma. La más grave es la hiponatremia aguda severa, esta puede presentarse con una complicación común, poco conocida, denominada Síndrome de Ayus Arieff, potencialmente fatal. El manejo de la encefalopatía hiponatremica en este contexto, es crítico y requiere tratamiento individualizado y monitorizado, realizándose con cloruro de sodio hipertónico al 3% (bolos endovenosos de 2 ml/kg, hasta 3 veces si persiste sintomatología, o infusión continua durante 6 horas).

**Conclusión:** El MDMA es un compuesto sintético de diseño disponible en el mercado. Sus efectos adversos afectan todos los sistemas del cuerpo, siendo más pronunciado en el sistema neuroendocrino, dependiendo de diferentes factores ambientales, genéticos y farmacológicos.

La encefalopatía hiponatremica sintomática es una emergencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento expeditivo para evitar complicaciones neurológicas devastadoras.

CASO 1	CASO 2	CASO 3
-Femenino, 38 años -Ingreso: 24/07/2016 -07:24 hs -MC: Paro <b>cardiorespiratorio</b> reanimado	-Masculino, 35 años -Ingreso 03/12/2017-04 hs -MC: Excitación psicomotriz	-Masculino, 34 años -Ingreso: 27/07/2018- 08:34 hs -MC: convulsión tónico-clónica
CSV: TA: 134/105 mmHg - FC: 110 ppm - Sat O2: 40 % - GCS: 3/15 (O1-V1-M1)	CSV: TA: 180/70 mmHg- FC: 90 ppm- FR: 26 rpm- Sat O2: 80% - GCS: 8/15 (O1-V2-M5)	CSV: TA: 120/80 mmHg - FC: 86 ppm- FR: 22 rpm- Sat O2: 88 % - GCS: 3/15 (O1-V1-M1)
EF: midriasis bilateral <b>arreactiva</b> , cianosis periférica, <b>roncus</b> bilaterales, abundantes secreciones <b>muco-sanguinolentas</b> por TET.	EF: midriasis bilateral <b>hiporeactivas</b> , inyección conjuntival bilateral, mala mecánica ventilatoria, <b>roncus</b> bilaterales, relajación de esfínteres. Se procede a SIR, IOT. Vía aérea dificultosa, <b>macrogllosia</b> . <b>Sedoanalgesia</b> .	EF: midriasis bilateral <b>hiporeactivas</b> , mala mecánica ventilatoria, <b>roncus</b> bilaterales. Se procede a SIR, IOT. <b>Sedoanalgesia</b> .

LAB: pH:7,06/ pCO2:32,9/ HCO3: 11,9/Lac: 9,2/ BE:-17,7/ Na: 117	LAB: pH:7,19/ pCO2:49,1/ HCO3: 19,6/Lac: 6,8/ BE:-8,7/ Na: 115,2	LAB: pH:7,08/ pCO2:51,3/ HCO3: 15,1/Lac: 13,6/ BE:-14,7/ Na: 118,4
-7,30 hs ausencia de pulso y TA, ECG: AESP, medidas de RCP avanzada, corrección de medio interno. -7,32 hs FAARV, sin TA, NAD -7,34 hs ausencia de pulso, ECG: AESP, RCP. -7,36 hs ASISTOLIA, RCP avanzada -7,55 hs: <b>ÓBITO</b>	-Medidas <b>antiedema</b> , corrección de medio interno (Cloruro de Sodio hipertónico al 3,10 % en bolo 3 veces + Manitol), ATB (AMS 1,5 gr) -6 hs <b>desaturación</b> (Sat O2 50%), HTA ( 220/130 mmHg), <b>subcrepitanes bibasales</b> , Arritmia. (Furosemdia, PEEP, FIO2 100%) -6,20 hs Hipotensión, Taquicardia <b>sinusal</b> , Sat O2: 87 %. Se instaura infusión de NAD. Pupilas midriáticas <b>arreactivas</b> . Se suspende <b>sedoanalgesia</b> . -04/12/17 8.30 hs EEG: ausencia de actividad <b>bioeléctrica</b> .	-Corrección de medio interno con cloruro de sodio hipertónico al 3,10 % en goteo <b>continuo</b> . -Tratamiento de convulsiones con BZD. -KTR intensa: se extrae material gomoso de vía aérea .Medidas de sostén. -Control de sodio: 09:29 hs: 121 mmol/l 12:15 hs: 117 mmol/l 16:14 hs: 129,6 mmol/l -28/01/18 TAC de cerebro: No se objetiva edema cerebral difuso -29/01/18: se suspende <b>sedoanalgesia</b> , progresa destete -30/01/18: PASA A SALA COMUN

### 0163 ANALISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TRAUMA DENTRO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIAS

L LACOMBE(1), P PAHNKE(1), C LA GIGLIA(1), C CURA(1), C ARANCIBIA(1), S PAVAN(1), E RAEMDONCK(1)  
 (1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** La enfermedad trauma (ET) es un problema significativo de la salud que enfrenta la sociedad actualmente. Definida como daño intencional o no intencional causado al organismo por su

brusca exposición a fuentes o concentraciones de energía mecánica, química, térmica, eléctrica o radiante que sobrepasan su margen de tolerancia, o a la ausencia del calor y el oxígeno. Representa el 9% de la mortalidad global mundial. En 2016 se registraron 56,4 millones de defunciones, los traumatismos causaron 4,9 millones de muertes, 25% consecuencia de colisiones vehiculares, estas presentan un patrón específico de curva trimodal. Las estadísticas sobre las causas de muerte ayudan a las autoridades sanitarias a orientar las actividades futuras en materia de salud pública.

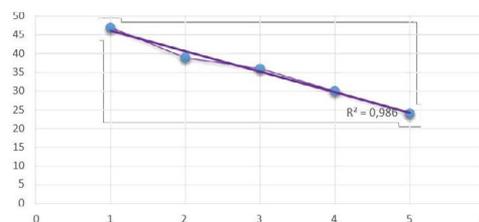
**Objetivos:** Evaluar y comparar la mortalidad del Shock Room Hospital Municipal de Urgencias (HMU) desde el 2014 hasta el 2018. Proveer una visión actualizada de la estadística y perfil de la mortalidad precoz hospitalaria.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo HMU. Datos analizados desde 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2018. Criterio de inclusión: signos de vida al ingreso (Presión arterial detectable; esfuerzo respiratorio; esfuerzo motor; actividad eléctrica cardiaca; reactividad pupilar; pulso carotídeos). Variables: epidemiológicas; tiempo de estadía; Score revisado de trauma (TRS); índice de severidad de trauma (ISS); índice de shock (IS), grados de hemorragia según IS- EB, parámetros de laboratorio; regiones corporales afectadas; valoración por ente coordinador de ablación y trasplante de Córdoba (ECODAIIC).

**Resultados:** Ver tabla 1-2.

**Conclusión:** En el análisis se reflejó una reducción progresiva de la mortalidad desde el 2014 hasta 2018, con una disminución en curva de regresión (0,98). Asociado al aumento de profesionales formados en medicina de emergencias dentro del staff, actualización continua, protocolos adaptados a cada situación problema acorde a la incidencia en nuestro medio. Por otra parte se demostró un cambio en la distribución de la curva de mortalidad con tendencia bimodal , con un promedio de óbitos en las primeras 24 horas de 55,4 %; como un destacado aumento de los episodios de violencia, a expensas de una elevación de lesiones autoinflingidas.

CURVA DE REGRESION MORTALIDAD  
 2014-2018



	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
<b>TOTAL</b>	34.392	33.158	28.723	28.770	27.587	152.630
<b>INGRESOS</b>						
<b>INGR.</b>	23131	19384	16718	16355	15680	91268
<b>TRAUMA</b>						
<b>INGR SR</b>	752	735	825	771	778	3861
<b>OBITO SR</b>	47	39	36	30	24	176
<b>TRAUMA</b>						
<b>SEXO</b>	MASC	MASC	MASC	MASC	MASC	75,92
	75,7 %	82,5%	72,6%	74,6%	74,2%	
<b>EDAD</b>	41,28	40	45,34	42,80	46,60	43,20
<b>PROM</b>						
<b>OBIT</b>	61,7%	64,1%	61,1%	50%	69,6%	61,3
<b>TRAUMA</b>						
<b>OBIT</b>	38,3%	35,9%	38,9%	50%	30,4%	38,7
<b>VIOLENCIA</b>						
<b>HOMICIDIO</b>	11	5	7	9	4	7,2
<b>SUICIDIO</b>	7	9	7	6	3	6,4
<b>ISS PROM</b>	33,04	33	32,75	31,16	31,04	32,19
<b>IS</b>	III	II	III	III	III	
<b>EB</b>	IV	IV	IV	IV	IV	
<b>%MORT ET</b>	6,24%	5,27%	4,35%	3,88%	3,07%	4,56%

### 0164 EVALUACIÓN DE MÚSCULOS VENTILATORIOS Y PARÁMETROS CLÍNICOS EN BOTULISMO GRAVE DEL LACTANTE

VL MATEO PEREZ(1), JA TONON(1), LH LLANO LÓPEZ(1), LA VALDIVIESO(1), C LÓPEZ(1), MY CABRERA(1), E GERACI(1), ML PIOVANO(1), M MOSCIARO(1)  
(1) Humberto Notti.

**Introducción:** El botulismo del lactante es una enfermedad infecciosa que se debe a la colonización intestinal por *Clostridium botulinum*, bacteria que produce toxina botulínica in situ con la consiguiente absorción de ésta al torrente circulatorio, originando bloqueo de la liberación de acetilcolina en las terminales presinápticas de la unión neuromuscular. Produce parálisis muscular flácida, simétrica, descendente, que puede evolucionar a muerte por insuficiencia respiratoria. Cuando el paciente requiere asistencia ventilatoria mecánica (AVM) se lo considera botulismo del lactante grave, cuya letalidad es alta sin tratamiento. Actualmente, la decisión de retirar la AVM en estos pacientes, se basa en criterios subjetivos.

**Objetivos:** Evaluar la excursión diafragmática por ecografía, la presión inspiratoria máxima (Pimáx) y la presión espiratoria máxima (Pemáx) para incluirlos como parámetros de predicción objetivos, del retiro exitoso de la AVM en pacientes con botulismo grave.

**Población, métodos y procedimientos:** Estudio de tipo observacional, descriptivo y analítico, prospectivo y longitudinal. Población: Pacientes mayores de 30 días de vida hasta 12 meses, internados en nuestro servicio de Terapia Intensiva Infantil (UTI), con diagnóstico de Botulismo del Lactante, con requerimiento AVM desde Marzo 2017 hasta Marzo 2018. Resultados N=11, Media de edad 3,55 meses (DS + 1,44 meses) 72,7% sexo masculino. Excursión diafragmática: Se observó diferencias significativas entre la medición promedio de ambos diafragmas al día de ingreso a AVM vs el día previo a la extubación 0,7 cm (ES +- 0,03 cm) vs 0,98 cm (ES +- 0,04 cm) ( $p < 0,001$ ). Pimáx: Se observó diferencias significativas entre primer día de AVM vs el día previo a la extubación con una media de 21,18 cmH<sub>2</sub>O (ES +- 3,15 cmH<sub>2</sub>O) vs 41,64 cmH<sub>2</sub>O (ES +- 3,66 cmH<sub>2</sub>O) ( $p = 0,002$ ). Pemáx: Se observó diferencias significativas entre el primer día de AVM vs el día previo a la extubación con una media de 15,91 (ES +- 2,15 cmH<sub>2</sub>O) vs 34,36 cmH<sub>2</sub>O (ES +- 6,44 cmH<sub>2</sub>O) ( $p = 0,014$ ).

**Conclusión:** Los parámetros evaluados mostraron significación estadística durante la internación en UTI, lo cual permitiría utilizarlos como herramientas predictoras de extubación exitosa.

### 0165 PRIMER ECMO MOBILE EN EL GRAN ROSARIO

GV TORRESAN(1), NB ACOSTA PEDEMONTA(1), EG ROGGERO(1), YI BELLAGAMBA ENRIQUE(1), NI CARRIZO(2), SP GATTINO(1), R NICOLÁS SEBASTIÁN(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)  
(1) Eva Perón. (2) José María Cullen.

**Introducción:** La mortalidad de los pacientes asmáticos ha disminuido de modo sustancial con el avance de los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, en algunas oportunidades es necesaria la asistencia ventilatoria mecánica (AVM). El empleo de los sistemas de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) ha aumentado sustancialmente en la última década, con resultados esperanzadores. Aunque en un principio este procedimiento estaba limitado a algunos centros, en la actualidad muchas instituciones han iniciado un programa de ECMO. El desarrollo de nuevos dispositivos, más compactos, ha permitido el traslado de pacientes críticos. La creación de unidades móviles con personal entrenado, para transporte a un centro especializado, permite ofrecer a estos pacientes una posibilidad más de supervivencia.

**Caso:** Varón de 15 años con diagnóstico de asma infantil en tratamiento con LABA y corticoides inhalados hasta hace 2 meses, ingresó a UCI por Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) por asma

casí fatal. Requirió AVM, bloqueo neuromuscular y tratamiento farmacológico intensivo. Evolucionó a SDRA con hipoxemia refractaria por lo que se planteó ECMO V-V. El equipo especializado del Hospital JM Cullen de Santa Fe trasladó al paciente a UCI del mismo donde requirió 10 días de ECMO V-V. Complicó su evolución con trombosis venosa yugular y femoral, neuropatía y miopatía del paciente crítico. Reingresó a nuestra UCI para completar su recuperación.

**Discusión:** La ECMO V-V constituye un mecanismo de soporte respiratorio temporal en la IRA refractaria, mejora la oxigenación, disminuye el CO<sub>2</sub> y reduce el riesgo de lesión pulmonar asociada a la AVM. Podría mejorar el pronóstico de pacientes con IRA hipoxémica grave, aunque aún se sigue considerando un tratamiento de rescate. El momento óptimo para su instauración es controvertido, pero la precocidad en su inicio mejora el pronóstico.

**Conclusión:** El ECMO mobile permite ofrecer este tratamiento a centros que no lo poseen. Requiere un claro compromiso institucional, así como un equipo multidisciplinario entrenado para todos los potenciales escenarios. Desde el año 2015 disponemos en nuestra Salud Pública provincial del Equipo de ECMO del Hospital JM Cullen.



### 0166 CATÉTER VENOSO CENTRAL PARACARDÍACO IZQUIERDO

MDLP BELLONE CECCHIN(1), CR PORTOCARRERO TAPIA(1), MA RAMIREZ GUIZADA(1), M MALATINI(1), AA MERLO(1), SF FERNANDEZ CORDERO(1)  
(1) Rawson.

Paciente masculino de 66 años.

Antecedentes personales patológicos:

- Inmunodepresión.
- Insuficiencia renal crónica.

- Hiperparatiroidismo secundario.
  - Úlceras venosas crónicas en miembros inferiores.
  - Lombociatalgia secundaria a espondilolistesis nivel L3/L4.
- Alergias: dipirona.

Tóxicos: tabaquista 2 paquetes/año.

Medicación actual: morfina, pregabalina, diazepam.

Motivo de consulta: Deterioro del sensorio.

Antecedentes de la enfermedad actual: Ingres por Guardia Central por deterioro del sensorio e incoordinación psicomotriz, dolor lumbar intenso, fiebre y tos con expectoración purulenta de 3 días de evolución. Laboratorio: deterioro de función renal, hipoxemia leve y acidosis metabólica. Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Radiografía de tórax: sin lesiones pleuropulmonares. Tomografía computada de cerebro sin lesiones parenquimatosas ni desviación de línea media. Sospecha diagnóstica: encefalopatía séptica versus tóxica (tratamiento con opioides por lombociatalgia). Se toman muestras de hemocultivos, hisopado faríngeo y se inicia ampicilina/sulbactam, trimetoprima-sulfametoxazol y oseltamivir. Se suspenden opioides. Evolucionan con mayor deterioro del sensorio requiriendo intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica y drogas vasoactivas por vía central yugular interna derecha. Radiografía de tórax: infiltrados bibasales. Se realiza tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis. Se realiza punción lumbar: líquido cefalorraquídeo normal. Se realizan nuevamente cultivos e inicia piperacilina/tazobactam y vancomicina. Ingres a Unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico de shock séptico secundario a neumonía y depresión del sensorio. Hisopado para *Virus influenza* negativo, urocultivo negativo, aspirado traqueal *Pseudomona aeruginosa*, hemocultivos negativos, retrocultivo con cocos gram positivos, por lo que se rota vía venosa central realizando un **acceso yugular interno izquierdo**, sin complicaciones durante el procedimiento. Control radiográfico evidencia catéter con **ubicación paracardiaca izquierdo**. Presenta buen pasaje de fluidos a través del catéter y buen retorno venoso. Se realiza dosaje de triglicéridos en sangre periférica y sangre de vía central para descartar localización en conducto torácico, obteniendo el mismo valor, por lo que se desestima dicha localización. Se realiza ecocardiograma observándose el **seno coronario dilatado**, y pasaje de suero salino agitado (administrado a través del acceso venoso yugular izquierdo) desde seno coronario a aurícula derecha y ventrículo derecho, confirmando la ubicación del catéter de vía central en el sistema venoso. Se recibe informe de tomografía computada: **vena cava superior izquierda persistente**.



#### 0167 UTILIDAD DE LA INTERLEUQUINA-6 PARA EL PRONÓSTICO DEL TEC GRAVE

GV TORRESAN(1), CJ SETTECASE(1), NS ROCCHETTI(1), DH BAGILET(1)  
(1) Eva Perón.

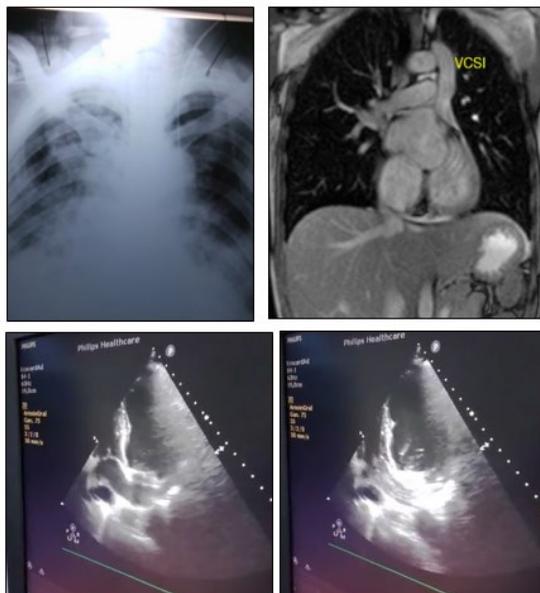
**Introducción:** La interleuquina-6 (IL-6), un biomarcador asociado con la inducción, control de la síntesis y liberación de proteínas proinflamatorias en el trauma mayor, ha sido propuesto como herramienta útil para el pronóstico del TEC grave. Sin embargo, aún no hay evidencia suficiente al respecto.

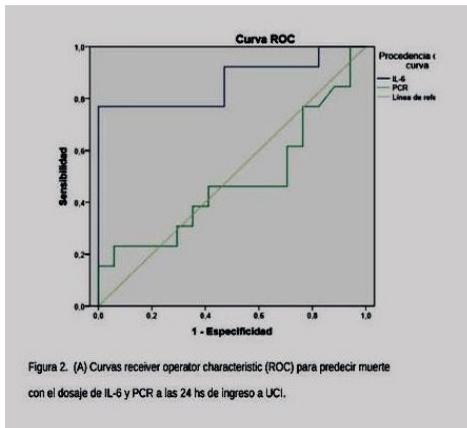
**Objetivo:** Estudiar el desempeño de la IL-6 para el pronóstico del TEC grave.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, de cohorte, no intervencionista. Criterios de inclusión: > de 15 años con TEC grave internados como mínimo 24 horas en UCI. Criterios de exclusión: TEC previo, trauma penetrante, collagenopatías, embarazadas, corticoterapia, HIV, oncológicos. Variables analizadas: edad; sexo; Glasgow y SOFA al ingreso; APACHE II y SAPS II a las 24 horas; anisocoria; escala de Marshall; requerimiento de neurocirugía y/o PIC; AVM; infecciones; IL-6; PCR; estadía y mortalidad en UCI y GOS al egreso de la misma.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes; edad 29,83 años ( $\pm 14,09$ ); varones 80%; politrauma asociado 66,7%; Glasgow 5,5 ( $\pm 1,46$ ); anisocoria 30%; Marshall 3,3 ( $\pm 1,34$ ); neurocirugía 30%; PIC 40%; estadía en UCI 13,03 días ( $\pm 11,51$ ); estadía en AVM 11,13 días ( $\pm 10,01$ ); infecciones 76,7%; APACHE II 17,23 ( $\pm 4,61$ ); SAPS II 45,27 ( $\pm 11,57$ ) y SOFA 6,73 ( $\pm 2,45$ ). Los pacientes con TEC grave que fallecieron presentaron menor estadía en UCI 5 vs. 14 días ( $p=0,003$ ); menor tiempo en AVM 5 vs. 12 días ( $p=0,038$ ), mayor requerimiento de monitoreo de PIC 26,67 vs. 13,33% ( $p=0,035$ ) y mayores niveles de IL-6 934 vs. 133,6 pg/ml ( $p=0,001$ ). La IL-6 evidenció buena discriminación para mortalidad (AUC 0,864; IC 95% 0,689-1;  $p<0,001$ ). Mientras que no se obtuvo igual resultado con APACHE II, SAPS II, SOFA y PCR. La correlación de IL-6 y los valores de la escala GOS al egreso de UCI fue muy buena ( $\rho = -0,612$ ;  $p<0,001$ ); no así con los valores de APACHE II, SAPS II, SOFA y Glasgow.

**Conclusiones:** La determinación de IL-6 dentro de las primeras 24 horas del TEC tiene buen desempeño para el pronóstico del TEC grave.





### 0169 INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES POR EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD. ESTUDIO CASO CONTROL

M MANSILLA(1)  
(1) Ángel Cruz Padilla.

La asistencia ventilatoria mecánica es clave en pacientes en unidades de cuidados intensivos. El “destete”, se realiza bajo protocolos establecidos. Las extubaciones no programadas (ENP) son eventos que expresan fallas en la calidad de atención médica.

**Objetivos:** Estimar la incidencia de ENP en pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de alta complejidad de la provincia de Tucumán. Identificar factores de riesgo y complicaciones asociadas.

**Métodos:** Estudio de casos y controles. La muestra de 135 sujetos fue seleccionada por conveniencia, en forma consecutiva. Casos: pacientes con ENP. Controles: pacientes con extubación programada. Se realizó un análisis descriptivo. Se calcularon proporciones, testeadas mediante X<sup>2</sup>. Se estimaron Odds Ratio ajustados mediante regresión logística. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se estudiaron 60 casos y 75 controles. El 66,7% fueron varones. Hubo 3,5 ENP por cada 100 días de internación. En los casos, hubo mayor frecuencia de agitación psicomotriz, extubaciones nocturnas, más complicaciones y días de internación ( $p < 0,05$ ). El 92% de las ENP fue voluntaria; y 8% por realización de estudios complementarios. Los factores asociados ( $p < 0,05$ ) fueron: mayor agitación psicomotriz (OR: 1,8), horario nocturno (OR: 22,0), ser mujer (OR: 2,4) y ser del grupo de 20 a 39 años de edad, en comparación a los de 40 a 64 años.

**Conclusiones:** La incidencia fue similar a otros estudios. La edad, ser mujer, el nivel de agitación psicomotriz y el horario nocturno, estuvieron asociados a ENP. Hubo más complicaciones y días de internación en los casos.

### 0170 EL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI) Y ESTADÍA PROLONGADA SON FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTE PARA DESARROLLO DE MORBILIDAD RESIDUAL EN NIÑOS CON FALLA RESPIRATORIA INGRESADOS A UCIP. REPORTE DE LARED NETWORK

N MONTEVERDE(1), S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS(2), N MONTEVERDE-FERNÁNDEZ(3), R JABORNISKY(4), J JARAMILLO-BUSTAMANTE(5), P VÁSQUEZ-HOYOS(6), FUCS, P CRUCES(8), JA SERRA(2), ML CARBONELL(9), A DONOSO(10), MJ NUÑEZ(10), F DIAZ(8)

(1) Mucam. (2) Casa De Galicia. (3) Médica Uruguaya Mucam. (4) Hospital Olga Stucky De Rizzi. (5) Hospital General De Medellín. (6) Hospital De San José. (7) Fucs. (8) Hospital El Carmen De Maipú. (9) Médica Uruguaya. (10) Hospital Clínico La Florida.

**Introducción:** La morbilidad residual se ha transformado en uno de los resultados más importantes en niños luego de su egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP).

**Objetivo:** Describir la incidencia y factores de riesgo de morbilidad residual posterior a hospitalización en UCIP por falla respiratoria.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de registro de datos recolectados en forma prospectiva. Criterio de ingreso: pacientes mayores a un mes y menores a 2 años ingresados a UCIP con diagnóstico de bronquiolitis aguda comunitaria o neumonía adquirida en la comunidad. Se extrajeron variables demográficas, de terapia y resultados clínicos. Se calculó puntaje Functional Status Scale (FSS\*) al ingreso y egreso. Comparación entre grupos con test Mann-Whitney o chi<sup>2</sup>. Se realizó análisis univariado y multivariado con variables seleccionadas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** En los 12 meses de estudio, se realizaron 997 registros del puntaje FSS al ingreso y egreso. Hubo un 22.6% de los pacientes con comorbilidades respiratorias y 24.1% con otras enfermedades asociadas. Edad 4.79 meses (RIQ 7.11), 62.5% masculino, puntaje PIM-3: 0.39 (RIQ 0.5). Uso de VMI 36.1%, CNAF 44.4%, VMNI 20.5%. Estadía en UCI: 5.3 días (RIQ 5.4). Puntaje FSS al ingreso fue de 6 (RIQ IQR 0) y al egreso de 7 (RIQ 0.5). Presencia de morbilidad residual fue identificada en 31/997 (3.1%) de los pacientes. Los pacientes que presentaron morbilidad residual tuvieron un mayor puntaje PIM-3, puntaje FSS al ingreso y egreso, mayor frecuencia de enfermedades nosocomiales, uso de CNAF y VMI como también una mayor estadía. El análisis multivariado mostró que sólo el uso de VMI y la duración de estadía fueron factores independientes de desarrollo de morbilidad residual en UCIP. En el periodo de estudio no hubo fallecidos.

**Conclusión:** En esta cohorte, la morbilidad residual fue baja. Sin embargo, logramos identificar dos variables que se asociaron en forma independiente con su desarrollo, siendo importantes para identificar a un grupo de riesgo. A futuro, se deben debemos identificar factores de riesgo de carácter prevenible para evitar o aminorar su aparición.

\* Pediatrics. 2009;124(1):e18-28.

### 0172 ENCRUCIJADA EN VUELO: RIESGO TROMBOEMBOLICO VS RESANGRADO

E NASUTE MOLINA(2), PB PAHNKE(1), C ARANCIBIA(2)  
(1) Hospital Municipal De Urgencias.. (2) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** Las válvulas protésicas mecánicas (VPM) en posición Aórtica representan alto riesgo de tromboembolismo, debido a ello; los pacientes son anticoagulados. La encrucijada se plantea frente a un turista con necesidad urgente de regresar a su país de origen, habiendo presentado hemorragia digestiva alta (HDA) y la necesidad de reinstaurar el tratamiento anticoagulante por su patología cardiovascular sumado al riesgo trombótico en las alturas.

**Presentación del caso:** Masculino de 66 años, nacionalidad peruana. APP: HTA +Reemplazo valvular aórtico (VPM), tratamiento Warfarina +Aines. Ingresa 17/12/18 con diagnóstico de HDA sin compromiso hemodinámico, afebril, tacto rectal (+) melena. Laboratorio APP < 5%, RIN fuera de rango, KPTT 40”, plaquetas 235.000, HTO 40, Hg 13.4. Tratamiento: suspensión warfarina y aines, administración vitamina K, transfusión de PFC 25ml/kg y omeprazol.

18/12 APP 44%, RIN 1,69, KPTT 26”, HTO 28, Hg 9,2. VEDA: ESOFAGITIS NO EROSIVA, ULCERA EN CANAL PILÓRICO FORREST III. Se agrega sucralfato. Tacto rectal (-) melena. Solicita alta para regreso a su país vía aérea. Reinicio con warfarina. En virtud de las guías médicas para viajes aéreos con su condición, se gestiona diferir partida para 28/12/2018.

19/12 estable, tolera VO, sin signos de sangrado. HTO 29, Hg 9,6, KPTT 31, RIN 1.64. Control 48 hs RIN 2,5.

**Discusión:** Es conocida la condición de “trombosis del viajero”, cualquier viaje que involucre inmovilización con una duración > 4

hs puede predisponer a trombosis, más aún en pacientes con patología cardíaca embolígenas, frente a una complicación hemorrágica es necesario minimizar el tiempo puente sin anticoagulación. La decisión se basa en un balance riesgo-beneficio entre la probabilidad de eventos tromboembólicos y resangrado. Por ello Baglin y col., estima que la valvulopatía aórtica mecánica es de ALTO RIESGO para eventos tromboembólicos. Mientras que el riesgo de sangrado es BAJO, según Katschinski y col., es <5%, para la lesión Forrest III. Se reinició ACO a las 24hs y el paciente regreso por vía aérea a su país a los 10 días de evolución, sin complicaciones.

**Conclusión:** la decisión de la terapéutica a seguir en esta encrucijada debe ser individualizada, acompañada de los scores de riesgo subyacentes.

Referencia

- 1- Baglin TP, Keeling DM, Watson HG. Guidelines on oral anticoagulation (warfarin): third edition on 2005 update. *Br J Haematol* 2006; 132: 277-285.
- 2- Katschinski B, Logan K, Davies J, et al. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 706.
- 3- Eur Heart Group de trabajo conjunto sobre el tratamiento de la cardiopatía valvular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), Asociación Europea de Cirugía Cardio-Torácica (EACTS), Vahanian A, et al. Directrices sobre el tratamiento de la cardiopatía valvular (versión 2012). *J* 2012; 33: 2451.
- 4- Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. Guía de la AHA / ACC 2014 para el tratamiento de pacientes con cardiopatía valvular: un informe del Grupo de Trabajo sobre Prácticas del American College of Cardiology / American Heart Association. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63: e57.
- 5- Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEFD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMIG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEL, SECOT y AEU. *Rev Esp Cardiol* 2018; 71(7): 553-564.
- 6- Scoring systems for upper gastrointestinal bleeding: ¿Which one scores better? Vinay Dhir & Kabul Shah. *Indian Journal of Gastroenterology*. [Doi.org/10.1007/s12664-019-00945-8](https://doi.org/10.1007/s12664-019-00945-8)

### 0173 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO Y TRAQUEOSTOMÍA EN UN CENTRO DE WEANING: ASOCIACIÓN ENTRE DECANULACIÓN Y ESTADO AL ALTA

F ESPERÓN(1), M BOSSO(1), G MUHAFARA(1), G BATAGLIA(1), V MOTTI(1), W PRIMOSICH(1), J GAGLIARDI(1), L GAREGNANI(1), L PRIETO(1), H PAVÓN(1), J CANCINO(1)  
(1) Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre decanulación y egreso del centro de weaning en los pacientes adultos con diagnóstico de TEC que ingresaron con TQT. Secundariamente, describir las características epidemiológicas, la evolución y la condición al alta.

**Materiales y método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de TEC traqueostomizados que ingresaron al CW entre enero de 2016 y diciembre de 2018 inclusive. Se realizó un análisis multivariado para evaluar la asociación entre decanulación y egreso, independientemente del efecto de distintas variables consideradas en el modelo (edad, sexo, días de TQT y estado de conciencia, entre otras). Se utilizó el programa estadístico Stata 14.

**Resultados:** Se incluyeron 55 pacientes. El 87.27% (n=48) fueron hombres con una mediana de edad (RIQ 25-75) de 39 (23-55) años. El 21,82% ingresó con Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM), desvinculándose exitosamente el 83,33%. La mediana de días de AVM fue 11 (3-26), días de weaning 5 (3-24) y días de internación 75,5 días (21-178,5). Se decanuló al 45,45% (n=25) y falló el 8% (n=2). La mediana de días de TQT en los pacientes decanulados fue de 43 (rango mín-max 14-468). La mortalidad fue de 13,46%. El 45,45% egresó reagudizado, el 31,82% a su domicilio y el 22,73% a un tercer nivel. En los pacientes decanulados se observó un Odds Ratio (OR) de egresar a su domicilio de 5,25 (IC 95% 1,06-26), independientemente de la edad y el estado de conciencia al ingreso. Los pacientes que ingresaron con estado de vigilia sin respuesta (EVSR) presentaron un OR de egreso a domicilio de 0,07 (IC 95% 0,005-0,94).

**Conclusión:** En pacientes con TEC y TQT la decanulación se asoció independientemente con el alta al domicilio. Los pacientes que ingresaron con un estado de conciencia diferente a EVSR tuvieron más probabilidades de alta a su domicilio.

### 0174 EVALUACIÓN DEL EFECTO DE TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA SOBRE EL VOLUMEN PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA

DI GILGADO(2), E PEREZ CALVO(1), J PEREZ(2), J DORADO(2), G CARDOSO(2), C QUIROGA(3), J SCAPELLATO(3), G PLOTNIKOW(3), M ACCOCE(2)

(1) Clínica Basilea. (2) Sanatorio Anchorena San Martín. (3) Sanatorio Anchorena Recoleta.

**Introducción:** La reducción de volúmenes y capacidades pulmonares es una complicación frecuente luego de cirugías toracoabdominales pudiendo conducir al desarrollo de complicaciones pulmonares posoperatorias.

La fisioterapia respiratoria promueve la re-expansión pulmonar y la eliminación de secreciones. Es ampliamente utilizada a pesar de su evidencia científica débil y efectos fisiológicos pobremente estudiados.

**Objetivo:** Describir los cambios en el volumen pulmonar de fin de espiración mediante tomografía por impedancia eléctrica (TIE) en sujetos sanos con técnicas de respiraciones profundas (RP), presión positiva intermitente con y sin válvula de PEEP (PPIP y PPI), espirimetría incentivada (EI) y presión positiva espiratoria (PEP).

**Materiales y método:** Se evaluó el cambio en la impedancia pulmonar de fin de espiración ( $\Delta EELI$ ) al final de cada técnica y al minuto, en 15 voluntarios sanos, kinesiólogos.

Se analizaron 4 regiones de interés (ROI) agrupadas en ROI 1+2 y 3+4, zonas ventral y dorsal respectivamente.

Cada técnica se realizó cinco veces seguida por un descanso de 2 minutos. Esta secuencia se repitió 3 veces. Se llevó a cabo una encuesta sobre la comodidad de las mismas.

**Resultados:** La media del  $\Delta EELI$  resultó estadísticamente significativa para PEP ( $3,74 \pm 2,36$ ;  $P < 0,001$ ), PPIP ( $2,80 \pm 2,51$ ;  $P < 0,001$ ) y PPI ( $1,27 \pm 1,13$ ;  $P < 0,05$ ).

Al comparar el  $\Delta EELI$  generado por las dos primeras, no hubo diferencia estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ). Al contrastar PEP y PPIP versus PPI, la diferencia de  $\Delta EELI$  resultó estadísticamente significativa ( $P < 0,001$ ).

Luego de 1 minuto de finalizada cada secuencia se registraron valores de  $\Delta EELI$  sin cambios significativos ( $P > 0,05$ ).

Al comparar las medias regionales de  $\Delta EELI$ , se observa un mayor cambio en áreas ventrales con las técnicas PPIP, PPI, IE y RP ( $P < 0,05$ ), mientras que con PEP el  $\Delta EELI$  es similar en ambas zonas ( $P = 0,668$ ). La técnica de menor comodidad fue PEP, seguida de PPIP e IE.

**Conclusión:** Las técnicas de PEP, PPIP y PPI generaron un aumento del volumen pulmonar de fin de espiración en sujetos adultos sanos. Este efecto no se mantuvo al minuto de finalizada cada una de ellas.

### 0175 SÍNDROME DE REALIMENTACION EN PEDIATRÍA. DECISIONES SOBRE MANEJO NUTRICIONAL EN TORNO A UN CASO CLÍNICO. ¿QUÉ NOS APORTA LA EXPERIENCIA?

I MARTINEZ GARBINO(1), A FERNÁNDEZ(1), A ÁVILA VERA(1), L MOROS(1), C HAJDINJAK(1), P PAZ(1)

(1) Durand.

**Introducción: Justificación de la importancia del trabajo:** El síndrome de realimentación (SR) es un conjunto de alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas que puede desencadenarse en pacientes desnutridos al iniciar tratamiento nutricional. Se caracteriza por alteración hidroelectrolítica (fósforo, potasio y magnesio), comprometiendo el sistema cardiovascular, pulmonar, hematológico, hepático y neuromuscular. La hipofosfatemia es la manifestación clave y la principal causa de morbimortalidad. Es potencialmente letal, prevenible pero subdiagnosticado. Es fundamental conocer su fisiopatología, sus factores de riesgo y normatizar su prevención y tratamiento.

**Estado actual:** Su incidencia es desconocida en niños por falta de una definición unificada y de protocolos que permitan detectar pacientes en riesgo.

**Objetivo:** Describir el manejo nutricional de un caso clínico con el fin de prevenir el SR.

**Materiales y métodos:** **Diseño:** Caso clínico. **Lugar:** UTIP del Hospital de Agudos Durand.

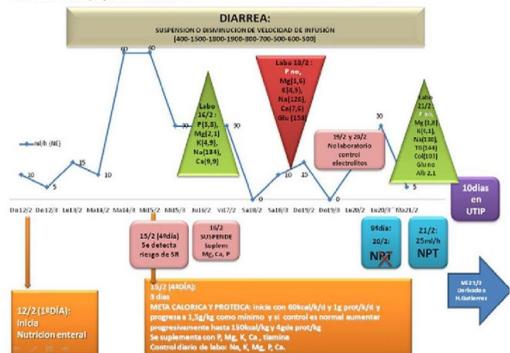
**Resultados:** Niño de 1 año derivado de sala pediátrica por deterioro del sensorio con sospecha de encefalitis herpética. Neutropénico febril. Regular estado general, inicia mascara de reservorio de O2. Ulceras bucales y diarrea. Inicia nutrición enteral (100ml/kg) sin poder cubrirse en las primeras 72 hs debido a suspensiones por diarrea abundante. Se realiza laboratorio de ingreso(tabla 1). Al 4º día es evaluado nutricionalmente detectándose factores de riesgo para SR: Ingesta casi nula en sala pediátrica, pérdida ponderal severa y desnutrición aguda calórico-proteica severa(Tabla 2). Se suplementa con fosforo, magnesio, potasio, tiamina y se solicita laboratorio(tabla 1). Se establece meta calórico-proteica para SR no pudiendo cubrirse por suspensiones debido a su diarrea abundante. Inicia nutrición parenteral al 9º día y al 10º día se deriva al Hospital Gutiérrez por estudios de aplasia medular (detectan Herpes 6)(Figura 1). El seguimiento del SR fue inadecuado por falta de reactivos de fósforo.

**Conclusión:** La tardía evaluación nutricional retrasó la detección del riesgo de SR y la adecuada elección de la vía de alimentación. A partir de este caso, se establecieron en nuestra UTIP normas para su manejo.

	12/2/18	16/2/18	18/2/18	21/2/18
Hto %	31,3			
Hb g/dl	10,4			
GB K/ul	1,8			
Neutrófilos %	13,7			
Linfocitos %	82,9			
Glucemia mg/dl	100		153	
Urea mg/dl	7			
Creatinina mg/dl	0,14			
Albumina g/dl	2,2			2,1
Sodio mEq/l	139	134	126	130
Potasio mEq/l	3,8		4,5	4,1
Cloro mEq/l	104			
Fósforo mg/dl		3,8		
Magnesio mg/dl		2,1	1,6	1,8
Calcio mg/dl		9,1	7,6	
Triglicéridos mg/dl				144
Colesterol mg/dl				103

Masculino. Edad 1 año 3 meses
LC: 79cm (T/E: Pc 50)
Peso diciembre 2017: 9,7kg (P/E: Pc 25-50)
Peso al ingreso en UTIP: 8,59kg (P/E: Pc 3-10)
%PP: 11,44% perdió 1,11kg en 18 días (pérdida de peso severa)
IMC: 13,76kg/m2 (IMC/E: Pc <3 - IMC/E: Puntaje Z: -2 a -3)
Diagnóstico Nutricional: Desnutrición Aguda primaria severa calórica y proteica

FIGURA 1. ¿QUÉ SE HIZO?



**0176 OXIGENACION POR CANULA NASAL DE ALTO FLUJO EN HEMORRAGIA ALVEOLAR**

M RÉ, S GATTINO(1), N ROCHETTI(1), C SETTECASE(1), D BAGILET(1)  
 (1) Escuela Eva Perón.

**Introducción:** La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es un dispositivo de ventilación no invasiva que permite suministrar un flujo de gas de hasta 60 l/min, a temperatura y humedad ideales. Su utilización aumentó exponencialmente en los últimos años.

**Caso:** Varón de 21 años, tabaquista, ingresó por esputo hemoptoico y disnea de 15 días de evolución, que progresa a insuficiencia respiratoria (IRA) en las horas previas a la consulta. EXAMEN FÍSICO: hemodinámicamente estable, FR 38 c/min., Sat. 80% (FIO2 0,5), disminución del murmullo vesicular y rales crepitantes en base pulmonar izquierda. LABORATORIO: Hto. 20%, Hb. 7 gr/dl, leucocitos 15.700/mm3 (92% PMN), plaquetas 286.000/mm3, PCR 4,1 mg/dl, VES 2, pH 7,39, pCO2 40, PO2 53, bicarbonato 23 mEq/l. EB: -1,8, Sat. O2 88,6%, PAFI 106. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: opacidad alveolar difusa bilateral. TAC DE TÓRAX: ocupación alveolar bilateral, ápices libres, sugestivo de hemorragia alveolar. Hemocultivos, urocultivo y cultivos de secreciones respiratorias negativos. SEROLOGÍA: HIV, VHB, VHC, leptospirosis, FHA y Hantavirus: negativas, C3 y C4 normales, FR, FAN, ANTI DNA, ANCA-P, ANCA-C, ENA: negativos, ANTI MBG: débil positivo, proteinuria 0,3 g/24 horas. TRATAMIENTO: Transfusión de 1 unidad de glóbulos rojos, pulsos de metilprednisolona, antibióticos empíricos y OAF a 50 l/min y FiO2 75% durante 5 días. EVOLUCIÓN: favorable.

**Discusión:** La OAF genera flujos inspiratorios altos, ofrece mayor fracción inspirada de oxígeno, disminución del espacio muerto, presión positiva en la vía aérea, reduce el trabajo respiratorio, mejora el transporte mucociliar y brinda mayor confort. Sus principales indicaciones son IRA hipoxémica y pacientes pediátricos, inmunocomprometidos o no intubables. No existe evidencia de peso de su empleo en la hemorragia alveolar.

**Conclusión:** La OAF podría ser una herramienta útil de ventilación no invasiva en la insuficiencia respiratoria hipoxémica causada por hemorragia alveolar.

**0177 FEES Y EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ASPIRACIÓN EN PACIENTES CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL**

A FALDUTI(1), G CHIAPPERO(1), LP DÍAZ BALLVÉ(2)  
 (1) Juan A Fernández. (2) Prof A Posadas.

**Introducción:** La utilización de la endoscopia para evaluación de la deglución (FEES) es habitual en la UTI. La evaluación endoscópica de la anatomía y la movilidad laríngea es fundamental, ya que puede evaluarse el cierre glótico y precisar si existe lesión funcional o estructural que comprometa la seguridad de la deglución.

**Objetivos:** Analizar la concordancia de la escala de saliva Murray (ESM) y la escala de penetración-aspiración (PAS) evaluadas con la FEES en el paciente que presenta lesiones laríngeas funcionales o estructurales.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional transversal de concordancia entre métodos de evaluación. Se incluyeron pacientes internados en la UTI entre agosto de 2016 y abril de 2019, que requirieron vía aérea artificial y a quienes se evaluó con FEES; la cual fue realizada según técnica descrita por Langmore. Se realizó un análisis de concordancia mediante el estadístico Tau b de Kendall para variables ordinales. Se analizaron todos los pacientes y por subgrupo según tipo de lesión estructural o funcional (considerando funcional cuando no completa cierre glótico). Fueron excluidos del análisis los pacientes que no completaron el estudio por negativa a la ingesta o por riesgo de aspiración elevado. Se consideró significativo un p valor <0,05.

**Resultados:** Fueron incluidos 61 pacientes. 37 (60,7%) hombres, con una edad promedio de 52,33±16,18. La media de días de intubación fue 10,22±4,98. 55 (90,2%) estaban traqueostomizados y 7 (11,5%)

pacientes requirieron reintubación. Se encontró lesión laríngea funcional en 19 pacientes y estructural en 30 pacientes.

La concordancia entre PAS con semisólidos y ESM resultó entre moderada a baja (Tau b 0,360; p= 0,002) al igual que la PAS con líquidos y la ESM (Tau b 0,273; p=0,024 ) (Tablas 1 y 2). En la tabla 1 y 2 se presenta el resultado de la concordancia según el tipo de lesión.

**Conclusión:** Se observó concordancia moderada a baja entre la PAS y la escala de Murray evaluada mediante la FEES, es necesario mayor evidencia para poder utilizar la PAS como método de evaluación de seguridad de la deglución en pacientes que requirieron vía aérea artificial.

Concordancia entre escalas PAS con semisólidos y ESM en subgrupo de pacientes con lesión funcional.						
PAS con semisólidos		Escala de saliva de Murray				Total
		normal	saliva	penetración	aspiración	
		normal	4	4	2	
penetración	1	2	2	0	5	
aspiración	0	0	1	2	3	
Total		5	6	5	5	21

Tau b de Kendall 0,264 (p=0,181)

Concordancia entre escalas PAS con líquidos y ESM en subgrupo de pacientes con lesión funcional.						
PAS con líquidos		Escala de saliva de Murray				Total
		normal	saliva	penetración	aspiración	
		normal	1	2	1	
penetración	1	2	1	2	6	
aspiración	2	2	3	1	8	
Total		4	6	5	3	18

Tau b de Kendall 0,072 (p=0,702)

Concordancia entre escalas PAS y ESM en subgrupo de pacientes con lesión estructural						
PAS con semisólidos		Escala de saliva de Murray				Total
		normal	saliva	penetración	aspiración	
		normal	1	5	3	
penetración	1	3	3	0	7	
aspiración	0	0	1	2	3	
Total		12	8	7	3	30

Tau b de Kendall 0,484 (p=0,003)

Concordancia entre escalas PAS con líquidos y ESM en subgrupo de pacientes con lesión estructural.						
PAS con líquidos		Escala de saliva de Murray				Total
		Normal	saliva	penetración	aspiración	
		Normal	5	2	0	
penetración	4	2	2	1	9	
Aspiración	3	4	5	1	13	
Total		12	8	7	2	29

Tau b de Kendall 0,36 (p=0,006)

### 0178 MIOCARDIOPATÍA POSTERIOR A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Y AYALA(1), C VIDELA(1), M LAS HERAS(1), M GARBARINI(1), E SAN ROMÁN(1)  
 (1) Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La intoxicación por monóxido de carbono (CO) es la principal causa de muerte por envenenamiento en el mundo. El CO se une a la hemoglobina, a la mioglobina e inhibe enzimas del citocromo, provocando hipoxia tisular, a nivel cardíaco produce arritmias, infarto de miocardio, edema de pulmón y falla cardíaca. La miocardiopatía por CO es una entidad prácticamente indistinguible de la miocardiopatía inducida por stress o Síndrome de Tako-Tsubo. Éste último se define como una falla cardíaca reversible, con cambios en el Electrocardiograma (ECG) variables, arterias coronarias normales y "baloneamiento" apical del ventrículo izquierdo (VI). Se presenta a continuación una mujer que presentó Miocardiopatía de Takot-tsubo posterior a intoxicación por CO.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 73 años internada por intoxicación por CO. Ingresó lúcida, hemodinámicamente estable con un laboratorio con COHb 5%, Tus 378.5 pg/ml - BNP 5361 pg/ml. ECG con rectificación del ST en cara lateral alta (DI - aVL) y ecocardiograma con defecto contráctil de los segmentos mediales y apicales con deterioro moderado del VI (Fey del 44%). Se realiza una RMN cardíaca evidenciando hipoquinesia septal, medial y apical con deterioro de la función sistólica del VI (compatible con miocardiopatía por stress). Cinecoronariografía normal

En ECG seriados presenta inversión de ondas T en cara lateral extensa asociado a descenso de las enzimas cardíacas y mejoría de función sistólica por ecografía. Por buena evolución clínica, se otorga el egreso hospitalario a la semana con un ecocardiograma y laboratorio normal.

**Discusión:** El Síndrome de Tako-Tsubo a diferencia de la Miocardiopatía por CO, se presenta habitualmente con dolor precordial,

además tiene prevalencia de género y edad. Si bien la fisiopatología de la Miocardiopatía por CO no está clara, se cree que es de causa multifactorial, como el atontamiento cardíaco por catecolaminas, la hipoxia histotóxica y la miocarditis tóxica.

**Conclusión:** Si bien se desconoce si la Miocardiopatía por CO es una entidad distinta al Síndrome de Tako-Tsubo, el diagnóstico y tratamiento es similar. La cardio-RMN se propone como un método alternativo en pacientes estables, que a su vez brinda información sobre el pronóstico.

### 0179 ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN EN UNA UCI MEDICO-QUIRÚRGICA EN ARGENTINA

A RUIZ(1), J PHILIPPE HERTELENDY(1), G ELGUE QUIAN(1), D BENVENUTI(1), I ROMERO(1)  
 (1) Sanatorio Güemes.

El dolor, la agitación y el delirio son intercorrientes habituales en los pacientes críticos ingresados en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). En relación a la utilización de sedantes, las guías recomiendan bajos niveles de sedación, interrupción diaria de sedantes, la utilización de herramientas validadas para evaluar el nivel de sedación, el desarrollo de protocolos para lograr una correcta sedación de nuestros pacientes y, preferentemente, utilizar propofol y dexmedetomidina cuando sea posible.

El objetivo del trabajo fue analizar el impacto de la implementación de un protocolo de sedación en la evolución de nuestros pacientes y los costos asociados a la instauración del mismo.

Diseñamos un trabajo cuasi-experimental y retrospectivo. Realizamos una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la UCI del Sanatorio Güemes entre los periodos Agosto 2016-Enero 2017 (período I) y Agosto 2017-Enero 2018 (período II). Un total de 4.200 pacientes fueron incluidos. Se registraron, de ambos periodos estudiados, los datos demográficos, APACHE II al ingreso a la UCI, número de ingresos, días/cama en UCI, promedio de estadía en días en UCI, número de pacientes bajo asistencia ventilatoria mecánica, días de asistencia ventilatoria mecánica, tasa de NAV (neumonías asociadas a la ventilación mecánica) y unidades de midazolam, propofol y demedetomidina utilizados en cada período. Los costos de la medicación sedante, día/cama en UCI y episodios de NAV fueron estandarizados al 1 de Diciembre de 2017.

Luego del análisis de los resultados, concluimos que la implementación de un protocolo de sedación basado en las recomendaciones de guías internacionales se asoció a una reducción estadísticamente significativa de los días de asistencia ventilatoria mecánica (8,9 vs. 5,5 con una p 0,001), días de internación en UCI (8,6 vs. 7,4 con una p 0,003) y tasa de NAV (17/1.000 vs. 15,6/1.000 con un p 0,001 y un Odds Ratio= 1,88). Asimismo, se observó una reducción significativa de los costos totales (\$248.218.610,32 en el período I vs. \$235.828.027,66 en el período II).

### 0180 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN UN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

E ROGGERO(1), Y BELLAGAMBA ENRIQUE(1), G TORRESAN(1), N ACOSTA PEDEMONTE(1), D LERMAN TENENBAUM(1), N ROCCHETTI(1), S GATTINO(1), C SETTECASE(1), D BAGILET(1)  
 (1) Hospital Eva Peron.

**Introducción:** La Listeria monocytogenes es un coco bacilo Gram positivo que habita el suelo y alimentos contaminados. Es considerada un agente etiológico infrecuente (0,3/100.000 habitantes/año), predomina en edades extremas de la vida, inmunodeficiencias y es rara en adultos jóvenes sanos. En estos pacientes la forma más frecuente de presentación es la romboencefalitis, la cual se asocia con una alta morbimortalidad aún con tratamiento correcto (61%).

**Caso clínico:** Mujer de 17 años, ingresa por fiebre, cefalea y vómitos

de 48 horas de evolución. EXAMEN FÍSICO: fiebre, fotofobia, bradipsiquia, rigidez de nuca. LABORATORIO: leucocitos 25.600/mm<sup>3</sup> (89% PMN), VES 9 mm/h, glucemia 135 mg/dl, PCR 6,5 mg/dl, PCT 1,28 ng/dl; LCR: proteínas 1,5 g/l, glucosa 0,54 g/l, elementos 621/mm<sup>3</sup> (81% PMN). Inicia tratamiento con ceftriaxona. RMI: severa hidrocefalia tetraventricular con dilatación del acueducto y edema periependimario. La secuencia FLAIR mostró acentuación del brillo del líquido en los surcos de la convexidad, aumento del brillo en la línea media. Se coloca catéter de drenaje ventricular externo y se obtienen cultivos positivos para bacilos Gram positivos, por lo que se agrega ampicilina. EVOLUCIÓN: FOM que la lleva a la muerte.

**Discusión:** La meningitis por *Listeria monocytogenes* representa aproximadamente el 1% de todos los casos de meningitis. La romboencefalitis afecta sobre todo a adultos inmunocompetentes, representando el 70% de los casos. Se describe como una enfermedad en dos fases. La primera de ellas caracterizada por síndrome febril inespecífico, cefalea, náuseas y vómitos, con síndrome meníngeo o no. La segunda presenta alteración de la conciencia, compromiso asimétrico de los pares craneanos y signos cerebelosos.

En este caso no se pudo determinar la fuente contaminante en la entrevista, pero hubo firme sospecha de un origen alimentario.

**Conclusión:** La neurolisteriosis es una enfermedad que debe ser considerada en las meningoencefalitis de los neonatos, mayores de 65 años e inmunodeprimidos. Sin embargo, es importante tenerla presente, también en adultos jóvenes con romboencefalitis.

#### 0181 EXANGUINOTRANSFUSIÓN (ET) EN COQUELUCHÉ GRAVE. ¿ET PHONE HOME?

M PENAZZI(1), P PACHECO(1), E MARI(1), S LARDONE(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 descripto 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 descriptos 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 (si lo tiene) 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.

#### 0182 MANEJO DE GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

MFRUA(1), JJC POTITO POLERA(1), Y SAAD(1), CARMOA(1), MR RAMIREZ(1), I RETTA(1)  
(1) El Cruce.

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad con antecedentes de Leucemia linfocítica aguda diagnosticada en el 2013 que recibió tratamiento quimioterápico hasta 2015, recaída de la enfermedad en mayo del 2018 con linfoma linfoblástico tipo B, realizo 1 fase de HyperCVAD en junio del 2018 (doxorrubicina, vincristina, ciclofosfamida y dexametasona).

Ingresa al Hospital el Cruce por cuadro clínico de 48 horas de evolución con diarrea y equivalentes febriles, al examen físico presentaba en región perineal hemorroide excoriada en hora 3, lesión excoriada con fondo hemático en hora 9. Evoluciono con falla multiorgánica por lo que requiere vasopresores, intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Ingresa a la terapia intensiva por neutropenia febril y shock séptico por infección de piel y partes blandas compatible con gangrena de Fournier. Se cubrio empíricamente con meropenem, clindamicina y vancomicina, se realiza interconsulta con servicio de cirugía general y se decide intervención quirúrgica de urgencia. Se desfuncionalizo el transito y se confecciono colostomía sobre varilla. Durante la internación requirió varias intervenciones quirúrgicas. Presento varios rescates bacteriológicos de la muestra quirúrgicas (*Acinetobacter Baumannii*, *Enterococcus faecium* y *Klebsiella Pneumoniae* productora de carbapenemasa) por lo que recibió múltiples esquemas antibióticos dirigidos. Evoluciono de manera favorable por lo que se decidió pase a sala general.

La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante polimicrobiana de la región genital masculina. Es una entidad poco frecuente pero de alta morbimortalidad, siendo un factor predisponente la alteración del sistema inmunológico, cuyo curso clínico es muy agresivo y la mortalidad sigue siendo alta a pesar de la mejora en su manejo; el reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado e inmediato con desbridamiento quirúrgico y la administración de antibióticos son los principales pilares del tratamiento de esta enfermedad, siendo una opción quirúrgica la realización de colostomía de descarga para evitar la sobreinfección quedando la misma según experiencia de cada centro. Nunca esta indica la orquiectomía ya que la irrigación testicular presente diferente circulación. Este reporte de caso pone en manifiesto la importancia del abordaje quirúrgico precoz concomitantemente con el inicio precoz de la antibióticoterapia.





## 0184 FACTORES ASOCIADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA (MAYOR A 5 DÍAS) Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES EN NIÑOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. ANÁLISIS DE 962 EPISODIOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UCIPS DE LA RED NETWORK

N MONTEVERDE(1), N MONTEVERDE-FERNÁNDEZ(2), JA SERRA(3), S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS(3), R JABORNISKY(4), J JARAMILLO-BUSTAMANTE(5), P VÁSQUEZ-HOYOS(6), FUCS, P CRUCES(8), F RODRIGO(9), A FERNÁNDEZ(9), L PEREIRA(10), A WEGNER(11), A DONOSO(12), F DIAZ(13)  
 (1) Mucam. (2) Médica Uruguaya (mucam). (3) Casa De Galicia. (4) Hospital Olga Stucky De Rizzi. (5) Hospital General De Medellín. (6) Hospital De San José. (7) Fucs. (8) Hospital El Carmen De Maipú. (9) Asociación Española. (10) Hospital Policial. (11) Centro Asistencial Dr. Sótero Del Río. (12) Hospital Clínico La Florida. (13) El Carmen De Maipú.

**Introducción:** El uso de ventilación mecánica invasiva (VMI) es una intervención vital en niños gravemente enfermos con falla respiratoria. Sin embargo, su uso no está exento de complicaciones y morbilidad, especialmente en pacientes con una duración de VMI prolongada (VMlp).

**Objetivo:** Análisis retrospectivo de variables registradas en forma prospectiva en base de datos de LARed network. Inclusión: pacientes con registros de datos completos y cierre de formulario de egreso. Exclusión, ninguno. Definimos VMlp como una duración mayor a la mediana de la cohorte.

**Resultados:** 3441 pacientes fueron registrados, de los cuales 27.9% (962) recibieron VMI. 5.1 meses (RIQ 11), peso 6.7 kg (4.7), 40% comorbilidades. Sus diagnósticos de egreso fueron 52.1% bronquiolitis, neumonía 35%, asma bronquial 3.4%. 251 pacientes tuvieron intubación previa al ingreso, mientras que en 442 la VMI fue la primera modalidad ventilatoria en UCIP. 269 pacientes iniciaron VMI luego de falla de otra modalidad de soporte ventilatorio. La duración de VMI fue 5.4 días (RIQ 3). 503 pacientes tuvieron una duración de VM mayor a 5 días (VMp). De las variables seleccionadas en análisis bivariado, los pacientes con VMp fueron menores, más frecuente de población mestiza, provenientes de servicio de emergencia y de otra UCI. El análisis multivariado mostró que población mestiza, oxígeno dependencia, ingreso desde servicio de emergencia y desde otra UCI se asociaron en forma independiente con VMp. La edad, puntaje PIM-3, presencia infección bacteriana ni alteraciones en la radiografía de tórax fueron significativas en análisis multivariado. Las complicaciones asociadas a VMI fueron identificadas en un 21.5%, 14.2% en VM < 5 días y 28.2% en VMp (p<0.01), con diferencias significativas en el fallo de destete, depuración, neumonía asociada a VMI y traqueostomía.

**Conclusiones:** Las complicaciones asociadas a la VMI fueron más frecuentes en casos de VMp. Encontramos parámetros asociados a VMp, independientes de indicadores de gravedad y etiológicos que lo expliquen. Es importante profundizar en estudios futuros las características de este grupo de riesgo para instaurar medidas para evitar las complicaciones asociadas.

Tabla 2. Regresión logística multivariada comparando VMI > 5 días y VMI < 5 días. OR denota razón de disparidad, IC 95%, su intervalo de confianza del 95%

	OR	P	IC95%
Edad años	0.93	0.018	0.87 0.99
Procedencia			
Pediatria general	(Ref)		
Otra UCI	2.93	0.007	1.35 6.39
Otros Hospitales	1.21	0.525	0.67 2.16
Urgencias	1.12	0.476	0.82 1.53
Diagnóstico			
Bronquiolitis	(Ref)		
Apnea	1.23	0.856	0.13 11.78
Crisis Asmática	0.62	0.279	0.26 1.48
NAC	0.6	0.012	0.4 0.89
Otro	0.93	0.837	0.45 1.91
Ovas	0.83	0.725	0.3 2.32
Oxígeno dependencia	3.75	0.008	1.42 9.9
% PIM-3	1	0.942	0.99 1.01

VMI: Ventilación mecánica invasiva. Ovas: Obstrucción vía aérea superior. NAC: neumonía adquirida en la comunidad. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 1. Características clínicas, demográficas y severidad de ingreso según duración de ventilación mecánica mayor o menor de 5 días.

VARIABLE	HASTA 5 DIAS N= 123	MAS DE 5 DIAS N= 839	P		
Días ventilación, med riq	2.5	1.2	10.6	3.5	
Edad (meses), med riq	5.3	9.5	5.1	12.0	0.4020
Peso (kg), med riq	6.7	5.1	6.7	4.7	0.7231
Género, n %					
Femenino	51	41.5%	325	38.7%	0.563
Masculino	72	58.5%	514	61.3%	
Procedencia, n %					
Urgencias	39	31.7%	372	44.3%	0.000
Pediatria general	57	46.3%	304	36.2%	
Otra UCI	0	0.0%	54	6.4%	
Otro Hospital	17	13.8%	81	9.7%	
Quirófano	10	8.1%	28	3.3%	
Diagnostico egreso, n %					
Bronquiolitis	20	16.3%	492	58.6%	0.000
Neumonía	91	74.0%	245	29.2%	
Crisis Asmática	5	4.1%	27	3.2%	
Ovas	1	0.8%	20	2.4%	
Apneas	1	0.8%	3	0.4%	
Otras	5	4.1%	51	6.1%	
Probable etiología, n %					
Viral	28	22.8%	553	65.9%	0.000
Bacteriana	32	26.0%	112	13.3%	
Mixta	62	50.4%	152	18.1%	
Otras	1	0.8%	22	2.6%	
Comorbilidades, n %					
Respiratorias	65	52.8%	311	37.1%	0.001
Otras	41	33.3%	195	23.2%	0.015
Dependencia casa, n %					
Oxígeno	44	35.8%	218	26.0%	0.023
Traqueostomía	6	4.9%	35	4.2%	0.7340
Ventilación mecánica	3	2.4%	26	3.1%	0.480
Estancia UCI (días), med RIQ	2	1.6%	10	1.2%	0.658
Mortalidad, n %	4	3.3%	7	0.8%	0.041
REM n, IC95%	6.7	3.8	8.95	10.6	0.0001
REM n, IC95%	7	5.7%	37	4.4%	0.525

n %: número absoluto y porcentaje columna; med riq: Mediana y rango intercuartílico; \*Número de casos disponibles para el análisis; UCI: Unidad de cuidado intensivo; PIM3: probabilidad de mortalidad por puntaje Pediatric Index of Mortality 3; REM: Razón estandarizada de mortalidad entre mortalidad observada y mortalidad esperada por PIM3; IC95%: Intervalo de confianza del 95%

## 0185 FACTORES DE RIESGO PARA FALLA EN EL USO DE CÁMULA NASAL DE ALTO FLUJO Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LACTANTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HOSPITALIZADOS EN UCIP. ANÁLISIS DE COHORTE DE LARED NETWORK

F DIAZ(1), A WEGNER(2), R JABORNISKY(3), J JARAMILLO-BUSTAMANTE(4), P VÁSQUEZ-HOYOS(5), FUCS, JA SERRA(7), N MONTEVERDE-FERNÁNDEZ(8), R NAVATTA(9), M DECIA(9), A DONOSO(10), S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS(7), MJ NUÑEZ(10), P CRUCES(1)

(1) Hospital El Carmen De Maipú. (2) Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río. (3) Hospital Olga Stucky De Rizzi. (4) Hospital General De Medellín. (5) Hospital De San José. (6) Fucs. (7) Casa De Galicia. (8) Médica Uruguaya. (9) Hospital Policial. (10) Hospital Clínico La Florida.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI) posterior al uso de soporte respiratorio no invasivo (SRNI), como cánula nasal de alto flujo (CNAF), BIPAP y CPAP, en lactantes con insuficiencia respiratoria ingresados a UCIP. Analizar sus consecuencias en los resultados clínicos.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de registro de variables recolectadas en forma prospectiva en base de datos de LARed network. Criterio de ingreso: pacientes >1mes y <2años ingresados a UCIP debido a bronquiolitis aguda o neumonía requiriendo SRNI. VMI en todo paciente posterior a uso de SRNI (hasta 48h) fue catalogado como fracaso. Estadísticas: test Mann-Whitney o chi2, análisis bivariado y multivariado con variables seleccionadas. Nivel de significancia p< 0.05.

**Resultados:** La tasa de intubación fue 35.2% (665/1885). En 482 pacientes el primer soporte fue VMI. De los 183 pacientes que fallaron SRNI, el soporte inicial fue 10.4% BIPAP, 68.9% CNAF, 10.4% CPAP y 22 pacientes SRNI posterior a uso de oxigenoterapia (12%). La tasa de fallo según uso de SRNI inicial fue: BIPAP fue 4.3% (19/439), de CNAF 13.7% (122/888), CPAP 37% (20/54). Los pacientes que fallaron SRNI tenían una edad menor, etiología bacteriana, proveniente de traslado extrahospitalario, con comorbilidades y dificultad respiratoria mayor al ingreso a UCIP(Tabla1). Modalidad de soporte no se asoció a una falla mayor. La falla de SRNI ocurrió a 16h(6,37) de instaurada, 20h(8,43) para CNAF y 18h(3,26) para BIPAP (p=0.136).

Análisis multivariado (Tabla 2) mostró que la edad y la etiología bacteriana son factores asociados en forma independiente para fallo de SRNI. Los pacientes en que SRNI fracasó, tuvieron una estadía mayor [9.7(7.4,13) v/s 4(3,6) días,  $p < 0.01$ ], mayor frecuencia de complicaciones de VMNI [OR5.5(2.5,12.3)], infecciones nosocomiales [OR14.4(7.7,36.1)] y morbilidad residual [OR26.6(5.7,134)], comparados con los que no fallaron.

**Discusión:** En esta cohorte multicéntrica, la tasa de fallo del SRNI fue un 13%. Fallo de SRNI ocurrió en lactantes menores y con infección bacteriana. Este grupo de riesgo es de especial importancia, ya que está asociado a una mayor estadía, complicaciones y desarrollo de morbilidad residual.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes en que SRNI fue exitoso y en los que fracasaron. (Med, mediana; DR, dificultad respiratoria; Comorb, comorbilidades)

	ÉXITO SRNI			FRACASO SRNI			P
	p25	Med	p75	p25	Med	p75	
Edad(m)	2.66	5.71	10.49	1.86	2.94	5.81	<0.01
Masculino (n,%)	742	(61)		119	(65)		0.5
PIM-3%	0.17	0.37	1.24	0.19	0.40	1.41	0.17
Peso (kg)	5.37	7	9	4.29	5.5	7.6	<0.01
<b>Puntaje DR</b>							
sWang	3	4	6	3	5	7	<0.01
sWood	4	4	5	4	4.5	5.75	<0.01
sLIU	3	5	6	4	6	8	<0.01
Traslado (n,%)	332	(27.2)		72	(39.3)		0.01
Coinfección Bacteriana (n,%)	299	(24.5)		82	(44.8)		<0.01
Comorb. (n,%)	487	(39.9)		79	(43.2)		0.4
Respiratorias (n,%)	304	(24.9)		43	(23.5)		0.67
Otras (n,%)	305	(25)		60	(32.8)		0.025

Tabla 2. Análisis multivariado de Factores asociados a Fracaso de SRNI. (Comorbilidades NR, Comorbilidades no respiratoria)

Variable	OR	IC95%
Edad	1.08	1.04 1.13
Coinfección bacteriana	2.98	1.96 4.50
Comorbilidades NR	1.67	1.11 2.52
Dificultad respiratoria	0.77	0.70 0.84
Traslado	2.67	1.80 3.95

### 0187 USO DE LOS INOTRÓPICOS Y VASOPRESORES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA POLIVALENTE. ESTUDIO OBSERVACIONAL

AG PALACIO(1), MDP ARIAS LÓPEZ(1), GA GONZÁLEZ(1), MG SHEEHAN(1), PO NEIRA(1)  
 (1) Gutiérrez.

**Introducción:** El shock afecta 1/3 de los pacientes admitidos en las terapias intensivas. Su manejo consiste en restaurar la perfusión de órganos con volumen, inotrópicos (I) y vasopresores (V). Conocer su perfil de uso nos permitirá detectar oportunidades de mejora.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del uso de I y V, su perfil de indicación en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Describir las características y evolución de la población que requirió I/V y aquellos que no las necesitaron.

**Diseño:** Prospectivo Observacional. Se incluyeron pacientes ingresados a una UCIP polivalente de CABA entre el 1/7/2016 y 31/8/2017 Instrumento de registro: software SATI-Q y registros de enfermería (dosis máximas diarias de I/V). Se determinó tasa de prevalencia de uso de I/V, intervalo de confianza (IC 95%). Se utilizó estadística descriptiva, [mediana y rango intercuartilo (RIC), frecuencias y porcentajes]. Comparación de variables continuas y categóricas con test no paramétricos y test de  $\chi^2$  respectivamente. Se consideró estadísticamente significativo valor de  $p < 0,05$

**Resultados:** Ingresaron en el periodo analizado 363 pacientes; 183 recibieron I/V. La tasa de uso fue 50.41%, IC 95% (45.2%-55.6%). El 62.8% requirió una droga sola (115/183), el 24.6% dos (45/183), el 7.65% tres (14/183) y 5% más de tres (9/183). La Noradrenalina fue utilizada en el 48.2% de los ingresos (175/363), dosis 0.3  $\mu$ g/kg/minuto (0.14-0,76), duración 4 días (2-4), Milrinona 13.50% (49/363), Adrenalina 8.26% (30/363), Dopamina 4.13% (15/363) Vasopresina 3.86% (14/363). Las características de los pa-

cientes con I/V fueron: edad 22 meses (8-96), el motivo de ingreso respiratorio fue 36.26% (66/182), presencia de comorbilidades 69.8% (127/182). El PIM 3 fue 5.29 (1.38-9.68) vs 1.68 (0.59-4.87) para aquellos sin I/V ( $p < 0.01$ ). El uso de ventilación mecánica fue 95.1% (173/182) en pacientes con I/V vs 72.1% (131/182) sin I/V [RR: 3.7 (2-6.9)]. La estadía y la mortalidad de los pacientes con I/V fue mayor comparado con aquellos sin I/V [12días (4 -27) vs 4(2-9.5( $P < 0.01$ ))] [44%vs5%respectivamente( $P < 0.01$ )]

**Conclusión:** Más del 50% de los pacientes estudiados requirieron I/V. Esta cohorte tuvo mayor estadía y mortalidad en UCIP. Contrariamente a otras publicaciones, la droga más utilizada fue NA, indicada en mayor dosis y duración.

### 0188 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO (CNAFO2) EN FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPÓXEMICA SECUNDARIO A NEUMONÍA

J ROBLES(1), M MANAGÓ(1), D SEMINO YURKOVICH(1), C LOVESIO(1)  
 (1) Sanatorio Parque.

**Justificación:** La cánula nasal de alto flujo de oxígeno (CNAFO2) es una terapia de uso cada vez más frecuente en pacientes con falla respiratoria aguda hipoxémica secundario a neumonía en las unidades de cuidados críticos de adultos. Aún no se conocen datos de manera certera acerca de los resultados en los pacientes con neumonía.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes con falla respiratoria aguda hipoxémica secundario a neumonía e identificar la tasa de intubación orotraqueal al día 28 como fracaso del método. Métodos: Se incluyeron prospectivamente individuos con neumonía tratados con CNAFO2 como tratamiento de primera línea en la unidad de cuidados críticos de adultos entre el 1 de julio del 2017 y el 1 de enero del 2019. El fracaso de la CNAFO2 se consideró como la necesidad de intubación orotraqueal al día 28. Todos los pacientes consecutivos ingresados en la unidad de cuidados críticos con neumonía y tratados con CNAFO2 como tratamiento de primera línea fueron incluidos (Tabla 1). Se excluyeron pacientes menores de 18 años, pacientes que requirieron asistencia mecánica respiratoria, intubados para algún procedimiento, necesidad inminente de intubación y cuidados paliativos. Los pacientes fueron seguidos hasta el alta sanatorial o muerte.

**Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes con una edad de  $55 \pm 17,5$  años, de los cuales el 39,1% eran mayores de 65 años, el 56,5% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 93,5% tuvo admisión médica. El score SAPS II fue de 46,5 (32-57,7) y el 65,2% de los pacientes tuvieron valores de PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>  $\leq 200$  al inicio. La tasa de fracaso de la CNAFO2 fue del 28,3%. En el modelo univariado los predictores de fracaso de CNAFO2 fueron:  $> 48$  horas de uso CNAFO2, la falla hemodinámica y la falla neurológica (Tabla 3).

**Conclusión:** La utilización de la CNAFO2 en los pacientes con neumonía resultó beneficiosa en la mayoría de los individuos. Se necesitan más estudios que evalúen a dicha población de manera individualizada.

Tabla 1. Características basales

	Éxito CNAFO2 (n=33)	Fracaso CNAFO2 (n=13)	p
Edad	52 (38-73)	69 (48-70.5)	0,37
Edad > 65 años	33,3% (11)	53,8% (7)	0,20
Sexo (F/M)	18/15	2/11	----
Sexo femenino	54,5% (18)	15,4% (2)	0,016 (*)
SAPS II	42 (31,5- 58)	51 (35,5- 58,5)	0,51
Inmunodeprimido	15,2% (5)	23,1% (3)	0,53
Infiltrados bilaterales	57,6% (19)	53,8% (7)	0,81
PaO <sub>2</sub> / FiO <sub>2</sub> al inicio	170 (127,5- 216,5)	157 (95- 237)	0,71
PaO <sub>2</sub> / FiO <sub>2</sub> $\leq 200$ al inicio	66,7% (22)	61,5% (8)	0,74
PaCO <sub>2</sub> al inicio	37 (31- 43,5)	36 (30-41)	0,60

Tabla 3. Modelo de regresión logística univariado

VARIABLES	OR ajustados	IC	P
> 65 años	2,33	(0,63; 8,63)	0,204
PaO <sub>2</sub> / FIO <sub>2</sub> ≤ 200	0,80	(0,211; 3,03)	0,74
> 48hs de uso de CNAFO <sub>2</sub>	0,22	(0,056; 0,88)	0,03 <sup>(*)</sup>
Falla hemodinámica	18,66	(3,75; 92,74)	< 0,001 <sup>(*)</sup>
Falla neurológica	106,66	(9,95; 1143,28)	< 0,001 <sup>(*)</sup>

<sup>(\*)</sup> OR que indican una asociación estadísticamente significativa.

### 0189 CONCIENTIZACION Y PROTOCOLIZACION EN PRACTICAS DIAGNOSTICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS

S GUIDO(1), A ANGUITA(2), M TISZLER(2), M MARTÍNEZ(2), S MORALES(2), C LAFFONT(2), E HERRERA(2), R GARATE(2), A SANCHEZ(2)  
 (1) Petrona V De Cordero. (2) Petrona V Cordero.

**Introducción:** La calidad y eficiencia de una UCIP debe ser reevaluada (1-2). Desde el 2015 decidimos concientizar sobre la utilización racional de los recursos a dos niveles: la realización de radiografías (3-4) y la realización de otras prácticas como el laboratorio diario completo.

**Objetivo:** Determinar si disminuye la cantidad de radiografías y laboratorio (hemogramas) realizadas en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos UCIP.

**Diseño:** Comparativo, prospectivo, longitudinal, experimental.

**Material y métodos:** Epicrisis de Mayo a Agosto 2015 y Mayo a Agosto de los años 2016-17-18.

**ESTADÍSTICA:** Porcentaje, proporción, promedio, bandas de confianza (Bc), p < 0.05

**CRITERIOS DE INCLUSION:** Pacientes de nuestra unidad Mayo a Agosto 2015 y Mayo a Agosto 2016-17-18 bajo AVM.

**CRITERIOS EXCLUSIÓN:** Pacientes que no ingresaron en este período. Otros estudios de imágenes, Radiografías y hemogramas realizados en Hospitales de origen.

**Resultados:** • Total de Rx en 2015: 296 vs 173 promedio 2016-17-18 descenso 41,46% (Bc 34.94-4.80) P 0.0036.

• La cantidad de Rx por paciente fue de 6.5 vs 3, disminución 53 % (Bc 49.- -57) P 0.049.

• Relación días de AVM y Rx 1.1 vs 2.43, (Bc 39-51.5) P 0.14.

• Total de Hemogramas en 2015: 229 vs 123 promedio 2016-17-18 descenso 46.3% (Bc 39.9-52.7) P 0.2.

• Hemogramas por paciente 6.3 vs 3.4, disminución 46.04% (Bc 42.16-49.94) P 0.04.

• Días de AVM y hemogramas 1.29 vs 1.9, incremento 32.11% (Bc 25.76 - 39) P 0.0000008.

**Discusión:** Ambas prácticas disminuyeron en realización, siendo significativo el descenso de ambas por paciente. La relaciones días AVM / Rx y días AVM/hemograma presentaron un aumento.

**Conclusión:** La concientización sobre la real utilidad de las radiografías y hemogramas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente crítico pediátrico en AVM disminuyó en cantidad de radiografías y hemogramas realizados en nuestra Unidad no presentándose un aumento del índice de mortalidad ni otras complicaciones en los años evaluados.

**Bibliografía:** 1. H.Wolfe, E.Mack. "Making care better in the pediatric intensive care unit".

2. Brillil RJ, McClead RE, Jr, et al. "A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality".

3. Lonegro L S, "Indicación racional de estudios por imágenes", PRONAP 2014.

4. Moguillansky S, «Estado actual del diagnóstico por imágenes en pediatría», intramed, 2009.

EVALUAR POBLACION COMPARABLE		
Periodo	2015	2016-17-18
Total pacientes	52	62
Edad promedio	23,2 meses	19,67 meses
Pacientes avm	40	54
Dias avm/pacientes	8,5	7,46

### 0191 VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN AUTÓNOMICA CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, EN FASE AGUDA Y CRÓNICA

M URANGA VEGA(1), FR KLEIN(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Introducción:** Las alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) expresan la regulación del sistema nervioso autónomo sobre el corazón y están asociadas a un incremento de la mortalidad, complicaciones y discapacidad post accidente cerebro vascular (ACV). Existe una escasa cantidad de estudios que investiguen la funcionalidad autonómica tanto en la fase aguda como crónica de la enfermedad. El objetivo del estudio fue investigar la disautonomía (DA) -utilizando como subrogante la VFC -, en pacientes con ACV en fase aguda y crónica.

**Materiales y métodos:** Estudio analítico, prospectivo, transversal, en pacientes con documentación de ACV, utilizando un muestreo de tipo no probabilístico consecutivo. Los participantes del estudio se dividieron en tres grupos: (a) ACV agudo (AA): cero a diez días post-ACV; (b) ACV crónico (AC): más de tres meses post-ACV; (c) Grupo Control (GC) conformado por voluntarios sanos. A todos los participantes se les realizó un estudio de la VFC de cinco minutos de duración.

**Resultados:** GC (n=9); AA (n=7); AC (n=6). Se halló una disminución del SDNN, HF y TP en el grupo AC respecto del GC (p<0.05). Se evidenció una caída de los componentes LF en los grupos AA y AC respecto del GC (p<0.05).

**Conclusión:** El análisis de la VFC en nuestros pacientes ha demostrado alteraciones autonómicas tanto en la fase aguda como crónica del ACV. En los pacientes del grupo AC se hallaron resultados compatibles con alteraciones en la función parasimpática. Se evidenció además una caída de los componentes LF en los grupos AA y AC respecto del GC con una p<0.05. La función autonómica alterada puede aumentar el riesgo de arritmias, mortalidad general y mortalidad cardiovascular en pacientes que han sobrevivido a un episodio de ACV siendo el estudio de la VFC un subrogante de función autonómica de implementación accesible con implicancias pronósticas y terapéuticas.

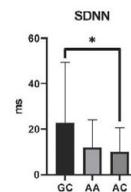


Figura 1 - Análisis de dominio de tiempo

GC: grupo control; AA: ACV agudo; AC: ACV crónico; \*p=0.0256.

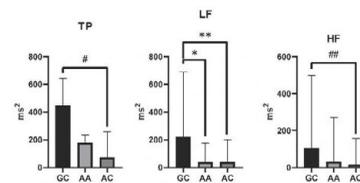


Figura 2 - Análisis de dominio de frecuencia

GC: grupo control; AA: ACV agudo; AC: ACV crónico; #p=0.0260; \*p=0.0176; \*\*p=0.0119; \*\*\*p=0.0256.

### 0192 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LESIONES POR PRESIÓN EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA SANATORIO ANCHORENA SAN MARTÍN

IP OUTI(1), LF GOMEZ(1), NA ANGELONI(1), M ACCOCE(1)

(1) Sanatorio Anchorena San Martín.

**Introducción:** Las lesiones por presión (LPP) son complicaciones de la internación que afectan la morbimortalidad generando altos costos

al sistema de salud. Su incidencia en terapia intensiva (UTI) varía (3,3 a 52,9%) según la literatura.

Objetivo: describir la incidencia de LPP y estudiar sus determinantes en nuestra UTI.

**Materiales y Método:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo en una UTI clínico-quirúrgica de 14 camas con una dotación de 8 enfermeros por turno.

Se incluyeron pacientes durante 11 meses (junio 2018 – abril 2019), aplicando un paquete de medidas para prevención de LPP estandarizado, desde el ingreso hasta el alta.

Variables de resultado: desarrollo de LPP, grado de LPP y localización.

Se registraron las características demográficas de los pacientes, SAPSII, BRADEN y TISS-28.

**Resultados:** Se incluyeron 607 pacientes, media de edad 56.7 años (DS 18.7) siendo 288 pacientes (47.45%) de sexo masculino. La media de SAPSII de ingreso fue 28.8 y la mediana de permanencia en UTI fue 3 días (RIQ 2-6).

Del total de pacientes solo 24 (3.95%) desarrollaron LPP, con una densidad de incidencia de 6.42 eventos cada 1000 días de internación en UTI.

Entre los pacientes que desarrollaron LPP, 83.3% presentaron un único sitio, mientras que 16.7% presentaron 2 sitios afectados. 21 pacientes (87.5%) se encontraban con soporte inotrópico y 22 (91.6%) con ventilación mecánica al momento del diagnóstico de LPP.

La región sacra fue la más frecuentemente afectada 53.57%. La mediana de días transcurridos hasta el desarrollo de LPP fue de 7.5 (RIQ 4.5-16).

Factores asociados al desarrollo de LPP: días de estadía en UTI (OR 1.1, IC95% 1.06 - 1.12), Braden (OR 0.75, IC95% 0.65 - 0.86), TISS-28 (OR 1.1, IC95% 1.05 - 1.14) y SAPSII (OR 1.02, IC 95% 1.00 - 1.04) (ver Tabla1).

**Conclusiones:** Con el uso del paquete de medidas implementado logramos una tasa de incidencia de LPP menor a la prevalencia mundial de 5 a 12%, según datos aportados por la OMS, y similar a centros de referencia internacionales.

Los días de estadía en UTI y las escalas de SAPSII, TISS-28 y Braden de ingreso fueron los principales factores de riesgo para el desarrollo de LPP en nuestra población.

Tabla 1

Variable predictor	Pacientes que desarrollaron LPP n=24	Pacientes que no desarrollaron LPP n=583	Efecto estimado OR (IC95%)
Estadía en UTI - días (mediana, RIQ)	21 (13 - 41)	3 (2 - 6)	1.1 (1.06 - 1.12)
Braden score (media, DS)	11.1 (2.5)	14.2 (3.5)	0.75 (0.65 - 0.86)
TISS-28 score (media, DS)	32.5 (12.1)	22.9 (8.2)	1.1 (1.05 - 1.14)
SAPS II score (media, DS)	37.5 (20.5)	28.4 (18.6)	1.02 (1.00 - 1.04)

### 0193 INDICACIONES DEL FILTRO DE VENA CAVA EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD TRAUMA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

B SELVA(1), A VILKELIS(1), I PUIG(1), P PAHNKE(1), S PAVÁN(1), C ARANCIBIA(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** En el tromboembolismo pulmonar (TEP), los émbolos, mayoritariamente, surgen de trombosis venosa profunda (TVP). La anticoagulación es el tratamiento de referencia. En muchos pacientes está contraindicada o no responden a terapéutica. Debido a ello, es necesario profilaxis con filtros de vena cava (FVC). En el Hospital Municipal de Urgencias (HMU), centro especializado en Trauma, se han colocado FVC recuperables. El objetivo principal es describir indicaciones de FVC recuperables colocados en contexto de Trauma.

**Materiales y Métodos:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de 9 casos de pacientes ingresados al HMU entre Noviembre de 2017 y Febrero de 2019 con Enfermedad trauma que requirieron FVC. Se identificaron variables edad, días de internación, escala

de gravedad de lesiones (ISS), inicio de profilaxis con heparina y diagnóstico de TVP.

**Resultados:** 8 masculinos, media de edad de 38.89 años y media de internación de 67.11 días. ISS media 19.22.

Comienzo de la profilaxis farmacológica con heparina sódica con una media de 3.56 días Diagnóstico de TVP fue hecho en un promedio de 10,89 días. Los filtros colocados en 35.33 días promedio. Diferencia de días transcurridos entre diagnóstico de TVP y colocación del FVC, fue de media de 24.44 días. La incidencia de colocación de FVC con un total de internados de 2371 pacientes, fue de 0.38 filtros colocados por cada 100 pacientes.

El 78% de FVC utilizados como terapia puente, el 22% se indicó por fracaso farmacológico por hemorragia.

Los traumatismos de los pacientes que se le han colocado FVC, se encontró las fracturas de huesos largos en 8 pacientes. Solo a uno de los pacientes se logró retirar el FVC. Al resto de los pacientes no se les retiró debido a la falta de control posterior al alta hospitalaria (50%)

**Conclusión:** La indicación fundamental en pacientes es la terapia puente de pacientes con TVP, masculinos jóvenes con ISS > 16 con fracturas de huesos largos y estadía hospitalaria prolongada, con retraso en inicio de profilaxis con heparina. Permanecieron hospitalizados más tiempo debido a demora en colocación del FVC por cuestiones administrativas. No se pudo recuperar el FVC debido a falta de controles posteriores al alta.

### 0194 HEMOLISIS INTRAVASCULAR Y LIBERACIÓN DE HEPARINOIDES ENDÓGENOS EN UNA PACIENTE CON ABORTO SÉPTICO

JP DIAZ VELASQUEZ(1), L MOREIRA(1), MF BENEDETTI(1), J SAGARDIA(1), F RIOS(2)

(1) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

**Introducción:** La hemolisis intravascular es un mecanismo patológico durante la sepsis que puede contribuir al daño de órganos. Diferentes estudios muestran que la hemolisis está asociado con mayor morbimortalidad.

**Objetivo:** Reportar el caso clínico de una paciente con aborto séptico que presentó hemolisis masiva y sangrado secundario a heparinoides endógenos

**Método:** Reporte de caso.

**Desarrollo:** Paciente de 35 años sin antecedentes patológicos de relevancia, que ingresa a la institución con diagnóstico de aborto séptico.

Requirió intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica en contexto de acidosis metabólica, anuria e insuficiencia ventilatoria. Se realiza reanimación hídrica, colocación de acceso venoso central para iniciar monitoreo hemodinámico invasivo, y tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol. Requiere transfusión de hemoderivados por anemia aguda (Hb 5,9g/dl). Al examen físico se constata palidez cutaneomucosa e ictericia. Se inicia terapia de reemplazo renal. No requirió drogas vasoactivas. Laboratorio de ingreso: Hto 13 %, hb 5,9 g/dl, leucocitos 55.890, plaquetas 334.000. Coagulograma y química hemolizados.

Se realiza legrado en donde se observa cuello uterino vital y rosado, con presencia de restos ovulares no necróticos ni fétidos.

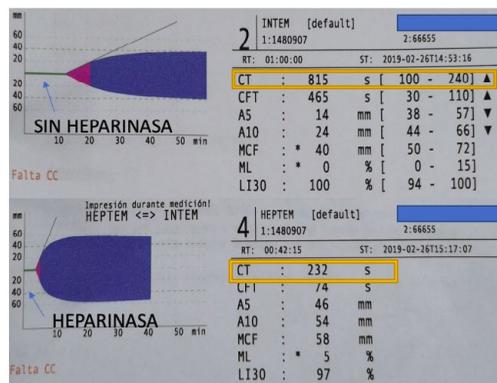
Evoluciona con sangrado por los sitios de punción, anemia con necesidad de transfusión de glóbulos rojos en forma diaria. Se realiza tromboelastograma (TEG) que evidencia heparinoides endógenos (ver imagen). Recibe transfusión con plasma fresco congelado. Hemocultivos negativos, Cultivo de restos ovulares: gramnegativos que no desarrollan.

Frotis de sangre periférica: no se observan esquistocitos – granulaciones tóxicas.

La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta

**Conclusiones:** La hemolisis es un elemento fisiopatológico en la evolución de la sepsis. En el curso de la hemolisis intravascular la

hemoglobina es liberada al plasma de forma masiva, la cual es considerada una "danger molecule" que daña el endotelio generando liberación de heparinoides endoteliales y necrosis tubular aguda. El TEG sirvió de herramienta diagnóstica.



### 0195 TRAUMA CERVICAL, CAVIDAD ORAL Y CRANEAL AUTO- INFRINGIDO. REPORTE DE UN CASO SINGULAR

S ORELLANA(1), A TAMAYO(2), O LANDONI(3), A CHALCO(3)  
(1) Mariano Yluciano De La Vega. (2) Mariano Y Luciano De La Vega. (3) Provincial De Moreno.

**Introducción:** El traumatismo de cabeza y cuello es una emergencia que en la mayoría de nuestro hospitales no cuenta con esta especialidad en guardia ni de pasiva, obligando al personal médico conocer y actuar, de manera inmediata cuando se presentan estos casos.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 59 años con antecedentes de enolista y tabaquista, obeso y con internación reciente en otro nosocomio por NAC + compromiso Renal, en plan de HD, pero se fuga sin recibir tto, posteriormente ingresa por HAB en cuello, atravesando la cavidad oral (lesión cortante en el piso de la boca, maxilar inferior, lesión de lengua y palatino) que compromete cavidad craneal y tejido cerebral en intento de suicidio el 26-10-18, se le realizo traqueostomia más retrlo de arma blanca mas rafia lingual y palatina, ingresando a UTI en su POP, con compromiso renal y requerimiento de colocacion de cateter cook e inicio de HD precoz. Requirio vasopresores. Pupilas mioticas reactivas, reflejos coreanos conservados, localiza estímulo doloroso. Curso internación en UTI por 12 días, con requerimiento de AVM por 10 días + inotrópicos por 5 día intercorre con NAV por lo que fue pancultivado y cumplió tto atb con ptz, control pop de traqueostomia, (cánula de rushs No. 8 WEANING en modo psv 7/peep 5, 0.55% ultima dialisis martes 30-10-18. hd estable, sin requerimiento de inotrópicos, con diuresis (+). Pasó a sala con seguimiento por clinica médica, cirugía general y maxilo facial y de cuello y psicopatología, ecografa renal reportada como normal (9-11-18). Intercorre bacteriemia por pseudomna aeruginosa que se interpreta como secundaria a infección asociada al cateter que cumplio tto atb con ptz y se lo roto a levofloxacin por un total de 14 días.

**Conclusion:** El traumatismo de cabeza y cuello se presenta con relativa frecuencia en nuestro cono Bonarense, aunque el presente caso fue aparentemente autoinfringido, su rápido diagnóstico por imágenes y su multicompromiso, requiere la pronta actuación de nuestros médicos de Guardia en especial del equipo de cirugía y neurocirugía y su posterior soporte recuperatorio en UTI, además de hemoterapia y la HD de urgencia y posterior seguimiento por psicopatología.



### 0196 HEMONEUMOTÓRAX ESPONTANEO EN UN NIÑO DE 13 AÑOS

PL BUREU(1), M SUBIRA(2), P BUREU(2)  
(1) Hospital Regional "victor Sanguinetti". (2) Hospital Regional Victor Sanguinetti.

**Introducción:** El hemoneumotórax espontaneo (HNE) se define como una entidad clínica caracterizada por la acumulación de aire y sangre en el espacio pleural de manera espontánea en ausencia de trauma o enfermedad predisponente. Es una patología poco frecuente en la población general, y en la edad pediátrica son pocos los pacientes reportados en la literatura.

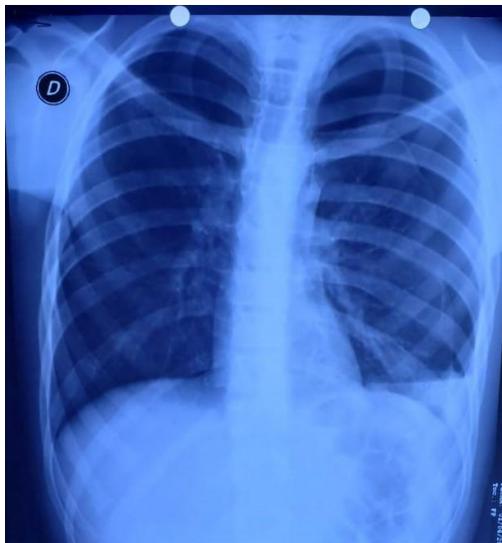
**Descripción del caso:** Paciente masculino de 13 años previamente sano, consulta en guardia por dolor torácico y disnea de 24 hs de evolución. Se realiza radiografía de tórax donde se visualiza neu-

motórax en campo pulmonar izquierdo con nivel hidroaéreo. Cirujano infantil coloca tubo de avenamiento pleural (TAP) izquierdo, evidenciándose drenaje de 1050 ml de sangre en 3 horas. Por falta de expansión pulmonar en la Rx se coloca segundo TAP. A las 10 horas del ingreso el paciente se deteriora hemodinámicamente y requiere intubación orotraqueal, reanimación hídrica e inotrópicos. Cirujano infantil decide conducta quirúrgica de urgencia y realiza toracotomía antero lateral izquierda. Permanece en ARM durante 3 días, 5 días totales en la Unidad de Cuidados Intensivos donde requirió un total de 4 transfusiones de GRD y una de PFC. Evoluciona favorablemente.

**Discusión:** El hemoemotorax puede ser potencialmente mortal por el colapso pulmonar que ocasiona y por el shock hipovolémico que ocurre cuando se presenta con sangrado masivo, con altas tasas de mortalidad reportadas (30%).

Hay poca evidencia en la literatura sobre el tratamiento indicado para pacientes con HNE en la edad pediátrica. La toracotomía debe realizarse en pacientes con inestabilidad hemodinámica, sangrado continuo, fuga de aire persistente, expansión pulmonar incompleta, paquipleura o neumotórax recurrente. El tratamiento conservador con toracostomía con colocación de TAP es controvertido y solo se recomienda en pacientes hemodinámicamente estables sin indicaciones quirúrgicas. La toracotomía asistida por video parece ser una alternativa superior a la toracotomía convencional, siendo un procedimiento con alto valor diagnóstico y terapéutico.

**Conclusión:** Aunque es una entidad rara en niños, el diagnóstico rápido con cirugía temprana y apropiada conduce a una recuperación completa y sin complicaciones.



**0197 COMPORTAMIENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA Y PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL DURANTE LA SELECCIÓN DE PEEP EN PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO**  
KB TORRES(1), NG ESCALIER(1), Y ROTUNDO(1), MV SAÍNO(1), A SOLIS(2), MB SPATH(1)  
(1) Clínica La Sagrada Familia. (2) Upc Instituto De Neurocirugía Dr. Asenjo.

**Introducción:** El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es la disfunción no neurológica más frecuente en la lesión cerebral aguda (LCA). El uso de presión positiva de fin de espiración (PEEP) es controversial ya que podría conducir a una disminución de la presión de perfusión cerebral (PPC), ya sea al disminuir el flujo venoso cerebral e incrementar la presión intracraneana (PIC) o al aumentar

la presión intratorácica y disminuir el retorno venoso y la tensión arterial media (TAM). Varias son las razones para considerar utilizar altos niveles de PEEP en pacientes con SDRA debido a que mejora la oxigenación y evita el atelectrauma.

**Objetivo:** Observar el efecto de la maniobra de selección de PEEP óptima con curva PEEP/compliance del sistema respiratorio decreciente sobre PIC, TAM y PPC en pacientes con LCA y SDRA de moderado a severo, y secundariamente analizar las variaciones de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> y compliance del sistema respiratorio.

**Materiales y Método:** Estudio observacional, analítico, prospectivo y longitudinal. Se analizaron los datos de pacientes reclutados desde noviembre de 2016 hasta noviembre de 2017, en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica La Sagrada Familia. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años, con LCA, con catéter de PIC, requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica  $\geq 24$  hs y que intercurrieron con SDRA de moderado a severo.

**Resultados:** Se analizaron 19 pacientes. Al comparar PIC, TAM y PPC previo a la selección de PEEP y durante la maniobra de reclutamiento (MR) se observó diferencias estadísticamente significativas en la PIC y PPC (p 0,0329 y 0,039 respectivamente). Durante la MR y posterior a la selección de PEEP se observó cambios estadísticamente significativos en la PPC (p 0,03).

**Conclusión:** La PIC incrementó y la PPC disminuyó de forma significativa durante la MR, mientras que la TAM no mostró diferencias significativas. Posterior a la selección de PEEP óptima, la PIC retornó a valores cercanos a los basales. La técnica de selección con curva PEEP/compliance del sistema respiratorio decreciente podría ser segura y eficaz para el tratamiento de pacientes con LCA y SDRA de moderado a severo.

**0198 INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA POR CRISIS HIPERTENSIVA (CHTA) SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE METOCLOPRAMIDA. FORMA DE PRESENTACIÓN DE FEOCROMOCITOMA**

M BRITOS(1), P MEDICI(1), M NOGUEIRA(1), C UGARTE(1), L CALANDRA(1)

(1) Hospital Especializado Materno Infantil Mar Del Plata.

**Introducción:** El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas poco frecuente en pediatría. Los síntomas más frecuentes son secundarios a las crisis de hipertensión arterial.

**Objetivo:** Presentación de paciente con crisis hipertensiva y descompensación hemodinámica secundario a la administración de metoclopramida con posterior diagnóstico de feocromocitoma.

**Resumen:** Paciente de 12 años de edad que comienza con dolor abdominal en hipocondrio derecho, que refiere náuseas, vómitos y cefalea de un mes de evolución. Ingresó a UTIP con CHTA de 180/120 luego de la administración endovenosa de metoclopramida. Se hallaba taquicárdico con relleno capilar enlentecido, taquipneico, rales bibasales, y supradesnivel del ST en ECG. Presenta 4 PCR posterior al ingreso en ARM. Luego de su estabilización se realiza ecografía de abdomen, TAC y ecocardiograma.

Se visualiza imagen de 3x4x4 cms muy vascularizada en región intercavaoartica compatible con feocromocitoma. Hipoquinesia en ventrículo izquierdo con fracción de eyección del 18% e hipertrofia ventricular y dilatación de cavidades.

Se realizó exéresis tumoral regresando a UTIP con signos persistentes de bajo gasto cardíaco secundarios al daño miocárdico crónico. Evolucionando con signos de muerte cerebral en menos de 48 hs.

**Discusión:** El feocromocitoma es una entidad infrecuente, silenciosa y potencialmente lesiva que sin diagnóstico y con larga evolución genera importante remodelamiento miocárdico llevándolo a la insuficiencia por la exposición crónica a catecolaminas endógenas. Asimismo la Metoclopramida, puede desencadenar crisis hipertensivas debido a que aumenta la liberación de catecolaminas por el tumor.



### 0199 TRASTORNOS ACIDO BASE Y MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

JA MORALES FERNANDEZ(2), PN RUBATTO BIRRI(1), FD MASEVICIUZ(2), JA MORALES FERNANDEZ(2), A RISSO VAZQUES(2), A DUBIN(2)

(1) Sanatorio Otamedi. (2) Sanatorio Otamendi.

**Introducción:** La insuficiencia renal aguda (IRA) es una disfunción frecuente en los pacientes críticos que ha sido asociada a incrementos de la mortalidad. Se ha demostrado que la acidosis a aniones no medidos es un determinante de mortalidad en los pacientes críticos. Sin embargo, no existen estudios que evalúen la asociación entre trastornos ácido base (TAB) y mortalidad en pacientes críticos con IRA a la admisión.

**Hipotesis:** Existe asociación entre el tipo de TAB en el contexto de IRA y mortalidad a la admisión de la terapia intensiva (UTI).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo sobre 6450 pacientes críticos admitidos en la UTI (01/2006 - 03/2018). Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con IRA a la admisión definida como: diferencia > 0,3mg/dl entre la creatinina del ingreso a UTI y la creatinina predicha a de acuerdo con las recomendaciones KDIGO 2012.

**Resultados:** Sobre 6474 pacientes admitidos, se incluyeron 1524 pacientes con una edad promedio 75 años (IQ25-75% 65 - 84 años),

Apache II 16 (IQ25-75% 10 - 22) con una mortalidad 23.5% (IQ25-75% 11.3 - 28.9%). Se identificaron 3 estadios de IRA: Estadio 1: 51.3%, Estadio 2: 26.4% y Estadio 3: 22% con mortalidades de: 16%, 29% y 32%. Las variables clínicas asociadas con mortalidad en el univariado fueron: edad, motivo de ingreso, shock, ARM y SOFA al ingreso y variables bioquímicas: Ph, Hco<sub>3</sub>, Eb, Lactato, Albumina, fosfato, Gapc y Cloroc. Se realizó un modelo de regresión logística para cada estadio de IRA. Las variables clínicas se asociaron independientemente con mortalidad. La única variable bioquímica que se asoció con mortalidad fue el GAPc en E3. Además, cuando se analizó el tipo de acidosis en E3; la acidosis por aniones no medidos e hiperclorémica se asociaron independientemente; mortalidad, 23% y 21%. Además, la asociación de las 2 acidosis demostró incrementar la mortalidad (36%).

**Conclusión:** La mortalidad en pacientes con IRA a la admisión de UTI esta determinada por las variables clínicas. Además, la presencia de acidosis anion gap e hiperclorémica se asociaron con mortalidad solo en los pacientes con E3.

### 0200 INCIDENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA (IRAB) GRAVE POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

F BERROS(1), P ACOSTA(1), J FAIN(1), W PETRORA(1), M NOGUEIRA(1), G CINQUI(1)

(1) Hospital Garrahan.

**Introducción:** Las IRAB representan una importante causa de morbilidad y mortalidad. Los menores de 2 años, constituyen el grupo etario más vulnerable y de mayor mortalidad. Los virus son los principales agentes etiológicos. Si bien Mycoplasma pneumoniae y Chlamydia pneumoniae pueden hallarse en las formas "atípicas", son muy poco frecuentes en menores de 2 años, aumentando su prevalencia a partir de los 4 años. Actualmente en nuestro centro, el tratamiento empírico inicial ante una IRAB grave que requiere ventilación con presión positiva incluye un antimicrobiano, un macrólido y un antiviral. Ante esta situación nos planteamos la necesidad de tratar con macrólidos al grupo estudiado dado que el uso indiscriminado aumenta la resistencia.

**Objetivo:** Primario es evaluar la incidencia de infección por Mycoplasma Pneumoniae en pacientes internados por IRAB grave que requieren presión positiva. Secundariamente, describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con rescate de Mycoplasma Pneumoniae.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, se analizaron los pacientes internados en la UCIP del Hospital Garrahan, en el periodo de 01/01/2017 hasta 31/12/2017. Se recopiló la información de la base de datos de Farmacia y las Historias Clínicas. Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre 1 mes y 16 años, diagnóstico de IRAB grave que requirieron ventilación con presión positiva. Los criterios de exclusión fueron: pacientes inmunosuprimidos, lactantes con clínica de coqueluche. Se registraron los datos demográficos, clínicos, microbiológicos de todos los pacientes.

**Resultados:** Se admitieron 224 pacientes. Se realizó IFI de SNF a 220 pacientes. Fueron positivos 64 VSR (29%), 21 parainfluenza (9,5%), 1 picornavirus (0,45%) y 2 influenza (0,9%).

Se realizó PCR para ADV e influenza a 208 pacientes. Positivos 28 ADV (13,4%), 9 Influenza A (4,3%), 4 Influenza B (1,9%).

Se realizó PCR para Mycoplasma pneumoniae a 183 pacientes, 3 positivos (1,6%).

Todos los pacientes recibieron tratamiento con azitromicina, duración promedio 4,5 días. El costo fue \$267 por paciente, total de \$598080.

**Conclusión:** Con los resultados obtenidos impresiona lógico revalorar la necesidad de tratamiento empírico con azitromicina a todos los pacientes que ingresan con diagnóstico de IRAB grave. Proponemos un uso más racional de los macrólidos. Sin embargo, se necesitan más estudios para arribar a esta conclusión.

Cuadro 1. Características demográficas en pacientes PCR positiva para *Mycoplasma*.

Edad en meses	VNSE	PCR ADV/Influenza	Hallazgos radiológicos	ARM (días)	VNI (días)	Enf de Base
12	negativo	no realizada	Distress	8	0	Hernia diafragmática
1	negativo	negativo	Atelectasia	9	0	Sano
7	negativo	negativo	Neumonía	0	6	Síndrome de Down Cardiopatía congénita

## 0201 INTOXICACION CON ORGANO FOSFORADO: REPORTE DE UN CASO ATIPICO

S LLERENA(1), H BONGIOANNI(1), L ARGUEYES(1), J LAPADULA(1), M LLORIA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

**Introducción:** Los organofosforados son tóxicos derivados de la estructura química del fósforo, frecuentemente utilizados en la agricultura como pesticidas también tiene uso en otras áreas. Es bastante frecuente ver cuadros clínicos de intoxicaciones accidentales o provocadas, teniendo alta índice de morbilidad y mortalidad. Inhiben la acetilcolinesterasa esto permite la acumulación de acetilcolina.

**Objetivo:** Reportar un caso clínico, podremos valorar un cuadro atípico de esta patología presentando en primera instancia síntomas a nivel del SNC y un cuadro tardío debido a el consumo de Levomepromazina.

**Métodos:** Reporte de caso.

**Desarrollo:** Caso clínico de un paciente masculino de mediana edad con antecedentes psiquiátricos, que acude por deterioro de sensorio y cuadro de convulsiones tónicas clónicas, no protege vía aérea por lo que requiere asistencia ventilatoria mecánica más sedación que posteriormente se suspende, al ingreso no presentó el cuadro típico agudo de un paciente con intoxicación por órgano fosforado, mostrando síntomas a nivel del SNC y manifestaciones colinérgicas 48 horas más tarde lo cual fue evaluado por el departamento de toxicología, asociado al consumo de Levomepromazina la cual interactúa con los órganos fosforados, teniendo una función anticolinérgica, así pudiendo presentar de forma tardía síntomas típicos, posteriormente se vio síntomas muscarínicos como hiperemia, rinorrea, sialorrea, diaforesis, vomito, incontinencia de esfínteres y bradicardia, evoluciono con síntomas nicotínicos como debilidad general, por lo que dificultó el diagnóstico con una extubación fallida en contexto de debilidad y mal manejo de secreciones que requirió nuevamente asistencia ventilatoria, el diagnóstico tardío retrasó el tratamiento dirigido, control de colinesterasa plasmática de 99 U/L recibió atropina por dos semanas, con control de colinesterasa en mejoría, se da de alta de unidad cerrada con valor de colinesterasa 2744 U/L.

**Conclusiones:** La intoxicación con órgano fosforado suele dar un cuadro clínico típico, pero podemos tener un grupo de pacientes que no presenten este dificultando y retrasando el diagnóstico, siendo esencial conocer los cuadros atípicos y las interacciones con otras drogas, nuestro paciente presento una evolución clínica favorable con normalización de la colinesterasa.

## 0203 PRES Y LES: UNA ASOCIACIÓN CADA VEZ MÁS FRECUENTE

G FERNANDEZ(1), V CUÉLLAR(1), MJ GANDINI(1), H GARCÍA(1), E GIMÉNEZ(1), R LÓPEZ(1), L MIGLIACCI(1), N RISO(1), MM TÁRTARA(1), MS URBANO(1), R VARGAS MARTÍNEZ(1), S VIERA(1), P ZENÓN(1)

(1) CI Pueyrredon.

**Introducción:** La encefalopatía posterior reversible es una entidad clínico-radiológica caracterizada por cefalea, convulsiones y ceguera cortical asociada a edema cerebral en neuroimagen, cuyas causas clásicas son: eclampsia, encefalopatía hipertensiva y agentes inmunosupresores.

**Caso:** Paciente de 22 años diagnóstico de LES desde 2016. Tratamiento hidroxicloquina.

Oriunda de Necochea. Internación 04/2019 por convulsiones TCG. Estudios complementarios (imágenes y laboratorio), se interpreta cuadro como neurolupus. Pulsos de solumedrol y mantenimiento, doble antiagregación y DFH. Alta. Nueva internación 05/2019 por abdomen agudo suboclusivo. Se interna. Agrega, ataxia, nistagmus, delirio hiperactivo. RNM normal. PL: normal. Se agrega ciclofosfamida IV. Evolución tórpida. Traslado a nuestra institución.

Neuroimagen sin datos positivos. Revisión de imágenes previas que evidencian PRES. Cuadro clínico compatible con intoxicación con DFH que se confirma con dosaje. Tras suspensión de DFH, recupera lucidez, sin déficit motor.

**Discusión:** Existen 2 hipótesis para PRES: Fuga capilar secundaria a HTA y un efecto citotóxico de drogas o enfermedades, que explican por qué puede ocurrir en ausencia de hipertensión grave. La circulación posterior está predispuesta a este síndrome debido a que la inervación simpática perivasculosa es reducida en el territorio vertebrobasilar. Pérdida de vasoconstricción como mecanismo protector frente HTA aguda, consecuentemente vasodilatación y trastornos hemodinámicos con incremento en la presión hidrostática local y extravasación de líquido en el tejido cerebral circundante.

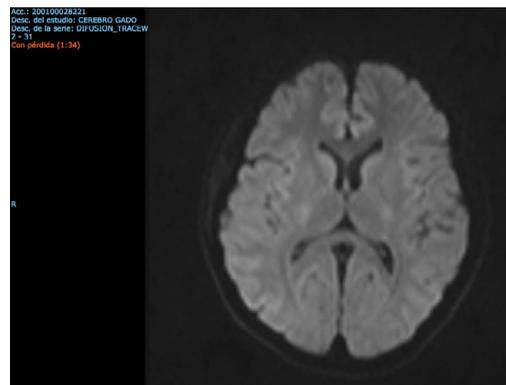
Se han asociado con PRES, diversas patologías: IRA, IRC, agentes inmunosupresores, infecciones, enfermedades sistémicas (LES, PTT, Vasculitis) trasplante: MO y hepático.

El diagnóstico: bases clínicas y hallazgos neuroradiológicos: alteraciones, simétricas o asimétricas, de la sustancia blanca supra e infratentorial de límites poco definidos que representan edema extracelular.

Las lesiones en la RM frecuentemente son bilaterales. Las áreas más involucradas son los lóbulos occipitales, parietales posteriores, temporales, pero también tronco del encéfalo, ganglios basales, lóbulos frontales y cerebelo

El tratamiento de PRES incluyen terapias antihipertensivas y/o anticonvulsivantes, tratamiento del LES.

**Conclusiones:** La encefalopatía posterior reversible no es una condición excepcional en pacientes con LES. La clínica debe diferenciarse de un neurolupus y de posibles causas infecciosas en relación con la inmunosupresión. La evolución clínica y radiológica de este síndrome es favorable.



## 0204 SINDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A MUCORMICOSIS

J GONZALEZ ANAYA(1), AF MASSO(1), S VILLARROEL(1), M GARBARINI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Italiano.

**Introducción:** La mucormicosis (MM) es una infección fúngica infrecuente con una incidencia entre 0,4 y 1,7 casos por millón de habitantes por año, siendo la inhalación de esporas y las lesiones dérmicas la principal vía de acceso. Los traumatismos y el inmunocompromiso constituyen los principales factores de riesgo y la presentación rino-orbito-cerebral es la más frecuente.

El síndrome hemofagocítico (SHF) es otra entidad poco frecuente

con múltiples causas etiológicas, entre las que se destacan las infecciones y las enfermedades oncológicas, y cuya mortalidad varía entre 20% y 81%.

Existen escasos reportes de la asociación entre MM y SHF, y ninguno hace referencia a la asociación de la presentación rino-orbito-cerebral de la MM con el SHF. En todos los casos, los pacientes debutan con síndrome febril oligosintomático, y evolucionan a la falla multiorgánica y óbito.

**Presentación:** Paciente masculino de 40 años, consulta por fiebre de dos semanas de evolución. con laboratorio que evidencia tricitemia, falla renal con hiperlactacidemia y falla hepática aguda. Evolucionan con excitación psicomotriz, ictericia y síndrome confusional por lo que se decide su traslado a unidad de terapia intensiva para soporte vital avanzado.

Se realizan los siguientes estudios complementarios: ecografía que informa esplenomegalia, frotis de sangre periférica donde no se evidencian células inmaduras, punción aspiración de médula ósea con hemofagocitosis y hemocultivos con rescate de levaduras.

Se confirma el diagnóstico de SHF y se inicia tratamiento antibiótico y antimicótico. Se solicita tomografía computada (Figura 1B). Evolucionan con placa necrótica a nivel malar derecho con posterior progresión endonasal (Figura 1A) Se realizaron múltiples toilettes quirúrgicas donde se rescata *Enterococcus Faecium* y *Rhizopus* y cuya anatomía patológica informa necrosis con hifas micóticas gruesas, ramificadas y angioinvasión, confirmando el diagnóstico de MM (Figura 2). El paciente evoluciona desfavorablemente y fallece

**Conclusión:** La mucormicosis es una enfermedad rara que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos. La asociación de MM y SHF hace a este cuadro prácticamente excepcional, su rápida evolución y mal pronóstico condicionan su elevada mortalidad, es por ello que el rápido diagnóstico e instauración de tratamiento temprano y agresivo juegan un rol trascendental.

## 0205 USO DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS RESPIRATORIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

M LAS HERAS(1), I CARBONI BISSO(1), C VIDELA(1), M GARBARINI(1), A MARTINEZ(1), S DI STEFANO(1), E SAN ROMÁN(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** Generalmente se sospecha neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) cuando un paciente desarrolla nuevos o progresivos infiltrados en la radiografía de tórax, fiebre, leucocitosis, secreciones traqueobronquiales purulentas o un empeoramiento en el intercambio gaseoso evidenciado por el aumento del requerimiento de la fracción de oxígeno o del soporte de la ventilación mecánica.

Tanto el aspirado traqueal (AT) como el lavado bronquioalveolar (BAL) juegan un papel importante en la determinación bacteriológica, la sensibilidad a antibióticos y el conocimiento de la epidemiología de los diferentes centros, sin embargo, las muestras respiratorias aisladas son sólo un componente más en el diagnóstico de NAVM.

**Objetivos:** Determinar el impacto de las muestras microbiológicas (AT y BAL) en el diagnóstico de NAVM.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, durante el período de un año (2017-2018) en 233 muestras microbiológicas de 145 pacientes con sospecha de NAVM.

**Resultados:** Se analizaron 233 muestras de 145 pacientes con sospecha de NAVM. El 52% (122) correspondieron a AT y el 48% (111) a BAL. El 64% de los pacientes fueron hombres, y el promedio de edad fue de 53 años. La mayoría de los pacientes cursaban internación por patología respiratoria (38%), seguida de patología neurológica (18%) y politrauma (14%).

Se utilizaron los criterios recomendados por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) los cuales incluían manifestaciones clínicas, evidencia radiológica y las alteraciones en el intercambio

gaseoso para definir NAVM. Sólo en el 18% (27) de los pacientes las muestras microbiológicas coincidieron con el diagnóstico de NAVM en el contexto de sospecha clínica.

**Conclusión:** El uso exclusivo de muestras microbiológicas (AT y BAL) para el diagnóstico de NAVM sin tener en cuenta criterios clínicos no incrementa la precisión del diagnóstico y puede conducir a errores médicos, con un importante impacto en los costos en salud y un inadecuado manejo de antibióticos, con la consiguiente generación de resistencia bacteriana. En la población estudiada, sólo en el 18% de los pacientes las muestras respiratorias concluyeron en un diagnóstico definitivo en el contexto de las recomendaciones internacionales para NAVM.

## 0206 FLEGMASIA CERULEA DOLENS

MI IMBELLONI(1), M VILLANUEVA(1), MI MATTIOLI(1), M GUZMAN(1), N SEGURA(1), A SANTA MARIA(1), M BERTÉ(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Paciente de 79 años de edad con antecedente de Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II insulino requeriente, dislipémico, extabaquista, obeso, Insuficiencia renal crónica no dialítica, hiperplasia prostática benigna, trombosis venosa en miembro inferior izquierdo, tromboembolismo pulmonar que requirió colocación de filtro de Vena Cava Inferior (anticoagulado con acenocumarol suspendido para procedimiento quirúrgico), y con diagnóstico de cáncer de pulmón metastásico que recibió tratamiento quimioterápico con carboplatino y pemetrexeb en abril de 2018. Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos en posoperatorio de segmentectomía y nodulectomía mediastinal con analgesia por catéter epidural y con tromboprofilaxis mecánica con botas de compresión neumática intermitente. Al tercer día de postoperatorio (72 hs), intercorre con dolor incoercible en hipogastrio, y posteriormente de miembros inferiores, asociado a edema, eritema, cianosis e impotencia bilateral de miembros inferiores. Evolucionan de manera tórpida con shock y requerimiento de sostén vasopresor, así como de asistencia ventilatoria mecánica. Se realizó Eco Doppler de miembros inferiores que evidenciaron ausencia de flujo en vena femoral derecha e imagen hiperecogénica dentro de vena femoral izquierda. En este contexto, se estudió con Tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso que no evidenció relleno distal a filtro de vena cava implantado. Se realizó diagnóstico de Flegmasia Cerulea Dolens, por lo que se solicitó valoración por Hematología quien debido al estado hemodinámico del paciente y a la extensión de la trombosis sugirió realizar trombectomía mecánica. Fue valorado por Servicio de Hemodinamia quien descarta medidas terapéuticas debido a la inestabilidad y a las comorbilidades del paciente. Se informa a familiares quienes deciden no progresar con medidas invasivas. Paciente evoluciona con shock refractario y falla multiorgánica, con el deceso del mismo pocas horas después del diagnóstico.





#### 0207 TRASPLANTE HEPÁTICO POR FIEBRE AMARILLA PRIMER CASO EN ARGENTINA

J PAUCAR(1), D PANOZZO(1), B ESCUDERO(1), J OCHOA(1), N SEGURO(1), A SANTAMARIA(1), M BÉRTE(1), D NOVAL(1), S ILUTOVICH(1)  
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Paciente masculino de 24 años de edad con antecedente de viaje a Isla Grande, Brasil, no inmunizado previamente para fiebre amarilla.

Comienza 5 días posteriores al retorno con registros febriles e ictericia generalizada. Es ingresado en un Centro de Salud de Pcia de Bs As: somnoliento, hemodinámicamente estable, con Hto 47%; plaquetas 81.000; TP 18%; Bb 7,7 mg%; TGP 24400; TGO 25400; amilasa 548; Lipasa 1118 mg%, Creatinina 8,1 mg%; urea 117 mg%; Láctico 15,4. Se tomaron serologías obteniendo resultados de PCR positivo para fiebre amarilla. Es derivado a Centro de Trasplante hepático en C.A.B.A.

Evoluciona en las primeras 24 horas con encefalopatía grado 3 y falla múltiple de órganos (Hemodinámica, Renal, hepática y hematológica), factor V: 9%, amonio: 1386. Se realizó trasplante Hepático ortotópico cadavérico. Requirió terapia de reemplazo renal, soporte transfusional, vasopresores y asistencia ventilatoria mecánica.

Evolucionó con fiebre persistente bajo tratamiento antibiótico, sin rescates en cultivos, e hipocalcemia, por lo que se estudio con tomografía que evidenció: múltiples recesos de líquido no punzable y páncreas aumentado de tamaño con rarefacción de grasa peripancreática. Se realizó laparotomía exploradora hallandose citoesteatonecrosis, con toma de muestra para cultivos y lavado de cavidad.

Por evolución torpida y shock refractario, se realizó nueva laparotomía exploradora con amplia necrosectomía y esplenectomía de necesidad quedando con abdomen abierto y contenido bajo aspiración continua. Se obtuvieron rescates en hemocultivos y líquido abdominal de Candida albicans. Posteriormente evolucionó con shock hipovolémico secundario a sangrado en lodge pancreática por lo que requirió laparotomía de urgencia y packing abdominal. Evolucionó con peritonitis por KPC y Candida albicans, shock refractario y posterior óbito.

#### 0208 DESEMPEÑO DE SCORES PRONOSTICOS EN PACIENTES MUY AÑOSOS INTERNADOS EN UTI

R FERNANDEZ(1), I SANTOLAYA(1), V ORDOÑEZ(1), E ROJO(1), E CABRERA(1), S PEREIRA(1), C OTTAVIANI(1), H ROJO(1), M SEGURA(1)  
(1) Español De Mendoza.

**Introducción:** Las escalas de gravedad APACHE y SAPS incluyen edad como factor predictor y aunque se cuestiona su utilidad en pacientes añosos, siguen utilizándose para comparación de grupos en estudios, referenciamiento, etc.

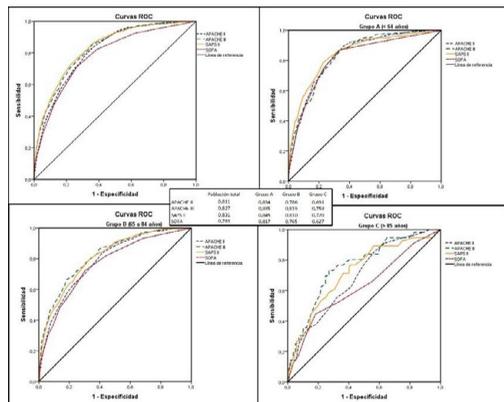
**Objetivos:** Evaluar desempeño de scores pronósticos generales y SOFA al ingreso, en pacientes muy añosos.

**Material y Métodos:** Estudio observacional con análisis retrospectivo de base de datos prospectiva, (SatiQ). Realizado en un hospital terciario, durante el periodo 2004 - 2018. Se definió pacientes muy añosos, aquellos con edad  $\geq 85$  años, al ingreso. Se dividieron los pacientes en tres grupos, A  $\leq 64$ , B 65 a 84 y C  $\geq 85$  años. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y Perc 25-75%, analizadas con test de Kruskal Wallis. Las cualitativas se expresan como frecuencias y porcentajes y se analizaron con Chi<sup>2</sup>. Se construyeron curvas ROC y se utilizó test de Hosmer Lemeshow para evaluar poder discriminativo y ajuste de los modelos en la población total y los tres grupos definidos. Se consideró significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Fueron evaluados 5165 pacientes, 269 (5,29%) muy añosos. La mediana de edad fue de 62 años, 54,5% de sexo masculino. El APACHE II no mostró diferencias entre los grupos B y C, pero si respecto al grupo más joven; puntaje grupo A 9 (5 - 14), B 15 (11 - 21) y C 15 (12 - 21),  $p = 0,000$ . El resto de los "scores" incluido SOFA, mostraron diferencias significativas entre los tres grupos. **Tabla 1.** En pacientes añosos los valores de AUC de las curvas ROC de los tres sistemas y SOFA descienden a valores cercanos a 0,750. **Gráfico 1.** Los tres "scores" mostraron un buen ajuste del modelo para el grupo C;

GOF para APACHE II 7,73;  $p = 0,460$ ; APACHE III, 9,43  $p = 0,300$  y SAPS II, 11,9  $p = 0,150$ . Para grupos A, B y población total no hubo ajuste.

**Conclusiones:** Este estudio observacional reafirma el desempeño inadecuado de los scores pronósticos de mayor uso en la actualidad, en la población de pacientes muy añosos ingresados a UTI, con aceptable calibración, pero regular poder discriminativo. Esto hace necesario el estudio de otros factores presentes en la población añosa y no incluidos en los puntajes, que influyen sobre la morbi - mortalidad.



**Tabla 1. Variables en estudio comparación entre los tres grupos etarios**

	Grupo A n = 2000			Grupo B n = 1995			Grupo C n = 269			P
	Mediana	Pe25%	Pe75%	Mediana	Pe25%	Pe75%	Mediana	Pe25%	Pe75%	
Edad (Años)	48,0	35,0	58,0	74,0	69,0	79,0	87,0	85,0	90,0	0,000**
Estadía en UTI	2,0	1,0	4,0	2,0	1,0	5,0	2,0	1,0	4,0	0,043**
Puntaje APACHE II	9,0	5,0	14,0	15,0	11,0	21,0	15,0	12,0	21,0	0,000**
Puntaje fisiológico agudo	7,0	4,0	11,0	9,0	5,0	14,0	9,0	5,0	13,0	0,000**
Mortalidad predicha APACHE II	6,0	3,0	17,0	18,0	9,0	37,0	18,0	11,0	35,0	0,000**
Puntaje APACHE III	32,0	23,0	48,0	42,0	29,0	60,0	44,0	32,0	60,0	0,000**
Mortalidad predicha APACHE III	3,0	1,2	10,3	13,5	5,5	34,8	21,0	10,8	42,7	0,000**
Puntaje SAPS II	22,0	14,0	32,0	36,0	29,0	48,0	41,0	34,0	51,0	0,000**
Mortalidad predicha SAPS II	4,7	1,7	12,8	18,1	9,7	41,5	26,6	15,3	48,4	0,000**
TISS 28	23,0	16,0	29,0	23,0	17,0	30,0	20,0	15,0	29,0	NS
TISS 28 (primeras 48 hs)	18,0	14,0	23,0	20,0	15,0	25,0	17,0	14,0	21,0	0,013**
Promedio TISS 28	20,0	15,4	24,0	21,1	16,7	25,0	18,3	15,0	22,5	0,003**
Puntaje SOFA	3,0	1,0	4,0	3,0	1,0	5,0	3,0	2,0	5,0	0,000**
Sexo M (%)	1568(54,0%)			110(55,1%)			120(44,6%)			0,005
Mortalidad (%)	2548(9,7%)			406(20,3%)			69(25,4%)			0,000**

\*\* Diferencia entre grupos A vs B y C  
 \*\*\* Diferencia entre los tres grupos  
 \*\*\*\* Diferencia entre grupos B vs C

### 0209 TÉTANOS GENERALIZADO SUBAGUDO EN PACIENTES ADULTOS

VR GOMEZ MARTINEZ(1), M MAURI(1), J SAGARDIA(1), MF BENEDETTI(1), D PIEZNY(1), C ARIAS(1)  
 (1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

**Introducción:** El tétanos es una enfermedad bacteriana con alta mortalidad, que afecta el sistema nervioso, generando espasmos musculares e insuficiencia ventilatoria. El diagnóstico es clínico.

**Objetivo:** Describir dos casos clínicos de tétanos generalizado.

**Metodo:** Reporte de casos.

**Desarrollo:** **Caso 1:** Paciente masculino de 66 años, se desconoce historia de inmunización, consulta a guardia por cuadro clínico caracterizado por trismo, evoluciona con rigidez generalizada, dificultad para la deglución.

Refiere antecedente de herida en región palmar derecha con astilla de madera, secreción purulenta.

Al examen físico presenta trismo, contractura muscular generalizada, rigidez de nuca, hiperreflexia y contractura en hemiabdomen superior. En mano derecha región palmar se observa lesión indurada sin signos de flogosis.

Se administra Gamaglobulina antitetánica 9000 UI y 1000 UI local + toxoide tetánico im por dosis única.

Evoluciona con crisis tetánicas, rhabdomiclisis sin falla renal, compromiso bulbar requiriendo asistencia ventilatoria mecánica invasiva, se realiza traqueostomía precoz.

**Caso 2:** Paciente masculino de 58 años con antecedentes de DBT, niega inmunización, consulto por cuadro clínico de 20 días de evolución, a partir de herida en región plantar del pie izquierdo con objeto punzante (clavo). Acudió a otro centro donde le prescriben TMS, Amoxicilina y toxoide tetánico.

Evoluciona con rigidez de nuca, impotencia funcional, disfagia y espasmos musculares.

Al examen físico presenta trismo y flogosis de herida en región plantar de pie izquierdo. Se interpreta el cuadro como tétanos e infección de partes blandas. Requiere ventilación mecánica invasiva, infusión continua de benzodiacepinas. Se realiza toilette quirúrgica de la herida y traqueostomía temprana.

Recibe dosis de inmunoglobulinas.

**Conclusiones:** La definición de la OMS de tétanos no neonatal, requiere al menos unos de los siguientes signos: risa sardónica o contracciones muscular dolorosa. La presentación de los síntomas de los pacientes fue coincidente con lo descrito en la literatura.

El tétanos es una emergencia médica, que requiere alta sospecha clínica, tratamiento inmediato con inmunoglobulina, vacuna anti-tetánica, antibióticos y fármacos para control de espasmo muscular. Las personas que se recuperan de tétanos no tienen inmunidad natural y pueden volver a afectarse por lo que deben volver a vacunarse.

### 0210 ACTINOMICOSIS GÁSTRICA PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO

M TEJADA(2), M ANTONIO(1), N RESA(2), G MAGISTOCCHI(1), G CHIAROLLA(1), E ELÍA(2), M VERA(2)  
 (1) H. Central De Mendoza. (2) H. Central De Mendoza.

La Actinomicosis gástrica primaria es un cuadro infrecuente, con menos de 30 casos publicados a la fecha, probablemente debido a que la acidez gástrica impide el crecimiento del anaerobio. Factores como la atrofia extensa de la mucosa, trauma, cirugía, linfoma y uso de Inhibidores de la bomba de protones podrían facilitar el crecimiento, aunque en muchos casos se desconoce el mecanismo por el cual el Actinomicos ingresa a la pared gástrica.

Presentamos un paciente de 63 años que consulta por dolor abdominal, intolerancia postprandial y pérdida de peso de 2 años de evolución. Se realizó VEDA donde se identifica lesión vegetante en cuerpo y antro gástrico con obstrucción de canal del píloro. TC de abdomen informa lesión sólida en estómago, concéntrica que infiltra antro y condiciona un estrechamiento de la luz. Adenomegalias en ligamento gastrohepático. Anatomía patológica identifica gastritis crónica activa y Actinomicos spp, y cumplió tratamiento antibiótico por 4 semanas, sin mejoría de los síntomas y evolución a Síndrome Pilórico. Por alta sospecha de malignidad se decide Gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de Roux, con necesidad de pase a UTI y ARM. El estudio microscópico identifica Linfoma B de células grandes, con invasión ganglionar. Intercurrió con dehiscencia de suturas y fistula duodenal, con múltiples reintervenciones y necesidad de ARM prolongada. Se continuó alimentación por yeyunostomía. Actualmente paciente en espera de inicio de tratamiento quimioterápico.

Este caso pone en relieve la dificultad diagnóstica de la Actinomicosis y la necesidad de considerarlo entre los diagnósticos diferenciales de las lesiones infiltrantes de pared gástrica, en especial en pacientes con factores predisponentes. Además, la importancia de la biopsia a cielo abierto en aquellos en los que el tratamiento no ha tenido respuesta, por la posibilidad de lesiones malignas concomitantes.

### 0211 NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO EN TERAPIA INTENSIVA: EL DRENAJE CON CATÉTER DE 7 FRENCH COMO PRIMERA OPCIÓN

G RAMOS(1), G GENOVESE(1), G DE MARCHI(1), R SANCHEZ(1), V AMAYA(1), F MARTINEZ SRNEC(1)  
 (1) Dupuytren.

**Introducción:** El neumotórax iatrogénico se lo considera a aquel producido como consecuencia de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. La toracostomía con tubo de 20 F es el procedimiento

to convencional, considerado el más seguro especialmente en pacientes en ARM, aunque se asocia a alto porcentaje de morbilidad. Algunos trabajos han reportado eficacia en el tratamiento del neumotórax tanto espontáneo como iatrogénico con tubos de pequeño calibre. Se realizó la evaluación prospectiva de tratamiento de neumotórax iatrogénico en terapia intensiva con catéter de 7 F. **Material y Método:** Estudio prospectivo, de intervención, realizando el drenaje de neumotórax iatrogénico con catéter de pequeño lumen (Arrow monolumen, 14 Ga, 20 cm, 2.2 mm), asociado a aspiración y drenaje bajo agua, en terapia intensiva. Periodo desde Enero de 2016 a Diciembre de 2018. Se utilizó el acceso anterior (medio clavicular en 2° EIC), método de Seldinger por médico intensivista. Se realizó el seguimiento con ecografía seriada y radiografía portátil.

**Resultados:** Fueron ingresados durante el periodo en estudio 1048 pacientes a UTI, de los cuales 13 tuvieron neumotórax iatrogénico, 9 por catéter venoso central, 1 pos marcapaso, 1 por sonda nutricional y 2 asociados a ARM. La edad promedio fue 59 años ( $\pm 23$ ). Tenían ARM 8 pacientes. El motivo de ingreso fue respiratorio en 4, neurológico 3, trauma 2, cirugía abdominal 2, urosepsis 1, por marcapaso 1. En 3 (23%) pacientes se realizó una toracostomía complementario: uno por falla de la expansión y 2 por recidiva dentro de las 72 hs. Solo 1 de estos tenía ARM y ninguno patología pulmonar previa. El tiempo de permanencia (mediana) de los drenajes fue de 2 días (R 1-7 días). Ningún paciente refirió dolor en el sitio de inserción; no se observó enfisema subcutáneo, ni infección, ni descompensación hemodinámica vinculada al procedimiento.

**Conclusión:** El drenaje del neumotórax iatrogénico con catéter de pequeño calibre demostró ser un procedimiento sencillo y seguro y fue el tratamiento definitivo en el 77% de los pacientes.

#### 0212 INDICADORES DE CALIDAD EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

MB FRATE(1), E DÁVILA(1), ML PIOVANO(1), B PEREYRA(1), I MARINELLI(1), E FALCÓN(1)  
(1) Dr. Humberto J. Notti.

**Introducción:** Para medir Calidad en Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) se utilizan Indicadores, cuya finalidad es identificar situaciones de mejora potencial o desviaciones de la práctica estandarizada, así como también incorporar estrategias y paquetes de medidas, orientadas a la mejoría de la Calidad de Atención.

**Objetivo:** Analizar Estándares de Calidad en UTIP y comparar los resultados con estándares nacionales e internacionales.

**Población y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo. Se analizaron indicadores de calidad en los pacientes internados en UTIP, desde 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Se utilizó la planilla de cotejo diaria de cada paciente, completada por el personal de enfermería. Los datos fueron volcados a la base de datos de UTIP (Excel) para su análisis y se compararon con estándares nacionales: programa SATI-Q; e internacionales: SEMICyUc.

**Resultados:** De 31 indicadores medidos, se obtuvieron resultados satisfactorios respecto de los estándares recomendados en 20 ítems: Infección asociada a CVC (1.89%); Neumonías asociadas a ARM (6,98%); Infección asociada a sonda vesical (1,71%); Mortalidad en TEC grave (8,69%); Incidencia de barotrauma (0%); Retirada Accidental de CVC (3%); Reingreso no programado a UTIP (2%); Ventilación pulmonar protectora (100%); Profilaxis de Hemorragia Digestiva (100%); Rondas diarias de equipo multidisciplinario (100%); Suspensión cirugías programadas (6,66%); Registro de complicaciones durante decúbito prono (100%); Posición semiincorporada en pacientes con VM (100%); Cumplimiento registros de enfermería (100%); Informe al alta (100%); Alta precoz inadecuada (0%); Demora al ingreso de UTIP (0%); Información a familiares de enfermos

(100%); Diagnostico Muerte encefálica (12%); Monitorización de donantes potenciales (100%). Resultados no satisfactorios en 11 ítems: Extubaciones No Programadas (24,7%), Incidencia de Escaras (4,03%), Caídas accidentales (0,71%); Auditoría de Historia Clínica (7%); Consentimiento Informado (94,6%); Cumplimiento Del Protocolo de Lavado de Manos (70%); Requerimiento Calórico Proteico adecuado (50%); Nutrición Enteral Precoz (70%); Donantes Reales (33%); TVP Asociada a Catéter Venoso Central (2.35%); Traspaso reglado de Información (85%).

**Conclusión:** Analizando los estándares de calidad en UTIP durante el año 2018, el 65%, resultó satisfactorio al compararlos con estándares nacionales e internacionales. Con respecto a los indicadores que no alcanzaron las metas, surge la necesidad de implementar medidas para su mejora.

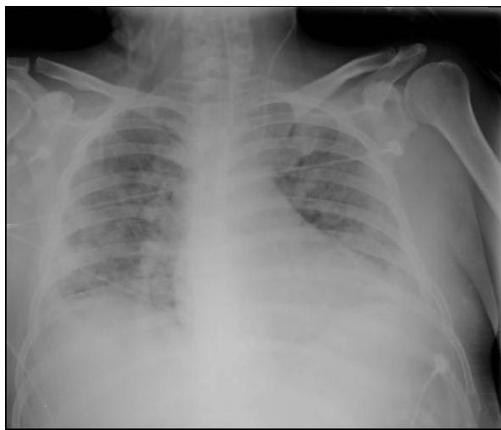
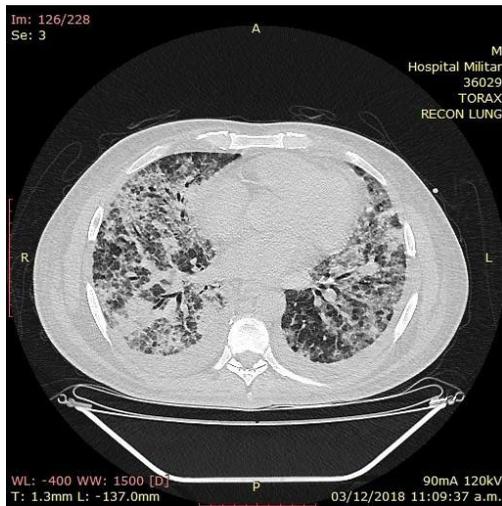
#### 0213 NOCARDIOSIS DISEMINADA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA GRAVE QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO

MP CRISTALDI(1), M MONTENEGRO(1), A VIOLO(1), M D'ANGELO(1), P MARCONI(1), E MIKULIC(1), A BALBI(1)  
(1) Hospital Militar Central.

**Introducción:** La nocardiosis es una infección oportunista infrecuente causada por un grupo de bacterias grampositivas miembros del género *Nocardia*. Típicamente encuadrada como una infección oportunista, pero aproximadamente un tercio de los pacientes infectados son inmunocompetentes. Dicha especie es ubicua en todo el mundo en el polvo, los desechos, los ambientes acuáticos, los vegetales en descomposición y los restos animales. La transmisión se produce comúnmente a través de la inhalación del microorganismo en las partículas de polvo del aire, pero también puede adquirirse por ingesta de alimentos contaminados o por inoculación directa del microorganismo sobre una lesión cutánea.

**Presentación del caso:** Paciente de 48 años de edad con antecedente de esplenectomía a causa de una cirugía bariátrica, y DBT tipo II que cursa internación en piso de clínica médica durante 7 días por neumonía aguda de la comunidad, realizando tratamiento antibiótico con ceftriaxona + claritromicina + oseltamivir. Se le realiza fibrobroncoscopia sin rescate. Paciente se retira sin alta médica. A las 24 hs reingresa al hospital por cuadro de hemoptisis y fiebre, con requerimiento de oxigenoterapia. Se realiza esputo seriado con resultado negativo, se rota esquema antibiótico a piperacilina-tazobactam, claritromicina y oseltamivir. Evoluciona con mala mecánica ventilatoria + taquipnea + requerimiento de O<sub>2</sub> suplementario. TCH de tórax: infiltrado en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares. Presenta insuficiencia respiratoria tipo I por lo que se decide intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. A las 24 hs de ingreso se realiza BAL, obteniendo nueve días después el rescate positivo para *Nocardia*. Se rota antibioticoterapia a Trimetoprima-sulfametoxazol. Presenta mejoría lenta, con weaning dificultoso por excitación, se extuba a los 15 días de TOT. Continúa internación en sala general durante una semana, con buena evolución y se va de alta con tratamiento antibiótico VO con TMS durante 6 meses.

**Discusión y conclusiones:** La nocardiosis es una infección oportunista poco frecuente. Se debe mantener un elevado índice de sospecha para efectuar el diagnóstico. Debemos tenerla en cuenta durante el estudio de una infección respiratoria de evolución aguda o subaguda con compromiso sistémico, que no responde a antibioticoterapia usual y no se obtienen rescates en medios de cultivo comunes.



#### 0214 EPIDEMIOLOGIA DE LAS INTOXICACIONES EN LA TERAPIA INTENSIVA

G GENOVESE(1), F MARTINEZ SRNEC(1), V AMAYA(1), I CHOQUE(1), G RAMOS(1)  
(1) Dupuytren.

**Introducción:** Las intoxicaciones agudas pueden producir cuadros graves que ponen en riesgo la vida, pero también, son potencialmente reversibles y se benefician de las medidas de soporte. Conocer la realidad toxicológica de nuestro entorno nos permite poder ofrecer el tratamiento adecuado.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes que ingresan a UTI por intoxicaciones agudas, los agentes utilizados, complicaciones y evolución.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, periodo 2014-2019. Se seleccionaron los pacientes ingresados por intoxicaciones a UTI, se evaluaron características, complicaciones, evolución y destino.

**Resultados:** En el periodo de estudio ingresaron a UTI 1688 pacientes, 36(2.1%) por intoxicaciones, edad promedio 33,69 ( $\pm 18,4$ ), APACHE II 5,08 ( $\pm 4,8$ ), SOFA 1,77 ( $\pm 1,98$ ), y estadía 3,58 ( $\pm 3,15$ ). Fueron intencionales 33 casos (92%), 26 (72%) mujeres, 30 (83%) tenían antecedentes psiquiátricos y 15 (45%) intentos autolíticos previos. La vía de entrada fue digestiva, excepto dos casos de inhalación (CO y cocaína).

Recibieron atención inicial en el sanatorio 24 (66%) pacientes y 26 (72%) alguna técnica de decontaminación digestiva (lavado gástrico y/o carbón activado).

De las intoxicaciones accidentales, 2 fueron laborales (una por CO y otra por hipoclorito de sodio) y una doméstica (carbamatos), todas fueron en hombres.

Entre las intoxicaciones intencionales, 16 (48%) fueron por sustancia única y 17 (52%) por múltiples. Los tóxicos involucrados más frecuentemente fueron: benzodiazepinas (17=23,9%), antipsicóticos (15=21,1%), ISRS (6=8,4%), alcohol (6=8,4%) y ácido valproico (5=7%).

Presentaron manifestaciones neurológicas al ingreso 25 pacientes, 4 (11%) coma, 3 (8%) estupor, 17 (47%) somnolencia, 6 (16,6%) agitación y uno convulsiones (antecedentes de epilepsia). Desarrollaron shock cardiogénico 1, falla hepática aguda por paracetamol 1 e insuficiencia renal aguda 4 (11%); ninguno requirió diálisis. Dos pacientes cursaron con neumonía broncoaspirativa.

La estadía en UTI fue 3.58 ( $\pm 3.16$ ), 19 (52%) pasaron sala general, 12 (33%) se derivaron a neuropsiquiátricos y uno a centro de trasplante, 4 (11%) alta hospitalaria, ninguno falleció.

**Conclusiones:** De los pacientes ingresados por intoxicaciones agudas en UTI se observa un predominio de causa intencional, mujeres y antecedentes psiquiátricos. Las sustancias más frecuentes fueron los medicamentos, como benzodiazepinas y antipsicóticos; y la evolución favorable.

#### 0215 FACTORES PREDICTORES DE DECANULACIÓN EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN TERAPIA INTENSIVA

S MAMANI(1), M SALINAS(1), G GENOVESE(1), F MARTINEZ SRNEC(1), H ALUL(1), A MORENO(1), G RAMOS(1)  
(1) Dupuytren.

**Introducción:** La traqueostomía es frecuentemente realizada en terapia intensiva a los pacientes que requieren asistencia respiratoria mecánica prolongada o son incapaces de mantener permeable la vía aérea. La decanulación durante la internación en cuidados intensivos representa un marcador de la recuperación del paciente tras una enfermedad crítica. Realizamos este estudio retrospectivo para determinar aquellos factores que se vinculan con la decanulación de pacientes traqueostomizados en terapia intensiva.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo, en el que se analizaron 60 pacientes de terapia intensiva, entre octubre de 2014 y abril 2019, a los cuales se les realizó traqueostomía percutánea. Se evaluaron sus características y posterior evolución. Se consideró significativa una  $P < 0.05$ .

**Resultados:** Los pacientes que requirieron traqueostomía percutánea en UTI fueron 60, edad 60.7 $\pm$ 20.1, Apache II 16.3 $\pm$ 5.5 y SOFA 5.5 $\pm$ 2.1. Dos de ellos se convirtieron en traqueostomía quirúrgica (1 sangrado y 1 desplazamiento de la cánula de traqueostomía). Los diagnósticos de ingreso fueron: TEC Grave 17 (28%), Insuficiencia respiratoria 16 (27%), Sepsis 10 (17%), ACV Hemorrágico 3 (5%), Isquémico 3 (5%). Los motivos de traqueostomía fueron: ARM prolongado 29 (48%), weaning dificultoso 14 (23%), neurológico 14 (23%). La estadía en UTI fue 39.78 días ( $\pm 24.28$ ). Fallecieron 18 (30%). De los 42 sobrevivientes, 15 (36%) fueron derivados a centro de rehabilitación. Fueron decanulados 20 (48%), pacientes, con un tiempo de permanencia de la traqueostomía de 18.2  $\pm$  7.8 días. Ningún decanulado falleció en terapia intensiva, ni requirió recanulación. En comparación, los pacientes decanulados eran más jóvenes (45.5  $\pm$  19.2 vs 68.3  $\pm$  16;  $p < 0.001$ ), tenían menor severidad (Apache II: 12.9  $\pm$  3.7 vs 18  $\pm$  5.6;  $p < 0.003$  y SOFA: 4.6  $\pm$  1.9 vs 6  $\pm$  2.1;  $p < 0.02$ ) y mayor predominio de problemas neurológicos (15/75% vs 12/30%;  $p < 0.001$ ), mientras que en los no decanulados predominaron los problemas respiratorios (3/15% vs 17/42%;  $p < 0.03$ ).

**Conclusiones:** Más de 2/3 de los pacientes traqueostomizados en UTI sobrevivieron, la mitad de estos pudo ser decanulado durante la internación. La patología neurológica, menor edad y scores de gravedad fueron variables asociadas con la posibilidad de decanulación en UTI.

**0216 DESAFÍO DE REDUCCIÓN RÁPIDA DE LA PRESIÓN DE SOPORTE VENTILATORIO COMO PREDICTOR DE WEANING**  
H ALUL(1), A MORENO(1), D LOPEZ CAMPOS(2), G GENOVESE(1), F PERALTA MONTERO(2), F MARTINEZ SRNEC(1), G JACOB(2), G RAMOS(1)  
(1) Dupuytren. (2) Argerich.

**Introducción:** La exitosa desvinculación de la ARM constituye una de las tareas más desafiantes para los profesionales de la UTI. Hasta el momento no se han encontrado predictores con suficiente precisión que supere la experiencia del equipo tratante. Se realizó este estudio con el objetivo de evaluar la respuesta a la reducción rápida de la presión de soporte (PS) como predictor de weaning.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo realizado en 2018 (Enero-Diciembre) en dos UTI de CABA. Se aplicó un protocolo de reducción rápida de la PS a pacientes que requirieron ARM por más de 24 horas y tenían criterios clínicos de weaning. Se registraron aquellos que completaron el protocolo y se extubaron dentro de las 24 hs. Protocolo: administración de 3 niveles decrecientes de PS durante 15 minutos c/u, registrándose las siguientes variables: VT, FR, P.01, F/VT y SAFI. Etapa I: PS para mantener VT $\geq$  5ml/kg. Etapa II: reducción de PS al 50%. Etapa III: CPAP. El protocolo se suspendió si aparecían signos clínicos de intolerancia al weaning. Se consideró exitoso al paciente que no requirió re intubación durante las siguientes 48 hs. Se consideró porcentaje de variación a la relación de las variables entre las etapas. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** De los 55 pacientes incluidos, 10 (18%) fueron reintubados, 5 (50%) por obstrucción de VAS. Estos tenían mayor edad (71.7  $\pm$  10.3 vs 56.4  $\pm$  19.2 años;  $p = .002$ ), ARM prolongado (12  $\pm$  3.9 vs 6.5  $\pm$  4.6 días;  $p = .001$ ), mayor VNI Post extubación 4 (40%) vs 5 (9%)  $p = .05$ , mayor estadía (39.1  $\pm$  22 vs 25.5  $\pm$  29.7 días,  $p = NS$ ), y mayor mortalidad 3 (30%) vs 1 (2.2%);  $p = .05$ . No se observaron diferencias significativas en la respuesta a la reducción de la PS con un porcentaje de variación de: 20 vs 23% para FV, 18 vs 19% para VT, 0.2 vs 0.03 % para SAFI, 57 vs 66% para P0.1 y 41 vs 66% para Fv/VT,  $p = NS$ .

**Conclusiones:** La respuesta al desafío de reducción rápida de PS no permitió diferenciar los pacientes con desvinculación exitosa de la fallida en el presente estudio.

**0217 RELACIÓN ENTRE VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA Y LA FUERZA MUSCULAR EN EL INGRESO A UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN**  
L IMPAGLIAZZO(1), V AVENA(1), D MESSINA(2), C CORTE(2), E BUFFAGNI(1)

(1) Fundación San Andrés. (2) Universidad Juan Agustín Maza.

**Introducción:** Los pacientes internados en Terapia Intensiva (UTI) con conexión a Ventilación Mecánica (VM) y sometidos a sedación e inmovilidad prolongada, presentan debilidad muscular con pérdida de fuerza, disfunción y atrofia por desuso, con cambios fisiológicos en las primeras 24 hs de conexión a la VM. Las consecuencias de esta debilidad adquirida dificultan y retrasan el destete. Estas situaciones se asocian a más días de VM, estancia hospitalaria, discapacidad funcional e incremento en los costos sanitarios.

**Objetivo:** Comparar la fuerza muscular con los días de VM en pacientes al ingreso a una clínica de rehabilitación.

**Material y métodos:** Se estudió un N de 38 pacientes, con edad media de 63 años. Con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) y Polineuropatía del Paciente Crítico (PPC). Se determinó días de UTI y de conexión a VM previos al ingreso a la institución. Se dividió en dos grupos según los días de VM: Grupo 1 más de 14 días; Grupo 2 menos de 14 días. Se excluyeron mayores de 80 años, patologías neuromusculares, Traumatismo Encefalocraneano y Lesión Medular. Se evaluó fuerza de músculos respiratorios mediante Presión Inspiratoria Máxima (PIMAX) y Presión Espiratoria Máxima (PEMAX) y fuerza de prensión (FP) mediante Dinamometría Digital (Jamar®Plus+Hand Dynamometer). En pacientes con ACV, se tomaron en el hemicerpo

no afectado. El análisis estadístico se realizó mediante prueba T de Student para muestras independientes, y Chi cuadrado para variables cualitativas, según normalidad de las variables ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** El 95% de los pacientes con diagnóstico de PPC presentaban VM prolongada (Grupo 1) vs 58% de los pacientes con ACV ( $p < 0,05$ ). Respecto a los días de internación en UTI, el grupo 1 tuvo 49,6 días y el grupo 2 35 días ( $p = 0,05$ ). En cuanto a FP se observó una diferencia estadísticamente significativa entre grupo 1 (11,07 kg  $\pm$  6,5kg) y grupo 2 (18,4 kg  $\pm$  11,3 kg) ( $p < 0,05$ ). En las variables de fuerza respiratoria no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Los pacientes con ventilación mecánica prolongada presentan mayor estancia en UTI, lo que generaría una disminución de la fuerza muscular evidenciado por menor fuerza de prensión.

**0218 PSEUDOANEURISMA CAROTIDEO, UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE DEL TEC GRAVE**  
G MURIALDO(1)

(1) Higa.

Las lesiones cerebrovasculares asociadas a TEC grave son raras (incidencia del 1-3%) pero con morbimortalidad muy elevada. Los vasos afectados son fundamentalmente las arterias carótidas y las arterias vertebrales. Se produce desgarro intimal con trombosis secundaria, disección subintimal o sección del vaso con el desarrollo de pseudoaneurisma. Suelen ser politraumatizados graves y las lesiones asociadas con mayor frecuencia son: el tec grave, trauma raquídeo y trauma facial. La mayoría no tienen inicialmente manifestaciones clínicas evidentes y existe un periodo de latencia entre la lesión y la aparición de signos y síntomas.

**Caso:** Masculino de 41 años ingresa por epistaxis e hipotensión arterial. Antecedente de la enfermedad actual: 2 meses antes Politraumatismo: TEC grave, Marshall III, trauma facial Le Fort II, trauma de tórax y abdomen con trauma renal grado IV. Se realiza monitoreo de PIC sin hipertensión endocraneana, se complica con NAVM. Luego de internación en cuidados intermedios, es dado de alta. Al ingreso, se encuentra con signos vitales estables, lucido. Como datos positivos proptosis de ojo izquierdo, con limitación en la convergencia. Se asocia al cuadro marcha inestable.

**Estudios complementarios:** TAC de encéfalo con contraste IV (ingreso), a nivel selar izquierdo, imagen hiperdensa que presenta realce tras la administración de contraste. Marcada captación de contraste del nervio óptico izquierdo. Angioresonancia: imagen pseudonodular levemente hiperintensa en íntima relación con la porción intracavernosa de la art. carótida interna izquierda, previa a la emergencia de la art. oftálmica. Angiografía cerebral: dilatación aneurismática de arteria carótida interna izquierda en segmento cavernoso, polilobulado. El paciente presenta durante su internación nuevo episodio de epistaxis severa con inestabilidad hemodinámica. Se realiza tratamiento médico estabilizando el cuadro. Se traslada al Hospital El Cruce, donde se realiza embolización del aneurisma, sin complicaciones. Las lesiones cerebrovasculares secundarias a tec grave son, pese a su baja incidencia, lesiones con alta morbimortalidad. Su carácter de presentación solapado o asintomático, plantean la necesidad de realizar estudios de imagen como screening en los pacientes que tengan factores de riesgo de injuria cerebrovascular. Actualmente la elección es la angioTAC, seguido por la angiografía. Diagnosticada la lesión, existen distintas posibilidades de tratamiento.

**0219 ETIOLOGÍA Y MORTALIDAD DE REINGRESOS DE PACIENTES A TERAPIA INTENSIVA EN HOSPITAL H. NOTTI PERIODO JULIO 2017 – AGOSTO 2018**

C VIDONI(1), E DÁVILA(1), I MARINELLI(1)

(1) Humberto Notti.

**Introducción:** Los pacientes ingresados a Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del H. Notti, provienen de salas de internación, guardia

y quirófano. Según el número de ingresos podemos clasificarlos en único ingreso y en reingreso si presentan dos o más admisiones en cualquier periodo de tiempo. Siendo un indicador de calidad asistencial, se analizaron etiología y mortalidad en estos pacientes.

**Objetivo:** Analizar la causa de ingreso y la patología de base de los reingresos a UTIP entre el 1 de julio de 2017 al 31 de agosto de 2018. Se consideraron reingresos a los pacientes dados de alta de UTIP a sala de internación o externados.

**Población y método:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional y analítico, basado en registros de datos de pacientes que ingresaron a UTIP de Hospital Notti en el período comprendido entre el 1 de Julio de 2017 y el 31 de agosto de 2018. Se analizaron los diagnósticos de ingreso a UTIP, patologías de base y mortalidad. La recolección de la información se llevó a cabo a través de la base de datos del servicio (Excel) y se analizaron los resultados con Test de Fischer.

**Resultados:** Sobre un total de 553 pacientes ingresados, se evidenciaron 68 reingresos en 52 pacientes; promedio de días en UTIP 9,4. Patologías predominantes de Reingresos: infecciosas: 55,8% (neumonías 39,7% y shock séptico 16,7%), postoperatorios: 26,5%, procedimientos en UTIP 8,8% y otras patologías: 8,8%. Del total de pacientes reingresados, 86,5% presentaba diagnóstico previo de una o más patologías de base: enfermedades oncológicas 23%, insuficiencia renal crónica 7,6%, cardiopatías congénitas 25%, síndromes genéticos 17,3% (síndrome de Down 77%), encefalopatías crónicas 7,6% y enfermedades respiratorias 5,8%. La mortalidad en los pacientes con un solo ingreso a UTIP fue del 4,5% versus 11,5% en pacientes con más de un ingreso ( $P < 0.05$ , OR 2.77, IC 1.05-7.11) con significancia estadística.

**Conclusiones:** La mayoría de los reingresos presentaron patologías de base, siendo las más frecuentes: cardiopatías congénitas y enfermedades oncohematológicas y la causa de reingreso más frecuente fue infecciosa. La mortalidad fue significativamente mayor en los reingresos, determinando la necesidad de crear equipos multidisciplinarios para el seguimiento de estos pacientes.

## 0220 ¿PROFILAXIS CON ANTIÁCIDOS HABITO PRESCRIPTIVO O MEJOR EVIDENCIA?

M GARCIA(1), R FERNANDEZ(1), I SANTOLAYA(1), V ORDOÑEZ(1), E CABRERA(1), E ROJO(1), H OCHOA(1), S PEREIRA(1), C OTTAVIANI(1), M SEGURA(2)

(1) Español de Mendoza. (2) Español de Mendoza.

**Introducción:** Es práctica habitual en Terapia Intensiva la prescripción de antiácidos (AA), como profilaxis del sangrado gastrointestinal aunque su beneficio continúa cuestionado.

**Objetivos:** 1) Ajustar uso de AA a indicaciones con mejor evidencia 2) Evaluar prescripción de AA en el hospital. 3) Valorar episodios de sangrado gastrointestinal alto secundarios, en UTI.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo con intervención, desde enero a mayo de 2019, evaluando pacientes con condiciones que requirieran profilaxis AA. Se consideraron TEC grave, shock, ARM, IRA, IRct, coagulopatías, anticoagulación, doble antiagregación e infección previa con *Helicobacter pylori*. La profilaxis fue con ranitidina 150 mgs / día EV. Se registraron, evolución y episodio mayor de HDA y al alta, indicación de AA en sala común.

Se definió episodio mayor de HDA, la presencia de hematemesis, melena y caída del Hto > 10% sin otra fuente de pérdida.

Un corte de prevalencia en internación de adultos, registró pacientes con profilaxis AA, droga y justificación. Se realizó encuesta entre residentes del hospital acerca de indicaciones y droga de elección para profilaxis.

Las variables cuantitativas, se expresan como medianas y Perc 25–75% y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó Chi2. Se consideró significativa,  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Ingresaron a UTI 145 pacientes y recibieron AA, 57

(39,3%), solo a 39 se les mantuvo al alta. De 106 pacientes que egresaron sin AA, se les indicaron a 70(66,0%), en sala; 40(57,1%) con ranitidina. No hubo episodios de sangrado digestivo mayor secundario. Fueron indicados inapropiadamente 473 pac. días de AA, con un costo de \$24.762. **Tabla 1.**

En el corte de prevalencia 54 pacientes con profilaxis AA, solo 10 con diagnóstico que lo justificaba. **Tabla 2.**

La encuesta mostró 60% de respuestas correctas. El 84% eligió IBP para profilaxis. El factor de riesgo considerado con mayor frecuencia para indicar AA fue el tratamiento aislado con corticoides, 84%.

**Conclusiones:** La profilaxis AA en un alto porcentaje carece de indicación precisa.

El uso indiscriminado y la elección del antiácido impacta sobre los costos.

Limitar la profilaxis a las indicaciones con mayor evidencia no produjo episodios de sangrado digestivo mayor en la muestra.

Tabla 1. Días de tratamiento y costo asociado a indicación inadecuada de profilaxis con AA

Alta de UTI	Droga indicada y forma farmacéutica	Costo \$	Días de tratamiento
Sin Antiácidos	Omeprazol comprimidos	10102,22	229
	Pantoprazol comprimidos	462,75	25
	Ranitidina ampollas	13045,76	98
	Ranitidina comprimidos	1151,64	121
	<b>Total</b>	<b>24762,37</b>	<b>473</b>
Con antiácidos	Omeprazol comprimidos	8144,38	185
	Pantoprazol comprimidos	185,10	10
	Ranitidina ampollas	8919,04	67
	Ranitidina comprimidos	76,14	9
	<b>Total</b>	<b>17324,66</b>	<b>271</b>

Tabla 2. Profilaxis AA utilizada en pabellones

Indicación justificada de Profilaxis antiácida	Droga			p
	DOS	IBP	Ranitidina	
No	1(2,5%)	10(25%)	29(72,5%)	0,014
Si	2(20%)	4(40%)	4(40%)	

## 0221 ES LA PROTECCIÓN AUDITIVA UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR SEDOANALGESIA EN PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

C LAFFONT(1), S MORALES(1), S GUIDO(1), E HERRERA(1), M MARTINEZ(1), M TIZLER(1), R GARATE(1), N ACOSTA(1), A ANGUIA(1)

(1) Higa Petrona V De Cordero.

**Introducción:** El ruido en las UCI ha aumentado dramáticamente como consecuencia de los avances tecnológicos y el efecto del ruido en los pacientes y el personal se ha convertido en un tema importante a tratar. Los estudios han demostrado que el ruido tiene efectos sobre la salud general.

**Objetivos:** Determinar si el uso de protectores auditivos disminuyen la necesidad de sedoanalgesia en el paciente crítico pediátrico en Asistencia ventilatoria mecánica convencional

**Diseño:** Prospectivo, experimental, comparativo y longitudinal.

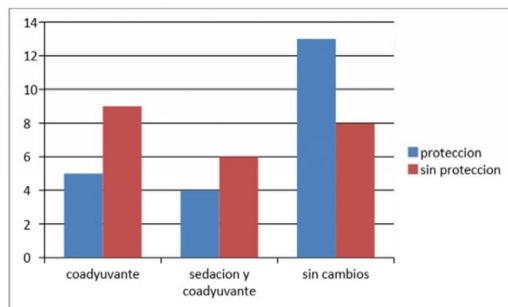
**Material y métodos:** Los datos fueron obtenidos de la H Clínica en periodo Junio 2017–agosto 2018 internados en UCIP HIGA Petrona de Cordero. Ingresaron a trabajo en forma aleatoria simple los pacientes para la decisión de si o no la colocación de protección auditiva. Se utilizaron orejeras o tapones protectores auditivos según tamaño del pabellón auricular. Se tomó registro de la necesidad de los rescates y modificación de sedación según escala de confort SBS. Se realizaron modificaciones cuando SBS +1 o SBS +2.

**Resultados:** De los 141 pacientes ingresados en el periodo estudiado, 98 pac (69%) BC 61.5–76.68. Requiritieron ARM y uso de sedación ev continúa. De estos, 63 pac (54%) BC 54.4–73.3 cumplían criterios de inclusión al trabajo. Por método de aleación simple la mitad tuvo protección auditiva y la otra no.

**Discusión:** Se puede ver que el grupo que usó protección auditiva, requirió menos uso de coadyuvante en la primer semana de internación y menos necesidad de cambio de sedación continua en la primer semana

**Conclusión:** Los pacientes ingresados en AVM que se les colocó protección auditiva en el periodo estudiado en nuestra Unidad requi-

rieron menos aumento y/o necesidad de coadyuvantes para una adecuada sedoanalgesia en relación a los que no lo utilizaron, sin embargo se requiere mayor número de casos para que sea estadísticamente significativo.



Requerimiento de modificación de la sedación

Grupo	Sin modificación	Modificación Aumento y/o necesidad de coadyuvantes	Modificación en descenso -no relacionada con programación de extubación
Con orejeras	15 pacientes (48.4%)	16 (51.6%)	0 pacientes
Sin orejeras	11 pacientes (35.48%)	20 (64.5%)	0 pacientes

## 0222 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS POR TRAUMA RAQUIMEDULAR EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

E RAEMDONCK VAN MEGRODE(1), C CURA(1), C LA GILIA(1), P PAHNKE(1), S PAVAN(1), A CARLOS(1)  
 (1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** El traumatismo raquimedular (TRM) es toda lesión de origen traumático que puede afectar, conjunta o aisladamente, las diferentes estructuras de la columna vertebral. Afecta principalmente a personas en la segunda y tercera década de vida, produciendo un impacto directo sobre el individuo, su familia y la sociedad.

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas y epidemiológicas, de los pacientes con TRM hospitalizados en el servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Urgencias (HMU).

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes internado con diagnóstico de TRM en el servicio de clínica médica del HMU, durante el período junio de 2017 a febrero de 2019. Variables: edad, género, causa del trauma, trauma asociado, tiempo de estancia hospitalaria, nivel anatómico de la lesión, clasificación neurológica de la lesión medular según American Spinal Injury Association (ASIA) al ingreso, tipo de tratamiento (ortopédico/quirúrgico) y complicaciones.

**Resultados:** Hubieron 46 pacientes con diagnóstico de TRM, edad media  $35 \pm 14$  años, relación masculino/femenino 2,6:1, la colisión vehicular fue la causa más frecuente (n: 26, 57%), la región lumbar fue la más afectada (n:19, 41%), al ingreso el 87% (n:40) no presentaban lesión medular (ASIA E), 7% (n:3) ASIA C, 2% (n:1) ASIA B y el 4% (n:2) lesión medular completa (ASIA A). El 30% (n:14) de los pacientes presentó TRM sin lesión asociada y el 41% (n: 19) presentó complicaciones durante la internación. Tratamiento ortopédico 70% (n: 32), quirúrgico 30% (n: 14). La media de estancia hospitalaria fue de  $26 \pm 50$  días variando según tratamiento, presencia de lesión asociada y complicaciones, ver tabla 1.

**Conclusión:** La población estudiada, presenta una estancia hospitalaria prolongada produciendo consecuencias socioeconómicas y psicológicas para el paciente, implicando un alto costo a la salud pública a consecuencia de complicaciones, lesiones asociadas, falta de equipamiento para diagnóstico definitivo y decisión terapéutica (resonador magnético nuclear), y la demora en la entrega de material de osteosíntesis. Debido a lo expuesto se protocolizará la

coordinación con centro de diagnóstico por imagen, servicio de neurocirugía, banco de prótesis provincial y la agilización del proceso administrativo.

Tabla 1. Días de internación según tratamiento, presencia de lesiones asociadas y complicaciones, en la población estudiada con TRM en el Hospital Municipal de Urgencias, período Junio 2017 a Febrero 2019.

Tratamiento	Lesiones asociadas al ingreso	Presencia de complicaciones durante internación	Días de internación
Ortopédico	NO	NO	4 ± 1,41
Ortopédico	NO	SI	10 ± 7,07
Ortopédico	SI	NO	7,5 ± 5,72
Ortopédico	SI	SI	52,5 ± 99,09
Quirúrgico	NO	NO	23,4 ± 11,8
Quirúrgico	NO	SI	27 ± 0
Quirúrgico	SI	NO	22,5 ± 2,12
Quirúrgico	SI	SI	57,33 ± 32,32

## 0223 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DE PACIENTES MUY AÑOSOS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA (UTI)

R FERNANDEZ(1), I SANTOLAYA(1), V ORDOÑEZ(1), E CABREIRA(1), E ROJO(1), H OCHOA(1), S PEREIRA(1), C OTTAVIANI(1), M SEGURA(1)

(1) Español de Mendoza.

**Introducción:** En nuestro país, la población mayor de 65 años constituye el 10,2% del total y el 1,07% de ellos se encuentran en la categoría de pacientes muy añosos. En nuestro conocimiento, no existen estudios locales, que nos permitan caracterizar a la población de pacientes añosos asistidos en UTI, para determinar niveles de gravedad, esfuerzo terapéutico, evolución y otros como los relacionados con aspectos éticos o económicos.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes muy añosos ingresados a UTI. Comparar intensidad de tratamiento y evolución de pacientes muy añosos ingresados a UTI con grupo etario menor. Determinar frecuencia de complicaciones y factores relacionados a la mortalidad.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de base de datos prospectiva, (SatiQ). Período de estudio enero 2004 a diciembre 2018. Se definió pacientes muy añosos, edad  $\geq 85$  años y fueron comparados con grupo etario menor. Se registraron edad, sexo, motivo de ingreso, diagnóstico principal, estadía, evolución, ARM, vasoactivos, NPT y hemodiálisis.

Las variables cuantitativas, se expresan como medianas y Perc 25%-75%, se analizaron con U de Mann Whitney. Las cualitativas se expresan como frecuencias y porcentajes. Para su análisis se usó Chi2. Para evaluar asociación de factores con mortalidad, se utilizó regresión logística binaria.

Se consideró significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Durante el período, ingresaron 5165 pacientes a UTI 269 (5,2%) eran pacientes muy añosos. Las características se observan en la **Tabla 1**. El grupo mas añooso recibió menor esfuerzo terapéutico medido por TISS 28 a expensas de menor utilización de Catéter venoso central y Ventilación Invasiva, en este último grupo. El motivo de ingreso de pacientes  $\geq 85$  años, es médico en 66,2% de los casos y muestran mayor prevalencia de ICC e insuficiencia respiratoria crónica, 28,6 y 42,9%,  $p = 0,0001$ . En los pacientes mayores se utilizó un porcentaje significativamente mayor de Ventilación No Invasiva; 37,4% vs 20,1% en pacientes menores, ( $p > 0,000$ ). En los pacientes añosos fallecidos predomina el ingreso por cirugía de urgencia.

Se construyó un modelo de regresión logística donde solo el TISS 28 de las primeras 48 hs y la necesidad de ARM se mostraron como predictores independientes de mortalidad. **Tabla 2**.

**Conclusiones:** Los pacientes muy añosos mostraron un mayor nivel de gravedad, siendo la mortalidad esperada y observada, mayores en este grupo.

Hubo una mayor prevalencia de Insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria crónica severa e insuficiencia renal terminal, como comorbilidades.

El motivo de ingreso más frecuente es por patología médica y no se observó diferencia en la utilización de medidas de soporte vital, excepto para uso de CVC y VNI.

La demostración del TISS 28 de las primeras 48 hs como predictor de mortalidad, apoyaría el "trial" de 48 hs para pacientes añosos y su reevaluación de esfuerzo terapéutico de acuerdo a evolución.

**Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la población total y ambos grupos etarios**

	Población total n = 5164		Edad < 84 años n = 4896		Edad > 85 años n = 268		p
	Mediana	Per <sub>25-75%</sub>	Mediana	Per <sub>25-75%</sub>	Mediana	Per <sub>25-75%</sub>	
Edad (Años)	62	45 - 74	60	44 - 72	87	86 - 90	0,000
Estadía en UTI	2	1 - 4	2	1 - 4	2	1 - 4	NS
Días ARM	3	1 - 7	3	1 - 7	3	1 - 5	NS
Puntaje APACHE II	12	7 - 18	12	7 - 18	15	12 - 21	0,000
Puntaje Fisiológico agudo	8	4 - 13	8	4 - 13	9	5 - 13	0,009
Mortalidad predicha APACHE II	11	5 - 27	10	4 - 26	18	11 - 35	0,000
TISS 28	23	16 - 29	23	16 - 29	20	15 - 25	0,000
TISS 28 (primeras 48 hs)	18	14 - 24	18	14 - 24	17	14 - 21	0,014
Promedio TISS 28	20,5	15,6 - 24,5	20,5	15,7 - 24,5	18,3	15 - 22,5	0,000
Puntaje SOFA	2	1 - 5	2	1 - 5	3	2 - 5	0,003
Sexo M (%)	2817 (54,5%)		2668 (54,5%)		120 (44,6%)		0,002
Mortalidad (%)	733(14,1%)		664 (13,6%)		69 (25,7%)		0,000
Reingreso (%)	171 (3,3%)		166 (3,4%)		5 (1,9%)		NS

**Tabla 2. Predictores independientes de mortalidad**

	Odds Ratio	IC 95%	P
Edad	1,52	(0,52 - 4,43)	0,435
TISS 28 (48 hs)	1,25	(1,12 - 1,39)	0,000
Utilización de ARM	7,51	(3,47 - 16,18)	0,000

## 0224 AFÉRESIS COMO TRATAMIENTO DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDAD POLIVALENTE

L BIELSA(1), MJ ARAMBURU(1), E MINOLDO(1), J JARA(1), C GALLETI(1)

(1) Sanatorio Allende Sede Nva Córdoba.

Aféresis (A) es una terapéutica extracorpórea que remueve de forma selectiva células u otras sustancias anormales de la circulación sanguínea.

**Objetivo:** Revisar las indicaciones, número de procedimientos, complicaciones, mortalidad global e indicación según la Asociación Americana de Aféresis (ASFA).

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron de forma retrospectiva pacientes internados en Unidad de Cuidados Críticos del Sanatorio Allende Nva Córdoba desde enero de 2014 hasta enero de 2019. Para los análisis estadísticos se utilizó el SPSS para Windows v. 22, y el nivel de significación utilizado en todos los casos fue el usual de 0.05.

**Resultados:** Cuarenta pacientes fueron registrados. La indicación de A en su totalidad comprenden enfermedades hematológicas o neurológicas (47% vs 53% respectivamente); el 35% de la patología fue la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) seguida por Guillain Barré (GB) en un 20% del total de sujetos. El número de procedimientos por paciente osciló entre 2 (óbito) y 8 (media 6 +/- 3). Los pacientes con mayor número de procedimientos registraron más complicaciones (p < 0.05). Los efectos adversos registrados fueron hemodinámicos (20%), reacción alérgica (12.5%), relacionadas al catéter (10%); un 45% de los pacientes no presentó complicaciones que requiera terapéutica específica. Un 10 % de los pacientes presentó una causa de óbito relacionada a la enfermedad de base; que fue menor en los pacientes neurológicos (p > 0.05); no hubo óbitos durante el procedimiento.

**Conclusiones:** La indicación más frecuente de A fue la PTT. Las complicaciones fueron más frecuentes en pacientes con mayor número de procedimientos realizados. No hubo mortalidad asociada al procedimiento. La mortalidad global fue del 10%, la mayoría de los pacientes presentaban enfermedad hematológica (p>0.05). Los pacientes con indicación de primera línea de la ASFA presentan la menor proporción de óbitos en nuestra serie sin poder realizar inferencia estadística.

## 0225 IMPLEMENTACIÓN DE UN CURSO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR AVANZADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PRIMEROS RESPONDEDORES.

J SAGARDIA(1), D PIEZNY(1), MA PEDRERO(1), N ROMANO(1), F TRAVERSO(1), L ARGUEYES(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

**Introducción:** El paro cardiorrespiratorio (PCR) es una situación de urgencia que debe ser resuelta de manera rápida y correcta. Los enfermeros y los médicos residentes por el tiempo que pasan en las unidades muchas veces se enfrentan a esta situación constituyendo una parte fundamental de la cadena de supervivencia, los primeros respondedores.

Desde el año 2017 se implementó en la institución un curso optativo de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada en pacientes adultos.

**Objetivos:** 1. Evaluar el conocimiento en RCP avanzada en médicos residentes y enfermeros de diferentes áreas.

2. Evaluar la actuación de los equipos de reanimación pre y post capacitación.

**Métodos:** El diseño del estudio fue transversal, prospectivo, descriptivo.

Se realizó un pretest para evaluar puntos relevantes de RCP avanzada con 5 preguntas seleccionadas de trabajos previos por 2 expertos en el tema.

Se capacitó a los alumnos respecto al trabajo en equipo, compresiones torácicas, utilización del desfibrilador, reconocimiento de arritmias y ritmos de paro, manejo de la vía aérea y cuidados post paro (recomendaciones 2015 de la American Heart Association-AHA).

Luego de la realización del curso, se evaluó de manera teórica individual con un examen de opción múltiple y de forma grupal (equipos de reanimación), mediante la demostración de habilidades, empleando las listas de comprobación de AHA.

**Resultados:** El pretest fue realizado por 110 alumnos: 61 enfermeros y 49 médicos residentes. (Ver resultados en Tabla 1) Solo el 16% de los alumnos contestaron correctamente las 5 preguntas del pretest. El 76 % identificó correctamente una Fibrilación Ventricular y un porcentaje bajo (35%) respondió correctamente acerca de la RCP de calidad con dispositivo avanzado en la vía aérea. Previo a la capacitación ningún equipo logró establecer un manejo integral eficiente del PCR. Luego de 6 clases prácticas y una evaluación teórico práctica el 93.6% de los alumnos pudo llevar a cabo una RCP de calidad.

**Conclusiones:** Es necesario complementar la enseñanza de RCP con modelos de simulación en médicos residentes y enfermeros como parte de la formación continua. El reciclaje del conocimiento debería constituirse como una actividad obligatoria dentro de un plan integral de manejo hospitalario del paro cardíaco.

Tabla 1: Resultados del Pretest

Preguntas	Respuestas correctas	
	N	%
1. Se encuentra a un paciente que no respira ni responde. Después de activar el sistema de emergencias determina que no hay pulso ¿Cuál debe ser la siguiente acción?	78	70
2. ¿Qué error es común y a veces mortal durante el tratamiento de un paro cardíaco?	86	78
3. ¿Cuál es la situación que mejor describe la actividad eléctrica sin pulso?	47	42
4. ¿Cuál es la mejor estrategia para realizar RCP de alta calidad en un paciente con un dispositivo avanzado de la vía aérea?	39	35
5. El personal de emergencias se encuentra con un paciente con PCR. Le están practicando la RCP. Tras conectar un monitor cardíaco, el personal observa la siguiente tira de ritmo ¿Cuál es la intervención mas importante?	84	76

## 0227 DISPLASIA ARRITMOGENICA DEL VENTRICULO DERECHO

L COLOMER(1), PB PAHNKE(1), LA ARABIA(2), C ARANCIBIA(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias. (2) Instituto Oulton.

**Introducción:** Displasia arritmogénica del ventrículo derecho (VD) es una miocardiopatía, la cual puede ser autosómica dominante

(más frecuente) o recesiva, formando parte del síndrome cardiocutáneo.

Las manifestaciones clínicas comienzan en la adolescencia, se caracterizan por palpitations hasta muerte súbita (MS). El diagnóstico se realiza por clínica, electrocardiograma, ecocardiograma, cardiorensonancia, cateterismo.

Los objetivos del tratamiento son prevención de la muerte cardíaca súbita y reducción de la progresión de la enfermedad; mediante antiarrítmicos, ablación con radiofrecuencia, o cardiodesfibrilador implantable a valorar por especialista.

**Presentación de caso:** Femenina 16 años, deportista, padres vivos. insuficiencia tricuspídea sin tratamiento.

Ingresa a Hospital Municipal de Urgencias (Centro de Trauma) por palpitations, diaforesis desasosiego de una hora de evolución, inicio súbito con deterioro progresivo del sensorio.

Examen físico: escala coma de Glasgow 12/15 (o3 m5 v4) sin foco neurológico taquicardia, taquipnea, saturación aire ambiente 84%, Tensión Arterial: 74/45 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 175 ppm, Frecuencia Respiratoria: 28 rpm.

Electrocardiograma: taquiarritmia con qRs ancho, criterios de taquicardia ventricular con imagen de Bloqueo Rama Izquierda con eje superior con descompensación hemodinámica. Conducta inmediata: Cardioversión eléctrica bajo sedación revirtiendo a ritmo sinusal. Ecocardiograma: VD de aspecto trabeculado, función sistólica conservada, no se observa hipertrofia del Ventrículo Izquierdo(VI) ni trastornos segmentarios de la contractilidad en reposo. Cavidades derechas dilatadas desplazan al contralateral.

Cardioresonancia: Miocardiopatía biventricular dilatación del VD con infiltraciones de grasa y fibrosis. Criterios mayores para displasia arritmogénica ventricular derecha, Insuficiencia tricuspídea severa. Monitoreo en shock Room y cuidados postcardioversión.

3° día: sin complicaciones intercurrentes se deriva a centro de referencia para tratamiento definitivo.

**Conclusión:** Los diagnósticos diferenciales abarcan múltiples entidades generadoras de arritmias ventriculares. La MS es una manifestación inicial devastadora de la enfermedad. Con la evolución de esta patología se puede presentar compromiso del VI.

Requiere alto grado de sospecha clínica y, con frecuencia, múltiples pruebas o procedimientos de diagnóstico resultando importante el diagnóstico y tratamiento precoz a fin de prevenir la muerte súbita cardíaca.



## 0228 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD EN EMERGENCIAS NO TRAUMÁTICAS EN SHOCK ROOM

L COLOMER(1), PB PAHNKE(1), E PIVA(1), C ARANCIBIA(1)  
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** Emergencia médica es aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Anualmente 16 millones de personas mueren por enfermedades no traumáticas.

La importancia de determinar inicialmente la gravedad y el riesgo

de muerte es crucial para optimizar el tratamiento y mejorar los resultados.

**Objetivos:** Caracterizar a los pacientes ingresados y fallecidos en Shock Room del Hospital Municipal de Urgencias por emergencias de causa no traumática (ENT) periodo: enero 2014 a diciembre 2018. Analizar los motivos de consulta, complicaciones y causas de muerte más frecuentes. Valorar la gravedad según escalas.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional se incluyeron los pacientes que ingresaron por causa no traumática en el tiempo mencionado y fallecieron. Se utilizaron los scores Glasgow, qSOFA, SOFA y APACHE II.

**Resultados:** Población total: 136 pacientes.

66% masculino, media de edad 56,5.

39.7% con signos de vida al ingreso.

88,2% traslado menor a 2 horas.

Motivo de consulta: 66,6% depresión del sensorio. La totalidad presentaba comorbilidades.

Complicaciones: 21,3% Fallo multiorgánico, 8% Insuficiencia respiratoria, 9.5% Insuficiencia renal.

progresiva descrecencia de la mortalidad precoz.

qSOFA: moda: 2, media 1,7.

SOFA media: 6,7.

El rango de SOFA más frecuente fue de 0-6.

14% APACHE II entre 15-19.

53% Glasgow menor a 8.

Causa de muerte: 42% Ataque Cerebro Vascular (68% hemorrágicos y 32% isquémicos), 21% sepsis, 17% causas cardiovasculares, 12% reagudización de comorbilidades crónicas y cáncer.

13,9% valorado por ECoDAIC, 47% ablacionados.

**Conclusión:** El 36.7% de los fallecidos corresponde a ENT, la mayoría masculinos de alrededor de 56 años. La totalidad presento alguna comorbilidad siendo la HTA la más frecuente, solo 2/5 tenían signos de vida al ingreso. El motivo de consulta más frecuente es la depresión del sensorio relacionando al ACV como causa de muerte predominante, complicando la mayoría con fallo multiorganico. Se atribuye la escasa cantidad de óbitos de causa cardiovascular por derivación a centros con hemodinamia.

El uso de scores predictivos de mortalidad reflejo una gravedad moderada en los óbitos de causa no traumática en Shock Room.

## 0229 PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

M TORRES, G VIDAL(1), G FERNANDEZ, MC AROLFO, E ALTA-MIRANO(1), G SCHMUKLER(1), A SCHMUKLER(1)  
(1) Sanatorio Británico.

Paciente de sexo masculino de 63 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo, adenoma hipofisario operado hace 20 años, artrosis de rodilla izquierda.

Ingresa desde guardia externa por cuadro de malestar general, astenia, mialgias, artralgias y plejía crural izquierda de 72 hs de evolución, que en las últimas 24 hs agrega fiebre. Familiar refiere aplicación de antiinflamatorio intramuscular al comienzo del cuadro.

Se realiza punción lumbar con proteinorraquia, glucosa consumida, elementos aumentados. Angio RMI con evento vascular isquémico agudo y hemorragia subaracnoidea; otras lesiones en corteza occipital derecha, corteza del hipocampo izquierdo y corteza frontal derecha que refuerzan tras la administración de contraste, sospechando secundarismo vs origen inflamatorio/infeccioso.

Comenzó tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona-ampicilina previa toma de cultivos. Se rescata en hemocultivos, urocultivos y LCR SAMS.

Ingresa a UTI por depresión del sensorio con requerimiento de sostén ventilatorio y vasopresor. Ante el rescate en 2 hemocultivos de SAMS y evidencia por ecocardiograma transesofágico de vegetación de gran tamaño en válvula aórtica, se rotó esquema antibiótico cefazolina-linezolid.

Presenta edema en ambas rodillas, eritema a nivel de rodilla iz-

quierda con choque rotuliano positivo se realiza artrocentesis, se obtiene líquido purulento, sin desarrollo bacteriano.

Por deterioro de su status neurológico se realizó TAC de cráneo con evidencia de tres lesiones focales, cortical del lóbulo occipital derecha, hipocampo izquierdo, cortical frontal derecha, hemorragia subaracnoidea en surcos y cisuras cerebrales de región frontal derecha y transición fronto-parietal izquierda, con vuelco ventricular lateral izquierdo.

Intercurre con midriasis bilateral arreactiva. TAC con aumento del tamaño de la lesión, progresión de sangrado intra y extraaxial, colección subdural hemática espesor 11 mm, vuelco intraventricular izquierdo. Colapso de cisternas.

Sin conducta neuroquirúrgica.

Curso 4 días de internación por endocarditis infecciosa de válvula nativa aortica y émbolos sépticos en SNC con rescate en hemocultivos y LCR a SAMS, que complica con hemorragia intra y extra-axial, de probable ruptura de aneurisma micótico. Inestabilidad hemodinámica, paro cardiorespiratorio. Óbito.



### 0230 MANEJO DE UN PACIENTE CON NEUROTOXICIDAD LUEGO DE MORDEDURA DE SERPIENTE EN UN PAÍS DE BAJOS RECURSOS. REPORTE DE CASO AL NORTE-ESTE DE SIERRA LEONA

FD BERDAGUER FERRARI(1), M BANGURA(1), E ROGERS(1), AM JALLOH(2), SIERRA LEONA, A MOLINA GARCÍA(1)  
(1) Médicos Sin Fronteras. (2) Ministerio De Salud. (3) Sierra Leona.

**Introducción:** Las mordeduras de serpientes sufren de subregistro. Los contextos en que se producen estos eventos son habitualmente, zonas pobres, que no cuentan con fuerte presencia de un servicio de salud. Este trabajo busca resaltar la severidad de la presentación clínica en un contexto de ayuda humanitaria (Sierra Leona, África), donde la familiaridad de manejo de pacientes críticos permitió que la carencia de recursos no sea un limitante a la hora de salvar una vida.

**Presentación del caso:** Paciente de 42 años, masculino, trabajador rural. 40 minutos atrás el paciente fue mordido por una serpiente. Traído a la emergencia inconsciente, con insuficiencia ventilatoria. Presentaba espasmos musculares aislados de las extremidades, evolucionando en escasos minutos a parálisis flácida generalizada con paro respiratorio. Se decide intubación orotraqueal que no requirió de sedación o relajantes musculares. El paciente recibe 3 dosis de anti-veneno SAIMR-POLYVALENT. Se asiste manualmente la respiración con bolsa Ambú durante 1 hora luego de recibido

el suero anti veneno, hasta que el paciente recupera ventilación espontánea suficiente. Se decide la extubación a las 6 horas del arribo.

**Discusión:** Las neurotoxinas del veneno de serpiente se dirigen principalmente a la unión neuromuscular tanto a nivel presináptico como postsináptico, produciendo parálisis flácida. Las medidas de soporte vital permitieron el tiempo necesario para que nuestro paciente reciba 3 dosis de suero antiofídico. Esto es en realidad una dosis menor a la recomendada por las guías de la Organización Mundial de la Salud. Por ello el no contar con dosis suficiente o dosis alguna de suero antiofídico, no debiera significar en el abandono de las medidas de soporte.

**Conclusión:** Las mordeduras de serpiente no han dejado de ser una amenaza para la población mundial. Se requiere del esfuerzo colectivo para promover que se produzcan cantidades suficientes, seguras, eficaces y económicas de Suero antiofídico. A su vez es importante promover el entrenamiento del personal de salud en el manejo adecuado de estas situaciones críticas.

Los autores, han estado o lo están a la fecha, relacionados con Médicos Sin Fronteras, pero desean hacer expreso que esta presentación es solo opinión de los mismos y en ningún momento lo hacen en representación de la organización.

### 0231 STATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

L CUELLAR(1)

(1) Hospital San Bernardo.

**Introducción:** Las epilepsias refractarias son condiciones neurológicas graves de diversas causas, caracterizadas por la persistencia de convulsiones a pesar del tratamiento instaurado. Status epiléptico refractario incluyen crisis que persistan por más de 60 a 90 minutos luego de iniciada la terapia, el súper refractario comprende grupo de pacientes que persisten en status a pesar de tratamiento con anestesia general >24 horas.

**Caso clínico:** Masculino, 25 años.

**Antecedente:** Epilepsia idiopática en tratamiento con levetiracetam, fenitoina, fenobarbital y clonazepam desde los 13 años.

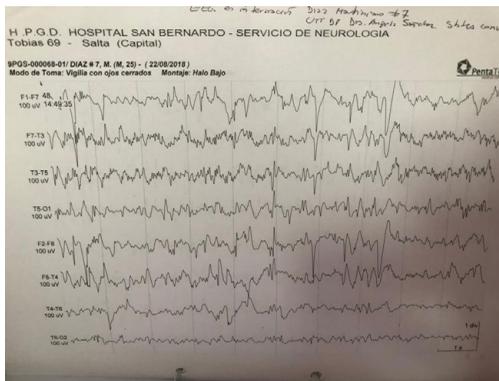
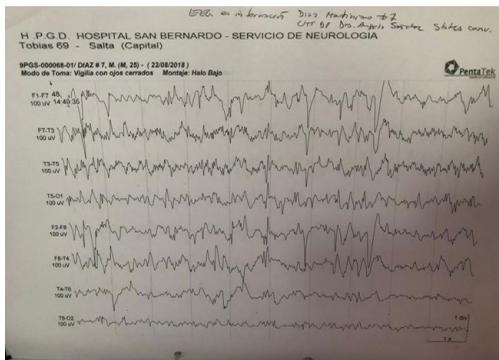
MC: status epileptico

AEA: paciente que ingresa derivado, en ARM con sedoanalgesia (midazolam y morfina), EEG de ingreso con ondas atenuadas, sin descargas. Se decide pase a UTI.

**Evolución:** Se cierra sedación, presenta episodio convulsivo focal, se reinicia sedación con mismo esquema previo, EEG en status, por valoración con servicio de neurología se decide agregar a esquema carbamacepina, se cierra sedación con nuevo episodio convulsivo por lo que se decide coma barbitúrico e inicio pulsos de metilprednisolona. Ante nueva valoración de respuesta neurológica y ventilación espontánea se constata GSG 6/15 (RM 1-RV 1-RO 4), se realiza traqueostomía con externación posterior de UTI.

**Comentario:** El estado epiléptico super-refractario es el EE que continúa o recurre 24 horas o más luego del inicio de la terapia anestésica, dentro de la terapéutica están indicados los esteroides dentro de la primera semana del EE super-refractario debido a que muchos casos criptogénicos podrían ser debidos a una enfermedad inmunológica oculta. En casos donde el EE continúa a pesar de haberse tratado con las indicaciones anteriores, se puede dar otras terapias inmunodepresoras.

**Discusión:** El estado epiléptico super refractario al ser una emergencia médica y por su alta morbilidad y mortalidad necesita ser tratado en forma enérgica y temprana. El presente caso cobra relevancia dada su baja incidencia, reparatada en el <1% del total, con escasa respuesta al tratamiento, y alta mortalidad, no siendo el resultado del presente caso, aun dejando graves secuelas secundarias a la apoptosis celular.



### 0232 DISTRESS RESPIRATORIO EN EL EMBARAZO. REPORTE DE DOS CASOS

M CARMONA(1), A CHENA(2), AMM SANCHEZ(2), JM PINA(2), D MINZER(2), R PAFFUMI(2), A MARTIN(2), C PELLEGRINI(2), M CODELUPPI(2), G ZAKALIK(2)  
(1) Luis C. Lagomaggiore. (2) Luis Lagomaggiore.

**Introducción:** El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) tiene una incidencia de 16-70 por 100,000 embarazos. La ventilación mecánica (VM) protectora se aplica en dichos casos, sin embargo el decúbito prono no está suficientemente estudiado. Informamos dos casos de SDRA en el embarazo, uno de los cuales requirió prono.

**Presentación de caso 1:** Paciente de 27 años cursando 27.3 semanas de embarazo, derivada por Neumonía grave de la Comunidad (NAC) e insuficiencia respiratoria. Al ingreso se encuentra lúcida e inestable hemodinámicamente. Se realiza IOT, reanimación con fluidos, vasopresores, toma de cultivos, panel viral y tratamiento antibiótico. En rx de torax presenta infiltrado 4 cuadrantes. Se programa la VM de acuerdo a la mecánica del sistema respiratorio: PEEP 20 cmH<sub>2</sub>O, Plateau: 32 cmH<sub>2</sub>O, Cs 28, SAT 84% FIO<sub>2</sub>: 100% PAFI 90%. Se realiza maniobra de reclutamiento alveolar según protocolo de servicio. Por falta de respuesta, se decide pronar. Al octavo día se extuba, con posterior pase a sala con seguimiento de su embarazo.

**Presentación de caso 2:** Paciente de 27 años, con 31.2 semanas de embarazo derivada de maternidad, por presentar NAC grave. Al ingreso a UTI paciente lúcida, inestable hemodinámicamente, con PAFI de 124, requiere IOT, conexión a ARM, reanimación con fluidos, y vasopresores con noradrenalina. Previa realización de cultivos se inicia tto ATB. En Rx de tórax se observa infiltrado cuatro cuadrantes. Se realiza maniobra de reclutamiento y VM protectora. Se inicia maduración pulmonar fetal y control obstétrico periódico. Luego de intercurencia con NAV, debido a condiciones clínicas de la paciente, se decide finalización del embarazo, con posterior extubación a las 72 hs y pase a sala.

**Discusión:** El SDRA se presenta raramente durante el embarazo, con alta tasa de muerte fetal. Una adecuada oxigenación es importante

para la madre y el feto. El prono es un procedimiento ventilatorio eficaz. Existen escasos reportes del mismo en la literatura.

**Conclusión:** El manejo del SDRA en el embarazo resulta un desafío, más aun con la escasa bibliografía actual.

### 0233 SINDROME PULMON RIÑON

V FERREYRA(1), A PIRIZ(1)  
(1) Clínica El Castaño.

**Introducción:** El síndrome pulmón-riñón se define como la combinación de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis rápidamente progresiva, proceso en el que están implicadas varias etiologías de origen inmunológico y no inmunológico, dentro de las cuales se encuentran las asociadas a anticuerpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) en el 12,5% al 17,5% de los casos, vasculitis asociada a anticuerpos anti-citoplasma del neutrófilo (ANCA) en el 56% al 77,5%, inmunocomplejos y microangiopatía trombótica y otras causas autoinmunes, que responden por menos del 10% de los casos. Debido a la alta tasa de mortalidad que se atribuye al síndrome, entre 25% a 50%, un número considerable de pacientes requiere ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano, descartar un proceso infeccioso y dirigir un tratamiento inmunosupresor agresivo.

**Caso Clínico:** Paciente de 61 años de edad con antecedente personales patológicos infección urinaria a repetición, infección respiratoria. Estuvo bajo tratamiento con ceftriaxona

Debido que presenta registros febriles diarios, anemia progresiva con caída del hematocrito 18%, leucocitosis trombocitosis y deterioro de función renal se decidió su internación en terapia intensiva. en menos de 24hs con mayor anemia y requerimiento de hemoderivados, intercorre con hemoptisis franca por lo que se programó FBC/BAL de urgencia en el cual se constata hemorragia alveolar. Requirió IOT/sedoanalgesia RASS -5, hemodinámicamente inestable, con requerimiento de vasoactivos y hemodiálisis.

**Laboratorio:** Hto 18, hb 5.3/gb 18.800

Ionograma: 129/5,5/99

Gases arteriales: 7,29/23/58/13,6/14,6/-14,7/88

Urea 2.24/creatinina 8,76

Proteínas totales: 6,04/albumina 2,59

GOT 9/GPT 11/FAL 566/BT 7,6/BD 0.9/BI 6,70

Calcemia 8,25/Fosfatemia 6,79/Magnesemia 1,43

TP 74%/KPTT 25,50

C3/C4: NEGATIVO,

HIV (-), HEPAT B (-), VHC (-)

Anti-DNA: Negativo

Anti-MBG: Negativo

AntiSCL-70: Negativo

FAN: Positivo (1/640)

Anca: Negativo

ANCAp: Positivo (1/8)

Anti-Ro/SSA: Negativo

AntiLa/SSB: Negativo

Anti centrómero: Negativo

Antifosfolípido IgG: 19

Antifosfolípido IgM: <15

**Cultivos:** Hemocultivos negativos

Urocultivos klebsiella spp

Cultivos de secreciones: Pseudomona spp

**Tratamiento:** IOT/sedo analgesia, transfusiones, diálisis, plasmáferesis, antibiototerapia, corticoterapia, ciclofosfamida.

Guía Ecografía de punción en riñón izquierdo: morfología y ecogenicidad conservada, bordes lisos y relación cortico medular conservada sin dilataciones del sistema pielocalicial ni liquido en los espacios hepato y esplenorrenal

Ecocardiograma: criterios de hipertrofia concéntrica, trastornos de la motilidad parietal (mas acentuada a nivel (basal, medial, apical) y septum posterior con déficit moderado dilatación de la aurícula izquierda, ausencia sin derrame pericárdico. El resto sin particularidades.

Vídeo broncoscopia: árbol bronquial derecho e izquierdo presencia de abundantes secreciones serohemáticas

Tomografía: Se observa engrosamiento del intersticio interlobulillar, lo cual es más notable en los campos basales. También se observan áreas de aumento de atenuación "vidrio esmerilado" y focos-opacidades nodulares de bordes difusos de ubicación peri bronquial.

se observan imágenes calcificadas de probable origen vascular en los hilios, la mayor en el riñón izquierdo (11 mm).

**Discusión:** Si bien el objetivo debe ser no sobre tratar la enfermedad Leve y no infratrar la enfermedad severa, el manejo que se le brindó fue la inducción a la inmunosupresión con glucocorticoides y ciclofosfamida, considerando que los corticosteroides solos no son tan efectivos para la terapia de inducción como cuando se combinan con ciclofosfamida con un 75% de remisión a los 3 meses y un 90% a los 6 meses, adicionando la plasmaféresis por la severidad de su presentación y el alto riesgo de muerte que le confería la hemorragia pulmonar.

**Conclusión:** En el caso particular de nuestro paciente teniendo en cuenta los hallazgos inmunológicos, laboratorio, se confirma Síndrome Pulmon-Riñon en contexto de vasculitis ANCA positivo por lo que se solicita biopsia renal nativa se continúa con tratamiento corticoides, pulsos de ciclofosfamida y plasmaféresis de la cual se programa 6 sesiones iniciales según evolución clínica.

#### 0234 SHOCK TOXICO A STREPTOCOCCO PYOGENES. USO DE GAMMAGLOBULINA. A PROPOSITO DE DOS CASOS

MS APARICIO(1), J VELEZ(1), W TAPIA VEINTEMILLAS(1), D DURAN(1), F SEQUEIRA(1), O RECUPERO(1), P CASTELLANI(1)  
(1) Sor Maria Ludovica.

**Introducción:** El síndrome de shock toxico (SST) es una respuesta masiva inflamatoria por liberación de citotoxinas con actividad de superantígeno, por parte del Staphylococcus aureus o Streptococcus pyogenes, que resulta en fallo multiorgánico y shock. Suele ser de aparición aguda y rápidamente progresiva. Epidemiológicamente existe aumento en la población adulta, pero no hay estudios sobre la población pediátrica.

**Presentación de casos:** **Caso 1:** Femenina de 3 años, ingresa por presentar fascitis necrotizante en muslo izquierdo, progresa a shock distributivo con fallo multiorgánico requiriendo soporte ventilatorio y hemodinámico. PIM2 3,02%. Se rescata en cultivo de lesión S. Pyogenes. Cumple tratamiento con Clindamicina y Ampicilina + gammaglobulina 2g/kg. Requiere 3 ingresos a quirófano para toilette, escarotomía y debridamiento con mejoría clínica y egreso de UTIP a los 13 días. Diagnóstico: shock toxico confirmado a Streptococcus pyogenes.

**Caso 2:** Femenina de 5 años, ingresa con diagnóstico de shock séptico refractario a catecolaminas, fallo multiorgánico y exantema maculo-eritematoso generalizado, requiere soporte ventilatorio y dosis altas de inotrópicos y vasoactivos. PIM2 22,44%. Adjunta hisopado de fauces +S.Pyogenes del día previo. Tratamiento: Clindamicina y Vancomicina + gammaglobulina 2g/kg. Evoluciona favorablemente con descamación y necrosis distal en miembros inferiores, egreso a los 8 días. Diagnóstico: Shock toxico posible a S. pyogenes.

**Discusión:** La búsqueda de terapias adyuvantes en el SST se vio favorecido por la alta mortalidad que presenta, aun con antibioterapia temprana. La gammaglobulina ha sido sugerida debido a su habilidad para neutralizar una amplia variedad de superantígenos y de facilitar la opsonización de antígenos frenando la cascada proinflamatoria. En ambos casos clínicos, el diagnóstico precoz, el manejo adecuado del shock, la antibioterapia combinada con Clindamicina (inhibidor de síntesis proteica) y el uso de gammaglobulina como adyuvante, permitieron la evolución favorable.

**Conclusión:** A pesar de la falta de grandes estudios controlados multicéntricos debido a su baja incidencia, existe suficiente información que soporta el uso de gammaglobulina como inmunoterapia adyuvante en el SST mediado por superantígenos, debido a

su acción de opsonización y neutralización directa de anticuerpos, asociado a antibioterapia temprana y estabilización hemodinámica.



#### 0235 DISFUNCIÓN MÚLTIPLE DE ÓRGANOS SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS GRAVE, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

E MATIJACEVICH, M FUENTE(1), C LATTANZIO(1), M MARINO(1), D VILLANI(1), R VISINTIN(1), J LASSAGA(2), M FRANCO(1), V LEIVA(1), A HERRERA(1), R RODRIGUEZ(1), L LEIT(1)  
(1) Higa San José. (2) Higa San.

**Introducción:** La leptospirosis se considera la zoonosis más frecuente, sobre todo en Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires. Está vinculada a actividades recreativas o laborales en contacto con animales, suelos o agua contaminados, asociados a inundaciones. Afecta mayormente a hombres en edad laboral. La forma anictérica es la más frecuente y el pronóstico es bueno, pero la tasa de letalidad puede alcanzar un 60% en los casos de hemorragia pulmonar.

**Casos clínicos:** El primer caso es un paciente masculino, de 48 años, ex tabaquista, trabaja con carbón. Se presenta con un cuadro clínico de cinco días de evolución, fiebre, hemoptisis, insuficiencia respiratoria, ictericia sin dolor abdominal. Ingres a uti con FMO. Se inicia Vancomicina, meropenem, claritromicina y oseltamivir. Sin respuesta terapéutica y posterior fallecimiento.

El segundo caso es un paciente masculino, de 56 años, enolista, que trabaja embolsando carbón. Se presenta con un cuadro de seis días de evolución, fiebre, artromialgias, hemoptisis, insuficiencia respiratoria, dolor abdominal e ictericia. Evoluciona con SDRA y shock séptico. Se inicia tratamiento con ceftriaxona, claritromicina y Vancomicina, sin respuesta terapéutica, con posterior FMO, y fallecimiento.

En ambos casos los cultivos, serología para HIV, Fiebre Hemorrágica Argentina, H1N1, hantavirus y psitacosis fueron negativos. Los resultados de la serología de leptospirosis fueron recibidos post-mortem.

**Discusión:** La forma de presentación inespecífica de la enfermedad nos obliga a jerarquizar el foco epidemiológico y a la realización de diagnósticos diferenciales con otras enfermedades endémicas. La afección pulmonar grave constituye en nuestro medio una de las causas principales de ingreso a UTI. El tratamiento antibiótico debe ser instaurado en cualquier estadio de la enfermedad. El desarrollo de FMO es de mal pronóstico. Las causas de muerte habitualmente son hemorragia pulmonar, insuficiencia renal, miocarditis y hemorragias graves.

**Conclusión:** Una de las actividades más importantes en el control de la Leptospirosis es el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Esto hace referencia a la gran importancia de la noción de foco epidemiológico y sospecha clínica.

### 0236 FALLO EN LA EXTUBACIÓN Y EL CAMBIO EN EL PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICAMENTE ENFERMO

D TURINA(1), AH GATTARI(2), D TURINA(2), E MONTEVERDE(2), P NEIRA(2)

(1) Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. (2) Hospital Gutiérrez.

**Antecedentes:** El perfil del paciente que recibe ventilación mecánica invasiva (VMI) en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ha cambiado en los últimos años. Esto se refleja en un incremento en la proporción de pacientes con condiciones crónicas complejas (CCC) y en un cambio en los resultados de la VMI (mayor duración y mayor tasa de fallo de la extubación).

**Hipótesis:** El incremento en la tasa de fallo en la extubación y en la duración de la VM se asocian a un aumento en la prevalencia de CCC en la población atendida. La variación en el case-mix justifica estos hallazgos.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de egresos de UCIP registrados en el programa SATIQ en una UCIP polivalente del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez entre 2004 y 2018. Se usaron registros de identificados, por lo cual se exceptuó el requisito de un consentimiento informado.

**Resultados:** Se analizaron registros de 4507 egresos, 2474 de los cuales (54.9%) tuvieron VMI. Los pacientes ventilados tuvieron menor edad: 22 meses (6-85) vs. 45 meses (9-128), la proporción de pacientes con CCC sufrió un incremento significativo en el período: 26.3% (2004) vs. 70.6% (2018), la tasa de fallo en la primera extubación se incrementó significativamente: 10.3% (2004) vs. 14.5% (2018) con un valle entre 2006 y 2014 (4.3%), el fallo en la extubación de acuerdo a la presencia de CCC mostró una tendencia lineal con respecto al número de CCC: 0 (159/2650=6%), 1 (137/1558=8.8%), 2 (28/239=11.7%) y 3 (10/52=19.2%).

El análisis de regresión mostró que la presencia de CCC fue el único factor con una asociación estadísticamente significativa a fallo en la extubación luego de ajustar por PIM2 y año de egreso de UCIP: OR: 1.29 (IC95% 1.1-1.5).

**Conclusiones:** El perfil del paciente que se interna en UCIP fue cambiando en los años analizados y los factores asociados al fallo en la extubación merecen ser revisados a la luz de esta nueva epidemiología.

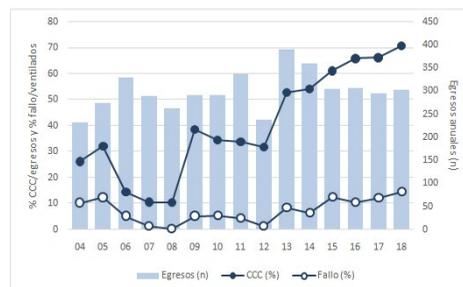
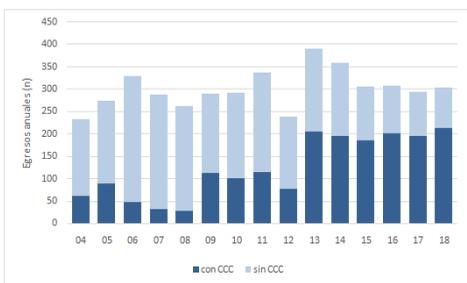


Figura 1 y 2: Se observa, número de egresos entre año 2004 y 2018. La proporción de pacientes con CCC evidencia un aumento significativo en los últimos años que se asocia a un aumento en el porcentaje de fallo de la extubación.

### 0237 FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE FISTULA EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE ESÓFAGO

L AVANZATO(1), V RUIZ(1), V ESPEL(1), A PALERMO(1), M BERDIÑAS(1), J TAMAYO(1), MV PERAZZO(1), V ATENCIO(1), M OLMOS(1), G TUAY(1), L AGUIRRE(1), D VARELA(1), F KLEIN(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Objetivo:** Describir y analizar factores asociados a la aparición de fístula perianastomótica en el postoperatorio de cirugía de esófago.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó todos los pacientes en postoperatorio de cirugía de esófago que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), desde Junio de 2015 a Marzo 2019. Se analizaron aspectos demográficos: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, comorbilidades (HTA, Diabetes, EPOC, Enfermedad coronaria, neoplasia previa y obesidad), uso de vasopresores, Delirium, nueva fibrilación auricular de alta respuesta (nFAARV), fiebre, leucocitosis, hiperlactacidemia, y aparición de fístula perianastomótica. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil según corresponda y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Las variables categóricas se analizaron utilizando la prueba exacta de Fisher, mientras que las variables continuas se compararon utilizando la Prueba U de Mann-Whitney y el test de Student de acuerdo a la homogeneidad de la muestra. Se consideró significativa una  $p \leq 0.05$ . Las variables con  $p \leq 0.05$  se analizaron según su sensibilidad y especificidad con sus respectivos intervalos de confianza, estableciendo su respectivo valor predictivo positivo y negativo para lo que se utilizó el análisis de curvas ROC. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 20 en español.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 48 pacientes cuyas características de detallan en la Tabla 1 y Figura 1.

En 21 (43.7 %) pacientes se observó fístula esofágica apareciendo al día 4 (3-6) \* y las variables asociadas a su aparición se observaron al día 2 (1-3).

**Conclusiones:** Las variables nFAARV, Fiebre, Leucocitosis e Hiperlactacidemia están asociadas significativamente a la aparición de fístula esofágica en el postoperatorio de cirugía esofágica. La aparición de cualquiera de ellas crea un alto índice de sospecha de fístula esofágica permitiendo tomar las medidas necesarias para realizar el diagnóstico precoz de esta entidad.



Figura 1

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	VP	FP	VN	FN	p
FAARV	61.9% (41.4-82.7)	77.8% (62.1-93.5)	68.4% (47.3-89.3)	72.4% (58.4-86.7)	18	0	21	8	0.009
Leucocitosis	76.2% (59.9-94)	70.4% (53.1-87.6)	66.7% (47.8-85.5)	79.2% (63.9-95.4)	16	0	19	3	0.001
Hiperlactacidemia	85.1% (70.3-100.7)	70.4% (53.1-87.6)	68.2% (51.5-84.7)	84.9% (70-100.7)	18	0	19	3	0.001
Fiebre	61.9% (41.4-82.7)	88.9% (77-100.3)	81.2% (62.1-100.4)	78.1% (60-90)	13	2	24	8	0.002

VP: Verdadero Positivo. VN: Verdadero Negativo. VPP: Valor predictivo positivo.  
 FP: Falso Positivo. FN: Falso Negativo. VPN: Valor predictivo negativo.

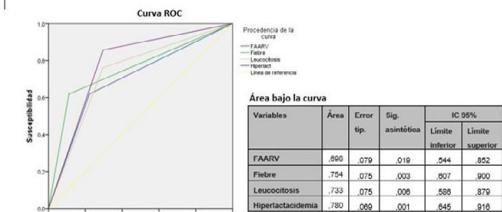


Tabla 1

	Con Fistula Esofágica	Sin Fistula Esofágica	p	RR (IC95%)
n	21	27		
Edad	63 (7.9)	61 (10.2)	0.74	
Sexo Masculino	19 (90.5%)	22 (81.4%)	0.23	
APACHE II	12 (11.15)	11.5 (5.99)	0.32	
SAPS II	24.14 (6.10)	21.11 (12.14)	0.12	
Días de UTI *	10 (2-18)	4 (1.5-6)	0.001	
Días de ARM *	2 (6-12)	1 (0-1)	0.002	
Mortalidad	5 (23.8%)	0	0.038	
Comorbilidades				
HTA	13 (61.9%)	15 (55.6%)	0.66	
Diabetes	4 (19.1%)	3 (11.1%)	0.44	
EPOC - TBQ	11 (52.4%)	10 (37%)	0.22	
Enf. coronaria	3 (14.3%)	5 (18.5%)	0.69	
Enf. Oncológica Previa	2 (9.5%)	2 (7.4%)	0.79	
Obesidad	3 (14.3%)	2 (7.4%)	0.44	
Variables pre fistula esofágica*				
Vasopresores	5 (23.8%)	3 (11%)	0.11	2.14 (0.69-6.6)
Delirium	5 (23.8%)	2 (7.4%)	0.24	3.21 (0.88-11.7)
Leucocitosis	Incidencia 16 (76.2%)	8 (29.6%)	0.001	3.2 (1.74-5.9)
	Día de aparición* 3 (2-4)	2 (1-2)	0.35	
Hiperlactacidemia	Incidencia 18 (85.7%)	8 (29.6%)	0.001	5.1 (2.49-10.34)
	Día de aparición* 2 (2-3)	2 (1.75-2)	0.54	
nFAARV	Incidencia 13 (61.9%)	6 (22.2%)	0.006	2.48 (1.39-4.44)
	Día de aparición* 2 (0.75-3)	2 (1-2.25)	0.88	
Fiebre	Incidencia 13 (61.9%)	3 (11%)	0.001	3.25 (1.82-5.77)
	Día de aparición* 2 (1-4)	2 (2-2.5)	0.79	

\*Se presentan como mediana y rango intercuartil

### 0238 DELIRIUM SUBSINDROMÁTICO Y SUS EFECTOS EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA

J TAMAYO(1), V RUIZ(1), V ESPEL(1), A PALERMO(1), M BERDIÑAS(1), L AVANZATO(1), MV PERAZZO(1), V ATENCIO(1), M OLMOS(1), G TUAY(1), L AGUIRRE(1), D VARELA(1), F KLEIN(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Objetivo:** Analizar el impacto clínico de los pacientes que presentan Delirium Subsindrómico (DSS), comparado con los pacientes sin con Delirium (CAM-ICU +), internados en Terapia intensiva (UTI).

**Materiales y métodos:** Estudio de casos y controles, observacional que incluyó casos de pacientes mayores de 18 años, ingresados a la UTI del 01/01/2018 hasta el 31/04/2019, con criterios de DSS, (CAM-ICU negativo con alguno de los síntomas de la escala de Intensive Care Delirium Screening Checklist-ICDSC). Utilizamos como controles dos muestras aleatorias de una base de datos, con y sin Delirium. Se incluyeron tanto pacientes clínicos como quirúrgicos. Para su análisis se definieron 3 grupos de pacientes. Grupo 1: sin delirium, Grupo 2: DSS, Grupo 3: con Delirium. Las variables analizadas fueron edad, sexo, APACHE II, SAPS II, mortalidad, estancia en UTI, requerimientos y duración de ARM, vasopresores, analgesia, incidencia de infecciones y falla renal aguda; además de los síntomas de DSS. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desvío estándar y las cualitativas como frecuencia y porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó ANOVA para variables cuantitativas y Chi-Cuadrado múltiple para las cualitativas, tomándose como significativa una  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 180 pacientes, de los cuales 36 correspondieron a DSS y 72 con Delirium y 72 sin Delirium. Los datos se expresan en la Tabla 1 y en la Figura 1.

**Conclusión:** La mortalidad en el grupo DSS y Delirium fue mayor que en aquellos pacientes sin Delirium observándose también una

mayor estadía en UTI, uso de ventilación mecánica, vasopresores, analgesia, infecciones, transfusiones y fallo renal agudo. La comparación entre los grupos DSS y Delirium mostró similitudes en las variables estudiadas, aunque con una diferencia significativa en la mortalidad.

Figura 1

	DSS	Con DELIRIUM	p	Síntomas de DSS	n (%)
n	36	72		Desorientación	22 (61.1%)
Edad	63.6 (10.6)	60.5 (17.1)	0.11	Alteración de la percepción	15 (41.7%)
Sexo	24 (66.7%)	46 (63.9%)	0.77	Fluctuación de los síntomas	13 (36.1%)
Apache II	19.5 (7.4)	18.4 (8.8)	0.22	Alteraciones motoras/psicomotriz	11 (30.6%)
SAPS II	43.1 (14.8)	40.6 (17.1)	0.79	Lenguaje o modo inapropiado	11 (30.6%)
Mortalidad	3 (8.3%)	18 (25%)	0.008	Alteración del ritmo sueño vigilia	11 (30.6%)
Estadía en UTI	13.9 (12.2)	17 (24)	0.14	Estado de ánimo inapropiado	8 (22.2%)
Tipo de admisión	Clinico 17 (47.2%)	34 (47%)	1	Labilidad afectiva	5 (13.9%)
	Quirúrgico 19 (52.8%)	38 (52.8%)	1	Inatención	4 (11.1%)
ARM	23 (63.9%)	48 (66.7%)	0.77	Alteración de la conciencia	3 (8.3%)
Días de ARM	8.6 (9.3)	14.9 (27.4)	0.10	Pensamiento desorganizado	2 (5.6%)
Traqueostomía	4 (11.4%)	7 (14.6%)	0.82		
Sedación	23 (63.9%)	40 (55.6%)	0.41		
Analgesia	21 (58.3%)	45 (62.5%)	0.67		
Infecciones	18 (50%)	35 (48.6%)	0.89		
Vasopresores	20 (55.6%)	38 (52.8%)	0.78		
Transfusiones	14 (38.9%)	28 (38.9%)	1		
Fallo renal Agudo	7 (19.4%)	19 (26.4%)	0.43		

Tabla 1

	TOTAL	Sin DELIRIUM	DSS	Con DELIRIUM	p
n	180	72	36	72	
Edad	58.6 (16.6)	54.3 (17.5)	63.6 (10.6)	60.5 (17.1)	0.009
Sexo masculino	107 (59.4%)	37 (51.4%)	24 (66.7%)	46 (63.9%)	0.14
Apache II	17.5 (17)	12.9 (8.5)	19.5 (7.4)	18.4 (8.8)	0.002
SAPS II	37 (17.8)	30.3 (17.9)	43.1 (14.8)	40.6 (17.1)	0.00
Mortalidad	25 (13.9%)	1 (5.6%)	3 (8.3%)	18 (25%)	0.002
Estadía en UTI	11.8 (18.1)	5.6 (10.3)	13.9 (12.2)	17 (24)	0.00
Tipo de admisión	Clinico 75 (41.7%)	24 (33.3%)	17 (47.2%)	34 (47%)	0.18
	Quirúrgico 105 (58.3%)	48 (66.7%)	19 (52.8%)	38 (52.8%)	0.18
ARM	85 (47.2%)	14 (19.4%)	23 (63.9%)	48 (66.7%)	0.00
Días de ARM	11.6 (22.2)	3.8 (4.2)	8.6 (9.3)	14.9 (27.4)	0.211
Traqueostomía	12 (14.1%)	0	4 (11.4%)	7 (14.6%)	0.26
Sedación	72 (40%)	9 (12.5%)	23 (63.9%)	40 (55.6%)	0.00
Analgesia	85 (47.2%)	19 (26.4%)	21 (58.3%)	45 (62.5%)	0.00
Infecciones	62 (34.4%)	9 (12.5%)	18 (50%)	35 (48.6%)	0.00
Vasopresores	75 (41.7%)	17 (23.6%)	20 (55.6%)	38 (52.8%)	0.00
Transfusiones	52 (28.9%)	10 (13.9%)	14 (38.9%)	28 (38.9%)	0.01
Fallo renal Agudo	32 (17.8%)	6 (8.3%)	7 (19.4%)	19 (26.4%)	0.017

### 0239 USO DE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA SEGÚN INMUNOCOMPETENCIA

V ATENCIO(1), V RUIZ(1), V ESPEL(1), A PALERMO(1), M BERDIÑAS(1), L AVANZATO(1), J TAMAYO(1), MV PERAZZO(1), M OLMOS(1), G TUAY(1), L AGUIRRE(1), D VARELA(1), F KLEIN(1)

(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Objetivo:** El objetivo primario fue analizar el uso de los métodos diagnósticos invasivos utilizados para llegar al diagnóstico etiológico de pacientes con presunción de neumonía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) teniendo en cuenta su condición de inmunosupresión. El objetivo secundario fue analizar las características clínicas de esta población.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y observacional, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI desde Junio del 2015 hasta Mayo del 2018, con diagnóstico presuntivo de neumonía. Para su análisis se dividió a los pacientes en Inmunocompetentes (Grupo 1) e Inmunosuprimidos (Grupo 2). Para el análisis se tuvo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, mortalidad, estancia en UCI, requerimiento de vasopresores, transfusión de hemoderivados, asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVM), insuficiencia renal aguda, mortalidad y sus comorbilidades (dislipemia, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria, insuficiencia renal crónica, y enfermedad respiratoria crónica). Los métodos diagnósticos invasivos analizados fueron: lavado bronquioalveolar (BAL), biopsia transbronquial (BTB) y biopsia por videotoracosocopia (VATs). Los resultados se expresan como media, desvío estándar y mediana, rango intercuartil para variables continuas y como frecuencia y porcentaje para las categóricas. Se realizó análisis estadístico utilizando el chiCuadrado o Test de Fisher según corresponda en variables categóricas y test de Student o test de Mann Whitney para las variables continuas según corresponda, tomándose como significativa una  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 131 pacientes, cuyas características se detallan en la tabla 1 y figura 2.

**Conclusión:** El BAL fue el método invasivo más utilizado en pacientes inmunosuprimidos sin mayor redito diagnóstico comparado con los inmunocompetentes. Cuando con el BAL no se llegó a un diagnóstico, la comparación de los resultados obtenidos con la utilización de BTB o biopsia por VATs no permitió sugerir el uso de uno sobre el otro. En nuestra población, los pacientes inmunocomprometidos fueron más jóvenes, presentaron una mayor severidad al ingreso con un mayor requerimiento de vasopresores y AVM. A pesar de las limitaciones en el tamaño de la muestra, no observamos diferencias significativas en la mortalidad entre los grupos.

Figura 1

RESGATES MICROBIOLÓGICOS	n° (%)	Muestreo	Inmunocompetentes	Inmunosuprimidos	p
<b>Inmunocompetentes</b>		<b>BTB Diagnóstica</b>	2/9 (22%)	9/24 (37.5%)	0,24
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4 (15,4%)	Neumonía	0	7	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3 (11,5%)	Rechazo	0	2	
<i>Staphylococcus aureus</i> MS	3 (11,5%)	Neoplasia	2	0	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2 (7,7%)	Tejido Inflamatorio	5	15	
<i>Staphylococcus aureus</i>	2 (7,7%)	Sin Diagnóstico	2	0	
Influenza B	2 (7,7%)	<b>VATs Diagnóstica</b>	3/3 (60%)	8/18 (44,4%)	0,32
Otros	1 (3,8%)	Neumonía	1	8	
<b>Inmunosuprimidos</b>		Rechazo	0	0	
<b>Bacterias</b>		Neoplasia	2	0	
<i>Pseudomonas</i> sp.	21 (17,2%)	Tejido Inflamatorio	0	0	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	16 (13,1%)	Sin Diagnóstico	2	10	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	13 (10,7%)				
<i>Acinetobacter baumannii</i>	6 (4,9%)				
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	6 (4,9%)				
<i>Staphylococcus aureus</i>	5 (4,1%)				
<i>Escherichia coli</i>	5 (4,1%)				
<i>Haemophilus influenzae</i>	5 (4,1%)				
<i>Corynebacterium</i>	4 (3,3%)				
<i>Novcardia</i>	2 (1,6%)				
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	2 (1,6%)				
Otros	1 (0,8%)				
<b>Hongos</b>					
<i>Aspergillus</i> sp.	9 (7,4%)				
<i>Candida</i>	5 (4,1%)				
<i>Histoplasma</i>	1 (0,8%)				
<b>Virus</b>					
Rhinovirus	2 (1,6%)				
Cytomegalovirus	1 (0,8%)				
Coronavirus	1 (0,8%)				

Tabla 1

	Total	Inmunocompetentes	Inmunosuprimidos	p
n°	131	39	92	
Edad	55 (17,5)	63,7 (18,1)	51,3 (15,9)	0,000
Hombres	79 (60,3)	20 (51,3)	59 (64,1)	0,238
APACHE II	19,6 (8,5)	16,5 (7,6)	20,9 (8,5)	0,006
SAPS II	39,9 (16,3)	39,1 (16)	40,2 (16,4)	0,720
Estadía en UCI	18,4 (10-41)	26,5 (9,5-63)	17 (10-36)	0,960
Mortalidad a los 28 días	27 (20,6)	9 (23,1)	18 (19,6)	0,800
Mortalidad a los 90 días	45 (34,3)	15 (38)	30 (32,6)	0,300
Requerimiento de ARM	72 (55)	17 (43,6)	55 (59,8)	0,131
Días de ARM	9 (4-22)	15,5 (4-35,5)	8 (4-21)	0,190
Requerimiento de Vasopresores	58 (44,3)	13 (33,3)	45 (48,9)	0,100
Días de Vasopresores	7,7 (9,1)	12,9 (15,2)	6,2 (5,8)	0,000
Transfusiones de Hemoderivados	5,4 (8)	4,4 (3)	5,7 (9)	0,380
Insuficiencia Renal Aguda	29 (22,1)	8 (20,5)	21 (22,8)	0,950
<b>Métodos Diagnósticos Invasivos</b>				
BAL	109 (83,2)	22 (56,4)	87 (94,6)	<0,001
Rescates Microbiológicos	69 (52,7)	11 (28,2)	58 (63)	0,051
BTB	33 (25,2)	9 (23,1)	24 (26,1)	0,886
VATs	23 (17,6)	5 (12,8)	18 (19,6)	0,499
<b>Antecedentes Personales</b>				
Dislipemia	29 (22,1)	13 (33,3)	16 (17,4)	0,070
Hipertensión Arterial	59 (45)	25 (64,1)	34 (37)	0,008
Diabetes	30 (22,9)	11 (28,2)	19 (20,7)	0,476
Enfermedad Cardiovascular	39 (29,8)	18 (46,2)	21 (22,8)	0,007
Accidente Cerebro-Vascular	4 (3,1)	1 (2,6)	3 (3,3)	0,832
Insuficiencia Respiratoria Crónica	56 (42,7)	17 (43,6)	39 (42,4)	0,940
Insuficiencia Renal Crónica	19 (14,5)	1 (2,6)	18 (19,6)	0,011
Insuficiencia Hepática	10 (7,6)	1 (2,6)	9 (9,8)	0,154

## 0240 MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA EN PACIENTE ADULTO

CV BENITEZ, M MOLINA(1), J MENDEZ(1), R VILLEGAS(1), V ALDANA(1), D JALILE(1), R HERNÁNDEZ(1), N BALBUENA(1), C ORLANDI(1)  
(1) Francisco López Lima.

**Introducción:** Miocardiopatía No Compactada (MNC) tiene baja prevalencia. Se caracteriza por múltiples trabeculaciones en ventrículo izquierdo (VI). Puede cursar de forma asintomática o presentarse con muerte súbita. El tratamiento va dirigido al control de síntomas, prevención de complicaciones y evaluación pretransplante.

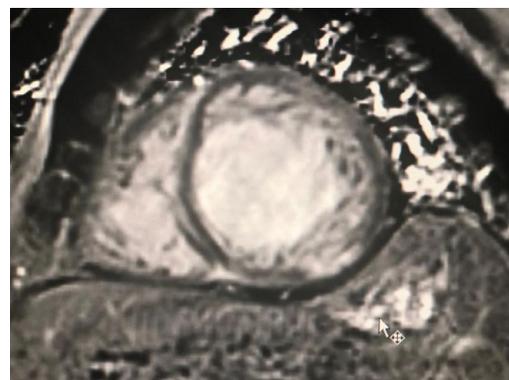
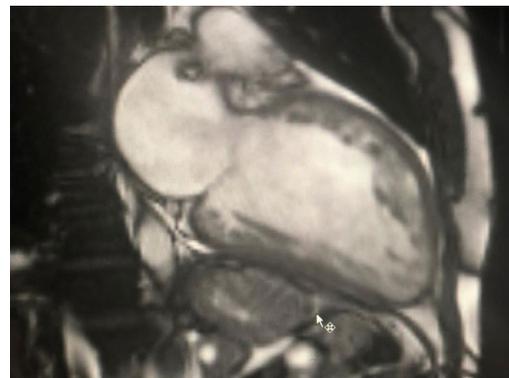
**Caso clínico:** Varón de 54 años, sin antecedentes. Ingresó por dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, ictericia, astenia y disnea. Intercurre con taquiarritmia supraventricular (TSP) y dolor precordial atípico con BCRI, enzimas cardíacas negativas, hipotensión arterial, cianosis y mala perfusión periférica. Se interpreta como síndrome

de bajo gasto cardíaco. Ingresó a UCI. Se inicia infusión de dobutamina que se suspende por fibrilación auricular (FA) de alto pasaje ventricular. Ecocardiograma transtorácico (ETT): Hipertrofia excéntrica del VI, aumento de trabéculas miocárdicas a predominio lateral y posterior que hace sospechar MNC; deterioro severo de la función sistólica (FS) del VI, hipocinesia global, FEy 23%, movimiento anómalo del septum e hipertensión pulmonar. Se solicita resonancia magnética (RM).

**Evolución:** Mejoría clínica y ritmo sinusal. RM severa dilatación del VI, deterioro severo de la FS, acentuación de trabeculaciones en VI predominio anterior, lateral e inferior-apical, relación de miocardio no compactado/miocardio compactado 3,4, se confirma MNC. Se ajusta medicación para insuficiencia cardíaca (IC) y anticoagulación; se inicia trámites para cardiodesfibrilador-resincronizador implantable (CDI) más evaluación pretransplante. Cinecoronariografía normal.

**Discusión:** La MNC se caracteriza por hipertrabeculaciones del VI. Se presenta como cuadros asintomáticos, IC, arritmias, tromboembolismo hasta muerte súbita. Suele acompañarse de hallazgos electrocardiográficos inespecíficos como FA, TSV y bloqueos de rama. Su sospecha diagnóstica es por clínica y ecocardiograma, siendo la RM uno de los métodos confirmatorios. Los diagnósticos diferenciales son: miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, inserción anómala de músculos papilares, entre otras. El tratamiento es sintomático, prevención de eventos tromboembólicos, implante de CDI, monitoreos con Holter y evaluación pretransplante. Puede asociarse a otras enfermedades neuromusculares y metabólicas.

**Conclusión:** La MNC tiene alta morbi-mortalidad; debe sospecharse en IC de etiología desconocida. El tratamiento es sintomático y prevención de complicaciones. Pronóstico relacionado con gravedad de la IC, presencia de eventos tromboembólicos y arritmias, siendo peores los casos con mayor área no compactada. Se recomienda screening de familiares directos.



### 0241 SÍNDROME CORONARIO AGUDO ASOCIADO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA

C DOMINGUEZ(1), V CHEDIACK(1), P SAUL(1), R GREGORI SABELLI(1), M RODRIGUEZ LLANOS(1), E CORTEZ(1), A GARRAY(1), C CAINZO(1), F GIL ZBINDEN(1), P MARTIN(1), P VELASQUEZ LOPEZ(1), E CUNTO(1)  
(1) De Infecciosas F J Muñiz.

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio, complicación poco frecuente de endocarditis infecciosa (EI). Aparece durante las primeras semanas, más frecuente con compromiso de válvula aórtica sobre todo si hay insuficiencia valvular severa y absceso del anillo. Puede ser secundario a embolia séptica, compresión por absceso o accidente de placa aterosclerótica. Presentamos un paciente con infarto agudo de miocardio en EI de válvula nativa aórtica.

**Caso clínico:** Hombre, 40 años, tabaquista. Presenta fiebre de 10 días de evolución, recibió tratamiento con amoxicilina-clavulánico por una semana sin mejoría, se interna con soplo sistólico aórtico 2/6, tos con expectoración mucosa y leucocitosis: 16.800/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 85%), hematocrito 34%, hemoglobina 11 g/dl y eritrosedimentación 80 mm. Ecocardiograma transtorácico con estenosis aórtica moderada (área 1.12 cm<sup>2</sup>), válvula aórtica bicúspide, imagen compatible con vegetación. Tratamiento: vancomicina y ceftriaxona. Evoluciona (6° día) con fiebre, dolor precordial típico 10/10 y sudoración profusa, ingresando a cuidados intensivos, electrocardiograma con supradesnivel del segmento ST en cara anterior y lateral alta, troponina I: 5.77ng/ml. Segundo ecocardiograma: hipokinésia lateroseptal e inferoapical. La cinecoronariografía a 3 horas del evento mostro oclusión de arteria descendente anterior, sin angioplastia por ausencia de enfermedad aterosclerótica. A las 12 h presenta signos de insuficiencia cardíaca, se realiza ecocardiograma transesofágico mostrando vegetación de 6 mm, móvil, absceso del anillo. Derivación a centro de mayor complejidad, decidiéndose drenaje del absceso y reemplazo valvular. Evoluciona afebril, mejoría clínica. Hemocultivos y cultivo de válvula negativos. Alta hospitalaria.

**Discusión:** Infarto agudo de miocardio con supra desnivel del ST asociado a EI tiene una incidencia menor al 1%, siendo más frecuente cuando es válvula aórtica. Complicación grave con elevada mortalidad. La realización de cinecoronariografía, angioplastia y trombólisis son controvertidos por el riesgo de embolización en los 2 primeros y sangrado en encéfalo en el último. El tratamiento recomendado en complicaciones perianulares es la cirugía sin cinecoronariografía y la angioplastia coronaria percutánea si no existe dicha complicación.

**Conclusión:** Presentamos el caso con una complicación poco frecuente asociada a EI y de difícil manejo por tener un mecanismo diferente al típico presentado en el síndrome coronario agudo secundario a accidente de placa, que plantea un manejo distinto en ésta patología.

### 0242 COMPORTAMIENTO DE LA IMPEDANCIA PULMONAR AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE DOS MÉTODOS DE DESTETE EN PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO: A PRÓPOSITO DE UN CASO

J ROBLES(1), D SEMINO YURKOVICH(1), N BIANCHINI(1), A ACOSTA(1), M MANAGÓ(1), C LOVESIO(1)  
(1) Sanatorio Parque.

**Introducción:** La oxigenoterapia de alto flujo administrada a través de cánulas nasales mejora la oxigenación, disminuye el trabajo respiratorio y genera efecto PEEP en pacientes críticos. Poco se sabe de los efectos fisiológicos de la terapia de oxígeno de alto flujo aplicada a través de cánula de traqueotomía.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 55 años cursando internación por neumonía. Antecedente de relevancia Linfoma No Hodgkin. Al ingreso a la unidad de cuidados críticos requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) por falla respiratoria hi-

poxémica. Presentó como intercurencia neumotórax grado 3 que resolvió con tubo de avenamiento pleural. Por destete dificultoso al día 7 de ARM se realizó traqueotomía. Se comenzó el destete con prueba de respiración espontánea (PRE) en TT presentando aumento del trabajo respiratorio con caída abrupta de la oxigenación, por lo cual se decidió colocar dispositivo de Tomografía de Impedancia Eléctrica para evaluar el comportamiento de los volúmenes pulmonares. Posteriormente, se realizó una PRE en pieza en T con oxígeno a 5 l/m con monitoreo del ΔEELI a los 6 minutos (Figura 1); luego se colocó Terapia de Alto Flujo de Oxígeno a través de la traqueotomía con flujo de 50 litros/minutos, FIO<sub>2</sub> de 50% y temperatura 33°C con control del ΔEELI a los 6 minutos (Figura 2). Durante las dos técnicas se evidenció una caída drástica del ΔEELI global y regional con cambios negativos en la oxigenación. Por lo tanto, se atribuyó la caída de la oxigenación a la gran pérdida de volumen pulmonar, por lo cual se decidió continuar con destete en modo presión de soporte.

**Conclusión:** En nuestro paciente traqueotomizado con alto riesgo de fracaso del destete, la oxigenoterapia de alto flujo no mejoró el trabajo respiratorio y el intercambio de gases en comparación con la prueba convencional de TT con oxigenoterapia. Si bien, existió menos cambios de impedancia pulmonar al final de la espiración con la terapia de alto flujo, este sistema en dicha población parece generar un escaso efecto PEEP.



### 0243 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMO AGENTE CAUSAL DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA, EN PACIENTE EMBARAZADA, INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE CASO

C LATTANZIO, M FUENTE(1), M MARINO(1), D VILLANI(1), E MATIJACEVICH(1), M FRANCO(1), V LEIVA(1), R RODRIGUEZ(1), A HERRERA, J LASSAGA, R VISINTIN, L LEIT  
(1) Higa San Jose.

**Introducción:** La tuberculosis (TBC) es un problema sanitario que afecta mayormente a la población joven y activa en edad productiva. La tasa global es del 26 % por cada 100.000 habitantes. En 2017 hubo 706 muertes por TBC, siendo más frecuentes en varones. El 85% fueron de localización pulmonar y el resto extrapulmonar. Las formas de presentación grave son infrecuentes y rara vez causan la muerte en pacientes inmunocompetentes, no así en inmunocomprometidos. El embarazo en sí mismo no predispone a la

enfermedad o progresión de la misma, pero influye en el correcto diagnóstico y oportuno tratamiento.

**Caso clínico:** Paciente de 19 años, cursando 16,3 semanas de gestación, inmunocompetente, mal controlada, que cursa internación en sala de maternidad por astenia, disfagia y pérdida de peso. Evoluciona con SDRA ingresando a UTI con requerimiento de ARM. Se realiza TC de tórax, donde se observan infiltrados alvéolo-intersticiales bilaterales con adenomegalias cervicales y en mediastino. Se toman muestras de hemocultivos x 2, urocultivo, hisopado H1N1, aspirado traqueal y lavado bronquioalveolar. Se comienza antibioticoterapia empírica. A las 24hs se recibe informe de Aspirado Traqueal y Lavado bronquioalveolar +++ para BAAR, y se comienza con drogas antituberculosas. La paciente evoluciona con shock y posterior FMO y fallece al 7° día de internación. La unidad feto-placentaria se envía a anatomía patológica donde se describe un cuadro compatible con la extensión placentaria de la infección aguda materna por micobacterias.

**Discusión:** El embarazo se comporta como un factor de riesgo para el curso desfavorable de la enfermedad, principalmente por la demora en la indicación del examen radiológico y el inicio del tratamiento correcto. En estas pacientes no se justifica la interrupción del embarazo ya que se demostró que el curso de la enfermedad es igual o incluso peor postaborto.

**Conclusión:** La TBC es la principal causa infecciosa de muerte en el mundo. Las razones más comunes de admisión de pacientes con TBC a UTI son SDRA, FMO y falla renal aguda. La sospecha clínica de la enfermedad constituye la base dentro de los diagnósticos diferenciales, principalmente en nuestro medio, en aquellos pacientes con esta presentación de origen no claro.

#### 0244 EVALUACIÓN ANUAL DE TRAQUEOSTOMÍAS PERCUTÁNEAS REALIZADAS POR RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA BAJO SUPERVISIÓN

D LÓPEZ CAMPOS(1), B LUCIANO(1), D NOVAES(1), G JACOB(1), F MONTERO(1), A CÁCERES(1), Y AMOROSO(1), F AMIEVA(1), F FURIASSE(1), C COZZANI(1), E BRAÑA(1), G RAMOS(1), V PICOLLIA(1), M TORRES BODEN(1)  
(1) Cosme Argerich.

**Introducción:** La traqueostomía surge en la UTI como un procedimiento necesario en aquellos pacientes con ventilación mecánica prolongada. El abordaje percutáneo es útil y práctico, ya que permite realizarlas dentro del servicio, según técnica de los médicos terapeutas, reduciendo los tiempos de espera y los resultados.

**Objetivo:** evaluar la realización de traqueostomías por parte de los médicos residentes bajo supervisión, cuantificar complicaciones y el uso de analgesedación en cada procedimiento.

**Materiales y métodos:** Se realizó un seguimiento prospectivo durante 1 año, de las traqueostomías percutáneas realizadas por residentes de la unidad, bajo supervisión de médicos de planta. Se excluyeron las traqueostomías realizadas por médicos no residentes. Cada procedimiento fue clasificado en forma dicotómica como Intento Exitoso o Intento Fallido según si se logra o no la realización del mismo. Se recolectó información sobre cantidad de procedimientos, complicaciones, dosis de analgesedación y mortalidad.

**Resultados:** Durante 1 año se realizaron 46 traqueostomías, 43 (93%) fueron exitosas. Del total, 19 presentaron complicaciones menores (41%) y 1 (2.17%) complicaciones severas (hemorragia de vía aérea). El analgésico utilizado fue Fentanilo, su dosis promedio fue 375 ug. El sedante utilizado fue Midazolam en 11 pacientes (24%), dosis promedio de 15 mg y Propofol en 32 pacientes (69%), dosis promedio de 2,30 mg/kg, en 3 pacientes se utilizó una combinación de Midazolam y Propofol (7%). En 34 pacientes se utilizó bloqueantes neuromusculares, Atracurio con una dosis promedio de 100 mg. La complicación más frecuente fue hipotensión arterial (23%). La misma se presentó en 8 pacientes (72%) asociada a la sedación con Propofol, en 2 pacientes (18%) con Propofol + Mi-

dazolam y en 1 paciente con Midazolam (10%). La mortalidad de pacientes traqueostomizados dentro del servicio fue 50%.

**Conclusiones:** Concluimos que este procedimiento puede ser realizado en forma segura por médicos residentes supervisados en forma continua. Su tasa de éxito es alta. La mayoría de las complicaciones fueron menores, con una rápida resolución. Hemos visto una asociación entre la presencia de hipotensión arterial y el uso de sedación con Propofol. La mortalidad es la esperada según la bibliografía.

#### 0245 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO DEL ADULTO SECUNDARIO A LEPTOSPIROSIS

G CABRERA(1), Y AYALA(1), S DI STEFANO(1), M LAS HERAS(1), M GARBARINI(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** El síndrome de distres respiratorio del adulto (SDRA) es causado por más de 60 entidades diferentes, con una mortalidad variable del 30 al 50%. Dentro de las múltiples etiologías, puede estar asociado a enfermedades como la leptospirosis, se presenta en zonas urbanas y rurales de climas tropicales, con una tasa de mortalidad anual de 0,84 por cada 100.000 personas a nivel mundial. Presentamos un caso de SDRA grave secundario a infección sistémica por leptospirosis.

**Caso clínico:** Varón de 22 años, sin comorbilidades, consulta por una semana de evolución de mialgias, cefalea, artralgias, sumando fiebre, vómitos y dolor abdominal en las últimas 48 horas. Antecedente de contacto con agua estancada en una inundación. Evoluciona con mala mecánica respiratoria, requerimiento de asistencia ventilatoria y falla multiorgánica (renal, hemodinámica, hepática y hematológica). Radiografía de tórax con infiltrados alveolo intersticiales difusos parcheados bilaterales. Fibrobroncoscopia que muestra hemorragia alveolar y cambios inflamatorios. Ante sospecha de infecciones virales hemorrágicas, se solicitan serologías para malaria, dengue, chikungunya, hantavirus y leptospirosis. Evoluciona con hipoxemia refractaria, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 95 mmHg, se realiza ventilación protectora, sedación profunda, bloqueo neuromuscular, interpretándose como SDRA severo refractario, se decide pronación, con posterior mejoría progresiva y desvinculación de la asistencia ventilatoria mecánica al día 7. Cumple tratamiento antibiótico con ceftriaxona.

Mediante test de microaglutinación con antígenos vivos (MAT) se confirma leptospirosis. Buena evolución clínica, egreso hospitalario al día 15 de internación

**Discusión:** El SDRA causado por leptospirosis tiene mejor pronóstico que el originado por otras etiologías. La mortalidad es mayor cuando se presenta como síndrome de Weil. El diagnóstico definitivo se realiza mediante identificación de leptospirosis, ya sea por cultivo o por tinción inmunohistoquímica, la serología también se puede realizar usando MAT o detección IgM, sin embargo los resultados de estos últimos pueden tardar semanas.

**Conclusión:** En pacientes críticos en presencia de SDRA, asociado a hemorragia alveolar difusa, hepatitis ictericia, insuficiencia renal y antecedentes de exposición con agua contaminada o animales, la sospecha de leptospirosis debería ser altamente considerada y el tratamiento antibiótico temprano no debe ser retrasado hasta la confirmación con pruebas diagnósticas.

#### 0246 EVALUACIÓN DEL USO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES IMPREGNADOS CON ANTISÉPTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

MV PERAZZO(1), MV ATENCIO VARGA(1), L AVANZATO(1), JL TAMAYO ORTIZ(1), V RUIZ(1), A PALERMO INSUA(1), VDC DIAZ ESPEL(1), M BERDIÑAS ANFUSO(1), G TUHAY(1), D VARELA(1), L AGUIRRE(1), F KLEIN(1)  
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

**Introducción:** El uso de catéteres venosos centrales implica un aumento de la morbilidad asociado a las complicaciones infecciosas y

de los costos de atención durante la internación. Se planteó el estudio a fin de evaluar el uso de catéteres intravasculares impregnados con antisépticos (CIAS) interna y externamente con clohexidina más sulfadiazina de plata. Se registró la incidencia de complicaciones infecciosas asociadas a su uso, definiendo como complicaciones a las bacteriemias asociadas a catéter y las colonizaciones de los mismos.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron los catéteres colocados en UTI entre las fechas 01/06/2018 y 30/03/2019 con permanencia estimada de 4 o más días, en pacientes con APACHE II mayor a 10.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, randomizado de doble brazo en un único centro, tras la colocación de CIAS y catéteres sin antisépticos (CSA). Se evaluaron las características clínicas, demográficas, factores de riesgo analizándose la incidencia de colonizaciones y bacteriemias asociadas a catéter en los 2 grupos estudiados.

Se solicitó consentimiento informado a las familias de los pacientes para la utilización de sus datos.

Las variables cuantitativas fueron evaluadas mediante T-Test y las categóricas mediante Test de Fisher.

**Resultados:** Se analizaron 27 CSA y 28 CIAS. (Se adjunta tabla de resultados).

Se constató 1 bacteriemia asociada a catéter en el grupo CSA y ninguna en el grupo de CIAS. Asimismo se constataron 3 colonizaciones en los CIAS en comparación con 2 en los CSA. No se encontró diferencia estadística significativa entre ambos grupos.

Tampoco se encontró significancia estadística entre ambas poblaciones en los parámetros de estadía hospitalaria y morbimortalidad. De las 3 colonizaciones de los CIAS 2 fueron por *Candida sp.* y 1 por *E. coli*.

**Conclusiones:** 1) Las colonizaciones de los CIAS fueron principalmente relacionadas a Bacilos Gram negativos o fúngicas.

2) En la muestra analizada los CIAS presentaron menos bacteriemias asociada a catéter, pero con mayor colonización de los mismos sin significancia estadística.

VARIABLE	CATETERES IMPREGNADOS CON ANTISEPTICOS (CIAS)	CATETERES COMUNES (CSA)	P	Prueba
CATETER (n)	28	27		
BACTERIEMIA (total)	0	1	0,49	Fisher
COLONIZACION	3	2	1	Fisher
INFECCION CADA 1000 DIAS DE CATETER	0	4,8		
COLONIZACION CADA 1000 DIAS DE CATETER	11,5	0,6		
EDAD (media)	61,6 (DE 18,81)	56,85 (DE 15,20)	0,31	T-test
SEXO				
Mujer	10 (36%)	9	1	Fisher
Hombre	18 (65%)	18	1	Fisher
COMORBILIDADES				
Diabetes	7 (25,9%)	6 (21,43%)	1	Fisher
Inmunosupresión	3 (11,11%)	7 (25%)	0,17	Fisher
I. Cardíaca	11 (40,74%)	12 (42,86%)	0,78	Fisher
I. Respiratoria	7 (25,92%)	5 (17,86%)	0,74	Fisher
I. Renal	5 (18,51%)	9 (32,14%)	0,22	Fisher
I. Hepática	8 (29,03%)	5 (17,86%)	0,52	Fisher
APACHE (media)	22,2 (DE 8,05)	21,48 (DE 5,76)	0,7	T-test
MORTALIDAD	14 (0,5%)	7 (0,26%)	0,09	Fisher
DIAS DE CATETER (media)	9,2 (DE 5,01)	7,7 (DE 4,75)	0,39	T-test
TOTAL DE DIAS DE CATETER	260	208		

### 0247 VALORACION ULTRASONOGRAFICA DE LA RESPUESTA A FLUIDOS EN PACIENTES CRITICOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

N CANO(1), L SEOANE(1), A PIÑEIRO(1), M DIANA MENENDEZ(1), A RUGGIERO(2), L BOURNISSEN(1), C NORIEGA(1), A MARTINELLI(1), B QUIROGA(1), M RODRIGUEZ(1)  
 (1) Austral. (2) Asutral.

**Introducción:** El uso de la ultrasonografía en pacientes hipovolémicos o con diagnóstico de shock permite la medición precisa de múltiples variables hemodinámicas de forma no invasiva. El objetivo fue determinar si la variación respiratoria de los picos sistólicos carotídeos ( $\Delta$ VPS) predice la respuesta a fluidos en pacientes adultos con diagnóstico de hipovolemia con ventilación espontánea y su modificación del Índice Cardíaco (IC).

**Material y métodos:** Estudio observacional de cohorte, realizado en un hospital universitario, en el mes de abril de 2019. Se incluyeron

pacientes >18 años con hipotensión arterial o signos de mala perfusión (lactacidemia, oliguria) o deshidratación. Se obtuvo IC por velocidad de flujo carotídeo,  $\Delta$ VPS, índice de vena cava inferior (iVCI), TAPSE y MAPSE. Se realizó una primera evaluación basal y una posterior a la administración de fluidos. Resultados: Se obtuvieron 18 pacientes. El promedio de edad de 50 años. Los diagnósticos fueron: 44% sepsis, 22% deshidratación y 11% shock. A los que les aumentó el IC >10% se les llamó respondedores a líquidos. El 66% de los pacientes fueron respondedores y el 34% no respondedores. En el grupo respondedor el 83% presentó un  $\Delta$ VPS inicial elevado, como signo predictor de buen respondedor a líquido (>14%) (sensibilidad 71%, especificidad 50%, VPP 83%, VPN 33%, probabilidad pre-test 77,8%). En este grupo el 83% presentó el iVCI>50%, representando una presión de la aurícula derecha <10 mmHg. El 77% de los pacientes presentaron inicialmente  $\Delta$ VPS $\geq$ 14%, es decir, buen predictor a respuesta a líquidos, siendo respondedores el 71% a la variación en su IC>10% (sensibilidad 83%, especificidad 33%, VPP 71%, VPN 35%, probabilidad pre-test 66,7%). Del 23% restante que no presentaron un  $\Delta$ VPS $\geq$ 14%, el 50% no presentó variación de su IC.

**Conclusiones:** De los 18 pacientes solo el 66% fueron respondedores a líquidos (variación del IC>10%) pero de ellos el 83% mostró un  $\Delta$ VPS inicial elevado (>14%) como signo predictor de buen respondedor a líquidos y un iVCI>50%. Según el  $\Delta$ VPS inicial, el 77% de los pacientes presentaron un  $\Delta$ VPS $\geq$ 14% (predictor de buena respuesta a líquidos) siendo respondedores en su mayoría de ellos (71%) a la variación en su IC (>10%).

### 0248 SHOCK TÓXICO EN MUJER POSTMENOPAUSICA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES CON EVOLUCIÓN A GLOMERULONEFRITIS

G ROMANO(1), DR BEJARANO(1), F MUÑOZ CASTILLO(1), L VARGAS(1)  
 (1) Policlínico Neuquen.

**Introducción:** El shock tóxico por *Streptococcus* del grupo A (SGA) es una enfermedad grave con alta mortalidad, requiriéndose un rápido reconocimiento, pudiendo surgir de una EPI, evolucionando a complicaciones crónicas. Reportamos un caso de una mujer con shock tóxico por SGA con un extraordinario curso diagnóstico y evolutivo.

**Reporte de caso:** Mujer 54 años. Con dolor abdominal y flujo vaginal persistente febril pese a 7 días de antibioterapia, por lo que se toman hemocultivos e ingresa a nuestra institución presentando: abdomen doloroso, artralgias y edema articular. Se realiza TC: útero en RVF con DIU, líquido libre en pelvis. Se retira DIU, se pancultiva, iniciándose tratamiento con ampicilina-sulbactam.

24 hs posteriores desarrolla shock tóxico y CID, requiriendo inotrópicos y AVM. Los hemocultivos informan SGA, se rota a penicilina-clindamicina por 10 días. Se diagnóstica peritonitis primaria por SGA por infección ascendente de la vagina.

La paciente se torna hipertensa, edemas generalizados y oligoanúrica, deterioro de la función renal, microhematuria, proteinuria. ASLO elevados, C3 normal y C4 disminuido. Iniciamos antihipertensivos y hemodiálisis presentando mejoría. Se realiza biopsia renal cuyo resultado informa glomerulonefritis poststreptocócica, iniciándose Prednisona. Evoluciona favorablemente.

**Discusión:** Solo hay reportado 86 casos de peritonitis primaria por SGA en mujeres, su hallazgo en cultivo vaginal o DIU<sup>1</sup>, podría atribuirse a la colonización por transmisión orogenital<sup>2</sup>. Hay casos cuyas parejas sexuales eran portadoras asintomáticos de SGA en orofaringe<sup>3-4</sup> se sometió a la paciente y esposo a hisopado orofaríngeo dando positivo el cónyuge.

Creemos que el examen ginecológico posterior a los síntomas no influyó en la peritonitis. Autores sugieren manejo conservador, otros sostienen toilette de la cavidad abdominal<sup>5</sup>. Nuestro caso no requirió toilette. No hay consenso sobre antibioterapia, la mejor combinación sería: Clindamicina que inhibe la síntesis proteica reduciendo las toxinas y la penicilina que abarca las cepas resistentes a clindamicina<sup>6</sup>.

Son pocos los casos reportados de glomerulonefritis postestreptocócica en adultos, requiriéndose de la biopsia para el diagnóstico, la cual resultado positiva. Se puede precisar hemodiálisis<sup>7,8,9</sup>. El tratamiento esteroideo tiene resultados favorables en adultos<sup>8</sup>.

**Conclusión:** El shock tóxico por SGA debe pensarse en mujeres postmenopáusicas especialmente en aquellas sexualmente activas, pudiendo iniciarse precozmente el tratamiento antibiótico adecuado, evitando complicaciones y disminuyendo la mortalidad.

#### 0249 PREVALENCIA DE NIÑOS CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA: ESTUDIO RETROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO

G GONZALEZ(1), MDP ARIAS LOPEZ(2), A BORDOGNA(3), R JABORNISKY(4), G PALACIO(2), A SIABA SERRATE(5), A FERNANDEZ(6), G SATI-Q PEDIATRICO(6)

(1) Ricardo Gutierrez. (2) Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez. (3) Hospital de Niños Sor María Ludovica. (4) Universidad de Medicina Del Nordeste. (5) Hospital Universitario Austral. (6) SATI.

**Introducción:** La sepsis constituye una de las principales causas de mortalidad pediátrica. Su prevalencia y evolución varían según la población analizada. Disponer de datos locales es imprescindible para definir estrategias de mejora

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y describir la evolución de pacientes con sepsis severa (S.SEV) y shock séptico (SS) al ingreso, admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) integrantes del programa SATI-Q.

Diseño multicéntrico, nacional. Análisis retrospectivo base de datos SATI-Q, Periodo 1-1-2010 al 31-12-2018. Se informa razón de prevalencia de S.SEV-SS al ingreso en UCIP e intervalo de confianza 95% (IC95%). Se utilizó estadística descriptiva para describir la población [variables continuas expresadas como mediana y rango intercuartilo (RIC). Variables categóricas expresadas como porcentajes]. Se realizó análisis univariado y multivariado para evaluar la asociación entre la presencia de S.SEV-SS y la evolución de los pacientes en UCIP (mortalidad, tiempo de internación) ajustado por factores confundidores. Se utilizó Odds Ratio (OR) e IC95% como medida de asociación entre variables categóricas. Se considero estadísticamente significativo  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se analizaron 45480 registros de internación en 47 UCIP (489625 días paciente). La Prevalencia de S.SEV-SS fue 8.3% (IC 95% 8-8.6) [SS 6.8% (IC95% 6.6 -7.1%); S.SEV 1.5% (1.4-1.6%)]. En análisis univariado la ocurrencia de S.SEV-SS se asocio en forma estadísticamente significativa a presencia de enfermedad maligna [11% vs 2.8% (OR 4.3, IC95% 3.8-4.8)], UCIP publica [93% vs 75%; OR4.33 (IC95% 3.82-4.92)], mayor PIM2 [10.8 RIC (4.7-24.05) vs 1.5 (RIC 0.6-5.9)], uso de ventilación mecánica (VM) [83% vs 53%; OR 4.17, (IC95% 3.8-4.55)]. La mortalidad de pacientes con SS y S.SEV al ingreso en relación aquellos sin sepsis fue mayor (27.4% vs 16.07% vs 6.1%) OR ajustado por enfermedad maligna, PIM2 y VM: 2,4 (IC95% 2.16-2.66) y 1.88 (IC95% 1.46-2.32) respectivamente. Estos pacientes representaron el 27.1% de las muertes en UCIP.

**Conclusión:** El presente estudio representa la mayor serie de niños con diagnóstico de S.SEV-SS al ingreso a UCIP en Argentina. La prevalencia de esta entidad coincide con otros reportes nacionales. S-SEV y SS constituyen una importante causa de mortalidad en UCIP, siendo factores de riesgo la enfermedad maligna, mayor gravedad al ingreso (determinado por PIM2) y la necesidad de VM.

#### 0252 DECÚBITO PRONO COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO

D SANTOS(1), A FLOREZ(1), I ROMERO(1)  
(1) Sanatorio Guemes.

**Introducción:** El Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA)

es uno de los motivos más frecuentes de ingreso de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva. Una característica del SDRA grave, es la presencia de hipoxemia refractaria requiriendo ventilación mecánica protectora y en ocasiones decúbito prono (DP) para optimizar la relación ventilación/perfusión.

**Método:** Realizamos un trabajo Trabajo observacional, prospectivo. Incluimos todos los pacientes ingresados en la UTI del Sanatorio Güemes entre Julio de 2018 y Marzo de 2019 con diagnóstico de SDRA y PAFI < 150 luego de estar sedoanalgesiadados, con bloqueantes neuromusculares y ventilados de forma protectora. Se registraron los datos demográficos, APACHE II y SOFA al ingreso a la UCI, comorbilidades, número de sesiones de decúbito prono y duración de las mismas, parámetros ventilatorios y gasometría arterial antes y después de cada maniobra de DP, complicaciones, y mortalidad en la UCI.

**Objetivo:** Analizar el efecto terapéutico de la implementación de un protocolo de ventilación en decúbito prono y las complicaciones asociadas a la técnica.

**Resultados:** Un total de 21 pacientes fueron incluidos, El APACHE promedio fue de 22 y el SOFA de 9. La principal causa de SDRA en nuestra población fue la neumonía aguda de la comunidad (52,38%). Se realizaron 33 sesiones de decúbito prono con un máximo de 5 y un mínimo de 1 sesión/paciente. La mediana de la duración de las sesiones fue de 16 horas. La pO2 mediana en supino fue de 67mmHg y 265mmHg durante DP. Como principal complicación se obtuvo en 5 pacientes disminución de la FC < 30 y/o TAS < 60 mm, La mortalidad en UCI fue del 59%.

**Conclusiones:** Los pacientes evaluados presentaron mejoría de la oxigenación, disminución de drive presión y presión plateau luego de someterlos a ventilación protectora en DP. Bajo implementación de un protocolo de ventilación en DP con capacitación del personal. También se obtuvieron complicaciones similares a las reportadas en estudios epidemiológicos que avalan esta técnica de forma estadísticamente significativa.

#### 0253 ANALISIS Y COMPARACION DE FACTORES DEMOGRAFICOS Y MORTALIDAD EN PACIENTES DE UTIP

VL MATEO PEREZ(1), M MOSCIARO(1), E DAVILA(1), B PEYREYRA(1), I MARINELLI(1), P SEGUI(1), MS GUERRERO(1), S RIVEROS(1), E FALCON(1), M QUINTANA(1), S GONZALEZ(1)  
(1) Humberto Notti.

**Introducción:** La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador del estado de salud de los niños, de la población en su conjunto y de las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran.

**Objetivo:** Analizar y comparar factores socioeconómicos y ambientales de los pacientes que ingresan a Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) y la mortalidad observada en el Servicio. Población, material y métodos: se incluyeron 643 niños, de un mes a 14 años; egresados de UTIP, desde Julio de 2017 a Febrero de 2019. Se dividió a los pacientes en 2 grupos: egresados vivos y egresados fallecidos; analizando variables socioeconómicas y ambientales: obra social, número de consultas previas, ámbito de residencia (rural, urbano marginal, urbano), edad, escolaridad y trabajo de los padres, número de hermanos. Se utilizaron las pruebas de Chi2 y Test Exacto de Fisher para evaluar la presencia o no de diferencias estadísticamente significativas. Se utilizó el software GraphPad Instat.V3.10.

**Resultados:** En ese periodo fallecieron 43 pacientes observando la siguiente distribución: Obra Social: n 240, fallecieron 18 (3%), sin Obra Social: n 388, fallecieron 25 (4%). Ámbito de residencia: zona rural: n 227, fallecieron 14 (6%), zona urbano marginal: n 179, fallecieron 8 (4%), zona urbana: n 204, fallecieron 21 (10%). Escolaridad de padres: sin instrucción/primaria incompleta: n 23, falleció 1 (4%); primario completo/secundario incompleto: n 305, fallecieron 22 (7%); secundario completo/ terciario o universitario incompleto: n 233, fallecieron 14 (6%); Terciario/Universitario completo: n 59, fallecieron 5 (8%). Trabajo de los padres: Profesionales: n 69, fallecieron 4 (6%), Técnicos: n 46, fallecieron 4 (9%), Operativos: n 421,

fallecieron 29 (7%), Sin Clasificación: n 87, fallecieron 5 (6%), NS/ NR: n 20, falleció 1 (5%). Edad materna 15 a 19 años: n 36, falleció 1 (3%), 20 a 29 años: n 234, fallecieron 13 (6%), 30 a 39 años: n 236, fallecieron 14 (6%), 40 años o más: n 99, fallecieron 12 (12%). Conclusión: Cuando se analizó la relación entre factores demográficos de los pacientes egresados de UTIP y mortalidad observada, no se observó diferencia estadística.

#### 0254 PROTOCOLO DE SEDACIÓN Y ANALGESIA EN UNA UCIP. CONSUMO DE DROGAS Y COSTOS DE LAS MISMAS EN CUATRO AÑOS DESDE SU IMPLEMENTACIÓN

C BERRONDO(1), MA MEZZENZANI(1), ME TERÁN(1), L TORREIRO(1), MA FRANCAVILLA(1), S ROUCH(1), V POLOP(1), E MONTEVERDE(1), P NEIRA(1)

(1) De Niños R. Gutiérrez.

**Introducción:** Los niños críticamente enfermos ventilados requieren drogas de analgesia para controlar el dolor, disminuir la ansiedad y asegurar el confort. Los protocolos de sedación y analgesia muestran disminución de dosis de drogas; menos abstinencia y delirium; menos días de ventilación mecánica (VM) y estadía hospitalaria; y disminución de costos. En nuestra Unidad, comenzamos en 2014, un protocolo que optimiza el manejo de analgesia, fomenta el uso de escalas evitando la sobredosificación.

**Objetivo:** Describir el efecto de la implementación de un protocolo de sedación y analgesia, el consumo y costo de drogas, sobre la población de una UCIP.

**Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de la población ingresada a la UCIP, sus características y consumo de drogas sedantes y analgésicas desde 2015 al 2018. Ámbito: UCIP médico-quirúrgica de 16 camas de un hospital pediátrico universitario de derivación. Se midieron las características poblacionales, consumo de drogas y su costo para compararlos desde la implementación. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes en variables categóricas, mediana y rango intercuartil (RIC) en variables continuas. Comparación con test no paramétricos y chi2 según corresponda.

**Resultados:** El número de pacientes ingresados desde 2015 al 2018 se mantuvo estable. Las características poblacionales fueron similares observándose del 2015 al 2018 un descenso de mortalidad cruda (15.64 % a 8.39 %,  $p=0.008$ ), con una tasa de mortalidad estandarizada para 2015 de 1.37 (IC95% 1.03-1.81) vs. 2018: 1.12 (IC95% 0.76-1.61), sin cambios estadísticamente significativos en días de VM: 8 (2-17) vs 6 (2-17),  $p=0.249$  y estadía en UCI: 7 (2-18) vs 6 (3-16),  $p=0.869$ . Disminuyó el consumo de: 36% fentanilo; 27% midazolam; 83% ketamina; 56% hidrato de cloral; 87% clonidina. El ahorro de costos global por las drogas en 2018, comparado con 2015 fue \$6.667.302 (29.44%) sin aumento significativo de extubaciones no planeadas: 8 (3.3%) vs 11 (4.5%)  $p=0.652$  (Chi2) y de caídas: 1 (0.3%) como efectos inseguros sobre el paciente.

**Conclusiones:** Con la implementación de un protocolo de sedación y analgesia se observó una mejora en los resultados sobre los pacientes con reducción en el consumo de drogas e importante reducción de los costos considerando solamente los fármacos estudiados.

#### 0255 A PROPOSITO DE UN CASO: STATUS CONVULSIVO ASOCIADO A ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CONTRA EL RECEPTOR NMDA

FE TAPIA PACARA(1), P BOSCHINI(1), R LOMAS(1), R TAPIA(1), J VILCA(1), J RISSO PATRON(1)

(1) Higa Eva Peron De San Martin.

**Introducción:** Las encefalitis tienen variadas etiologías, con un diagnóstico diferencial complejo.

Las manifestaciones son alteraciones cognitivas, del comportamiento, disminución del nivel de conciencia, déficits focales, crisis epilépticas y demencia.

Aproximadamente el 65% terminan sin un diagnóstico definitivo,

siendo la búsqueda de etiologías autoinmunes de importancia. La etiología herpética, en ocasiones precede un episodio de encefalitis autoinmune.

Las encefalitis autoinmune se asocian a variados tumores, con mejoría neurológica si se realiza tratamiento oncológico específico.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 29 años, toxicómano, internado por alteración de la conducta, excitación psicomotriz y episodios convulsivos tónico clónicos.

TAC de encéfalo, punción lumbar y EEG normal, panel viral negativo, CPK elevada, recibe aciclovir empírico, por sospecha de encefalitis viral.

Por crisis convulsivas persistentes a pesar de tratamiento antimicrobiano, más cuadro febril, ingresa a UTI, requiriendo ventilación mecánica.

EEG reporta ondas lentas, resonancia de cerebro evidencia displasia subcortical derecha y LCR normal.

Refractario a tratamiento antimicrobiano, se envía muestra de LCR y sangre por sospecha de encefalitis autoinmune, obteniendo resultado positivo para Anticuerpo anti NMDAR tipo I.

Recibe pulso de corticoides por 5 días, continuando en estado de mínima conciencia y tratamiento con inmunoglobulina 50 gr/día. Objetivando respuesta a órdenes simples y mirada con contenido de conciencia.

TAC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis, descarta neoplasia.

**Discusión:** La encefalitis autoinmune se asocia a anticuerpos contra receptores de neurotransmisores o proteínas de la superficie neuronal.

Se realizó tratamiento empírico con Aciclovir, por ser el HSV el virus más frecuente y grave.

El panel viral en LCR fue negativo para enterovirus, HSV, CMV, HIV negativo.

El EEG repetido en varias ocasiones no mostro descargas epilépticas.

**Conclusión:** Recalamos la importancia de considerar la encefalitis autoinmune frente a status epiléptico refractario, con panel viral en LCR negativo y sin presencia de lesión orgánica demostrable. Su detección temprana permite realizar la inmunoterapia específica, disminuyendo así su morbimortalidad.

#### 0256 SINDROME DE PERCHERON A PROPOSITO DE DOS CASOS CLINICOS EN NUESTRO HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

B FERNANDEZ, A DE LA BARRA(1), W VELIZ(2), M WILCHES(1), Y MELGAR(1), A FERLIOLI(1), J VALLEJOS(1), H COLLAZOS(1), A BAIRAGLIOTI(1), G RODRIGUEZ(1), W VIDETTA(1)

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

**Introducción:** La vascularización del tálamo fue descrita de una forma más completa por Percheron en los años 60 del siglo XX, contribución en un territorio de vascularización complicada y variable, ante cuadros de isquemia, la afectación en el tálamo puede presentarse en forma de lesiones bilaterales, esa irrigación del tálamo proviene principalmente de las variadas conexiones que establecen la arteria carótida interna y la arteria basilar.

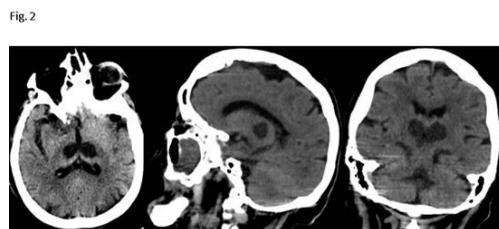
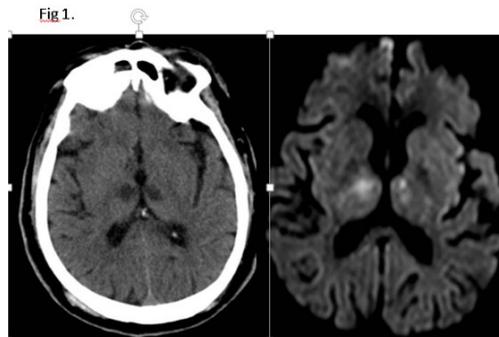
**Caso clínico 1:** Masculino de 55 años de edad con antecedentes de HTA, ingresa por deterioro de conciencia en domicilio con Glasgow de 8/15, en guardia requiere Intubación Orotraqueal (IOT) y Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM), realiza TC de cerebro SP y TC de tórax Broncoaspiración. Persistencia de Glasgow bajo se realiza nueva TC a las 12 hrs y evidencia hipodensidad bitalámica, realiza RNM realiza imagen, evoluciona con G 10/15. Fig 1.

**Caso clínico 2:** Femenina de 85 años de edad, antecedentes de HTA, DBT, hipercolesterolemia, obesidad, ingresa a guardia por deterioro de conciencia en domicilio, ingresa con Glasgow de 8/15, IOT-ARM pasa a UCO realizan TC de cerebro no evidencia imagen patológica, por persistencia de clínica realiza nueva imagen TC a las 48 hrs evidencia hipodensidad talámica bilateral. ARM prolongado TQT. Fig 2.

**Discusión:** Las lesiones talámicas bilaterales son poco frecuentes; los infartos talámicos representan 11% de los eventos vasculares y los bilaterales 22 a 35% de los eventos vasculares talámicos.

Es fundamental considerar la existencia de un infarto talámico bilateral en pacientes con deterioro del estado de conciencia que no se atribuya a alteraciones farmacológicas o metabólicas, como parte del diagnóstico diferencial

**Conclusion:** El síndrome de Percheron o infarto talámico bilateral sincrónico se considera infrecuente y de difícil diagnóstico clínico, por lo que realizamos la presentación de los casos clínicos, que es importante sospecharlos para una identificación clínica adecuada



## 0257 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL FATAL COMO MANIFESTACIÓN INUSUAL DE ENCEFALOPATÍA PANCREÁTICA

G CHIAROLLA(1)

(1) Hospital Central de Mendoza.

**Introducción y objetivo:** La encefalopatía pancreática (EP) es una rara complicación, presente en hasta un 11% de las pancreatitis agudas (PA) graves. Su aparición es temprana y su mortalidad elevada. Su fisiopatogenia es desconocida y se manifiesta con un abanico de síntomas neurológicos inespecíficos con neuroimagen y LCR normales. Presentaremos un caso de EP con debut atípico.

**Caso clínico:** Varón de 20 años con antecedentes de tabaquismo y obesidad que ingresó por PA litiasica con falla multiorgánica. La tomografía de abdomen evidenció imágenes compatibles con PA Balthazar E (PA grave). Hemocultivos positivos para *Klebsiella Pneumoniae*.

El día 9 de internación presentó midriasis fija arreactiva, con ausencia de reflejos de tronco cerebral. La TAC de cerebro mostró múltiples focos hemorrágicos intraparenquimatosos corticosubcorticales bilaterales y hemoventrículos; confirmándose muerte bajo criterios neurológicos con Doppler transcraneal.

**Conclusiones:** De fisiopatogenia desconocida; se postula que la activación de la fosfolipasa A2, liberación de lipasa e interleuquinas como FNT $\alpha$ , IL-1 e IL-6 incrementarían la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y generarían disfunción celular responsables de la EP. En nuestro caso, el sangrado en diferentes topografías aleja la posibilidad de malformación vascular subyacente, sugiriendo alteraciones de la coagulación y de la regulación cerebral responsables del mismo. Es el segundo caso reportado en la literatura de sangrado cerebral en contexto de EP. Se requieren más series de casos para caracterizar esta entidad.

**Bibliografía:** 1. Lipovetski F, Tonelli C. Pancreatitis aguda. Su mane-

jo en cuidados intensivos. SATI, medicina intensiva 2016 – 33 N°1.

2. Chavez Acosta K, Lizarraga Lopez S. Encefalopatía pancreática, un diagnóstico a considerar. Presentación de un caso. 2015. Mexico Vol.36, N°4.

3. Xin Zhong MD, Shu Gong MD. Fatal cerebral hemorrhage associated with acute pancreatitis. A case report. 2017 Medicine 96:50

4. Ding X, Liu CA, Gong JP et al. Pancreatic encephalopathy in 24 patients with severe acute pancreatitis. Hepatobiliary pancreat Dis Int 2004;3: 608-11.

## 0258 UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DEL PROBNP COMO PREDICTOR DEL ÉXITO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON EPOC Y FALLO RESPIRATORIO HIPERCÁPNICO

AL DURAN(1), DI IVULICH(1), P DOMEQC(1), P PAGANO(1), S SAAVEDRA(1), MM KLEINERT(1)

(1) Hospital Aleman.

**Introducción:** La ventilación no invasiva (VNI) es una indicación precisa en el tratamiento del fallo respiratorio agudo hipercápnico en pacientes con EPOC. La mejoría de la mecánica respiratoria, junto con la disminución de la PaCO<sub>2</sub>, son predictores de éxito. Nos proponemos investigar si la disminución de un marcador de stress cardiovascular como el ProBNP es una variable predictora de éxito de la VNI. Tenemos la hipótesis de que los pacientes con EPOC que requieren VNI por fallo respiratorio agudo hipercápnico (PaCO<sub>2</sub>  $\geq$ 49 mmhg y PH  $\leq$  7.35) y que evolucionan favorablemente sin requerimiento de ventilación invasiva son aquellos que presentaron una disminución o estabilización del ProBNP a las 12 horas si se compara con el valor basal.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes con EPOC que ingresaron con fallo respiratorio agudo hipercápnico con requerimiento de VNI excluyendo a los pacientes con insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, infarto agudo de miocardio y fallo renal. Variables predictoras: ProBNP (hasta 125 pg/ml) basal y a la hora 12. Variable desenlace: requerimiento de ventilación mecánica, tiempo total de VNI (horas) hasta la intubación o en las primeras 72 horas.

**Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes, edad 75.4 $\pm$ 9.3 años, APACHE II 14.4 $\pm$ 3.42, comorbilidad más frecuente hipertensión arterial en 11 (52.4%). La causa de reagudización fue bronquitis en 19 (90%) casos. El ProBNP promedio al ingreso fue de 1730 $\pm$ 2903.7 pg/ml, mediana 546 pg/ml (rango 114-11329); a las 12 hs, el ProBNP fue 1228.3 $\pm$ 1395.4 pg/ml, mediana 708 pg/ml (rango 102-5160). En promedio la diferencia fue de -501.7 $\pm$ 1919.8 pg/ml. Trece (61.9%) pacientes tuvieron una disminución del ProBNP desde el ingreso. Cuatro (19%) pacientes requirieron ARM, 1 (4.8%) había tenido disminución del ProBNP. Las medianas de horas de VNI fueron en 24 hs: 12 (rango 4-19) horas, en 72 hs: 22 (rango 4-35) horas, sin diferencia significativa entre quienes presentaron una disminución en ProBNP y quiénes no.

**Conclusion:** Aún no tenemos suficientes datos para evaluar el valor predictivo de la disminución del ProBNP en base a nuestros hallazgos. La literatura sugiere que los niveles de ProBNP descienden en los pacientes EPOC hipercápnicos estables cometidos a VNI.

## 0259 SUJECCIÓN MECÁNICA EN UCIA. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACCIÓN

K ACOSTA(1), M MASTANTUONO(1), S VENUTI(1), C KECKES(1), A MARTINEZ(2), A DÍAZ(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Italiano. (2) Italiano.

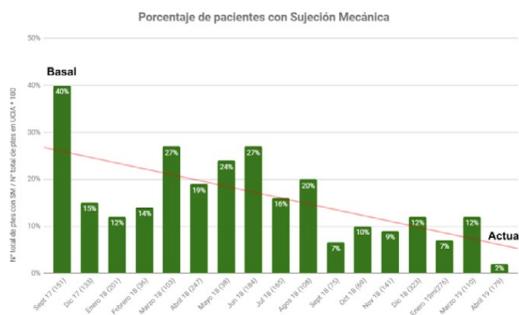
**Introducción:** La sujeción mecánica (SM) como intervención de enfermería para el cuidado del paciente agitado y confuso, es una medida con repercusiones éticas, legales y posibles complicaciones en su aplicación. Su uso debe ser considerado como última opción y limitada en el tiempo, ya que no existe evidencia que la recomiende.

**Objetivo:** Calcular la prevalencia de SM antes y después de la implementación de un protocolo de acción en UCIA, en el período de septiembre de 2017 hasta abril de 2019.

**Materiales y métodos:** Se realizó una medición basal de la prevalencia de SM y una encuesta al personal de salud, sobre conocimientos y actitudes hacia ello en 2017. En base a los resultados, se desarrolló una política institucional, charlas informativas y refuerzo continuo en terreno. Mensualmente se realizaron cortes transversales, con publicación de datos, para evaluar adherencia. También fueron registrados los desplazamientos accidentales de dispositivos.

**Resultados:** Se realizaron 101 encuestas, 74% de las respuestas fueron aportadas por enfermería. El 52% opinó que las sujeciones son útiles para prevenir caídas, 48% sugiere que evitan el retiro de dispositivos, 48% las utiliza por seguridad en delirium y 70% piensa que ayuda a evitar autoextubación durante la vacación de sedación. La medición basal mostró una prevalencia de SM del 40% (N = 151). Con la implementación del protocolo se observó reducción significativa y sostenida a lo largo del tiempo, llegando al 2% en Abril de 2019 (N = 159, p = 0,001). También se registraron 26 retiros accidentales de dispositivos, de los cuales el 54% tenía SM al momento del desplazamiento (p = 1).

**Conclusión:** A partir de la implementación de un paquete de medidas se logró disminuir la prevalencia de SM, por debajo del 15% de forma sostenida en 2019. Se podría concluir que usar SM no disminuye la probabilidad de retiro de dispositivos.



### 0261 LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA. UN ESTUDIO CRÍTICO DE TRES CLASIFICACIONES

E MONTEVERDE(1), A RETTA(1), A FERNÁNDEZ(2), S TORRES(3), R POTERALA(1), A SIABA SERRATE(3), V ALTUNA(1), G GRUPO ARGENTINO DESTETE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez. (2) Hospital General De Agudos Carlos Durand. (3) Hospital Universitario Austral.

**Introducción:** La ventilación mecánica (VM) es el soporte vital más usado en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs). Tanto la prolongación de la VM como la extubación fallida incrementan las complicaciones de este tratamiento. Reducir la duración de la VM es vital para incrementar beneficios y disminuir complicaciones. La clasificación de la conferencia de consenso (ICC) (2007) dividió a los pacientes en liberación simple (LS), dificultosa (LD) y prolongada (LP) en base a días de VM y cantidad de intentos de desconexión, excluyendo pacientes sin desconexión y fallecidos. Una modificación posterior (ICM) (2011) incluyó fallecidos equiparando días hasta la muerte con días hasta la liberación. La clasificación WIND (2017) incluyó al 100% de los pacientes en VM.

**Objetivo:** Evaluar la aplicación de tres clasificaciones de LVM desarrolladas en pacientes adultos a una población de pacientes pediátricos ventilados.

**Materiales:** Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, nacional, multicéntrico de pacientes ingresados a 31 UCIPs en agosto-septiembre de 2016 con VM >12 horas y en condiciones de LVM, con exclusión de: TQT previa, posoperatorio inmediato de CCV, extubación no planeada, traslados a otra unidad pre-LVM y fallecidos

antes de alcanzar criterios de LVM.

**Resultados:** Se incluyeron 474 pacientes con una mortalidad de 1.5% (n=7), 2.7% (n=13) todavía ventilados al finalizar el seguimiento y 95.8% (n=454) liberados exitosamente. De acuerdo con ICC la distribución fue simple: 77.4% (n=367), dificultoso: 17.3% (n=82), prolongado: 1.1% (n=5), fallecidos: 1.5% (n=7) y no liberados: 2.7% (n=13). Según ICCm, simple: 78.1% (n=370), dificultoso: 17.7% (n=84) y prolongado: 4.2% (n=20). De acuerdo con WIND, grupo 1: 79.5% (n=377), grupo 2: 13.3% (n=63), grupo 3a: 3.8% (n=18), grupo 3b: 2.7% (n=13) y no probados: 0.6% (n=3). La comparación de distribución por WIND vs. la muestra de referencia mostró una diferencia estadísticamente significativa (p<0.001, Cochran-Armitage test).

**Conclusiones:** Las tres clasificaciones propuestas no mostraron diferencias relevantes en la muestra estudiada. Sí observamos una diferencia significativa con respecto a la muestra de derivación. Esta diferencia puede relacionarse con características poblacionales (adultos vs. pediátricos) o con diferentes criterios de inclusión. Se requieren más estudios para definir si las clasificaciones propuestas pueden aplicarse en pacientes pediátricos.

### 0262 TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE MONTEVIDEO URUGUAY

A RODRIGUEZ VIGNOLI(1), A RODRIGUEZ(1), A GARCIA(1), A MENCHACA(1)

(1) Centro Hospitalario Pereira Rossell.

**Introducción:** En la Unidad de Cuidados Intensivos del Niño (UCIN) del Centro Pereira Rossell (CHPR) desde el año 1998 se realiza neuromonitoreo invasivo a través de la medición de presión intracraneana (PIC) y la presión arterial invasiva obteniendo así la presión de perfusión cerebral. Hay tomógrafo y neurocirujano las 24hs. La adherencia de la aplicación del protocolo terapéutico determino un descenso de la mortalidad de un 15 % a un 7 %.

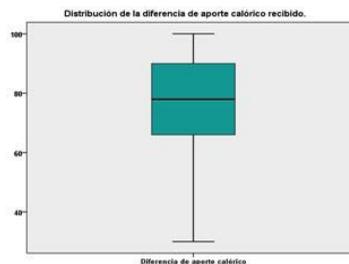
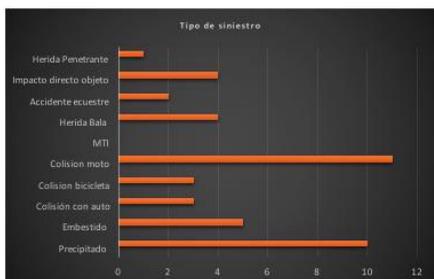
**Objetivo:** Describir las características de los pacientes con Traumatismo encefalocraneano (TEC) grave ingresados en un período de 3 años.

**Metodología:** Se realizó un trabajo descriptivo y retrospectivo en el periodo entre el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018 utilizando como base de datos los registros en el programa de historia clínica electrónica Pediasis®.

**Resultados:** En ese período ingresaron a UCIN 2444 pacientes, la mortalidad global fue 2.3 % . Con TEC grave ingresaron 43 niños, 2% de los ingresos. La principal causa del siniestro fue la colisión en vía publica, 40%. La media de tomografías realizadas fue de 2, el 64% fue Marshall 2. El 58% tuvo un Escala de Coma de Glasgow al ingreso menor de 8. Las fracturas, hematomas y contusiones fueron las lesiones mas frecuentes. En un tercio de los pacientes se realizo neurocirugía. La monitorización de PIC fue de 21%. En el 25% de los pacientes con hipertensión intracraneana refractaria se realizó craniectomía decompresiva precoz. La evolución al alta fue sin secuelas en un 82%. La mortalidad fue de 7%.

**Conclusiones:** Del análisis de estos resultados concluimos que se ha mejorado la atención de los niños con TEC grave y que el neuromonitoreo permite conocer la fisiopatología de la lesión traumática y realizar un tratamiento racional, escalonado y aditivo.





### 0266 VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE MONTEVIDEO URUGUAY

A RODRIGUEZ VIGNOLI(1), A RODRIGUEZ(1), M MELLO(1), G SEQUEIRA(1), A GARCIA(1), A MENCHACA(1)  
 (1) Centro Hospitalario Pereira Rossell.

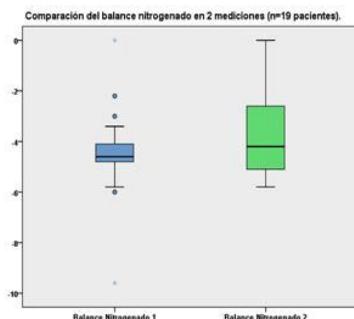
**Introducción:** La desnutrición en Cuidados intensivos (UCI) es un factor de mal pronóstico vital. Aumenta la morbimortalidad, el tiempo de estancia hospitalaria y empeora el pronóstico de la enfermedad. El Screening tool for assessment of malnutrition in pediatrics (STAMP) es una herramienta validada para cuantificar el riesgo de desnutrición hospitalaria.

**Objetivo:** Realizar el diagnóstico de situación nutricional en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIN) del Hospital Pereira Rossell (CHPR).

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de junio a diciembre del 2017. Se determinó STAMP al ingreso. Con STAMP de 4 o más se analizaron múltiples variables como: aportes, peso, balance nitrogenado, hemoglobina, albuminemia, mortalidad.

**Resultados:** En ese período ingresaron 540 pacientes en los que se aplicó el STAMP, 109 tenían igual o mayor a 4; 26% de estos niños tenían un peso por debajo del percentil 3. De los menores de 1 año, 76% tenían anemia y 66% hipoalbuminemia. La nutrición enteral fue precoz en el 80%, en el 26% se discontinuó por causas ajenas a cuadros digestivos. En el 86% de los pacientes hubo diferencias en menos entre el aporte indicado por el médico y el recibido. Las principales causas de interrupciones fueron: aspiraciones respiratorias, baño y/o fisioterapia. Un 12% recibió alimentación parenteral, su principal indicación fue el postoperatorio de cirugía abdominal. De los niños menores de 1 año 42% perdieron peso respecto al ingreso. Solo en 4 niños se logró un balance nitrogenado 0. La mortalidad acumulada de esta serie fue de 5.5% y la de UCIN en el mismo período 2.5%, p: 0.15, IC 1,9% a 8,1%.

**Conclusiones:** Un 20% de los niños que ingresaron en la UCIN - CHPR en el período de estudio se encontraban en riesgo nutricional. La mortalidad de estos niños fue mayor a la mortalidad global en este período. Solo en 4 pacientes se logró un balance nitrogenado 0 por lo que es de suma importancia la planificación del soporte nutricional en los pacientes que ingresan a terapia intensiva.



### 0267 BACTERIEMIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE 12 PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL JUAN A FERNÁNDEZ.

K NOGUERA(1), A PASTORIZA(1), C GARCIA ALMIRON(1), ML LUEDUEÑA(1), A KOVAC(1), D LERMAN(1)  
 (1) Fernandez.

El estafilococo Aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMRCo) se hizo presente en la población general en los años 60, secundario a la utilización de la meticilina. Además codifican para la Leucocidina Pantón-Valentine (PVL), una toxina que aumenta la virulencia. Estas le otorgan al SAMRCo la capacidad de provocar infecciones graves y diseminadas.

La colonización por SAMRCo predispone a la sobreinfección de heridas en piel y partes blandas constituyendo este el punto de partida de la sepsis.

La incidencia de sepsis por SAMRCo ha aumentado casi el 50% de los aislamientos de estafilococo. Actualmente la diabetes, la obesidad y la inmunosupresión se creen que son los factores de riesgo mas asociados. Las manifestaciones clínicas son los abscesos y celulitis. Las complicaciones de la bacteriemia provocan respuestas inflamatorias generalizadas que culminan en shock séptico y falla multiorgánica.

La sepsis por SAMRCo presenta alta morbimortalidad que, con tratamiento adecuado, la evolución es favorable. El tratamiento empírico inicial es la Vancomicina.

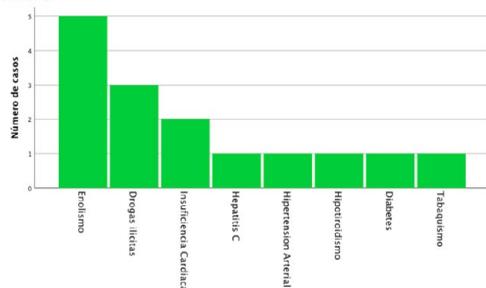
El objetivo de esta presentación es la búsqueda de asociación de factores que puedan ser utilizados como predictores de mortalidad en la sepsis por SAMRCo.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires durante los años 2016-2019 en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de SAMRCo que requirieron internación en Terapia Intensiva. Se recolectaron datos a partir de la historia clínica (comorbilidades previas, SOFA, Apache, impactos sépticos, mortalidad) y posteriormente se realizaron análisis descriptivos y de resultado en el programa estadístico SPSS. El periodo de observación fue de 36 meses, los participantes tenían una edad media de 41 años, 4 mujeres, 8 hombres. El 25% presentaba la infección a partir de las vías respiratorias, el 41% a partir de piel y partes blandas. Un 58% presentó impactos sépticos. El 91% presentaba comorbilidades previas a la internación, siendo el enolismo la mas frecuentemente encontrada. La mortalidad fue del 58%.

Al realizarse test de asociación entre variables no se evidenció la existencia de mayor mortalidad en los pacientes con comorbilidades previas y edades mas avanzadas probablemente debido a un tamaño de la muestra insuficiente.

EDAD (Media)	41 años
SEXO Femenino/Masculino	4/8
Apache (Media)	17
Mortalidad (%)	58%
Infección de vías respiratorias (%)	25%
Infección de Piel y Partes Blandas (%)	41%
Impactos Sépticos SI/NO	7/5

Gráfico 1.



### 0268 RELACIÓN NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS: MARCADOR INFLAMATORIO Y PRONÓSTICO EN NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD

AR BOCASSI(1), V CHEDIACK(1), C DOMÍNGUEZ(1), MDL LUQUE(1), NA GÓMEZ(1), ER CUNTO(1)  
 (1) Muñiz.

**Introducción:** La neumonía grave de la comunidad (NGC) es una patología infecciosa cuyo diagnóstico y tratamiento apropiado resultan esenciales para reducir la morbi-mortalidad. La relación neutrófilos-linfocitos (RNL) es un cálculo a partir de dos parámetros del hemograma, ha sido propuesto como marcador accesible para evaluar inflamación sistémica y pronóstico en diferentes patologías.

**Objetivos:** 1) investigar si RNL podría ser orientador etiológico de neumonía (NMN) al ingreso a unidad terapia intensiva (UTI), 2) evaluar asociación entre RNL y pronóstico

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, 24 meses, 232 pacientes ingresados a UTI por NGC. Clasificados en Grupo 1: NGC-bacteriana, Grupo 2: NGC-tuberculosis pulmonar (TB) y Grupo 3: NGC virales y micóticas.

Criterios de exclusión: menores de 17 años, reingreso a UTI. Variables analizadas: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), edad, sexo, pronóstico, recuento de leucocitos (GB), neutrófilos (N), linfocitos (L) y cociente N/L (RNL). GB, N y L (cel/mm<sup>3</sup>) procesados en contador hematológico Sysmex XN-1000. Se utilizó SPSS 25.0. Expresión de variables:  $\pm$ SD (continuas) y porcentajes (nominales). Se aplicaron test paramétricos (ANOVA) y no paramétricos (Kruskal-Wallis, correlación Spearman). Se consideró significativo  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Ver tabla 1. En grupo 1 se hallaron: Streptococcus pneumoniae: 13, Pseudomonas aeruginosa:5, Haemophilus influenzae: 4, Staphylococcus aureus:3, Acinetobacter baumannii:1 y Klebsiella pneumoniae:1. En el grupo 3: Hantavirus:2, leptospira:1, Paracoccidiodies:1, Varicela Zoster:1, Histoplasma: 3, Aspergillus:4, Influenza H3N2: 7, Pneumocistis jirovecii: 11. Sexo masculino (mayor 60%), sobrevivió 57,3% (n=133) y mortalidad 42,7% (n=99).

Se halló correlación positiva entre APACHEII y RNL ( $p<0,001$ ), negativa entre APACHE II y L ( $p<0,001$ ). Sobrevivida (RNL: 12,5) vs. Mortalidad (RNL: 20,3) alcanzó significancia estadística ( $p<0,001$ )

**Conclusiones:** De acuerdo a nuestros resultados RNL no alcanzó significancia estadística para orientar etiología de NMN al ingreso a UTI. RNL podría ser un marcador bioquímico pronóstico complementario al APACHE II RNL es fácil de calcular, simple de interpretar, se obtiene dentro del hemograma y no implica costo adicional.

Limitaciones: a) Sepsis puede incrementar adhesión de N al endotelio vascular provocando descenso en sangre periférica. b) Tratamiento empírico de pacientes derivados de otros centros que pudieron haber provocado "resultados espúreos" en los parámetros hematológicos.

	Grupo 1 n=100	Grupo 2 n=98	Grupo 3 n=34	p
Edad (años)	48,4 $\pm$ 14,4	41,4 $\pm$ 13,6	46,4 $\pm$ 16,7	0,006
HIV+	63 (63%)	49 (50%)	20 (59%)	ns
APACHE II	17,9 $\pm$ 7,2	16,1 $\pm$ 7,1	16,5 $\pm$ 5,1	0,03
GB	13376 $\pm$ 10085	9528 $\pm$ 5665	11867 $\pm$ 10276	0,021
N	11209 $\pm$ 9174	7867 $\pm$ 4766	9389 $\pm$ 7781	0,041
L	947 $\pm$ 703	946 $\pm$ 1063	1079 $\pm$ 1380	ns
RNL	17,5 $\pm$ 16,7	14,5 $\pm$ 15,5	14,8 $\pm$ 13,1	ns
Mortalidad	38 (38%)	43 (44%)	17 (50%)	ns

### 0269 COMPORTAMIENTO DE LAS PLAQUETAS EN TUBERCULOSIS GRAVE

AR BOCASSI(1), V CHEDIACK(1), C DOMÍNGUEZ(1), MDL LUQUE(1), NA GÓMEZ(1), ER CUNTO(1)  
 (1) Muñiz.

**Introducción:** En los últimos años, ciertos parámetros hematológicos, tales como plaquetas (P) y relación plaquetas-linfocitos (RPL) han sido muy estudiados. Se ha puesto énfasis en la RPL como un marcador simple y de bajo costo en condiciones infecciosas crónicas. Sin embargo, pocos son los reportes publicados en pacientes con patología tuberculosa y coinfectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

**Objetivos:** Describir el comportamiento de P y RLP en pacientes con tuberculosis (TB) co-infectados con VIH admitidos en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo, período 24 meses, 143 personas ingresadas a UTI con diagnóstico de TB. Pacientes fueron asignados en: Grupo 1 (TB+ HIV-) y Grupo 2 (TB+ HIV+). Criterios de exclusión: menores de 17 años. Se analizaron variables: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), edad, evolución, recuento leucocitos (GB), recuento absoluto linfocitos (L), recuento de plaquetas (P), para el índice RPL se calculó el cociente P/L. Se consideró "trombocitopenia"  $P \leq 100000$  células/mm<sup>3</sup> y "trombocitosis"  $P \geq 450000$  células/mm<sup>3</sup>. Variables continuas se expresaron como Mediana (M) y Rango Intercuartil (IC) por no ajustarse a una distribución normal. Variables cualitativas en frecuencia y porcentaje. Se utilizó SPSS 25.0, test no paramétricos (Mann-Whitney) entre grupos. Se consideró significativo  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** 70% hombres, mortalidad global: 41,2%. Comparación grupos (Ver tabla 1). Cuando se investigó la RPL entre sobrevivientes (n=84) vs. no sobrevivientes (n=59) la diferencia no fue significativa.

**Conclusiones:** 1- Trombocitopenia fue más notoria entre pacientes HIV+ (26,3%) resultados que concuerdan con lo reportado en la literatura.

2- Trombocitosis (20,9%) hallada en pacientes HIV(-) probablemente sea "reactiva o secundaria" a TB conservando las P su tamaño normal (según índices plaquetarios y observación microscópica del frotis sanguíneo de cada paciente).

3- P y L alcanzaron significancia estadística entre ambos grupos, en cambio RPL no logró diferencia estadísticamente significativa

4- RLP de acuerdo a nuestros resultados, no sería un biomarcador inflamatorio útil en el contexto de pacientes coinfectados.

	Grupo 1 n=67	Grupo 2 n=76	p
edad	40 (59,5%)	40 (52,6%)	ns
APACHE II	14 (20,9%)	18 (23,7%)	$p < 0,001$
GB	10900 (1720-16200)	8900 (4210-10480)	$P < 0,001$
L	1100 (672-1600)	430 (200-936)	$p < 0,001$
P	30900	18900	$p < 0,001$
RPL	(19100-418000)	(97200-271000)	0,28
Trombocitopenia	7 (10,4%)	20 (26,3%)	$p = 0,016$
Trombocitosis	14 (20,9%)	3 (3,9%)	$p = 0,002$
No sobrevivientes	24 (35,8%)	35 (46%)	

### 0270 LA ENFERMERIA, UN ROL FUNDAMENTAL EN LA DETECCIÓN DE DONANTES

G BASCOLO(1), P ZANARDI(1), E MISSION(1), M CHIRAMBERRO(1), P HORMIGO(1), M MINGOZZI(1), L GOMEZ(1), L ALONSO(1), M POSKIN(1)  
 (1) Higa Dr Alende.

**Introducción:** El TRASPLANTE es una práctica médica ampliamente difundida que necesita de la DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS para poder llevarse a cabo.

En nuestro país hay 10.000 personas en listas de espera, de las cuales 2.500 esperan un trasplante de córneas.

A fines del 2017 vimos la necesidad de implementar una estrategia diferente a la que hemos venido tomando ya que los números sobre procuración de tejidos en este hospital han sido bajos.

Nuestro equipo de trabajo está totalmente convencido de que la

gran parte de la problemática radica en la detección de los potenciales donantes constituyendo el eslabón inicial y principal de una larga cadena en el proceso de donación y trasplante.

El personal de salud tiene un rol fundamental en la detección de dichos pacientes, no pudiendo delegarse la iniciativa a los familiares de las personas recientemente fallecidas.

**Objetivo:** Aumentar el número de procuración de corneas en el hospital mediante la incorporación de nueva estrategia de detección, entrevista y ablación de los tejidos

Concientizar al personal de salud sobre la importancia del rol que cumplen en el proceso de procuración de tejidos

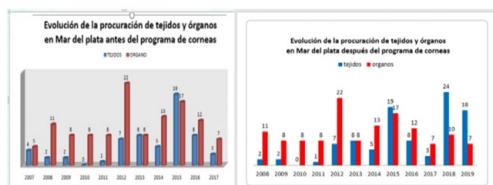
**Material y método:** Se organizó un grupo de trabajo con 7 enfermeras las cuales estaban capacitadas y realizaron cursos sobre detección, selección y ablación de corneas, avocado exclusivamente a dicha función.

Cuando un paciente fallecía en cualquier área del hospital, el enfermero lo informaba a la supervisora de piso, esta debía inmediatamente avisarle a la enfermera del CUCAIBA quien evaluaba al fallecido y si no presentaba contraindicaciones para la donación de corneas, realizaba la comunicación al familiar, completaba el formulario correspondiente y luego realizaba la ablación de los globos oculares.

**Resultados:** En 16 meses de implementación del programa la procuración de tejidos aumento considerablemente, (figura 1) posicionando al hospital entre los tres establecimientos que mayor cantidad de corneas que procuran en el país

**Conclusión:** Desde comienzos del 2018 que se empezó a implementar el programa no solo se cumplió con los objetivos sino también el equipo dio charlas para la comunidad, en facultades y escuelas comentando su labor y capacitando al personal de salud para aumentar la detección

La cantidad de donación de corneas supero a la de órganos.



## 0271 PACIENTE INMUNODEPRIMIDO CON INFECCIÓN EN SNC Y PULMONAR A GÉRMEENES OPORTUNISTAS

G VIDAL(1), M TORRES(1), A MARIA CAROLINA(1), F GUSTAVO(1), A ESTELA(1), S GERMAN(1), S ARMANDO(1)  
(1) Sanatorio Británico.

Paciente inmunodeprimido con infección en SNC y pulmonar a gérmenes oportunistas

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad, con antecedentes de Leucemia linfoblástica crónica (LLC) estadio A de Binet, diagnosticada en el año 2014, sin requerimiento de tratamiento, HTA, DBT insulinoquiriente, obeso, trombosis en vena central de la retina. Ingreso desde guardia externa por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por fiebre con escalofríos, desorientación y cefalea leve. Se deriva a UTI 4 hs. posteriores por sepsis. Foco en SNC, requerimiento de asistencia ventilatoria y hemodinámica.

Se tomaron hemocultivos-urocultivo-punción lumbar (con proteínoorraquia, glucosa no consumida, elementos aumentados), realizó tratamiento antibiótico empírico inicial con ceftriaxona-ampicilina-acidoclovir. PCR en LCR positiva para CMV, se rota Acidoclovir por Ganciclovir; rescate de Lephomona en minibal, comienza metronidazol. Realizo múltiples esquemas antibióticos empíricos por respuesta inflamatoria sistémica.

Curso 23 días totales de internación por infección en SNC y pulmonar a gérmenes oportunistas: meningoencefalitis por CMV, infección pulmonar por Lephomona e infecciones intrahospitales

rias, neumonía e infección urinaria por Acinetobacter Baumannii-calcoaceticus.

Evolución tórpida, con nuevos embates sépticos, progresión de infiltrados pulmonares bibasales, inestabilidad hemodinámica, falla multiorganica.

Óbito.



## 0272 NUEVO DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO INGRESADOS A UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

JM WEHIT(1), FA SOSA(1), DI IVULICH(1), JJ FOLCO(1), F DEKETELE(1), AN MATARESE(1), B LEONE(1), JD OSATNIK(1)  
(1) Hospital Alemán.

**Introducción:** Los pacientes sépticos y con shock séptico presentan un riesgo aumentado de desarrollar nuevas arritmias cardíacas como la fibrilación auricular (FA). Estudios previos han demostrado que la FA se asocia a mayor morbimortalidad en este grupo de pacientes, pero no hay todavía criterios ecocardiográficos homogéneos a la mayoría de los pacientes sépticos en terapia intensiva.

**Objetivo:** Evaluar variables ecocardiográficas de pacientes admitidos en la unidad de terapia intensiva con sepsis y shock séptico que presenten nuevo inicio de FA.

**Métodos:** Se realizó una cohorte prospectiva de pacientes con sepsis y shock séptico admitidos en la unidad de terapia intensiva, éstos fueron definidos de acuerdo a los criterios de Sepsis 3. Los scores de SOFA y APACHE II fueron calculados al ingreso y con el diagnóstico de sepsis. Se realizó un ecocardiograma al momento del diagnóstico por el médico especialista en cuidados críticos.

**Resultados:** Una cohorte de 27 pacientes fue evaluada. Cinco (18,5%) pacientes presentaron FA. El score de SOFA al ingreso fue comparable en pacientes con FA y pacientes sin FA ( $9.2 \pm 4.8$  vs.  $6.5 \pm 1.8$ ,  $p=0.0445$ ). El área auricular izquierda fue mayor en los pacientes con FA comparada con aquellos sin FA ( $21.7 \pm 2.0$  vs.  $18.0 \pm 3.5$ cm<sup>2</sup>,  $p=0.029$ ). El volumen auricular izquierdo fue también mayor en los pacientes con FA ( $69.4 \pm 3.6$  vs.  $47.8 \pm 14.9$ cm<sup>3</sup>,  $p=0.026$ ). El área auricular derecha fue  $16.2 \pm 1.1$ cm<sup>2</sup> en pacientes con FA y  $16.1 \pm 3.3$ cm<sup>2</sup> en pacientes sin FA ( $p=0.982$ ). El volumen auricular derecho fue también similar entre los dos grupos ( $45.3 \pm 21.7$ cm<sup>3</sup> vs.  $38.2 \pm 15.5$ cm<sup>3</sup>,  $p=0.44$ ). La mortalidad durante la estadía en la unidad de terapia intensiva fue de 2/5 (40%) en pacientes con FA y 2/22 (9,1%) en pacientes sin FA ( $p=0.144$ ).

**Conclusiones:** La fibrilación auricular es una complicación frecuente en los pacientes con sepsis y shock séptico en la unidad de terapia intensiva y se asocia a variables ecocardiográficas distintivas. Sin embargo, la mortalidad no fue significativamente mayor comparada con los pacientes sin FA. Probablemente se necesiten mayor número de pacientes para evaluar mejor su impacto clínico en nuestra población.

#### 0273 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES. REPORTE DE CASOS

T FERNANDEZ(1), P CRISTINA(1)  
(1) Sanatorio Itoiz.

**Introducción:** La trombosis venosa cerebral es una enfermedad de incidencia desconocida, subdiagnosticada, que se presenta con manifestaciones neurológicas diversas y que pueden desorientar el diagnóstico inicial. Está favorecida por múltiples condiciones que alteran el balance protrombótico y fibrinolítico.

**Caso 1:** Masculino, 39 años, presenta paresia braquial izquierda de 48 hs y posteriormente derecha. convulsiones generalizadas, Tomografía cerebral: lesión hiperdensa de 15 mm cortico-parietal izquierda y lesión hipodensa parietal derecha. Resonancia cerebral: hiperintensidad en T2 y Flair, frontoparietal bilateral. Angio-tomografía: signos de trombosis oclusiva del seno transversal, sigmoides derecho y repermeabilización parcial del seno longitudinal. Se inicia HBPM, evolucionando con mejoría.

**Caso 2:** Masculino, 41 años, consumidor de marihuana. Con 20 días de cefalea frontal, fiebre, convulsiones, Tomografía cerebral: lesión hiperdensa subcortical frontal izquierdo de 15mm; Resonancia cerebral: hiperintensidad en T2 e hipointensidad en T1 frontal izquierda de 38 mm. venoresonancia: ausencia de señal del seno longitudinal superior, seno transversal derecho y seno sigmoideo. Se inicia tratamiento con HBPM con buena evolución.

**Caso 3:** Femenina, 39 años, consumo de anticonceptivos orales. Presenta síncope y hemiplejía izquierda, tomografía cerebral: lesión hipodensa en núcleo lenticular derecho que se extiende a tálamo y mesencefalo, sangrado en ventrículos laterales. Angio-tomografía: Falta de tinción parcial del seno recto, vena galeno, seno longitudinal inferior. RMN Cerebral: Lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, en región talámica derecho que se proyecta hacia 3er ventrículo el cual colapsa y desplaza la línea media. Se inicia HBPM con buena evolución.

**Caso 4:** Femenina, 41 años, antecedentes de trombofilia. presenta cefalea frontal, disartria, fotofobia, Tomografía cerebral: lesión hiperdensa intraparenquimatoso temporal izquierdo, RMN: lesión irregular hiperintensa en T1 temporal izquierda cortico subcortical, desplazamiento del ventrículo lateral y línea media, venoresonancia: trombosis de seno venoso transversal sigmoides izquierdo. Se inicia HBPM con buena evolución.

**Conclusión:** La trombosis de los senos venosos cerebrales se presenta como un cuadro poco definido, donde el elemento central sintomático es la cefalea y las convulsiones generalizadas como en nuestros pacientes. Actualmente la mortalidad ha disminuido por el diagnóstico precoz e inicio temprano del tratamiento anticoagulante.

#### 0274 SHOCK SÉPTICO CON DAÑO MULTIORGÁNICO SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE (FN)

F AMIEVA(1), Y AMOROSO(1), F FURIASSE(1), MG JACOB(1), F MONTERO(1), A CÀCERES(1), D LÒPEZ CAMPOS(1), M TORRES BODEN(1), C COZZANI(1)  
(1) Cosme Argerich.

**Introducción:** La FN es una infección de piel y partes blandas, de curso rápidamente progresivo, inclusive horas, que pese al tratamiento adecuado presenta elevada mortalidad

**Caso clínico:** Hombre de 59 años, con antecedente de herida cortante en mano izquierda de 4 días de evolución que acude a Emergencias por infección en región dorsal y palmar de mano izquierda, con fiebre, hipotensión, leucocitosis e insuficiencia renal.

Ingresó a UTI, asumiéndose sepsis con foco en piel y partes blandas). Se cultiva e inicia terapia con piperacilina tazobactam, vancomicina y clindamicina. APACHE II: 23.

Un doppler de miembro superior izquierdo (MSI) muestra trombosis (superficial y profunda) de vena cubital, humeral y cefálica, decidiéndose toilette quirúrgica. Evoluciona en postoperatorio con shock que requiere vasopresores y progresión de falla renal.

En 6hs, progresa hasta región proximal del MSI con livideces, flictenas hemorrágicas, induración y mayor requerimiento de vasopresores. Se decide amputación supracondílea.

En POP evoluciona en ARM, shock séptico refractario a fluidos y drogas vasoactivas, acidosis metabólica y progresión de fallas hemodinámica, hematológica, hepática y renal (anúrico) (SOFA:6). Fallece 10hs luego del ingreso.

**Discusión:** La FN, es una infección que compromete todos los compartimientos de tejidos blandos (de piel hasta fascia profunda y musculo), pudiendo progresar a necrosis, con respuesta inflamatoria sistémica, potencialmente mortal. Su incidencia es de 500 casos/año, con DMO del 40-60% y mortalidad del 40%. Su diagnóstico es microbiológico e histopatológico, pero la sospecha clínica es primordial. El debridamiento dentro de las 12hs de instaurado el tratamiento y un esquema antimicrobiano amplio para aerobios y anaerobios, disminuye la mortalidad.

Se clasifican en 4 tipos distintos según el germen involucrado. En este caso (hemocultivos, musculo y partes blandas obtenido en la cirugía) se aisló *Streptococo Pyogenes*.

**Conclusión:** Este paciente, pese al diagnóstico temprano y tratamiento precoz, tuvo un desenlace desfavorable.

En pacientes con descompensación hemodinámica desde su presentación, la amputación inicial, podría ser una opción más favorable.



#### 0275 REQUERIMIENTO DE ANALGESIA EN PACIENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS TÓXICAS CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO

F OCAMPO(1), MC SOSA(1), PB PAHNKE(1), I PUIG(1), M LE GUIZAMON(1), S PAVAN(1), C ARANCIBIA(1)  
(1) Hospital Municipal De Urgencias.

**Introducción:** El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una prioridad de salud pública, el manejo de la analgesia resulta desafiante

cuando estos pacientes tienen antecedentes de consumo de sustancias tóxicas.

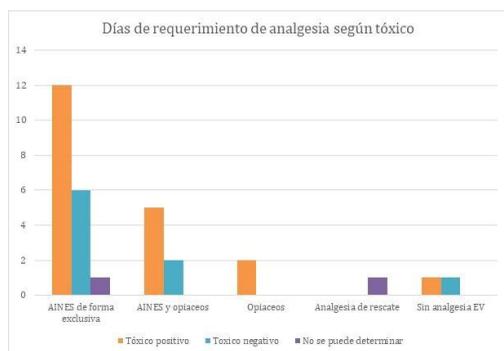
**Objetivo:** Describir características epidemiológicas de pacientes ingresados en el Hospital Municipal de Urgencias, centro de trauma de Córdoba, con TCE leve o moderado entre el 01/06/2018 y el 31/12/2018, relacionar uso de analgésicos con drogas de abuso y valorar días de analgesia necesaria en relación al consumo de sustancias tóxicas.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Criterios de inclusión: TCE con Glasgow > 8. Se determinaron drogas de abuso en cribado toxicológico en orina o por anamnesis. Se diferenció en requerimiento de AINES u opiáceos, cuantificando el tiempo requerido en días.

**Resultados:** n:31 pacientes. De los cuales 77% masculino. De edad fue 32,6 + 13,7. Según sexo, 33,9 + 14,4 (IC95% 27,8-40,0) masculinos y 28,3 + 10,6 (IC95% 18,4-38,1) para femeninos. El 42% de los TEC fueron secundarios a colisión de moto sin casco. El 50% fueron TEC leves. Media de días de internación: 5,45 + 3,2. El 65% tenía toxicológico positivo(+). De ellos, 13 pacientes consumieron alcohol; los restantes cocaína, marihuana, benzodiazepinas y opiáceos. Del total, 61% requirieron AINES exclusivamente, 23% AINES y opiáceos, 6% opiáceos únicamente, 3% analgesia de rescate y 7% no requirieron analgesia endovenosa. Los pacientes tóxicos(+) 60% fueron tratados con AINES exclusivamente, 25% AINES y opiáceos, 10% opiáceos únicamente y 5% no requirieron analgesia endovenosa. Los pacientes toxicológico(-) 67% fueron tratados con AINES exclusivamente, 22% AINES y opiáceos y 11% no requirieron analgesia endovenosa. Lo que significó un RR 1,17 (IC95% 0,72 – 1,88). Los pacientes Toxicológico(+) tuvieron en promedio 3,25 + 2,38 días de utilización de analgesia. En cambio, los pacientes Toxicológico(-), el promedio fue 2,78 + 1,72 días.

**Conclusión:** De los pacientes analizados, la mitad presentaron TEC leve, 2/3 masculinos, predominantemente jóvenes, motociclistas sin casco, consumidores de alcohol, cocaína y marihuana, que requirieron preferentemente AINES.

El 95% de los pacientes tóxicos positivos utilizaron más días de analgésicos con una tendencia positiva con un RR 1,17 (IC95% 0,72 – 1,88). Se necesita mayor n de casos para la significancia estadística.



## 0276 HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIO A FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN MIEMBRO SUPERIOR

AN FLORES MERCADO(1), L CASANOVA(1), E GUZMAN(2), J AGUIRRE(1), JP HERTELENDY  
(1) Sanatorio Guemes. (2) Sanatorio Guenes.

**Introducción:** La obstrucción del drenaje venoso cerebral como causa de HIC, puede producirse por una alteración del retorno venoso, o en las obstrucciones venosas profundas por trombosis o estenosis por esclero calcificación. La frecuencia con la cual se presenta alteración en el flujo sanguíneo por esta causa en pacientes con diálisis es muy inusual.

**Presentación de caso:** Se presenta a una paciente de 36 años con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, la cual 15 días posteriores a

confección de fístula en miembro superior derecho evoluciona con edema, asimetría y circulación colateral, posteriormente evoluciona con amaurosis fugaz, cefalea, Náuseas; en ese contexto se realiza fondo de ojo evidenciándose edema de papila, TC de encéfalo y RMN sin particularidades, luego se realiza punción lumbar (PL) con una presión de apertura de 40 cmH2O.

Por la asimetría presentada de miembros superiores se realiza angiografía con evidencia de estenosis tronco braquiocefálico y de vena cava superior realizándose angioplastia con balón. Sin mejoría de cuadro clínico se realiza doppler de vasos de cuello evidenciándose flujo yugular derecho turbulento retrógrado. Al bloquear fístula con manguito de presión el flujo revierte a flujo anterógrado. Ante estos hallazgos se decide bloqueo de FAV con normalización de flujo, y resolución de cuadro clínico.

**Discusión:** Se realizó una revisión bibliográfica buscando casos que describen a pacientes en hemodiálisis con evidencia de aumento de presión intracraneal asociado a factores predisponentes de resistencia al flujo venoso cerebral con hiperdinamia del flujo venoso encontrándose un total de 12 casos reportados a nivel mundial, debido a la baja incidencia, los cuales concluyeron que la resolución se basa en reconstituir el flujo venoso adecuado.

**Conclusiones:** La conjunción de flujo hiperdinámico por la fístula arterio/venosa asociado a la obstrucción venosa profunda central en la mayoría de los casos braquiocefálica /vena cava superior, puede producir HIC llegando a producir flujo retrógrado yugular. El número de pacientes en diálisis por FAV es alto así como la frecuencia de trombosis de flujo venoso, la HIC en esta población ese cuadro clínico evento poco común, Pero ante la aparición de signos y síntomas de hipertensión endocraneana sin otra etiología que la explique, debería de sospecharse.

## 0278 RIÑÓN HIPERFILTRANTE EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL

ML CAMPASSI, FG REPETTO(1), CL LUCERO BOTTA(1), DM MASPOLI(1), J BÁEZ(1), I BORONI(1), R BERTOLA(1), R CASATOR(1), J CAMPANA(1), A DUBIN(2)  
(1) Clínica La Pequeña Familia. (2) Sanatorio Otamendi.

**Introducción:** Se define riñón hiperfiltrante (RHF) como un aclaramiento plasmático de creatinina  $\geq 120$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El RHF es muy común, particularmente en pacientes jóvenes y traumatizados. Habitualmente se asocia a un estado hiperdinámico, con aumento del volumen minuto cardíaco. Su presencia genera importantes dilemas terapéuticos relacionados con la dosificación de drogas de eliminación renal. Aunque el desarrollo de RHF ha sido reportado en el traumatismo craneoencefálico (TCE), su verdadera incidencia es desconocida.

**Objetivos:** Describir la incidencia de RHF en pacientes con TCE.

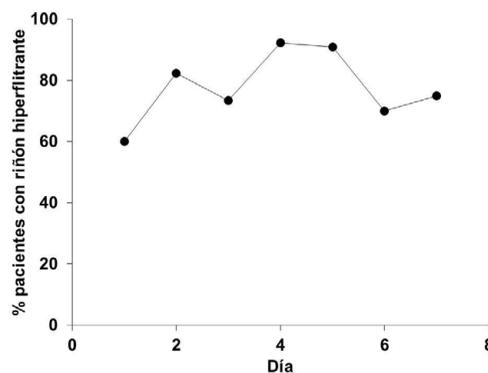
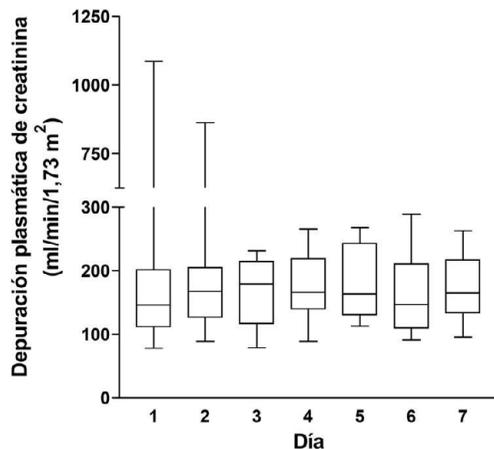
**Métodos:** Éste fue un estudio prospectivo observacional que incluyó todos los pacientes ingresados al servicio de terapia intensiva con diagnóstico de TCE, desde octubre de 2018 a mayo de 2019. Los pacientes fueron evaluados durante su estadía en terapia, hasta un máximo de 7 días consecutivos.

Se registraron datos clínicos, de laboratorio, demográficos, puntajes de gravedad y requerimientos de monitoreo de presión intracraneana, cirugía, ventilación mecánica y noradrenalina. La depuración plasmática de creatinina se calculó diariamente a partir de la recolección urinaria de 8 horas. Los datos, presentados como porcentaje o mediana [rango intercuartílico], se analizaron con test de x<sup>2</sup> o test de ANOVA no paramétrico (Friedman). Un valor de P < 0,05 fue considerado significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, con una edad de 29 [30-35] años, puntaje APACHE II de 13 [6-20], puntaje SOFA de 4 [1-8] y escala de coma de Glasgow de 11 [7-14]. El 50% de los pacientes requirió ventilación mecánica, neurocirugía y monitoreo de la presión intracraneana, y el 45% recibió noradrenalina. La mortalidad a los 28 días fue del 5%.

El RHF estuvo presente en 19 de los 20 pacientes (95%). La incidencia de RHF y los valores de depuración plasmática de creatinina se mantuvieron elevados y estables a lo largo de la primera semana (Figuras 1 y 2).

**Conclusiones:** Este es el primer estudio que evaluó prospectivamente la incidencia de RHF en el TCE. Nuestros resultados muestran que es un trastorno extremadamente frecuente. Si bien estos hallazgos deberán confirmarse en un mayor número de pacientes, sus implicancias terapéuticas podrían ser relevantes.



### 0279 PERFORACION INTESTINAL POR SALMONELOSIS, PRESENTACION OLVIDADA DE UNA PATOLOGIA FRECUENTE: INFORME DE UN CASO

ME CORDERO(1), A SANCHEZ(1), N LLANES(1), L CUELLAR(1), S CASTILLO(1), A MORENO DE MARI(1), A ENCINA SANCHEZ(1)  
(1) San Bernardo.

**Introducción:** La fiebre tifoidea es una enfermedad aguda producida por la Salmonella typhi, entre otros serotipos paratíficos; se caracteriza por fiebre, cefalea, dolor abdominal, rash transitorio, esplenomegalia, leucopenia.

Dentro de las complicaciones más graves, se incluyen: sangrado del tubo digestivo, perforación intestinal, miocarditis, encefalopatía y coagulación intravascular diseminada. Éstas y la mayoría de las restantes complicaciones aparecen después de la primera semana de enfermedad.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 37 años, oriunda de Chicoana, sin antecedentes patológicos de relevancia.

Motivo de consulta: dolor abdominal, diarrea y vómitos

Antecedentes de enfermedad actual: dolor abdominal tipo cólico, de cinco días de evolución, localizado en región umbilical, fosa iliaca izquierda e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Examen físico: abdomen doloroso a la palpación difusa, taquicardia (FC 110), normotensa, febril.

Conducta: Policultivos; ecografía abdominal: líquido libre en Douglas. Se decide laparotomía exploradora, que evidencia perforación intestinal a 80 cm del ángulo de Treitz, se realiza rafia, lavado de cavidad. Ingres a UTI con abdomen abierto y contenido, en ARM, inestable hemodinámicamente con requerimiento de vasoactivos. Resultados de cultivos: hemocultivo negativo, Urocultivo positivo para Salmonella Spp, coprocultivo: negativo. Reacción de Widal positiva para salmonella typhi antígeno H 17160.

Evolución: Cumple esquema ATB con ceftriaxona con buena evolución, reintervención quirúrgica para cierre de cavidad. Evoluciona con NAV, requiere traqueostomía precoz, egresa de UTI con posterior alta hospitalaria.

**Comentarios:** Las infecciones intestinales por salmonela raramente cursan con presentación como abdomen agudo, la perforación intestinal ocurre habitualmente como consecuencia de la necrosis de las placas de Peyer en el borde antimesentérico. Su incidencia varía ampliamente desde el 0.9%- 3.9%, siendo muy infrecuente en nuestro país, por lo que el presente caso intenta alarmar acerca del padecimiento de esta patología.

**Conclusión:** La presentación realizada cobra relevancia clínica por la infrecuente evolución, siendo extremadamente rara la evolución completa aquí presentada, teniendo mala evolución en caso de no instaurarse el tratamiento de forma temprana y adecuada, cobra relevancia la valoración multidisciplinaria del paciente y la conducta quirúrgica temprana ante signos inespecíficos de peritonitis.

### 0280 DÉFICIT DE FACTOR X: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

G FERNANDEZ(1), P BARRAL(1), V CUÉLLAR(1), R FERRERA(1), MJ GANDINI(1), D GARCÍA(2), H GARCÍA(1), R LÓPEZ(1), M MATEODA(1), M PÉREZ LOZANO(1), A PISANI(1), S VIERA(1)  
(1) CI Pueyrredon. (2) Cedeac.

**Introducción:** El déficit adquirido del Factor X por la aparición de "inhibidores" es un trastorno de la coagulación muy infrecuente, con un número reducido de casos publicados en la literatura, de causa desconocida o asociado a varios factores desencadenantes (Enf. Oncológicas, inflamatorias, quemaduras y infecciones respiratorias previas). La aparición de hematomas espontáneos que provoca esta entidad, similares a los encontrados en otros déficits como la Hemofilia, pueden ser de gran tamaño y poner en riesgo la vida del paciente. La alteración de los tiempos de coagulación y la respuesta parcial a la administración de plasma es lo que lleva a la alta sospecha del déficit. No hay tratamiento estandarizado por escasa frecuencia del mismo. Se han realizado diferentes tratamientos: Plasmaféresis, Gammaglobulina, Complejo Protrombínico, Corticoides y Factor VII, con resolución completa en 1-2 semanas.

**Presentación de caso:** Mujer de 61 años. Antecedentes de ACV Hemorrágico (2006), resección Cistoadenoma de ovario(2013), estudiada por ambulatorio por dolor y masa palpable abdominal de 3 semanas de evolución. TAC: Hematoma abdominal y retroperitoneal. Se interna. Analítica: Hto.23/TP 45%/ KPTT50" con corrección "parcial" con plasma. Se detecta aparición de inhibidor de FX como causa de Hematoma. En internación Sepsis con hemocultivos (+) para BGN. Aumento de tensión abdominal y caída de Hto. TAC: aumento de tamaño de hematoma: se decide tto. con concentrado protrombínico con estabilización de hematoma más transfusión de GR. Alta sospecha de hematoma infectado. Indicación de drenaje del mismo. Tratamiento antibiótico guiado por antibiograma. Con hemocultivos negativos a las 72 hs, se decide realizar pulsos de metilprednisolona considerando riesgo/beneficio de conducta. Se corrige déficit de inhibidor. Se logra drenar hematoma y remover foco infeccioso en forma exitosa.

**Conclusión:** Enfermedad muy poco frecuente por alteración de la coagulación con predisposición a sangrados frecuentes que no responde a la administración de plasma generando un desafío médico

cuando el tratamiento requerido para salvar la vida del paciente es un procedimiento quirúrgico o invasivo. Múltiples tratamientos se han probado para corregir el déficit, como lo fué en nuestro caso la administración de Complejo protrombínico para disminuir sangrado y dosis altas de CTC con desaparición del inhibidor con resolución completa de la alteración.

#### 0281 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES: VARIANTES EN EL COMPROMISO DEL TRONCO ENCEFÁLICO

N GEMELLI(1), A FERRERO(1), S DI STEFANO(1), M GARBARINI(1), M LAS HERAS(1), N CIARROCCHI(1), E SAN ROMAN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** La meningitis por *Listeria Monocytogenes* (LM) es un cuadro infrecuente que representa menos del 1% de las meningitis y que, en ciertas oportunidades, puede afectar el tronco encefálico (TE) condicionando un peor pronóstico y mayor mortalidad. Dicha afectación anatómica podría no responder a fenómenos fisiopatológicos únicos, sino que puede ser tanto secundario a infección directa del TE por el germen mencionado, como por isquemia tisular en contexto de vasculitis séptica.

Se presentan 3 casos con diagnóstico de meningitis por listeria que presentaron compromiso del TE.

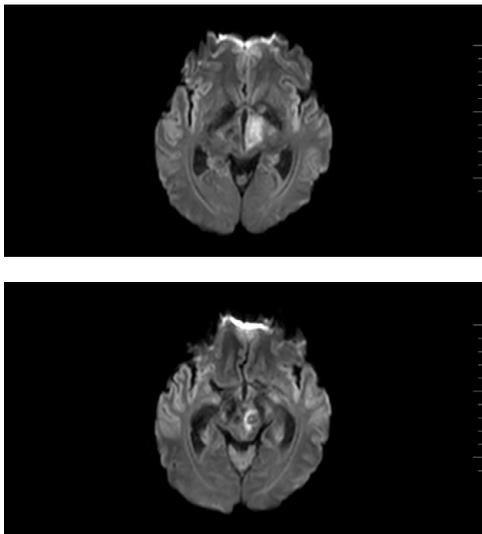
**Caso 1:** Varón de 43 años en tratamiento inmunosupresor que presentó alteración del sensorio con presencia de imágenes en resonancia magnética (RMN) compatibles con vasculitis. Se inició tratamiento con ampicilina.

**Caso 2:** Mujer de 38 años que presentó hemiparesia faciobraquial derecha, disartria y disfagia. Se tomaron cultivos con rescate de LM y se realizó RMN con lesiones en pedúnculo cerebeloso y bulbo. se interpretó como rombencefalitis por LM, cumpliendo tratamiento antibiótico con ampicilina. Evolucionó con mejoría clínica y radiológica, con recuperación completa a los 6 meses de seguimiento.

**Caso 3:** Varón de 32 años que ingresa con síndrome meníngeo con diagnóstico de otro centro de meningitis bacteriana. Ante rescate de LM en hemocultivos y cultivo de LCR por lo que se inició tratamiento con ampicilina. Se realizó RMN donde se evidenció lesión de tronco, en este caso con mala evolución y posterior fallecimiento.

**Discusión:** La meningitis por LM es una enfermedad rara en la población comprendida entre 2 y 65 años, que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos y embarazadas. El compromiso del TE es aún más infrecuente y condiciona su elevada mortalidad.

**Conclusiones:** Es fundamental el diagnóstico oportuno de la enfermedad y la búsqueda exhaustiva de lesiones asociadas en SNC, ya que dichas presentaciones agravan el pronóstico definen morbilidad y secuelas.



#### 0282 INTOXICACIÓN CON ALQUITRÁN DE ENEBRO (ACEITE DE CADE) EN UN NIÑO DESPUÉS DE UNA APLICACIÓN CUTÁNEA

G BENNANI(1), O AISSAOUI(1), K SEDDIKI(1), Y HAFIANI(1), A CHLILEK(1), K YAQINI(1), S KALOUCHE(2)  
(1) Hospital Harouchi. (2) Hospital Harouchi.

El alquitrán de enebro (aceite de cade) se destila de las ramas y la madera de *Juniperus oxycedrus*. Contiene aceites etéricos, triterpenos y fenoles, utilizados para diversos propósitos en la medicina popular. Los autores reportan el caso de un niño, previamente sano tratado con una aplicación tópica del alquitrán de enebro, admitido en la Unidad de Resucitación Pediátrica del Hospital Infantil Abderrahim Harouchi en Casablanca. La intoxicación causó dificultad respiratoria y neurológica, colapso, edema pulmonar agudo, insuficiencia renal y hepatotoxicidad. Durante la hospitalización, el infante presentó una infección nosocomial, sobrevivió después de un tratamiento de apoyo y sintomático, y fue dado de alta en buenas condiciones en el vigésimo segundo día de hospitalización en unidad de Resucitación Pediátrica. En general, la evolución es fatal radicando ahí la importancia de sensibilizar a la población acerca de la frecuencia del uso de esta sustancia en nuestro contexto.

#### 0283 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS EN CONTEXTO DE INTOXICACIÓN POR COCAÍNA

J QUINTEROS GONZALEZ(1), J LIRA(1), L ORIHUELA(1), A MEDINA(1), G GALVAN(1), M DEGUARDIA(1), A FIORANELLI(1)  
(1) Carlos G. Durand.

El consumo de drogas ilícitas en Argentina pasó del 3,6% en 2010 a 8,3 % en 2017. Para todas las drogas ilícitas, los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres. La cocaína es un simpaticomimético, actúa bloqueando la absorción de serotonina, norepinefrina y dopamina en los terminales nerviosos presinápticos. Los mecanismos propuestos para la rabdomiólisis inducida por la cocaína incluyen lesiones no traumáticas debido a la toxicidad directa de la cocaína que conduce a la degeneración miofibrilar esquelética aguda, vasoconstricción que conduce a la isquemia y necrosis muscular.

**Caso clínico:** Paciente masculino, 34 años Argentino, antecedente de consumo cocaína 5 gr/semana, acude a guardia por cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución, caracterizado por excitación psicomotriz, al ingreso se constata Urea 41 (10 – 50 mg/dl), creatinina 1.97 (0.50 – 0.90 mg/dl), ácido úrico de 22 (2.4 – 5.7 mg/dl) y CPK 71.000 (20 – 190 U/L), acidosis metabólica pH 7.22, bicarbonato 12, test de orina positivo para cocaína. El paciente evoluciona con deterioro del ritmo diurético, evaluado por Servicio de Nefrología, y pese a iniciar tratamiento con plan amplio de cristaloides, presento anuria y requirió terapia de reemplazo renal.

En contexto de manejo de excitación psicomotriz, se llevó a cabo intubación orotraqueal. Pasa a UTI, durante su internación recibió tratamiento hemodialítico diario. Presentó a las 72 hs máximo valor de CPK de 129.000 U/L, ácido úrico 13.6 mg/dl, con posterior descenso de los mismos. Evoluciono con múltiples interurrencias infectológicas a foco respiratorio, traqueostomizado por weaning prolongado. El paciente evoluciona satisfactoriamente, mejorando parámetros renales urea 49 mg/dl, creatinina 1.76 mg/dl, ácido úrico 4 mg/dl y recupero el ritmo diurético. Posterior alta hospitalaria.

**Conclusión:** La rabdomiólisis caracterizada por injuria y muerte muscular, liberación de electrolitos, mioglobina, proteínas intracelulares y su liberación a la circulación; los cuales se asocian con insuficiencia renal aguda, anomalías graves de medio interno y electrolitos, resultando en una morbilidad significativa. Se debe recordar que el abuso de cocaína genera y agrava la rabdomiólisis. El diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad en pacientes con antecedente de consumo de cocaína pueden prevenir este tipo de afecciones potencialmente mortales.

### 0284 MONITORIZACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS: COMPARACIÓN DE DOS METODOLOGÍAS

MA MALVICINI(1), V GONZALEZ(1), M VALERIO(1), T CAZAU(1), J SEGURA(1), L DAVIDE(1)  
 (1) Hospital Universitario Austral.

**Introducción:** Los pacientes de las áreas críticas son blanco de un seguimiento multidisciplinario.

Los errores en la prescripción, validación, dispensación y administración de fármacos son causa importante de eventos adversos que generan morbilidad en el paciente.

El farmacéutico como parte fundamental del equipo debe generar herramientas para minimizar errores que se puedan ocasionar en el paciente en cuanto a medicación.

**Objetivo:** Comparar dos formas de monitorización de pacientes en terapia intensiva adultos: Monitorización por criterios (MC) versus Monitorización por Score de severidad (MS)

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, enero a marzo 2018, en la Terapia Intensiva de un Hospital General de Agudos de alta complejidad de la Provincia de Buenos Aires.

El equipo de trabajo se conformó por dos farmacéuticos y médico residente de Terapia Intensiva.

En la práctica el farmacéutico realiza seguimiento según la MC donde establece que si el paciente cumple con los parámetros es objeto de monitorización diaria: Trasplantados, Neonatos, Mayores de 64 años polimedcados y neurocríticos

Además, se adaptó un MS que categoriza al paciente según el nivel de riesgo farmacoterapéutico al que están expuestos:

**Tabla 1:** Según puntaje obtenido, se determinaba el grado de complejidad farmacoterapéutica y la frecuencia de monitorización.

**Tabla 2:** Se comparó el porcentaje de pacientes monitorizados por las diferentes metodologías y se midió el impacto de las Intervenciones farmacéuticas realizadas en ese período.

**Resultados:** Durante el período de estudio se observó una monitorización del 38% según MC y del 100% según MS (40.3% diario, 49% cada 72 horas y 10.7% semanalmente). Se realizaron 273 Intervenciones farmacéuticas en el período estudiado, siendo "Adecuación al pase de sala", "Dosis incorrecta" y "Dosis excesiva" quienes representan la mitad de las mismas (24.5%, 14% y 11.7% respectivamente). El 61,5% de las intervenciones realizadas fueron en pacientes que no cumplieran con MC.

**Conclusiones:** La implementación de la metodología "Score de Monitorización por severidad", logró abarcar en su totalidad a los pacientes críticos, pudiendo de esta manera lograr un seguimiento más exhaustivo de los mismos. Asimismo se observó que la participación del farmacéutico en la recorrida médica es beneficiosa y que las Intervenciones farmacéuticas cumplen un rol imprescindible en la re-categorización diaria del paciente generando una atención de mayor calidad y seguridad al paciente.

GRADO DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA		
	COMPLEJIDAD	MONITORIZACION
LEVE	≥ 6 puntos	semanal
MODERADO	entre 7 y 11 puntos	✓/ 72hs
GRAVE	≤ 12	diaria (1u a vie)

CATEGORIZACION DE PACIENTES SEGUN ESCALA DE COMPLEJIDAD FARMACOTERAPÉUTICA			
VARIABLE	Definición de pacientes adultos monitorizables		
	PUNTAJE		
N medicamentos prescritos	+1	+2	+3
Función renal (Cr <sub>cl</sub> mL/min)	≤7	entre 8 y 14	≥ 15
Función hepática (Bili T, mg/dL)	80 - 51	50 - 16	≤ 15 / terapia de reemplazo renal
Índice de masa corporal (IMC)	BHIT: < 2 / Child A 18 - 30	BHIT: 2,1 - 3 / Child B 30 - 40	BHIT: > 3 / Child C IMC: > 40
Población vulnerable	N/A	N/A	adulto > 64 años, embarazo, inmunosuprimidos
Drogas monitorizables	antidepresivos	anticancerbívulos	inmunosupresores, digoxina, antimicrobianos
Hepatitis de bajo peso molecular / anticoagulantes orales	sin P-med TVP/TEP ni anticoagulantes orales	P-med TVP/TEP	anticoagulado

### 0285 CUMPLIMENTACION DEL LAVADO DE MANOS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA

R GONZALEZ(1), M MOSCIARO(2), E DAVILA(2), L PIOVANO(2), B PEREYRA(2), I MARINELLI(2), J QUIROGA(2), L BERNARDEAU(2)

(1) Humberto Notti. (2) Hospital Humberto Notti.

**Introducción:** El cumplimiento del protocolo de lavado de manos reduce un 40% las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, lo que lo convierte en Indicador de Calidad de Proceso sensible.

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento del lavado de manos, según protocolo, de los profesionales de una terapia intensiva pediátrica (UTIP), tras la implementación progresiva de paquetes de medidas.

**Materiales y métodos:** Estudio intervencionista y prospectivo. Se evaluó el lavado de manos en los profesionales de UTIP: Médicos, Enfermeros y profesionales de apoyo: Interconsultores y Kinesiólogos), desde el 01 de marzo de 2018 al 28 de febrero de 2019. Se realizaron observaciones quincenales por parte de un observador. El día de medición fue elegido en forma aleatoria, los participantes desconocían que eran observados. Simultáneamente se implementaron las siguientes medidas: 1.Educación Sistemática para el personal involucrado: clases, folletería, cartelería. 2. Modificaciones Estructurales: cambio de ingreso a UTIP de bidireccional a unidireccional, nueva área de lavado y percheros en la única puerta de ingreso.3.Formación y reasignación de un Enfermero de UTIP para la dedicación exclusiva en la prevención y control de infecciones.

**Resultados:** Se evaluó un total de 2.567 oportunidades de lavado de manos. Se agruparon las observaciones en Enfermeros, Médicos y Personal de apoyo Se observó en: Enfermería un incremento del lavado adecuado de manos desde 57% (n=62 de 108 observaciones) en marzo 2018; hasta el 89% (n=135 de 151 observaciones) en febrero 2019. Médicos: incremento desde 52% (n=31 de 60 observaciones) al inicio, hasta el 80% (n=45 de 56 observaciones) en febrero 2019. Personal de apoyo: aumentó desde 42% (n=11 de 26 observaciones) al inicio, hasta el 80% (n=16 de 20 observaciones) al final.

**Conclusión:** Las medidas tomadas demostraron una mejoría progresiva en la adhesión al correcto lavado de manos en los grupos observados, a medida que se realizaron las capacitaciones y modificaciones estructurales. El Enfermero en Control de Infecciones constituye un pilar para el cumplimiento de las metas propuestas, mejorando la concientización del equipo de UTIP. A pesar del incremento en el porcentaje logrado, continúa por debajo del estándar internacional (Semycius).

### 0286 DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PERIODOS 2017 A 2019

J TONON(1), M MOSCIARO(2), E DAVILA(2), L PIOVANO(2), I MARINELLI(2), B PEREYRA(2), J IPHAIS(2), M SANCHEZ PERI(2), E FALCON(2)

(1) Humberto Notti. (2) Hospital Humberto Notti.

**Introducción:** Reconocer la distribución demográfica de los pacientes asistidos en Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) es fundamental para dar respuesta a las necesidades regionales detectadas y poner en marcha planes estratégicos acordes a los requerimientos.

**Objetivos:** Conocer las características demográficas de los pacientes que ingresan a UTIP y la relación con la población general de la Provincia de Mendoza.

**Población, material y métodos:** Pacientes de 1 mes a 14 años, que requirieron ingreso a UTIP, desde el 1 de Julio de 2017 al 28 de febrero de 2019. Estudio, descriptivo, prospectivo, observacional. Variables: Tasa de ingreso a UTIP por Departamento; Ámbito de residencia: Rural, Urbano y Urbano marginal; Cobertura Social; Edad, Escolaridad y trabajo de los padres.

**Resultados:** N 643 pacientes. Tasa de ingreso a UTIP por Departamento: La Paz: 0,58; Santa Rosa: 0,89; Junín: 0,94, San Martín:0,99,

Tunuyán:1,1, Maipú:1,24, Godoy Cruz:1,28, Luján:1,29, Guaymallén: 1,33; Lavelle:1,36; Capital:1,38; Las Heras:1,43; Rivadavia:1,44; Tupungato:1,47; San Carlos:1,65. Con Cobertura Social: N 240 (37%); sin Cobertura Social: N 388 (61%). Ámbito de residencia de pacientes de UTIP Rural: N 227 (35%), Urbano general: N 383 (60%); Urbano marginal: N 179 (28%) y Urbano: N 204 (32%); Versus población general de la provincia: Rural N 335.061 (19%); Urbana general N 1403869 (81%) Tipo de trabajo: Profesionales: N 69 (11%); Técnicos: N 46 (7%); Operativos: N 421 (65%); Sin clasificación: N 87 (14%).

**Conclusiones:** Las mayores tasas por departamento de los ingresos a UTIP corresponden a Valle de Uco (Tupungato, San Carlos), Rivadavia y Las Heras. En los pacientes de UTIP hay una mayor incidencia de población rural en relación a la distribución en la Provincia. Como una medida estratégica se inicio la capacitación del Personal del Salud de las áreas mencionadas para disminuir la morbilidad de estos pacientes. Se observo mayor cantidad de pacientes con obra social que lo esperado, esto probablemente se deba al mayor nivel de complejidad de UTIP y de Especialidades y también al seguimiento de pacientes con patología crónica. El tipo de trabajo, edad y escolaridad de los padres son similares a las proporciones de la población de Mendoza.

#### 0288 HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE PREECLAMPSIA POSTPARTO

R PINTO(1), D GONZALEZ(1), L BUIRA(1), M COLAVITA(1), G MEDINA(1), J RÍOS(1), M CURONE(1)  
(1) Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

El hematoma subcapsular hepático es una complicación poco frecuente de la Preeclampsia y el síndrome HELLP. No es habitual como manifestación inicial en la Preeclampsia Postparto. Su presentación en el síndrome HELLP tiene una mortalidad que alcanza el 30-40%, especialmente en mujeres de edad avanzada y multiparas.

Paciente femenino de 34 años sin antecedentes patológicos, primigesta, cursando embarazo de 38 semanas que ingresa para cesárea programada. No presenta complicaciones durante el procedimiento. A las 48 hs. evolución con dolor abdominal en hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos. Se encuentra lúcida, hipotensa con adecuada respuesta a cristaloides, sin irritación peritoneal. Evoluciona con disminución del hematocrito (10 pts) decidiendo pase a UTI. Se realiza ecografía abdominal que informa imagen heterogénea, con áreas líquidas de 130 x 60 mm. compatible con hematoma subcapsular hepático. TAC de abdomen que confirma el diagnóstico. Evaluada por cirugía general, se decide conducta expectante por la estabilidad hemodinámica de la paciente. A las 48 hs. de su ingreso a UTI evoluciona con hipertensión arterial (170/90 mmHg), cefalea y edema en miembros inferiores. Se interpreta como Preeclampsia Postparto e inicia tratamiento con SO4Mg, labetalol y alfametildopa. Presenta como complicaciones; insuficiencia renal y aumento de transaminasas. Evoluciona estable hemodinámicamente sin modificación del hematocrito. Se realiza TAC con hematoma subcapsular hepático en resolución. Por mejoría clínica, pasa a sala general. Recibe el alta sanatorial 7 días después.

El hematoma subcapsular hepático es una complicación con baja incidencia. Se manifiesta habitualmente posterior al desarrollo de la preeclampsia. La clínica es inespecífica, suele debutar con síntomas gastrointestinales y dolor en hipocondrio derecho. En el 75% se localiza en el lóbulo derecho. Una complicación es la ruptura que se manifiesta con irritación peritoneal y shock hipovolémico, requiriendo exploración quirúrgica. La TC con contraste es de elección para el diagnóstico. La conducta en los hematomas íntegros y pequeños, en pacientes hemodinámicamente estables, es expectante. La cirugía está indicada en casos de inestabilidad hemodinámica, rotura del hematoma, aumento del volumen o infección. En este caso resalta la presentación atípica previo al inicio de los síntomas de preeclampsia, y su evolución favorable con tratamiento médico.



#### 0289 ADMINISTRACIÓN ACCIDENTAL DE PENICILINA BENZATÍNICA ENDOVENOSA: EL ERROR EN LOS CUIDADOS DE LA SALUD

J GONZALEZ ANAYA(1), I CARBONI BISSO(1), V BAS(1), M GARBARINI(1), F CARINI(1), G VECCHIO(1), H MICHELANGELO(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMÁN(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** Un error de medicación se define como cualquier evento no intencionado que tiene lugar durante el proceso de prescripción, preparación, dispensación o administración de un fármaco, independientemente de si causa o no un daño al paciente. Reportamos el caso de un paciente que recibió medicación por una vía de administración incorrecta para analizar y exponer las mejoras implementadas a partir de este evento.

**Caso clínico:** Paciente de 32 años, con antecedente de colangitis esclerosante primaria, ingresa al Servicio de Cuidados Intensivos en postoperatorio de trasplante hepático.

Por presentar prueba serológica para sífilis (VDRL) positiva en el screening prequirúrgico, y con sospecha de sífilis activa, se indicó tratamiento con penicilina G sódica vía endovenosa en el primer día de postoperatorio.

Evolucionó favorablemente, y se logró extubar en las primeras 24 horas, con adecuada función del graft. En el laboratorio presentó en forma incidental un tiempo de tromboplastina parcial activada (APTT) severamente prolongado (>200 segundos) en forma seriada por interferencia con el reactivo de dosaje, con tromboelastometría rotacional (ROTEM) normal y sin signos clínicos de coagulopatía o sangrado. Al investigar las posibles causas se detectó la infusión de tres dosis por vía endovenosa de penicilina G benzatínica en lugar de la penicilina G sódica. El paciente evolucionó favorablemente, luego de 7 días de internación en terapia intensiva, sin otras interurrencias durante su estadía.

**Conclusión:** La administración accidental de un fármaco por una vía de aplicación incorrecta puede generar efectos adversos graves en los pacientes. A partir de este evento implementamos un plan de mejoras en el uso del fármaco para minimizar posibles errores a futuro: se confeccionaron de tablas de administración, se bloqueó la prescripción por vía endovenosa en el sistema de historia clínica electrónica y se educó al personal de la salud.

Presentamos el caso por considerar que el adecuado registro, análisis y prevención de los fallos en la atención prestada por los servicios sanitarios constituyen el pilar de la seguridad del paciente.

#### 0290 AGENESIA PULMONAR DERECHA ASOCIADA A OTRAS MALFORMACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO

MA SANCHEZ PERI(1), VV ANZE(1), L PIOVANO(1), M MOSCIARO(1), E DAVILA(1), B PEREYRA(1), I MARINELLI(1), M OTAROLA(1)  
(1) Humberto Notti.

**Introducción:** Agenesia pulmonar es una afectación rara, puede

presentarse de forma aislada o asociada a otras malformaciones, lo cual puede empeorar el pronóstico.

**Presentación del caso:** Niña de 5 meses de edad, madre poliadicta, RNT/PAEG. Hospitalizado durante 54 días por cuadros de dificultad respiratoria y sepsis, egresando con diagnóstico de parálisis diafrágica derecha, dextrocardia, CIV amplia con ductus persistente y estenosis duodenal corregida. Reingresa por taquipnea, tiraje, palidez y cianosis con requerimiento de terapia intensiva. En radiografías de tórax se visualiza velamiento de hemitórax derecho. La TAC torácica informa desplazamiento de esófago y vía aérea hacia la derecha, no se visualiza bronquio fuente ni pulmón derecho. Por fibrobroncoscopia se observa traqueomalacia y compresión extrínseca de bronquio fuente izquierdo, no se visualiza carina ni bronquio fuente derecho. Por compresión de vía aérea se realiza traqueotomía con posterior destete a BIPAP.

**Discusión:** La agenesia pulmonar es una malformación rara con una frecuencia estimada entre 1/10.000 y 1/15.000 autopsias, predomina en el sexo femenino, tasa de mortalidad del 50% a los 5 años de edad. El 50% de los pacientes con agenesia pulmonar derecha tienen malformaciones asociadas con mayor morbimortalidad, suelen presentar compresión del árbol traqueobronquial como consecuencia del desplazamiento mediastínico hacia la derecha. La etiología se desconoce, aunque pueden intervenir factores genéticos, teratógenos y mecánicos.

La radiografía y la TAC torácica muestran opacidad del hemitórax, hiperinflación contralateral y desplazamiento mediastínico hacia el lado afectado, la fibrobroncoscopia sirve para confirmar el diagnóstico y la resonancia magnética para detectar malformaciones vasculares.

El diagnóstico diferencial incluye toda patología con opacidad pulmonar unilateral.

El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes con sintomatología severa. Entre las opciones se encuentran la colocación de extensor de tejido, aortopexia y timectomía, translocación diafrágica y endoprotesis bronquial.

En nuestro paciente, por múltiples episodios de obstrucción bronquial de distinta severidad, se realizan múltiples interconsultas para valoración de cirugía descompresiva de vía aérea.

**Conclusión:** La agenesia pulmonar se debe incluir en el diagnóstico diferencial ante un paciente con infecciones respiratorias recurrentes y opacificación pulmonar unilateral. En pacientes sintomáticos es importante valorar cirugías descompresivas de la vía aérea y así aumentar la supervivencia.

#### 0291 ERGOTISMO A PROPÓSITO DE UN CASO

A VALVERDE(1), A GUTIERREZ(2), H AGUILAR(3), S OJEDA(3)  
(1) Dr. Federico Abete. (2) Federecio Abete. (3) Federico Abete.

**Introducción:** El ergotismo es un síndrome vasomotor. Con incidencia (0.5/100 000 habitantes/año. Potenciados por el uso concomitante de inhibidores de proteasa. La ergotamina (MIGRAL) es de uso frecuente, favorecido por su bajo costo y venta libre.

**Presentación de caso:** Paciente de 30 años con antecedentes HIV diagnosticado hace dos años ritonavir, atazanavir Lamivudina, (CD4 (425/mm<sup>3</sup>; carga viral menor 20), migraña ergotamina (MIGRAL) a demanda, presenta un cuadro de dos días de evolución caracterizado por dolor, parestesias y cianosis distal en miembro superior derecho con CPK 581, EKG ritmo sinusal, Ecografía doppler: Arteria cubital derecha impresiona material ecogenico en su interior con flujos filiformes con patrón "simil venoso"; Arteria radial material ecogenico en su interior sin evidencia de flujo doppler color, compatible con vasoespasmo y oclusión; Arteria tibial posterior izquierdo sin flujo doppler color compatible con vasoespasmo y oclusión. Arteria tibial anterior con flujo filiforme con patrón "simil venus" se indicó suspensión de ergotamina tratamiento con vasodilatadores y anticoagulación. Con mejoría clínica en 72 hrs y ecografía doppler control normal.

**Discusión:** Es una intoxicación con evolución funesta, ante la sospecha de proceso trombotico en arteria radial y cubital requirió

anticoagulación con heparina de bajo peso molecular con doppler control de tres días normal.

**Conclusión:** El ergotismo requiere de un acucioso interrogatorio y una alta sospecha más aun en pacientes tratados con ritonavir al no existir antídoto específico, el tratamiento oportuno e inmediato favorece la morbimortalidad del enfermo.

#### 0292 ENFERMEDAD DE CROHN EN LACTANTE CON SÍNDROME DE DOWN. PRESENTACIÓN CON SHOCK HIPOVOLÉMICO POR ENTERORRAGIA

M SUBIRA(1), L CRUZ(1), S SANCHEZ(1)

(1) Hospital Regional Víctor Sanguinetti.

**Introducción:** La Enfermedad Inflamatoria Intestinal pediátrica (EII) incluye enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) y colitis indeterminada. Su prevalencia e incidencia global en los últimos años ha ido en aumento. En Argentina, la incidencia de EII es 0,4/100.000 en <18 años. Recientemente, han sido sugeridos subgrupos de inicio pediátrico de EII en <17 años, EII de inicio temprano <10 años, EII de inicio muy temprano <6 años, EII de inicio infantil <2 años y EII de inicio neonatal <28 días, según las características fenotípicas, incluida la ubicación y la gravedad de la enfermedad, además de la presencia de defectos monogénicos.

En la EII monogénica se han descubierto distintas mutaciones en genes reguladores de la inmunidad, que suelen asociarse a antecedentes familiares de EII, resistencia al manejo terapéutico habitual, autoinmunidad, infecciones recurrentes, enfermedad perianal, linfocitosis hemofagocítica, obstrucción intestinal, lesiones cutáneas y tumores.

**Caso Clínico:** Ingres a UTIP lactante de 8 meses de edad con Síndrome de Down, con diagnóstico de bronquiolitis grave por Adenovirus. Permaneció 24 horas en VNI y 56 días en ARM, requiriendo traqueostomía por falla en la extubación.

Durante su internación evoluciona tórpidamente con múltiples complicaciones infecciosas, hematológicas y gastrointestinales. Presentó intolerancia alimentaria persistente con distensión abdominal, diarrea acuosa que se tornó hemorrágica llegando al shock hipovolémico por enterorragia masiva en tres oportunidades, requiriendo de múltiples transfusiones de GRD, plasma y plaquetas. Se realiza VEDA y VCC: colon con pérdida total de las aústras y de la anatomía normal, múltiples úlceras, pseudopólipos, mucosa friable, se progresa hasta los 45 cm del margen anal no pudiendo progresar por disminución del calibre intestinal, biopsia: tejido de granulación vinculables a lecho ulceroso activo con fibrina.

Impresión diagnóstica: EII de inicio precoz vs enfermedad intestinal por CMV. Inicia tratamiento con ganciclovir. Es derivado a centro de mayor complejidad donde se confirma el diagnóstico de enfermedad de Crohn infantil.

**Conclusión:** Es crucial el diagnóstico precoz e inicio de tratamiento oportuno, con el fin de evitar la progresión de la enfermedad y sus importantes consecuencias en la salud del niño.



### 0293 CISTITIS ENFISEMATOSA COMPLICADA, APROPOSITO DE UN CASO

D QUECAÑO(1), LG CAMARGO(1), R ZENTENO(1), G MARTINEZ(1), E CUESTAS(1), J RIPOLL(1), C OZAETA(1), J ZALDUA(1), A PEÑA(1), M GILLI(1), A CARDENAS(1), E PALERMO(1)  
(1) Higa Fiorito.

**Introducción:** Infección poco frecuente y con baja incidencia en vía urinaria inferior, caracterizada por presencia de aire en la luz o pared intravesical. Hasta la fecha se han reportado menos de 150 casos en la bibliografía. Es una infección potencialmente mortal.

**Caso clínico:** Mujer de 66 años, con antecedente de DBT no controlada, síndrome convulsivo, sonda vesical permanente. Múltiples internaciones previas por infección urinaria. Ingresó por dolor abdominal a nivel de flanco izquierdo, distensión abdominal, fiebre, con parámetros de DMO. TAC de abdomen y pelvis: ectasia ureteropielocalicial moderada, litiasis renal derecha, burbujas aéreas en pelvis renal izquierda y espacio perirenal, vejiga aumentada de tamaño de paredes engrosadas con enfisema en pared, compatible con cistitis enfisematosa asociada a pielonefritis.

Se inició antibioticoterapia empírica y recambio de sonda vesical. Requirió intervención quirúrgica: nefrectomía total izquierda. Con rescate en hemocultivo y líquido perirenal de *E. coli* multiresistente. Evolucionó tórpidamente con acentuación de la DMO con posterior fallecimiento.

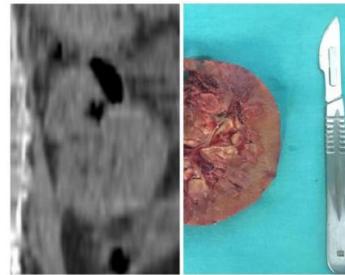
**Discusión:** Patología de aparición más frecuente en mujeres de edad avanzada, diabéticas (64%), inmunodeprimidas, con anomalías estructurales o funcionales de vía urinaria, con instrumentación, infección urinaria recurrente.

La tomografía es el método diagnóstico de mayor sensibilidad para detectar lesiones tempranas.

Como agentes causales en un 58-60% tenemos a *E. coli* y *Klebsiella pneumoniae* y 18-21% otros géneros.

El diagnóstico y tratamiento específico y oportuno reduce la tasa de mortalidad general de 7-10%, y la misma aumenta un 80% cuando el diagnóstico se retrasa y aparecen complicaciones. El tratamiento conservador es eficaz en 80% de los casos y consiste en colocación de catéter urinario y administración de antibiótico de amplio espectro combinado por vía intravenosa. Pacientes con infección necrotizante severas pueden requerir procedimientos quirúrgicos como: cistectomía parcial o total, drenaje y debridamiento quirúrgico. La mortalidad cuando se asocia a pielonefritis enfisematosa se eleva de 20-50%.

**Conclusión:** En este caso, paciente de sexo femenino con un cuadro evolucionado, a pesar de un diagnóstico y tratamiento adecuados, probablemente, por los antecedentes y factores de alto riesgo para cistitis enfisematosa, evoluciona de manera torpida, asociándose a pielonefritis necrotizante, que incrementó la mortalidad.



#### BIBLIOGRAFIA

- Martínez-López HI, Flores-Palacios JO, Ricardez-Espinoza AA, Jiménez-López LA. Cistitis enfisematosa. Reporte de un caso. *Caso clínico Rev Mex Urol*. 2018 ene-feb;78(1):44-50.
- NICOLÁS VERA A., CHRISTIAN ZWANGGER M.B, PABLO TRONCOSO C. Cistitis enfisematosa: una inusual forma de presentación de la infección del tracto urinario bajo. *Rev Med Chile* 2015; 143: 387-390.
- M. Mas Gelabert, S. Martín Martín, M. González de Cabo, S. Pardo Barro, B. Ramos Alcaraz, M. Dorao Martínez-Romillo; Palma de Mallorca/ES. Pielonefritis enfisematosa, diagnóstico por imagen de una entidad con graves consecuencias. con frecuencia oculta al clínico. 10.1594/seram2014/S-0089. SERAM 2014.
- Venice Chávez-Valencia Citalli Ortízaga-de la Cruz Servicio de Nefrología, Hospital General Regional núm. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Cistitis enfisematosa, *Med Int Méx* 2014; 30 (474-477).
- M. Mas Gelabert, S. Martín Martín, M. González de Cabo, S. Pardo Barro, B. Ramos Alcaraz, M. Dorao Martínez-Romillo; Palma de Mallorca/ES. Pielonefritis enfisematosa, diagnóstico por imagen de una entidad con graves consecuencias. con frecuencia oculta al clínico. *Sociedad Española de Radiología Médica*. 2014.
- Emphysematous pyelonephritis: A single center study *Indian J Nephrol*, 23 (2013), pp. 119-124 <http://dx.doi.org/10.4103/0971-4065.109418> Medline
- Conservative management of severe bilateral emphysematous pyelonephritis: Case series and review of literature *Indian J Endocrinol Metab*, 17 (2013) <http://dx.doi.org/10.4103/2230-8210.119631>.
- Cistitis enfisematosa *Nefrología* 2013;33(1):149-50 *Nefrología*, 2012 Sep. Unidad de Nefrología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- Claudio Orlich-Castellán1, Eduardo Loyola-Castro, Cistitis enfisematosa. *Servicio de Urología. Hospital CIMA-San José, Acta méd. costarric. Vol 52 (2), abril-junio 2010*.
- Cistitis enfisematosa clásica. *Rev Mex Urol*, 70 (2010), pp. 376-379.
- Emphysematous cystitis *Urology*, 75 (2010), pp. 1315-1316 <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2009.08.031> Medline

### 0295 NEUMONITIS QUÍMICA GRAVE POR INHALACIÓN AGUDA DE TALCO. A PROPOSITO DE UN CASO

J FAIN(1), A TEVES ECHAZU(1), RP MORENO(1), A HERNANDEZ(1), C SELIGRA(1), G CARDIGNI(1)  
(1) Sanatorio de la Trinidad De Palermo.

**Introducción:** El talco es un silicilato de magnesio hidratado con múltiples usos en la industria, entre ellos productos farmacéuticos y cosméticos. Se introdujo en 1893 como talco para bebés. Su inhalación aguda generalmente es accidental. Es una condición peligrosa, existiendo numerosos reportes de casos fatales.

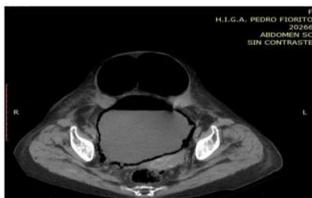
**Objetivos:** Comunicar el caso de un paciente con un cuadro de neumonitis química grave secundario a inhalación de talco y reflexionar sobre su prevención.

**Reporte del caso:** Paciente de 14 meses, previamente sano, quien se encontraba jugando con un recipiente con talco, sufriendo inhalación del mismo luego de la caída sobre su rostro. Inmediatamente, presentó accesos de tos seguidos de un vómito con talco en su contenido.

Consultaron en la primera hora del accidente, encontrándose hiporreactivo, con palidez generalizada y dificultad respiratoria. Se colocó oxígeno suplementario y se realizó radiografía de tórax sin compromiso pleuropulmonar.

Por desmejoría de la mecánica ventilatoria y deterioro del sensorio se realizó intubación endotraqueal, observándose en la laringoscopia restos de talco y edema de la vía aérea.

Permaneció en ARM durante 6 días por insuficiencia respiratoria hipoxémica. En las sucesivas radiografías de tórax, presentó una atelectasia persistente en el lóbulo inferior derecho. (Foto).



Cursó sin repercusión hemodinámica, ni alteraciones en otros órganos o sistemas.

Por el antecedente de vómito y sospecha de aspiración, se tomaron aspirado traqueal y hemocultivos y se medicó con ampicilina-sulbactam 7 días, a pesar de cultivos negativos. Recibió corticoides durante 7 días.

Se externó el día 10 de internación, observándose como posibles secuelas episodios de hiperreactividad bronquial.

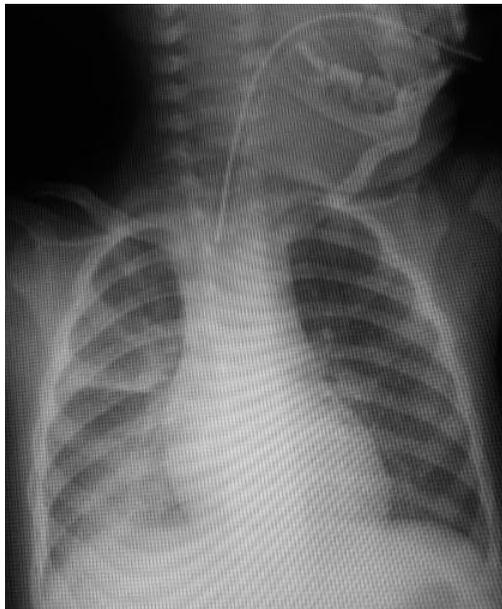
**Comentario:** El talco inofensivo si se ingiere o aplica tópicamente, puede producir insuficiencia respiratoria grave al ser inhalado.

Habitualmente existe un período silencioso entre el evento inicial y el comienzo de dificultad respiratoria.

El diagnóstico es simple si el accidente es observado por un adulto o el niño presenta restos de talco en cara.

El principal objetivo del tratamiento es una buena ventilación y oxigenación. Los broncodilatadores y corticoides no han demostrado beneficios en estudios controlados.

Una palabra oportuna del pediatra aconsejando mantener el talco fuera del alcance de los niños podría ayudar a evitar estas tragedias.



#### 0296 CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA CON INFILTRACIÓN EN MÉDULA ÓSEA EN PACIENTE CON HIV

F FURIASSE(1), M TORRES(1), C COZZANI(1), V PICOLLIA(1), ME BRAÑA(1), D LÓPEZ CAMPOS(1), L BRIA(1), D NOVAES(1), G JACOB(1), F PERALTA(1), A CÁCERES(1), MF AMIEVA(1), Y AMOROSO(1)  
(1) Argerich.

Mujer de 26 años, HIV + de 6 años de diagnóstico, con abandono del tratamiento 3 meses atrás. Consultó por cuadro de 72hs de evolución de cefalea intensa, fotofobia, náuseas y vómitos, negando registros febriles. Al examen físico presentaba fotofobia, rigidez de nuca y somnolencia (Glasgow 13/15). El laboratorio evidenció plaquetopenia. La TAC de encéfalo no mostró hallazgos relevantes, mientras que la de tórax informó una imagen nodular en lóbulo superior derecho y vidrio esmerilado bilateral. Un LCR informó hipoglucorraquia, con tinta china positiva que posteriormente desarrolló *Cryptococcus neoformans* resistente a antifúngicos azólicos. Se inició tratamiento con anfotericina y fluconazol.

Evolucionó con bicitopenia progresiva (anemia microcítica hipocrómica y plaquetopenia). Un frotis de sangre periférica mostró leu-

coeritroblastosis. Por sospecha de síndrome mieloproliferativo, se realiza punción de médula ósea (MO) con citometría de flujo, que lo descarta. Su cultivo resultó positivo para *Cryptococcus neoformans*. Evoluciona con visión bulto secundario a hipertensión endocraneana (HTE), por lo que se le coloca un drenaje lumbar. Al persistir con los síntomas visuales se le realizó un fondo de ojo que mostró lesiones compatibles con coriorretinitis. Se agrega tratamiento empírico con ganciclovir.

Cursa sin mejoría clínica, en mal estado general, con persistencia de sintomatología de HTE, visión borrosa y pancitopenia secundaria a la criptococosis diseminada con infiltración en MO. Intercurre con cuadro abdominal agudo que se interpreta como tiflitis neutropénica y fallece.

La criptococosis en inmunocomprometidos generalmente se presenta como una meningitis criptocócica, aunque también puede hacerlo con su forma diseminada, afectando más frecuentemente el tracto respiratorio y la piel. Por el contrario la presentación en MO es poco habitual, pero cuando está presente es grave dado que induce a severa pancitopenia, de escasa respuesta.

Esta fue la evolución de este caso, a pesar de haber recibido terapia antifúngica prolongada con anfotericina y fluconazol.

La infección por *Cryptococcus neoformans* medular es infrecuente. Cuando ésta aparece, los pacientes presentan marcada pancitopenia que generalmente conduce a una evolución desfavorable debido a las complicaciones inherentes de la misma.

#### 0297 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO COMO DEBUT EN PACIENTE CON ANEURISMA GIGANTE DE LA PUNTA DEL CORAZÓN.

M BRITOS(1), P MEDICI(1), M NOGUEIRA(1), A MANOLIO(1), J ARANDA(1)  
(1) Hospital Especializado Materno Infantil Mar Del Plata.

**Introducción:** El aneurisma ventricular congénito es una entidad infrecuente que generalmente se localiza en el ventrículo izquierdo y cuya etiopatogenia es desconocida.

**Objetivos:** Presentar un paciente con ACV isquémico por embolia cardíaca originado en aneurisma ventricular izquierdo.

**Resumen:** Paciente de 6 meses de edad sin antecedentes de relevancia que ingresa por hipotonía generalizada, hiporreactividad, palidez, y agrega episodio de hipertensión en hemisferio derecho con fijez de la mirada hacia la izquierda. Se realiza TAC que muestra imagen hipodensa en territorio de silviana izquierda compatible con infarto cerebral. PIC 14.

Ingresa en ARM se realiza valoración cardiológica evidenciándose disfunción sistólica severa, insuficiencia mitral severa y dilatación aneurismática de ventrículo izquierdo con trombo pediculado en cuerda tendinosa.

Inicia con enoxaparina y al 4to día se rotan inotropicos a levosimendan se logra extubación a cánula nasal y alta al domicilio con levosimendan semanal.

3 meses después reingresa a UTIP con cuadro respiratorio que la descompensa hemodinámicamente con requerimiento de dosis crecientes de drogas vasoactivas con respuesta parcial a las mismas, ya sin trombo endocavitario, evolucionando con signos de bajo gasto cardíaco y la aparición de arritmias que finalizaron con paro cardiorrespiratorio.

**Discusión:** Los aneurismas y divertículos del ventrículo izquierdo en los niños son generalmente anomalías congénitas y sumamente infrecuentes. Dupuy y cols. Reportaron solo 200 casos documentados. El aneurisma ventricular congénito, a diferencia del divertículo, no se asocia a otras malformaciones congénitas. Presenta importantes comorbilidades y puede pasar inadvertida en la primera etapa de la vida. En nuestro caso evolucionó a la dilatación severa del corazón con hipomotilidad, disfunción miocárdica y valvular progresiva alteración del sistema cardionector.



### 0298 ADMISIONES OBSTÉTRICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DE INSTITUCIÓN PRIVADA POLIVALENTE

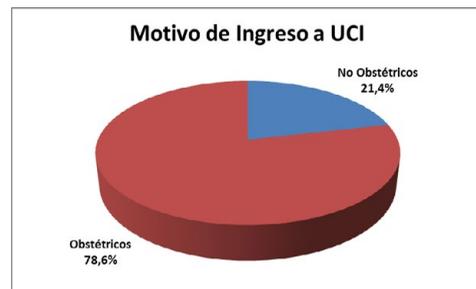
F MALDONADO(1), E MINOLDO(1), MJ ARAMBURU(1), L BIELSA(1), C GALLETI(1)  
(1) Sanatorio Allende.

**Objetivo:** Caracterizar las pacientes obstétricas críticamente enfermas atendidas en UCI (Unidad de Cuidados Críticos) del Sanatorio Allende Nueva Córdoba. **Introducción:** La embarazada representa un gran desafío para el médico intensivista. Menos del 10% de los ingresos en UCI, corresponden a pacientes obstétricas. Requiriendo atención por complicaciones del embarazo, puerperio o enfermedades subyacentes que empeoran en estos periodos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional; se incluyeron embarazadas y puerperas admitidas en el periodo comprendido entre 1 de agosto del 2018 y 31 de abril del 2019. Las variables de estudio fueron: edad, comorbilidades (Índice de Charlson), antecedentes obstétricos, número de gestas, edad gestacional, modo de nacimiento, tipo de puerperio, motivo de admisión, lugar de procedencia, días de estadía, complicaciones.

**Resultados:** El 1.34% (n=28) del total de internaciones obstétricas requirieron UCI, estas representaron el 3.14% de los ingresos en Terapia Intensiva. El 46,43% (n=13) fueron primigestas. La media de edad gestacional fue 32,25 semanas. El 94,74% de los nacimientos fue por cesárea. El 67,85% (n=19) ingresaron en el puerperio. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron los obstétricos (78,57%). Las enfermedades hipertensivas del embarazo ocuparon el primer lugar (50%). La media de estadía fue de 4,29 días. No se registraron muertes maternas.

**Conclusiones:** Las pacientes obstétricas críticamente enfermas representan un bajo porcentaje de ingresos a UCI. Son mujeres jóvenes, con antecedentes de HIE y de diabetes gestacional, cursando puerperio. La mayoría de nacimientos por cesárea. Cursan estancias cortas y la presencia de complicaciones es baja.



### 0300 SINDROME DE DISFUNCION REACTIVA DE LA VIA AEREA (RADS), UN CASO REPORTE

R BEJARANO(1), G ROMANO(1), F MUÑOZ CASTILLO(1), L VARGAS(1)  
(1) Policlinico Neuquén.

**Introducción:** El síndrome de disfunción reactiva de la vía aérea es una variante del asma inducido por irritantes y es cada vez más prevalente debido al uso industrial de agentes químicos. Aproximadamente el 15% de los casos de asma en adultos, son adquiridos en el trabajo. En Argentina el asma ocasiona más de 400 muertes y más de quince mil internaciones anuales.

En este caso el paciente sufrió una intoxicación grave con amoniaco que causo insuficiencia respiratoria grave con evolución estable, escasa respuesta al tratamiento, y al continuar con sintomatología se realiza valoración para trasplante pulmonar.

**Reporte de caso:** Paciente de 40 años, sufre intoxicación por inhalación de amoniaco durante desempeño laboral, desarrolla insuficiencia respiratoria grave, requiere de AVIM, evoluciona y persiste con dificultad respiratoria. Espirometría inicial con obstrucción grave y CVF disminuida. Es derivado y continua con sintomatología respiratoria. Presenta broncoespasmo severo, aumento de secreciones respiratorias e hipotensión arterial. Radiografía de tórax no concluyente, tomografía de tórax con atelectasias asociadas a áreas de vidrio esmerilado. Cumple esquema antibiótico. Persiste sintomático, requiere de ventilación no invasiva. Se sospecha RADS se realiza biopsia bronquial. Dosaje de IgE total normal. Nueva espirometría sin cambios. Se mantiene estable, continuando con requerimientos de oxígeno suplementario, sintomatología respiratoria, tratamiento para asma grave, por lo que se decide iniciar estudios para valoración y trasplante pulmonar.

**Discusión:** El RADS se desarrolla posterior a la exposición accidental a un toxico inhalado, es un tipo de asma ocupacional y cursa con rápida instauración de sintomatología respiratoria obstructiva y evolución favorable. El diagnostico diferencial incluye patologías obstructivas respiratorias, cardiacas e infecciosas. El tratamiento será el utilizado en las exacerbaciones asmáticas. De pronóstico favorable, existen casos severos con reporte de muerte por edema pulmonar.

**Conclusión:** El RADS presenta etiología clara, diagnóstico y tratamiento accesible. En este caso el tratamiento fue escalonado y agresivo, control interdisciplinario, sin lograr mejoría sintomatología, se optó por derivación para valoración y trasplante pulmonar. La intoxicación con agentes inhalados es más frecuente de lo reportado y como tal resulta importante identificar la clínica, considerar el diagnóstico, realizar tratamiento para evitar las complicaciones severas, y procurar el bienestar del paciente.

### 0302 POTENCIA MECÁNICA (MECHANICAL POWER) NORMALIZADA POR PESO CORPORAL IDEAL ES MAYOR EN NIÑOS CON SDRA RESPECTO A AQUELLOS SIN PATOLOGÍA PULMONAR, EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON BAJO VOLUMEN TIDAL

F DIAZ(3), S GONZÁLEZ-DAMBRAUSKAS(1), F CRISTIANI(2), P CRUCES(3)  
(1) Casa Galicia. (2) Centro Hospitalario Pereira Rossell. (3) Hospital El Carmen De Maipú.

**Introducción:** La potencia mecánica (MP, mechanical power) es un indicador de la energía aplicada en el pulmón, expresada en joules por minuto, identificando niveles de daño asociado a ventilación mecánica, aún ante parámetros considerados protectores.

**Objetivo:** Calcular MP en niños con con SDRA y niños sin patología pulmonar. Investigar si la MP normalizada por peso (MPI) puede ser un mejor parámetro para distinguir estos 2 grupos.

**Métodos:** Análisis post-hoc de datos individuales de pacientes de dos estudios de mecánica pulmonar previamente publicados: niños sin patología pulmonar y niños con SDRA (1,2). Se realizó el cálculo según fórmula MP(3) y luego se normalizó por peso ideal (MPI). Datos expresados en mediana (IQR). Grupos fueron comparados usando Mann-Whitney U Test. Consideramos significativo un  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Analizamos 31 mediciones en 31 niños sin patología pulmonar y 38 mediciones en 31 niños con SDRA (tabla). No hubo diferencias significativas en MP entre los 2 grupos: 1.8 (1.4,2.4) J/min en ARDS y 1.9 (1.1,2.8) J/min en pacientes sin patología pulmonar,  $p=0.7$ . Sin embargo, MPI fue significativamente mayor en niños con SDRA comparado con el grupo sin patología pulmonar aguda [24.9 (21.1,30.2) vs 12.6 (9.1,20.1)  $J \cdot s^{-1} \cdot kg^{-1}$ ,  $p < 0.001$ ]. (Figura)

**Conclusiones:** La normalización de MP (MPI) por peso corporal ideal logró identificar pacientes cursando pARDS. A pesar de ambos grupos estar con VM protectora hubo una dispersión de valores con superposición entre los grupos. En futuros estudios es necesario determinar el umbral nocivo de energía disipada en el parénquima pulmonar en niños gravemente enfermos durante ventilación mecánica. Financiamiento: Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), Gobierno de Chile. Proyecto FONDECYT 11160463

1. Cruces P et al. BMC Anesthesiol. 2018; 18:151.
2. Cruces P et al. BMC Pulm Med. 2017; 17:129.
3. Gattinoni L. Intensive Care Med 2016; 42:1567

Figura 1. MP y MPI en pacientes sanos y con SDRA.

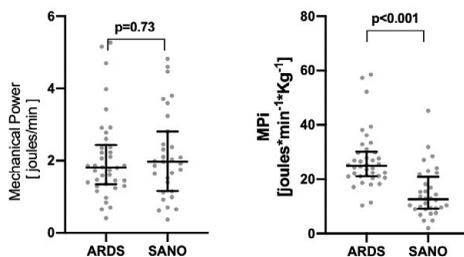


Tabla. Características demográficas y mecánica pulmonar de pacientes incluidos

	Sin patología pulmonar			ARDS			Pvalue
	p25	med	p75	p25	med	p75	
Edad (meses)	15	41	62.5	2	6	13	<0.01
Razón H:M	1:0.7			1:0.9			0.6
Peso ideal (kg)	10.2	14.1	18.4	6	7.3	9.8	<0.01
V <sub>T</sub> IE	5.98	6.62	7.37	6.67	7.27	8.67	<0.01
FR	20	24	26	25	27	30	<0.01
I:E ratio	1:1.78	1:1.98	1:2.1	1:1.78	1:2	1:2.3	0.7
P <sub>pl</sub>	9.85	11	13	19	23	25	<0.01
PEEP total	5.1	5.3	5.6	7.5	9	11	<0.01
Q <sub>ISS</sub>	8.2	11	12.95	5	5.4	6.6	<0.01
Q <sub>ISP</sub>	9.35	11.80	14.40	12.90	18.20	24.00	<0.01
R <sub>awI</sub>	18.96	26.12	32.90	32.14	42.86	60.00	<0.01
R <sub>awE</sub>	22.48	29.68	43.56	25.91	39.64	57.58	<0.01
C <sub>rs</sub>	0.93	1.17	1.39	0.46	0.63	0.87	<0.01

V<sub>T</sub>IE: volumen corriente espirado (mL·kg<sup>-1</sup>); FR: frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto); I:E ratio: relación entre tiempo inspiratorio y espiratorio; P<sub>pl</sub>: presión meseta (cmH<sub>2</sub>O); Q<sub>ISS</sub>: flujo inspiratorio pico (L·min<sup>-1</sup>); Q<sub>ISP</sub>: flujo espiratorio pico (L·min<sup>-1</sup>); R<sub>awI</sub>: resistencia inspiratoria de vía aérea (cmH<sub>2</sub>O·L<sup>-1</sup>·s<sup>-1</sup>); R<sub>awE</sub>: resistencia espiratoria de vía aérea (cmH<sub>2</sub>O·L<sup>-1</sup>·s<sup>-1</sup>); C<sub>rs</sub>: compliancia estática del sistema respiratorio (mL·cmH<sub>2</sub>O<sup>-1</sup>·kg<sup>-1</sup>).

### 0303 HEMORRAGIA VARICEAL, FACTORES PREDICTORES DE MAL PRONOSTICO

E PIZZO(1), EZ PIZZO(1), A RAMOS(1), A DOGLIOTTI(2), D LATASA(1), M PEREZLINDO(1), S FERRETTI(1), C LOVESIO(1)  
 (1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular Rosario.

**Introducción:** La hemorragia digestiva por ruptura de vórices eso-

fágicas es una complicación grave, y de elevado riesgo para la vida del paciente con cirrosis hepática.

**Objetivo:** Hallar variables predictoras de mal pronóstico en pacientes cirróticos ingresados a una unidad de cuidados críticos por sangrado variceal.

**Materiales y métodos:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes ingresados a la unidad de cuidados críticos por hemorragia variceal en paciente con cirrosis en el período comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2018 inclusive. Se registraron datos de persona y de laboratorio. Una mala evolución se definió con el punto final combinado de muerte y resangrado a los 5 y 45 días. Se utilizó un modelo de regresión logística para identificar variables predictoras de mala evolución en pacientes con cirrosis y sangrado variceal.

**Resultados:** Se registraron 87 pacientes, 12 murieron (10,4%) y 24 presentaron el punto final combinado (20,8%). Las variables que ingresaron al modelo de regresión logística fueron: albúmina (p=0,14), alcoholismo activo (p=0,09), trombosis portal (p=0,01), asistencia mecánica (p=0,24), creatinina (p=0,04), exceso de base (p=0,09), encefalopatía (p=0,07), frecuencia cardíaca (p=0,99), glóbulos blancos (p=0,05), MELD (p=0,08), presión arterial media (p=0,04), plaquetas (p=0,48), tiempo de protrombina (p=0,72) y vórices gástrica (p=0,01). Las variables independientes asociadas a mal pronóstico resultaron: trombosis portal, creatinina, presión arterial media y vórices gástricas. (ABC ROC 0,90; IC 95%: 0,82-0,95).

**Conclusión:** La presencia de trombosis portal, creatinina elevada, presión arterial media baja y vórices gástricas como causa del sangrado resultaron variables independientes de mal pronóstico en pacientes con cirrosis que ingresaron a una unidad de cuidados críticos por hemorragia variceal.

### 0304 SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR GRAVE POR LEPTOSPIROSIS

RW AGUILAR HUARITA(1), R BARRIOS(1), D PIEZNY(1), J SAGARDIA(1), C ARIAS(1), F RÍOS(1)  
 (1) Dr. Alejandro Posadas.

La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución geográfica, que constituye un problema emergente de salud pública. El 90% se presenta en forma anictérica con cuadro clínicos leves, ictericos graves que representan un 10%. La afectación pulmonar se presenta en un 20 y 70% ya sea en casos de leptospirosis leve, moderada o parte del síndrome de Weil. Dentro de las formas graves de leptospirosis existe un 10 a 15% que se manifiesta como síndrome hemorragia pulmonar grave (SHPG) y SDRA con una mortalidad mayor al 50%. Se reporta 3 casos de leptospirosis con SHPG de los cuales diagnosticados por antecedentes de contacto con ratas y prueba positiva de Microaglutinación con antígenos vivos, serotipo positivo para Icterohaemorrhagiae. Los síntomas predominantes al ingreso fueron fiebre, Mialgias, hemoptisis y dolor abdominal. Dos pacientes presentaron SDRA grave, y requerimiento de decúbito prono con falla multiorgánica. Todos los pacientes ingresan con Insuficiencia renal sin necesidad de soporte dialítico.

Todos los pacientes recibieron pulsos de metilprednisolona por gravedad, no pudiendo descartar síndrome pulmón riñón. Los tres casos presentaron Neumonía Intrahospitalaria como complicación.

**Conclusiones:** Dentro del 10% de las formas graves, el SHPG con SDRA constituye una forma clínica con alta mortalidad, por lo que se ha visto que el diagnóstico y conducta temprana mejora el pronóstico.

Se ha descrito que el uso temprano de metilprednisolona tiene efectos beneficiosos. En nuestros pacientes su indicación fue por sospecha de síndrome pulmón riñón y estuvo asociado a Neumonía intrahospitalaria. Todos fueron dados de alta hospitalaria.

Paciente	1	2	3	
Edad	19	21	15	
Días de Internación	Hospital 15 UTI 2	22 14	17 14	
Días de internación en ARM	2	18	10	
Serotipo de Leptospirosis	Castellonis	Si	Si	
	Canicola	Si	Si	
Cuadro clínico de ingreso	Icterohemorragias	Si	Si	
	Woffli	Si	Si	
APACHE	Fiebre	Si	Si	
	Mialgias/ artralgias	Si	Si	
	Hemoptisis	Si	No	
	Dolor Abdominal	No	Si	
PAPI	Ictericia	No	No	
	Inyección Conjuntival	No	No	
	Cuadro Diarreico	No	Si	
	Dínea	Si	Si	
Vasopresores	6	29	21	
Corticoides (pulsos de Metilprednisolona)	357/ FIO2 21	90 FIO2 100	50/ FIO2 100	
Complicaciones	NIH	No	Si	
	Hiperglicemia	No	Si	
Datos de laboratorio de ingreso	HTA	No	No	
	HDA	No	No	
	Hemoptisis	No	Si	
	Falla Renal/Creatinina	Si/1.8	Si/1.7	Si/3.9
SDRA	Plaquetopenia	Si/108	No/153	Si/136
	Hiperbilirrubinemia	No/0.9	No/0.7	Si/3.5
	Hipertrotransaminasemia	Si/59/44	Si/56/90	Si/104/47
	Cálida Hto. <24Hrs	7Pls	8Pls	8 Pls.
	Coagulopatía	NO	Si	No
	PCR	24	38.9	25.8
	NO	NO	Si	
Requirió Prono por SDRA	NO	Si	Si	
Estudios complementarios	Rx Tórax	Infiltrado izq.	Infil. Bilaterales	
	TC de tórax	Vidrio esmerilado	NO	
	Fibrobronoscopia	Signos de hemorragia	NO	
	Perfil Inmunológico	negativo	negativo	
Dx. Diferencial	Serologías atípicas	negativo	negativo	
	Leptospirosis	X	X	
	TBC	X	X	
	Sme Pulmon Riñon	X	X	
Sepsis Foco Abdominal	Hanta Virus	X	X	
	NAC	X	X	
	Sepsis Foco Abdominal		X	



Figura 1. TC tórax: infiltrados en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación predominantemente en lóbulos inferiores, asociado a infiltrado de drbol en brote que compromete en forma difusa.

### 0305 SÍNDROME COMPARTIMENTAL SECUNDARIO A SÍNDROME DE APLASTAMIENTO

LG DURAN(1), LE LAMOT(1), CJ BEROIZA(1), VE FUKS(1), M PETASNY(1), PS VEGA(1), LR MARTINEZ(1)  
 (1) Municipal De Agudos Leónidas Lucero.

**Introducción:** El síndrome compartimental se caracteriza por un aumento de la presión dentro de un compartimento osteofascial que puede disminuir la perfusión tisular, produciendo isquemia y necrosis muscular. Uno de sus posibles desencadenantes es el aplastamiento que a su vez este puede generar diversas alteraciones fisiopatológicas como: rabdomiolisis, shock, sepsis, insuficiencia renal aguda, entre otras.

**Objetivo:** Describir caso clínico de síndrome compartimental secundario a síndrome de aplastamiento.

**Caso clínico:** Paciente de 29 años, sin antecedentes patológicos, es traído al SMU tras ser encontrado en su domicilio inconsciente. Al examen físico presenta desorientación temporo-espacial y edema del hemicuerpo izquierdo con pulsos y sensibilidad conservada. Al laboratorio se constata carboxihemoglobina de 9.3%, CPK: 257798 UI/L e insuficiencia renal aguda (creatinina: 2,71 mg/dl, urea: 90 mg/dl). Se interpreta deterioro del sensorio consecuencia de intoxicación por monóxido de carbono e insuficiencia renal aguda anúrica secundaria a rabdomiolisis por síndrome de aplastamiento.

En Terapia Intensiva inicia hemodiálisis, requiere vasopresores y ventilación mecánica no invasiva. Se realiza tomografía de encéfalo que resulta sin particularidades. Requiere Ventilación mecánica invasiva por deterioro gasométrico en contexto de delirium e infección intrahospitalaria.

Evoluciona con empeoramiento de miembro inferior izquierdo y falla renal requiriendo hemodiálisis. Al examen clínico presentaba signos de flogosis, aumento del tamaño y tensión, con pulsos periféricos conservados. Se realiza seguimiento ecográfico y tomográfico evidenciando rarefacción muscular con coacción sin evidencia de trombosis venosa profunda.

Se decide realizar fasciotomía por sospecha de síndrome compartimental; se toman cultivos que evidencian infección por estafilococo aureus cumpliendo tratamiento antibiótico dirigido. Luego de la intervención cesa la rabdomiolisis y recupera la función renal.

Permaneció internado durante 35 días, logrando destete de la ventilación y pasando a clínica medica para continuar tratamiento de rehabilitación.

**Conclusión:** El diagnóstico del síndrome compartimental en pacientes inconscientes representan un gran desafío, el cual implica un seguimiento exhaustivo con reevaluación clínica y estudios por imágenes para lograr su diagnóstico y resolución adecuada.

### 0306 ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CRÍTICOS INFECTADOS POR HANTA VIRUS DURANTE EL BROTE DE EPUYEN 2018/2019

S MARE(1), MC SIMEONE(1), A FOSSATTI(1), V ETCHEVERRIA(1), L MACHUCA(1), S NIKITCHUK(1), G ROBERTS(1), F TORTOSA(2)

(1) Hospital Zonal De Esquel. (2) Hospital Zonal De Bariloche.

**Introducción:** Entre 09/2018 y 03/2019, se registró en Epuyén, Chubut, un brote de infección por Hanta Virus (HVS) con la singularidad del contagio interhumano como factor común. En la Terapia Intensiva del Hospital Zonal de Esquel, lugar de recepción de pacientes graves, ingresaron 21 pacientes con infección confirmada por HVS (Cepa Andes Sur), desarrollando 16 de ellos síndrome cardiopulmonar (SPHV). Este brote de HVS es el más grande reportado por esta cepa hasta la actualidad.

**Desarrollo:** Se analizaron las diferentes variables y se compararon los grupos de sobrevivientes (SV) versus no sobrevivientes (NSV), utilizando prueba t para las medias y Chi cuadrado para proporciones. Se tomó como valor significativo una  $p \leq 0.05$ . Se aplicó modelo de regresión logística binomial para mortalidad. Se utilizó el software SPSS (v.24)

La edad promedio global fue de 40.6 años. La estadía global en UTI fue de 7.47 días y la estadía en UTI de los NSV fue solo de 2.1 días. La mortalidad global fue de 47.61% (n:10), sin diferencia significativa entre ambos géneros a pesar de una franca predisposición al género femenino (63.6%). Se evidenció una diferencia significativa en el APACHE II y SOFA medio entre los grupos SV y NSV. (Tabla 1) En el soporte ventilatorio sólo se evidenció una diferencia significativa entre ambos grupos en la PEEP máxima y días de ARM. (Tabla 2) Se reportaron 6 episodios de sobreinfección bacteriana. Se hallaron diferencias significativas en el valor de lactato, así como en la utilización de terlipresina y dobutamina. (Tabla 3) La Saturación Venosa Central fue baja en los dos grupos, sin diferencias significativas. El patrón más frecuente de shock fue el vasoplejico. Se evidenció una diferencia significativa en los valores de pH, pCO<sub>2</sub>, Bicarbonato y la presencia de IRA oligúrica. No hubo diferencias significativas en el balance de fluidos en las primeras 48hs. (Tabla 4). Tampoco se evidenciaron diferencias en variables de laboratorio. (Tabla 5)

**Conclusión:** El reporte de este grupo de pacientes se sustenta en la baja frecuencia de presentación del SPHV, la elevada morbimortalidad y la carencia de un tratamiento efectivo. Cabe destacar que ningún paciente recibió tratamiento con rivabirina ni soporte con ECMO.

### 0308 A PROPÓSITO DE UN CASO DE NECROSIS EPIDERMICA TOXICA SECUNDARIA A AINES EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

MA MERCADO PEREZ(1), S CASTRO(1), R QUIROGA(1), G CERRO(1), R FANOLA(1), J HOWARD(1), J RISSO PATRON(1)

(1) Higa Eva Peron.

**Introducción:** La Necrosis Epidérmica Tóxica (NET), es una enfermedad cutánea severa con una alta morbi-mortalidad. Forma parte de

un espectro de dermatitis reaccional y se distingue por la extensión de piel afectada con el Síndrome Stevens Johnson (SSJ). La mayoría de los casos son consecuencia de la ingesta de medicamentos, pero la fisiopatología no está bien dilucidada.

La incidencia anual de la NET es de 3 caso por millón de habitantes con una mortalidad del 30-50%.

**Presentación de caso:** Paciente de 43 años, con antecedentes de consumir AINEs en el último mes, tabaquista, enolista, HTA, IAM. Acude a guardia externa (enero 2019) presentando aftas en cavidad oral, aparición de exantema máculo papular y vesicobuloso que comienza a nivel de tronco, que luego se generaliza a extremidades, signo de Nikolsky (+), interpretándose cuadro de SSJ/NET secundario a fármacos vs. Etiología viral. Se interconsulta al servicio de Alergia y dermatología, quienes toman biopsia de piel con característica histopatológica compatible con NET. Suspenden medicación (bisoprolol, clopidrogel, enalapril, atorvastatina). Paciente que presenta aumento de las lesiones más del 50% SCT, y para un mejor manejo de dolor, se decide pase a UTI. Presenta edema de mucosa oral y desaturación por lo que se decide IOT +ARM. Se realizan serologías por sospecha de etiología viral, las cuales son negativas. Se instaura tratamiento con inmunoglobulina + metilprednisolona. Presentó múltiples esquemas antibióticos por Bacterimia y NAVM, paciente con evolución desfavorable y posterior óbito.

**Discusión:** Se hizo una revisión de la NET, por ser una patología poco frecuente y de alta mortalidad.

Los diagnósticos diferenciales, como eritema múltiple, síndrome de piel escaldada, se descartaron tanto por clínica como por histopatología. Se interpretó como causa desencadenante el consumo de fármacos (AINEs). Se debe tener en cuenta que no hay terapias curativas establecidas para el manejo de este cuadro, aunque se sugiere el uso de inmunoglobulina intravenosa y/o corticoides.

**Conclusión:** Resulta fundamental brindar un tratamiento de sostén precoz y agresivo al paciente, manejándolo como un gran quemado, manejo de líquidos y electrolitos, la retirada del medicamento implicado, apoyo nutricional con alto contenido calórico, prevención de complicaciones y secuelas de la enfermedad a fin de disminuir la morbi-mortalidad del paciente.



### 0312 EL DESCENSO DE VALORES DE TENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON ASITENCIA MECANICA VENTILATORIA EXPUESTOS A MUSICOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRITICOS

M ZAPICO VILLALBA(1), LD NABARRO(1)  
(1) Instituto de Cardiología de Corrientes.

Diferentes estudios indican que la musicoterapia puede ser una herramienta efectiva en las UCI por su efecto para disminuir la tensión arterial, ansiedad y el dolor.

**Objetivo:** Demostrar la eficacia de la musicoterapia en el descenso de la tensión arterial en pacientes con asistencia mecánica ventilatoria en el Instituto de Cardiología de Corrientes, septiembre de 2018 y marzo 2019.

**Material y métodos:** Se realizó estudio prospectivo, cuasi experimental, no aleatorizado, unicéntrico, cuantitativo, y transversal. Muestra poblacional de 34 pacientes con AMV de tres servicios de cuidados críticos. Se aplicó musicoterapia a los 34 pacientes, se controló la TAS (tensión arterial sistólica), TAD (tensión arterial diastólica), y TAM (tensión arterial media) antes y 5 minutos después de la aplicación de musicoterapia. Se utilizó una hoja de registro que incluyó las variables socio demográficos, nivel de sedación, días de ventilación y los parámetros fisiológicos (TAS, TAD, y TAM). Se estableció un nivel de significación  $< 0,05$ .

**Resultados:** Del total de la muestra analizada se observó que el sexo masculino predominó en un 67,6 % (23). El promedio de edad

fue de 65 con un (DS=10,8) con un IC al 95% entre 61 años a 68 años. Los pacientes en un 64,7 % presentaron al menos un día de asistencia mecánica ventilatoria. En cuanto al nivel de sedación que predominó en los pacientes durante las sesiones de musicoterapia fue el nivel de RASS +1 (inquieto) con un 41,2 % . Al considerar el total de la muestra (N = 34) como un solo grupo sometido a musicoterapia, cabe señalar que el tiempo promedio que escucharon música fue de 30 min. Así mismo, se observó de manera basal un valor de Presión Arterial sistólica (TAS) de 134,44 ±22,95; presión arterial diastólica (TAD) de 69,71 ± 11,10; y presión arterial media (TAM) 88,21 ±12,8. Los mismos se modificaron significativamente posterior a la intervención, con una marcada disminución en cuanto a la TAS (15,38±19,64; p=0,000); la TAD (6,41±8,23; p=0,000); y la TAM (8,41±10,66;p=0,000).

**Conclusiones:** Por medio de la aplicación y los datos analizados, se considera que la musicoterapia tiene un impacto significativo (<0,005) sobre la tensión arterial, la cual disminuyó posterior a la aplicación de musicoterapia. En cuanto a la hipótesis se descartó la hipótesis nula y se confirmó la hipótesis alternativa. Por otro lado, debido al efecto que ha demostrado este estudio, su bajo costo, su facilidad en la administración y seguridad, consideramos a este como una herramienta no farmacológica, al alcance de aquellos pacientes que se puedan beneficiar.

	Musicoterapia				
	antes	después	Diferencia	z	p
TAS	134,44 ±22,95	121,06 ±16,15	15,38±19,64	-4,51	0,000007
TAD	69,71 ± 11,10	63,29 ±7,76	6,41±8,23	-4,33	0,000014
TAM	88,21 ±12,87	79,79 ±10,28	8,41±10,66	-4,38	0,000012

TEST NO PARAMETRICO (WILCOXON)  
 TAS:tensión arterial sistólica,TAD:tensión arterial diastólica;TAM:tensión arterial media y P=<0,05

### 0313 LACTATO SÉRICO Y CLEARENCE DE LACTATO COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES AÑOSOS

R FERNÁNDEZ(1), I SANTOLAYA(1), V ORDOÑEZ(1), E CABREIRA(1), E ROJO(1), H OCHOA(1), S PEREIRA(1), C OTTAVIANI(1), M SEGURA(1)  
 (1) Español de Mendoza.

**Introducción:** El aumento de los niveles de lactato sérico, es considerado un marcador de perfusión alterada de órganos en pacientes críticos. Independientemente del origen de la hiperlactatemia numerosos estudios establecieron niveles de lactato en sangre como predictores de resultados confiables en subgrupos de pacientes.

**Objetivos:** Evaluar el comportamiento del lactato y Clearance de lactato (CLac) como indicador de gravedad en pacientes críticos muy añosos.

**Material y métodos:** Estudio observacional con análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva, (SatiQ), incluyendo pacientes con niveles de lactato > 2 mEq / L al ingreso. Se definió como pacientes muy añosos a los ≥ 90 años. Se registraron lactato al ingreso y CLAc a las 12 hs, uso de fluidos y balance hídrico de 24 hs. Se dividió a la población en ocho grupos etarios por década. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y Per 25%-75%. Se analizaron con test de Kruskal - Wallis. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias y porcentajes. Para su análisis se usó Chi2. Se trazaron las curvas ROC, para CLAc y mortalidad en la población total y los grupos definidos. Se consideró significativa p <0,05.

**Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron a UTI, 2446 pacientes con lactato sérico > 2 mEq / L; 42,8%, (1047 pacientes) añosos y 1.2% muy añosos, (31). Mediana de SAPS II 32 (20 – 45) y SOFA al ingreso 3 (1 – 6). Un 42,1% de los pacientes requirieron ARM. En todos los grupos existió diferencia significativa en las tres variables, Lac- ingreso y 12 hs y CLAc, entre los pacientes sobrevivientes y fallecidos excepto en pacientes ≥ 90 años. Los fallecidos recibieron en total mayor expansión y realizaron balance más positivo que los sobrevivientes en todos los grupos etarios. El AUC para

la población total fue igual a 0,672, marcando un regular poder discriminativo del CI de Lac- en cuanto a mortalidad, que se pierde totalmente en pacientes ≥ 90 años.

**Conclusiones:**El lactato de ingreso y el CLAc mostraron diferencias significativas entre sobrevivientes y fallecidos, en la población total y en todos los grupos etarios, excepto en los pacientes muy añosos.

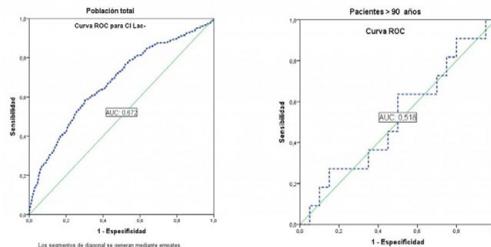


Tabla 1. Comparación de lactato inicial, a las 12 hs y Clearance de lactato entre pacientes fallecidos vs sobrevivientes

	Fallece		Sobrevive		P
	Mediana (Per 25 - 75%)				
<b>20 a 29 años n = 184</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	4,9 (3,3 - 8,4)	3,1 (2,4 - 4,2)	0,003		
Lactato 12 hs (mEq/L)	2,99 (2,5 - 6,4)	1,5 (1,2 - 2,4)	0,000		
Clearance de lactato	37 (10,5 - 50,2)	48,6 (30,5 - 65,2)	0,022		
<b>30 a 39 años n = 227</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	4,3 (3 - 7,4)	3 (2,4 - 4,1)	0,003		
Lactato 12 hs (mEq/L)	4,9 (2,3 - 6,4)	1,6 (1,2 - 2,2)	0,000		
Clearance de lactato	-4,9 (-41,6 a 36,5)	50,8 (33,1 - 64,5)	0,000		
<b>40 a 49 años n = 299</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	3,7 (2,9 - 7,3)	3,1 (2,5 - 4,2)	0,054		
Lactato 12 hs (mEq/L)	2,2 (1,9 - 5,6)	1,6 (1,3 - 2,3)	0,000		
Clearance de lactato	29,8 (-1,7 - 40,9)	40,8 (22,9 - 65,3)	0,008		
<b>50 a 59 años n = 387</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	3,6 (2,8 - 5,7)	3,1 (2,5 - 4,2)	0,019		
Lactato 12 hs (mEq/L)	3 (2 - 6,1)	1,9 (1,3 - 2,6)	0,000		
Clearance de lactato	15,4 (-17,4 - 35,3)	44,2 (23,1 - 59,2)	0,000		
<b>60 a 69 años n = 330</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	3,3 (2,5 - 5,3)	3 (2,4 - 4)	0,008		
Lactato 12 hs (mEq/L)	2,6 (2 - 4,1)	1,9 (1,4 - 2,6)	0,000		
Clearance de lactato	18,4 (0 - 43,1)	39,2 (18,4 - 54,4)	0,000		
<b>70 a 79 años n = 496</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	3,6 (2,7 - 5,6)	3 (2,4 - 4,1)	0,000		
Lactato 12 hs (mEq/L)	2,6 (1,9 - 4,7)	1,9 (1,3 - 2,7)	0,000		
Clearance de lactato	21,2 (-23,8 - 44,5)	36,1 (16,8 - 55,8)	0,000		
<b>80 a 89 años n = 294</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	3,5 (2,5 - 5,5)	3 (2,5 - 4,2)	0,034		
Lactato 12 hs (mEq/L)	2,7 (2,1 - 4,6)	2 (1,5 - 2,7)	0,000		
Clearance de lactato	19,5 (-10,7 - 40,5)	34,5 (12,7 - 54,7)	0,000		
<b>&gt; 90 años n = 31</b>					
Lactato ingreso (mEq/L)	3,6 (2,8 - 6,4)	2,9 (2,3 - 3,7)	NS		
Lactato 12 hs (mEq/L)	2,6 (1,8 - 3,9)	1,7 (1,4 - 3)	NS		
Clearance de lactato	37,9 (-3,3 - 51,4)	35,6 (13,1 - 50,7)	NS		

### 0314 NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR RESIDENTES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS

N BERTOIA(1)  
 (1) Italiano De Buenos Aires.

**Introducción:** El residente de Enfermería en Cuidados Críticos de segundo año tiene un nivel de autonomía que le permite tener a su cargo pacientes críticos sin supervisión directa del superior. El Therapeutic and Intervention Scoring System (TISS-28) es una herramienta usada en la Unidad de Cuidados Críticos (UCI) para categorizar pacientes y ver el ratio de enfermería. La complejidad de los pacientes a su cargo evidencia el grado de crecimiento del mismo.

**Objetivo Primario:** Comparar la media de TISS-28 de los pacientes asignados a los residentes de 2º año con la media de la UCI.

**Objetivos Secundarios:** Describir la gravedad según Acute Physiology And Chronic Health Evaluation. (APACHE-II) de los pacientes asignados a los residentes.

Describir los requerimientos de soporte vital de los pacientes asignados.

**Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se registraron TISS-28, APACHE-II y requerimiento de soporte vital como Membrana Extracorpórea (ECMO), Asistencia Ventilatoria Mecánica (AMV), Hemodiálisis (HD), Uso de Vasopresores en pacientes asignados a los residentes de 2º año y el TISS-28 se

comparó con la media de la UCI. Se realizó en una UCI de un Hospital Universitario entre el 1° de Mayo de 2018 y de 31 de Mayo de 2019.

**Resultados:** Se analizaron 31 pacientes, Trasplantados 61% (n:19). La media del TISS-28 de los pacientes asignados fue 31.9 y 21.7 puntos de UCI, con una diferencia 10,2. El APACHE-II 17.3 puntos que representa una mortalidad esperada entre un 12 a 25%. Los requerimientos de Soporte Vital fueron AMV (n 26), Vasopresores (n 18), HD (n 7) y ECMO (n 6).

**Conclusión:** Según el nivel de autonomía del Residente de 2° año, los pacientes a su cargo tienen una carga alta de complejidad evidenciado por el TISS-28, gran soporte vital y alta mortalidad esperada.

### 0315 HIPOVENILACION ALVEOLAR PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO

D PAEZ SILES(1), N VANESA(1), M ALBARRACIN(1), G ORELLANA(1), N GARCIA SMERALDI(1), ML LUDUEÑA(1), J ANGAROLA(1), C GARCIA ALMIRÓN(1), N RAIMONDI(1)  
(1) Fernandez.

**Introducción:** La hipoventilación alveolar primaria es un trastorno infrecuente que se caracteriza por una llegada de volumen por unidad de tiempo a los pulmones disminuido. Presenta como característica pulmones no patológicos y produce como consecuencia la hipoxia, pero fundamentalmente hipercapnia. Siendo esta última la que representa un valioso dato diagnóstico. La causa de la hipoventilación alveolar puede ser idiopática o asociarse al sueño. En tal caso se clasifica en central u obstructiva y la polisomnografía es un estudio de gran utilidad en estos casos.

**Caso clínico:** Femenino de 67 años, obesa, consulta por disnea progresiva de un año de evolución sin otros síntomas asociados. Al examen físico presenta rales crepitantes bibasales y edemas en miembros inferiores. Laboratorio evidencia acidosis respiratoria y alcalosis metabólica. Posteriormente evoluciona con mayor hiper-capnia y deterioro del sensorio e inicia ventilación mecánica no invasiva y se decide su pase a unidad de terapia intensiva. Se realiza Ecocardiografía con aurícula izquierda dilatada sin hipertensión pulmonar, gradiente alveolo arterial de oxígeno normal y espirometría sin patrón obstructivo.

Polisomnografía: Arquitectura del sueño fragmentada, numerosos despertares, ausencia de etapa III y bajo porcentaje de REM, electroencefalograma sin focos asimétricos ni elementos paroxísticos, apneas/hipopneas de grado severo predominantemente obstructivas o mixtas y algunos de tipo central acompañadas de disminución de la saturación de O<sub>2</sub> hasta un 50 %, sin evidencia de taquiarritmias y bradiarritmias

**Discusión:** La hipoventilación alveolar primaria es producto de un defecto primario del control autonómico de la respiración, el mecanismo fisiopatológico exacto no está claro aún. Por ello la expresión clínica más evidente son los episodios de apnea que a menudo ocurren durante el sueño. Se debe justificar el diagnóstico en base a criterios clínicos y la exclusión de otras enfermedades compatibles en forma interdisciplinaria para así poder mejorar el pronóstico a largo plazo evitando el desarrollo de un Cor pulmonale, hipertensión arterial y daño neurológico secundario a la hipoxemia crónica.

**Conclusion:** La hipoventilación alveolar primaria es una enfermedad que constituye un reto diagnóstico, debido a la variabilidad en la presentación clínica y a las limitaciones a las pruebas diagnósticas.

### 0316 EXPERIENCIA CON URAPIDILIO EN EL CONTROL DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN DOS CENTROS LATINOAMERICANOS

I PREVIGLIANO(1), M CANITROT(2), R VILLA(3), J SERRA, J RAMÍREZ

(1) Fernández. (2) Clínica Indisa. (3) Policlínico Central De Osplad.

**Introducción:** El urapidilio es una droga antihipertensiva que tiene un mecanismo de acción dual, central y periférico, que permite el control de la hipertensión arterial sin producir taquicardia ni aumento de la PIC. Es la droga más utilizada en las terapias intensivas europeas y asiáticas. Está disponible en Argentina desde hace 2 años y en Chile desde hace 3 años.

**Objetivos:** Comunicar la experiencia del registro del tratamiento con urapidilio en las crisis hipertensiva en dos Unidades de Terapia Intensiva de Chile y Argentina.

**Material y método:** Diseño de estudio: De registro, observacional. Criterios de inclusión: Pacientes que cumplan la definición de emergencia hipertensiva, como un aumento de la Presión Arterial Sistólica (PAS) > 180-190 mm o de la diastólica (PAD) > 110-120 mmHg y que comprometan órgano blanco (riñón, cerebro, corazón). Protocolo de tratamiento (ver Figura 1)

Datos recolectados: Sexo, edad, presión arterial sistólica, media y diastólica y frecuencia cardíaca al inicio y al final del tratamiento. Respuesta a la droga a los 5', 10', 15' y ausencia de respuesta. Dosis de mantenimiento.

Análisis estadístico: Test de Wilcoxon para muestras pareadas .

**Resultados:** Se recolectaron 175 pacientes.

Edad promedio: 63 años

Patologías: ACVI 86 pacientes, HIC 59 pacientes, HSA 16 pacientes, HELLPEE 5 pacientes, Síndrome coronario agudo (SCA) 3 pacientes, EH 2 pacientes.

Cambios en todas las presiones significativos (test de Wilcoxon p de dos colas < 0.001) (Figura 2). Sin cambios en la frecuencia cardíaca (mediana 90 a 90).

9 pacientes fallecidos, ninguno por causas relacionadas con la droga.

Tiempo de respuesta: 124 pacientes (71%) respondieron a la primera dosis de 25 mg, a los 5 minutos, 50 pacientes respondieron a la segunda dosis de 25 mg (28%) y sólo 1 (1%) requirió una tercera dosis, respondiendo a los 15 minutos. No hubo pacientes que no reaccionaran favorablemente a la droga.

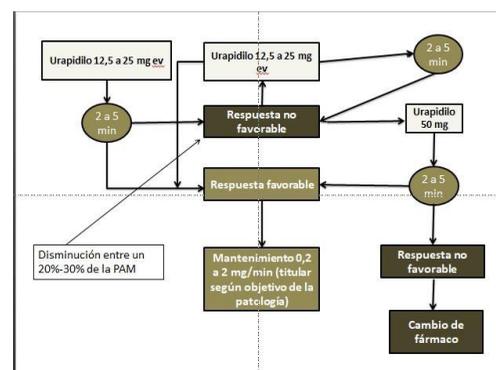
**Conclusiones:** El tratamiento con urapidilio de esta cohorte de pacientes con emergencia hipertensiva fue eficaz en el 100% de los casos.

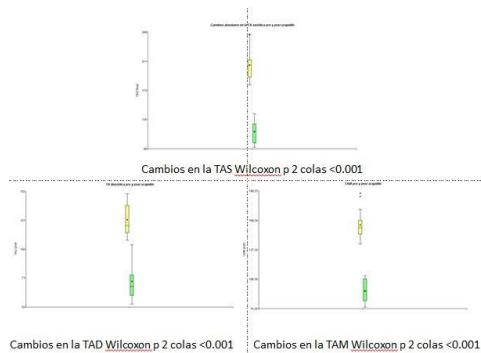
Hubo una significativa disminución de las presiones arteriales.

El 99% de los pacientes respondió dentro de los 10 minutos de iniciado el protocolo.

No hubo falta de eficacia en ninguna patología.

Estos resultados son coincidentes con los publicados en la literatura y con las recomendaciones de guías europeas.





### 0317 BACTERIEMIAS CAUSADAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS Y PSEUDOMONAS /ACINETOBACTER: CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO

TV JUHASZ(1), A PAGLIA(1), M PADILLA(2), M JAUREGUIBERRY(2), N QUETGLAS(2), JC BALLESTEROS GUALTEROS(2), J VILCA BECERRA(2), Y PEREZ REY(2), P TAPIA LARA(2), MB LARES(2), R REINA(2), E ESTENSSORO(2), CI LOUDET(2), MC MARCHENA(2), AL GONZÁLEZ(2)  
 (1) San Martín De La Plata. (2) San Martín La Plata.

**Objetivo:** Estimar la incidencia de bacteriemias producidas por Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) y por Pseudomonas (PAE)/ Acinetobacter (ABA). Comparar las características al ingreso y la mortalidad entre los dos grupos.

**Métodos:** Cohorte retrospectiva, en una UCI médico/quirúrgica, con 14 camas, en un hospital Universitario, desde el 01/01/2017 al 10/08/2018. Se evaluaron todos los pacientes consecutivos que desarrollaron alguna de las 2 infecciones. Los datos son presentados de acuerdo a su naturaleza. Para las comparaciones se utilizó T-test o Wilcoxon para variables continuas y Chi2 o Fisher para variables categóricas.

**Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron 564 pacientes, de los cuales presentaron bacteriemias por EPC 6% (32) y por PAE/ABA 5% (30). En la tabla 1 se observan las características demográficas, severidad al ingreso, tipo de ingreso, variables de resultado: días de ARM, Días y Mortalidad en la UCI.

	KPC (32)	Pseudomona/ Acinetobacter(30)	
Edad	40 +/- 17	48 +/- 19	p 0.09
Apache II	20 +/- 7	17 +/- 5	p 0.10
Género	Hombres 19 (59%)	Hombres 19 (66%)	p 0.62
<b>Categorías Diagnósticas:</b>			
Médico	16 (50%)	11 (38%)	p 0.65
Cirugía de Urgencia	12 (38%)	13 (45%)	p 0.65
Cirugía Electiva	4 (12%)	5 (17%)	p 0.65
SOFA	9 [6-10]	6 [5-7]	p 0.008
Días ARM	29 [5-27]	26 [21-39]	p 0.32
Shock al ingreso	20 (63%)	15 (52%)	p 0.40
Días estadía UCI	36 [15-78]	28 [17-45]	p 0.37
Diálisis	6 (19%)	4 (14%)	p 0.73
SDRA	20 (63%)	13 (45%)	p 0.17
Sepsis al ingreso	11 (34%)	5 (17%)	p 0.16
Mortalidad	47%	48%	p 0.91

Datos presentados como n (%), media (+/- DS), mediana [p25-75]

**Conclusiones:** • La incidencia de bacteriemias encontrada para EPC y PAE/ABA es similar a la reportada en la literatura (6% y 5% respectivamente).

- Ambos grupos presentaron alta severidad, días de ARM y de estadía en UCI prolongada, y alta mortalidad.
- El grupo de pacientes con EPC presentó diferencias significativas en el Score SOFA24, sin embargo no se observaron diferencias en la mortalidad.

### 0318 PRESENTACIONES ATÍPICAS DE TBC EN LA INFANCIA, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

R ALVAREZ MIÑO(1), AA SANDOVAL(1), S GALVEZ(1), K CINQUEGRANI(1)  
 (1) El Cruce.

**Introducción:** La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, granulomatosa crónica, desarrollada en contexto de riesgo social, ambiental, sanitario e individual. La vía de transmisión es aérea, transplacentaria, describiendo casos Vacinal en pacientes con inmunosupresión congénita o adquirida.

**Descripción del caso:** Paciente de 4 meses previamente sano, presenta cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por fiebre, dificultad respiratoria en aumento y síntomas meníngeos; con requerimiento de AVM por lo que ingreso a unidad de cuidados intensivos.

Se realiza métodos complementarios rescatando TBC en secreciones pulmonares y LCR, iniciando tratamiento específico. Sin datos epidemiológicos positivos para TBC con catastro negativo. Se interconsulta con servicio de Neumología e Inmunología, solicitan métodos complementarios sugestivos de Inmunodeficiencia Primaria, asumiéndose como TBC sistémica post Vacunal en paciente con alteración de la Inmunidad. Evolución desfavorable, a los 10 días con drogas inotrópicas en reanimación continua presenta PCR se realizan maniobras de reanimación sin respuesta constatándose óbito.

Paciente de 11 meses con antecedente de cuadros respiratorios de 3 meses de evolución, requiriendo internación en sala común en 3 oportunidades, en seguimiento por kinesioterapia por atelectasia persistente en lóbulo pulmonar superior derecho.

Como antecedente se rescata del interrogatorio tío con TBC quien cumplió tratamiento, con catastro negativo. Presenta radiografía de tórax imagen compatible con Tumoración Pulmonar, realizándose TAC tórax: Imagen de densidad de partes blandas, heterogénea, en proyección del lóbulo superior derecho, con áreas de aposición cálcica puntiformes y lineales en su interior con realce inhomogéneo tras la administración de contraste endovenoso, con ligero efecto de masa sobre el bronquio de lóbulo superior homolateral en contigüidad con pleural visceral, sin alteración del componente óseo.

Se realiza interconsulta con servicio de cirugía infantil quien decide realizar exéresis de Tumoración y análisis Histopatológico: compatible con Tuberculosis pulmonar.

Se realiza nueva PPD y Lavado gástrico negativos, con resultados de anatomía patológica se inicia tratamiento con Antituberculosáticos.

**Discusión:** Es imperioso mantener una alta sospecha diagnóstica para así poder instaurar un tratamiento oportuno y poder prevenir la morbimortalidad de la enfermedad. Sin dejar de lado. La vacuna es una forma de prevenir las formas grave de TBC, en pacientes inmunosuprimidos se pueden encontrar infecciones secundarias a Mycobacterium Bovis en cualquier órgano.

### 0320 MORBI-MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MENINGITIS POST QUIRÚRGICA TRATADOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PEDRO FIORITO

L CAMARGO(1), E CUESTAS MEJIA(2), A CAMELLI(2), M GILLI(2), D QUECAÑO(2), E PALERMO(2), R ZENTENO(2), J RIPOLL(2), C OZAETA(2), J ZALDUA(2), E MORTIER(2), A PEÑA(2), C GARRO(2)  
(1) Higa Fiorito. (2) Higa Pedro Fiorito.

**Introducción:** La meningitis post quirúrgica es una complicación infecciosa nosocomial relativamente frecuente, que se acompaña de un incremento de la estancia hospitalaria y de una elevada mortalidad, la incidencia de meningitis en craniectomías es del 4.8%.

**Objetivo:** • Analizar mortalidad en una población de pacientes con diagnóstico de meningitis post quirúrgica en el servicio de UTI durante la gestión 2018.

• Valorar características poblacionales y evolución de las mismas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, en pacientes con post operatorio neuroquirúrgico (craniectomía, DVE, PIC) durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018. Se consignaron variables poblacionales, tipo de procedimiento quirúrgico y motivo.

**Resultados:** Se identificaron 42 pacientes con procedimientos quirúrgicos: 26 masculinos (61.9%), 16 femeninos (38.1 %) y edad promedio de 44 años.

La etiología de los mismos fue: Tumoral 11 (26.1%), ACV hemorrágico 17 (40.7%), TEC 7 (16.6%), TEC asociado a politraumatismo 7(16.6%).

Fueron cirugías de urgencia 25 (59.3 %) y programadas 17 (40.7%) Del total de los pacientes se cuantificaron 51 procedimientos, 8 pacientes requirieron 2 o más intervenciones. De ellos fueron: 33 craniectomías (64.7%), 10 PIC (19.6%), 8 DVE (15.6%).

Se diagnosticaron 11 pacientes (26.1%) con meningitis post quirúrgicas: que corresponden a 9/33 craniectomías (27%), 1/10 PIC (10%), 1/8 DVE (12.5%).

De los 42 pacientes intervenidos, hubo 10 óbitos (23.8%) 5 con meningitis (50%). De los sobrevivientes se diagnosticaron 6 episodios de meningitis (18.5%).

De los 11 episodios de meningitis post quirúrgicas (90.9%) estuvieron relacionados con procedimientos de urgencia. Tuvimos una mortalidad del 45.5% en pacientes con meningitis post quirúrgica. En el 54.5% de los episodios no hubo rescate bacteriológico, del resto hallamos: 3 klebsiella (2 carbapenemasa +) 1 E.coli, 1 Acinetobacter. Todos los rescates bacteriológicos fueron sensibles a meropenem y colistin.

**Conclusiones:** Se observó una alta incidencia de meningitis post quirúrgica y una alta mortalidad sobre todo en procedimientos de urgencia. Se deberá buscar los factores asociados para disminuir las tasas y mejorar la calidad de atención.

#### Bibliografía:

- 1- Kuo-Hsing Liao a,b, Jia-Yi Wang c, Hui-Wen Lin d, Tai-Ngar Lui a, Kai-Yun Chen e, Risk of death in patients with post-traumatic cerebrospinal fluid leakage: Analysis of 1773 cases. Journal of the Chinese Medical Association 79 (2016) 58e64
- 2- Irene S. Kourbeti, MD, PhD, 1 Antonis F. Vakas, MD, PhD, 2 Panayiotis Ziakas, MD, PhD, 3- Dimitris Karabetsos, MD, 2 Evangelos Potosidis, MD, 4 Silvana Christou, MD, 5 y George Samonis, MD, PhD, Las infecciones en los pacientes sometidos a craneotomía: factores de riesgo asociados con la meningitis después de la craneotomía. J Neurosurg 122: 1113-1119, 2015
- 4- Infections in a patient undergoing craniotomy/risks factors associated with post-craniotomy meningitis. Koubet I. J Neurosurg 2015; 122:1113-1115
- 5- Risks factors for adult nosocomial meningitis after craniotomy: role of antibiotic prophylaxis. Korinek AM. Neurosurgery 2008;59(1):126
- 6- Assessment of risk factors for external ventricular drainage-induced infections in neurosurgery. Feng Shang. Int J Clin Exp Med 2018;11(11):12664-12669
- 7- Depressed fractures of skull: An institutional series of 453 patients and brief review of literature. Prakash A. Asian journal of neurosurgery 2018;13(2):222-226
- 8- Corzo, Lilén de los Ángeles - Silvana Svampa. Diagnóstico y tratamiento de la meningitis posquirúrgica y ventriculitis en pacientes adultos. Hospital Provincial Neuquén 2009
- 9- Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine. Vol 1. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

10- A. Ramos-Martínez, T. de las Heras-Carballo, C. Fernández-Mateos\*, L. de Reina\*, T. Álvarez de Espejo-Montiel, N. Escamilla-Fernández, I. Sánchez-Romero\* e I. Millán, Meningitis postquirúrgica. Características diferenciales de la meningitis aséptica post-quirúrgica. Neurocirugía 2009; 20: 103-109

11- Llain Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1998.

### 0321 ENDOCARDITIS INFECCIOSA INTRAHOSPITALARIA DE VÁLVULA NATIVA POR ACINETOBACTER BAUMANII EN PACIENTE VIH: REPORTE DE UN CASO

E ELIA(1), M ANTONIO(2), G MAGISTOCCHI(2)  
(1) Central. (2) H Central De Mendoza.

**Introducción:** La endocarditis infecciosa intrahospitalaria (EII) por bacilos G- no correspondientes al grupo HACEK son una causa infrecuente (2% aproximadamente). Su baja frecuencia de aparición hace de ella un desafío diagnóstico. Presentamos un caso clínico ocurrido en nuestra institución.

**Caso clínico:** Paciente transexual de 33 años, con antecedente de tabaquismo, consumo de sustancias e infección por VIH diagnosticado en 2014 sin tratamiento. Ingresó por presentar una Neumonía Grave por Histoplasma capsulatum con insuficiencia respiratoria y requerimiento de ARM. Intercurre con un SDRA y Neumonía tardía asociada a ventilación mecánica, con progresión a shock séptico y fallo multiorgánico. Por persistencia del cuadro, se realizó un ecocardiograma Doppler Trans-Esofágico que evidenció una imagen de masa en cara auricular al velo septal, sobre válvula mitral, correspondiente a vegetación, con hemocultivos persistentemente positivos para CABC. A pesar del tratamiento antibiótico dirigido, presentó mala evolución y muerte.

**Conclusiones:** La EII causada por BGN del grupo no HACEK es infrecuente. La incidencia, según estudios, es de alrededor del 2%. Siendo todas de adquisición nosocomial, mayormente en servicios críticos y secundarias a bacteriemias por catéter endovascular o neumonías por ventilación mecánica. Del total de estas, solo el 4% tuvo rescate para Acinetobacter baumannii calcicoaceticus (CABC) con predominancia en pacientes inmunocomprometidos. En nuestro país, un estudio observacional registró 355 casos, de los cuales sólo uno fue una EII confirmada por CABC sin antecedente de inmunocompromiso ni afección valvular pre-existente. Debido a la alta mortalidad que presenta este cuadro, es fundamental el diagnóstico y tratamiento temprano.

### 0322 ESTADO EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO

L CAMARGO(1), E CUESTAS MEJIA(2), J RIPOLL(2), D QUECAÑO(2), C OZAETA(2), J ZALDUA(2), E PALERMO(2), R ZENTENO(2), M GILLI(2), E MORTIER(2), A PEÑA(2)  
(1) Higa Fiorito. (2) Higa Pedro Fiorito.

**Introducción:** Se considera Estado Epiléptico Súper Refractario (EESR) cuando continúa la situación de Estado Epiléptico (EE) a pesar de haber iniciado tratamiento con anestésicos en dosis completas o cuando reaparece en las primeras 24 horas después de haber disminuido o retirado la medicación anestésica. Sumamos el concepto de NORSE o «estatus epiléptico refractario de nueva aparición», es una presentación clínica, no un diagnóstico específico, en paciente sin epilepsia activa u otro trastorno neurológico relevante preexistente, con un nuevo inicio de EE refractario sin una causa estructural, tóxica o metabólica aguda o activa identificada en las primeras horas (hasta un máximo de 72 horas). Si después de un extenso estudio etiológico no se encuentra la causa se mantiene como un NORSE criptogénico.

**Objetivo:** Identificar la etiología y factores asociados a estado epiléptico súper refractario de nueva aparición.

Determinar la importancia del monitoreo Electroencefalográfico continuo.

**Cuadro clínico:** Paciente masculino, 21 años, antecedentes de tabaquismo, abuso de sustancias. Internado en Clínica Médica por sífilis. Trasladado a Terapia Intensiva por deterioro del sensorio secundario.

dario a status epiléptico sin respuesta a tratamiento, requiriendo AVM. Se estable diagnóstico de EESR.

Estudios complementarios que descartan procesos infecciosos (se descartó neurosífilis), metabólicos y tóxicos.

RMN de cerebro c/c: imágenes hiperintensas en sustancia blanca, hiperintensidad a nivel del nervio óptico. Informe de bandas oligoclonales: LCR proteínas de 33 mg/dl. LCR: bandas monoclonales: 23, Ig G LCR: Ig G/ albúmina: 23 (Referencia: 25), Suero: bandas policlonales frente anti-Ig G. Resultado: bandas oligoclonales (+). Índice de 0.98 (referencia: 0,65); relación albúmina LCR/Suero: 0,40 (referencia: 0,66). Se interpreta como Esclerosis Múltiple. Se inicia corticoterapia sin respuesta clínica exitosa, persiste en EESR a pesar de coma farmacológico, con monitoreo EEG.

Evoluciona rápidamente a la muerte encefálica.

**Conclusiones:** A partir de este caso se desea desarrollar EESR al no ser una patología frecuente en la Terapia Intensiva y la importancia del monitoreo Electroencefalográfico en estos pacientes.

Se requieren estudios adicionales para aclarar la etiología de los casos NORSE y para determinar el papel de la inmunoterapia temprana y los anestésicos en su tratamiento.

**Bibliografía:**

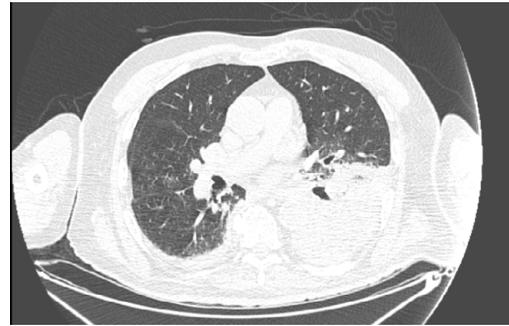
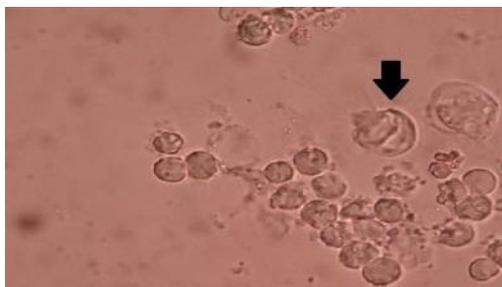
1. E. Santamarina, L. Abraira and M. Toledo. Actualización en el estado de mal epiléptico (status epilepticus). Med Clin (Barc). 2019.
2. Estado epiléptico refractario de nuevo inicio, Etiología, características clínicas y resultado. La revista de neurología american academy of neurology
3. Bejtemann JP, Lowenstein DH. Status epilepticus in adults. Lancet Neurol. 2015;72:650-5.
4. Kantonen A-M, Reinikainen M, Parvainen I, Ruokonen E, Ala-Peijari M, Bäcklund T, et al. Incidence and mortality of super-refractory status epilepticus in adults. Epilepsy Behav. 2015;49:131-4
5. 34. Shorvon S, Ferliti M. The treatment of super-refractory status epilepticus: a critical review of available therapies and a clinical treatment protocol. Brain. 2011;134:2802-18.

### 0323 NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD POR LOPHOMONAS SPP

G TAJES(1), N ALLENDE(1), R CORDOBA(1), M VILLANUEVA(1), N SEGURA(1), A SANTA MARIA(1), M BERTE(1), D NOVALL(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre.

Paciente masculino de 89 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, arritmia no filiada, ex tabaquista, diabetes tipo II no insulino requirente, neuropatía diabética e hipotiroidismo no tratado. Ingres a la Unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico de Neumonía Grave de la Comunidad CURB-65: 3, asociado a insuficiencia respiratoria (PaFi<300), hipotensión arterial I(TAM<70), falla renal aguda no oligúrica (Creatinina 1.4mg%) y plaquetopenia (140.000/mm3), S.O.F.A. score: 5. Requiriendo a su ingreso, intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Se estudió con Tomografía multi slice de tórax donde se evidenció consolidación en lóbulo inferior izquierdo, y en segmento posterior de lóbulo superior izquierdo. Se inició tratamiento antibiótico empírico con Cefepime, Vancomicina, Azitromicina y Oseltamivir. Se solicitaron hemocultivos, antigenuria para neumococo e hisopados nasofaríngeos para búsqueda de agentes virales, resultando todos negativos. Por leucocitosis y registros febriles persistentes, asociado a progresión de S.O.F.A score, se realizó lavado broncoalveolar a las 72 horas, en donde se obtuvo rescate de células cilíndricas, flageladas y móviles, compatibles con LOPHOMONAS SPP. En este contexto, se rotó tratamiento antibiótico a Metronidazol, cumpliendo 10 días en total, con evolución clínica favorable y resolución radiológica tardía.



### 0324 ENCEFALITIS POR DENGUE: REPORTE DE 2 CASOS QUE REQUIRIERON INTERNACIÓN EN UCI

RA VILLALBA(1), MC POHLEMANN TARNOVSKI(1), MD ARGÜELLO(1), RE OSTROWSKI(1), SD RIBAK(1), AE CARRERA(1), CA CORREIA DA SILVA(1), C FARQUHARSON(1), NP BARRETO(1), JP ROMERO(1)

(1) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramon Madariaga.

**Introducción:** El dengue es una enfermedad causada por un virus transmitido a través del mosquito *Aedes aegypti*, vector de la enfermedad. Pertenec a la familia Flaviviridae existiendo cuatro serotipos; 1, 2, 3 y 4. Se trata de una enfermedad autolimitada, cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad siendo los 2 y 3 los asociados más frecuentemente.

**Presentación del caso:** Se presentan dos casos de pacientes con serología positiva para dengue y encefalitis viral detectada por técnicas de amplificación de genoma viral e inmunohistoquímica.

**Caso 1:** Paciente masculino de 24 años, con GCS 7/15, con signos de HTE; LCR Ig M positivo para dengue, óbito a las 48 hs, por síndrome de HTE.

**Caso 2:** Paciente masculino de 26 años con GCS 9/15, con signo de HTE, LCR Ig M positivo para dengue, sobrevivió con tratamiento neuroprotector.

**Discusión:** La encefalitis por dengue es una enfermedad rara. Si bien no se considera un virus neurotrópico, dicho compromiso puede ser fatal. Hay informes de la demostración del virus del dengue y el antígeno IgM en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con encefalopatía.

**Conclusión:** En las áreas endémicas de dengue, los pacientes con encefalitis y encefalopatía deben ser investigados para esta infección. La encefalitis por dengue puede ser benigna, pero a veces fatal.





### 0325 ENCEFALITIS AUTOINMUNE PARANEOPLÁSICA COMO CAUSA DE TRASTORNO DEL SENSORIO EN UTI: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

MD ARGUELLO, RA VILLALBA(1), MC POHLEMANN TARNOVSKI(1), RE OSTROWSKI(1), AE CARRERA(1), CA CORREIA DA SILVA(1), SD RIBAK(1), NP BARRETO(1), MDC BALEIRON(1), RA ALVAREZ(1), ES SANCHEZ(1), C FARQUHARSON(1)  
(1) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramon Madariaga.

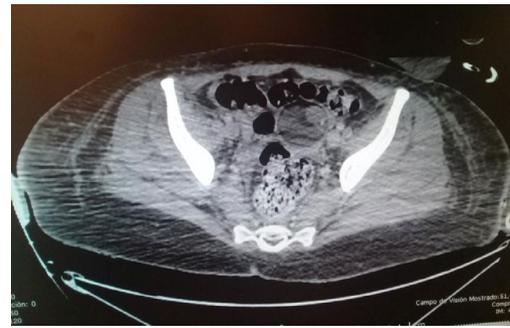
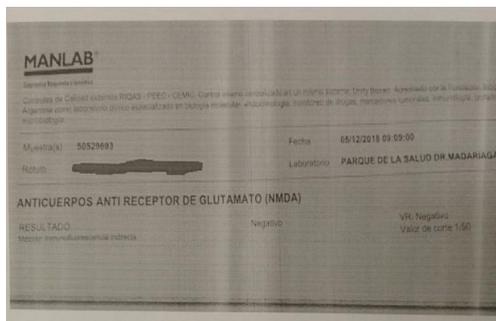
**Introducción:** La encefalitis anti-N-metil-D-aspartato (anti-NMDAR) es una encefalitis autoinmune y paraneoplásica recientemente descrita con manifestaciones neuropsiquiátricas prominentes y evolución rápida a deterioro del estado de conciencia, que afectan a adultos jóvenes con tumores de células germinales y anticuerpos anti NMDAR positivos.

**Presentación del caso:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 23 años, sin antecedentes patológicos, con síntomas psiquiátricos y convulsiones; la cual fue diagnosticada con la enfermedad, con anticuerpos anti NMDAR negativos y teratoma ovárico, tratada exitosamente con cirugía y terapia inmunosupresora.

**Discusión:** La encefalitis anti-NMDAR es una encefalitis autoinmune y paraneoplásica; es la forma más común de encefalitis autoinmune, y alcanza el 1% de todas las admisiones de adultos jóvenes en una unidad de cuidados intensivos.

Aunque el tratamiento temprano se asocia con mejores resultados, la presentación clínica y el curso de la encefalitis autoinmune varían entre los individuos.

**Conclusión:** En pacientes sin historia de encefalitis o trastorno neurológico previo pueden no detectarse anticuerpos en suero. La enfermedad puede tratarse con éxito con intervención quirúrgica e implementación temprana de terapias inmunosupresoras.



### 0329 VIGILANCIA DE INFECCIONES/ COLONIZACIONES POR BACTERIAS GRAN NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES (BGNMR). 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

ML VERNAZZI(1), ML VERNAZZI(2), N CAPIROLO(2), I DONAIRE(2), G SCALA(2), M CABRAL(2), S UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO(2)  
(1) Central Mendoza. (2) Central.

**Introducción:** El aumento de los microorganismos multiresistentes son un problema emergente, sobre todo los relacionadas con bacilos gram negativos(BGNMR), siendo endémicos en muchos países. Numerosos artículos y guías recomiendan la realización de vigilancia activa para identificar colonización o infección, aplicando a estos pacientes Precauciones de Contacto.

**Objetivo:** Analizar la evolución de las colonizaciones e infecciones asociadas a factores de riesgo por BGNMR en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos.

**Material y método:** Estudio observacional, retrospectivo. Revisamos los registros de los pacientes internados, colonizados e infectados desde enero de 2014 a diciembre del 2018. Las definiciones de Infección asociadas a factores de riesgo fueron del Programa VIHDA. Semanalmente se efectuarán hisopados rectales para la búsqueda de portación.

**Resultados:** 1411 hisopados, positivos el 32% (455/1411) para Acinetobacter baumannii (AB), 15% (215/1411) Enterobacterias resistente carbapenem ERC, la Media desde el ingreso hasta la colonización: 13.3 días, no hubo diferencia en ambos grupos. Mediana: 11 días. Tasa de colonización c/ 1000 días paciente AB: 14.11‰, ERC: 6.67‰. Tasa de infección asociada a factor de riesgo c/ 1000 días pacientes AB: 2.45 ‰, (85% NAV, 15% BACT a CVC); ERC: 0.49‰, (93% BACT a CVC, 7% NAV). El 51% que tuvieron infección por AB, se encontraban colonizados y en ERC, 31%. La Tasa de presión de colonización por AB: 12.6% y ERC: 5.9%. Tasa de colonización/infección mil días pacientes: AB Año 2014: 12.99 ‰ / 2,70‰. 2015: 13.40‰ / 2,41‰. 2016: 9.83‰ / 0,75 ‰. 2017: 9.83‰ / 0,75‰. 2018: 18.87‰ / 3,34‰. ERC: 2014: 14.87‰ / 0,16‰. 2015: 15.73‰ / 0,60‰. 2016: 7.71‰ / 0,46‰. 2017: 3.78‰ / 0,60‰. 2018: 0.76‰ / 0,45‰. REI: 2014 al 2017 con el Año 2018; AB: 1.47 >0.05, ERC: 1 >0.05.

**Conclusión:** La colonización de ERC, ha disminuido un 50 %, por las medidas de control de infecciones instauradas, se observó que un tercio de los pacientes colonizados presentan infección. Estas medidas no han sido efectivas para disminuir en el mismo tiempo la colonización/ infección por AB, por lo que proponemos estrategias multimodales en el tiempo, con medición de proceso y resultados.

### 0330 EL GRAN SIMULADOR

AN GUTIERREZ(1), AN GUTIERREZ(2), JJ NAVOTKA(2), LN ACOSTA(2), MF MENDIETA(2), GA CORIA(2), MR TORRES(2), JF REBORATTI(2), GG GARAU(2), ME PAIZ(2), RA KARATANA-ZOPULOZ(2), C JOACHIN(3), G CUBILLA GRUNCE(2)  
(1) Jose Ramón Vidal. (2) J. R. Vidal. (3) J. R. Vidal.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico es una colagenopatía

grave, muy polimorfa por sus manifestaciones clínicas. En su patogenia intervienen múltiples factores dando lugar a la producción de autoanticuerpos, complejos inmunes y finalmente daño tisular. Con frecuencia se detectan factores desencadenantes, como el estrés, la exposición a la luz ultravioleta, infecciones o fármacos. Afecta predominantemente mujeres en edad fértil.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 22 años, consumidor de drogas ilícitas (marihuana-cocaína), etilenoalista, tabaquista, inicia 2 meses previos con astenia, adinamia, pérdida de peso, lesiones cutáneas, disnea CF I-II, sensación de cuerpo caliente automedicándose con AINES. Concorre a nuestro nosocomio por progresión de la disnea CF II a IV, dolor pleurítico en hemitórax izquierdo internándose en UCI.

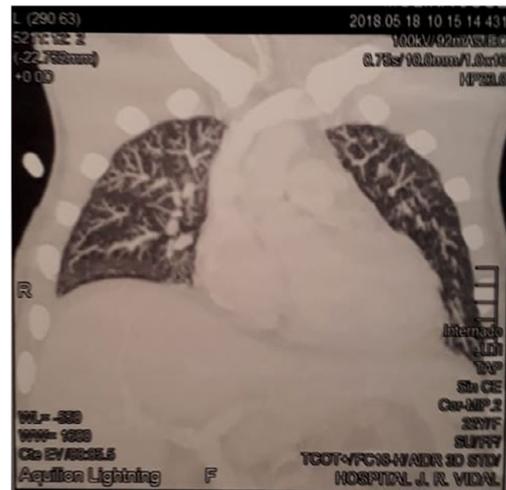
Ingresa hemodinámicamente inestable TA: 80/40mmHg, FC: 140 lpm, T°: 38,5°C, FR: 45 rpm, mala mecánica respiratoria, a la auscultación hipoventilación y rales crepitantes bibasales conectándose ARM. Presenta múltiples maculas hipercrómicas en tronco.

Exámenes complementarios: Hto 32mg%, GB 27.600cel/mm<sup>3</sup>, acidosis metabólica con anión gap normal, Ácido Láctico 2mmol/l. Cultivos (sangre, orina) negativos, hisopado nasal: *Staphylococcus aureus*. Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2gr/día, Claritromicina 1gr/día, Vancomicina 2gr/día. Radiografía de tórax: derrame pleural bilateral. TC de tórax, abdomen y pelvis: derrame pleural bilateral predominio izquierdo, infiltrado en vidrio esmerilado. Moderado líquido libre abdominopelviaco. Se realiza toracocentesis (trasudado), paracentesis cuyos cultivos negativos.

Durante su internación cursa con múltiples NAV dificultando el weaning, Fallo renal, acidosis metabólica refractaria, síndrome nefrótico (proteinuria: 14 gr/24hs) requiriendo TRR. Se solicita panel reumatológico informando VSG 70mm, FAN 1/1024, Anti DNA 1/40, Complemento C3: 20 mm, C4: 5 mm. Biopsia de piel compatible con lupus discoide. Se inician bolos de metilprednisolona 1 gr/día por 3 días. Con buena evolución pasa sala general.

**Discusión:** El LES tiene una prevalencia de 40 a 200 casos/100.000 hab. Su diagnóstico y reconocimiento precoz son críticos para una adecuada derivación, tratamiento y pronóstico de los pacientes. El pronóstico mejoró desde la introducción de inmunosupresores; pero existen pocos datos de estos pacientes en UCI considerando que más del 50% de las admisiones de patologías reumatológicas resultan por infecciones, 25% exacerbación de la enfermedad y el 20% se diagnostica por primera vez.

**Conclusión:** Estamos frente a una patología poco frecuente considerando la prevalencia sobre el sexo, por su variedad clínica simula cuadros rutinarios de la UCI (sepsis), pudiendo pasar desapercibida en las primeras instancias. Por eso su importancia de tener presente para arribar a un diagnóstico temprano y así mejorar su supervivencia y calidad de vida.



### 0333 EVALUACIÓN ANUAL DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE RESIDENTES Y ROTANTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

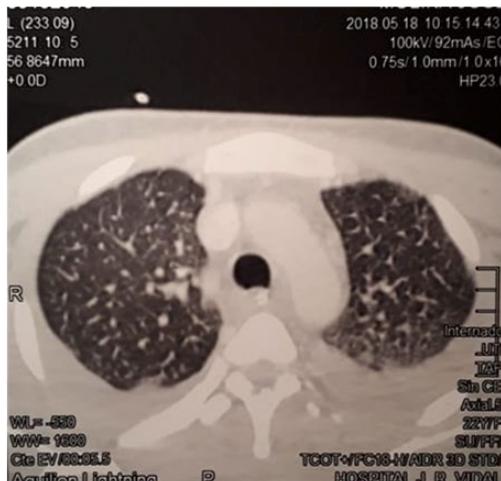
D LÓPEZ CAMPOS(1), L BRIA(1), D NOVAES(1), G JACOB(1), F MONTERO(1), A CÁCERES(1), Y AMOROSO(1), F AMIEVA(1), F FURIASSE(1), C COZZANI(1), E BRAÑA(1), G RAMOS(1), V PICOLIA(1), M TORRES BODEN(1)  
(1) Cosme Argerich.

**Introducción:** En nuestro ámbito, la residencia de terapia intensiva se sostiene en el desarrollo de múltiples competencias, entre ellas: asistencia médica, adquisición de habilidades cognitivas y manejo en procedimientos invasivos. En este último punto hemos realizado un seguimiento durante 365 días de los procedimientos que se realizaron en el servicio por parte de residentes y médicos rotantes en formación.

**Método:** Se realizó un seguimiento prospectivo de los procedimientos realizados en UTI por médicos residentes de 2do, 3er, 4to año y de rotantes. Cada procedimiento fue catalogado como "Intento Exitoso" e "Intento Fallido" según si se logra o no la realización del mismo. También se constató el manejo de la vía aérea en quirófano y se realiza un análisis comparativo con el manejo en la Terapia Intensiva. También se analiza la efectividad en la colocación de los catéteres venosos centrales guiados por ecografía.

**Resultados:** Durante 1 año se realizaron 1007 procedimientos, 745 fueron exitosos (73,98%) y 262 fallidos (26,01%). Del total los mismos, 732 fueron realizados por residentes (72,69%), 575 fueron exitosos, con una tasa de 78,55% y 276 fueron realizados por rotantes (27,31%), 170 fueron exitosos, con una tasa de 62,08%. En cuanto a las intubaciones, los residentes realizaron en total 203 maniobras, 179 exitosas (88,18%). Se realizó un análisis comparativo entre intubaciones realizadas en quirófano y UTI con un total de 95 maniobras durante ese período. Del total, 76 se realizaron en quirófano con 71 intubaciones exitosas (93,87%) y 19 en UTI, con 15 intubaciones exitosas (78,95%). En cuanto a la colocación de catéteres centrales, se realizaron en 1 año 444 intentos, 343 fueron convencionales (77,25%) siendo 237 exitosas (69,10%) y 101 guiadas por ecografía (22,75%) siendo 68 exitosas (67,33%).

**Conclusión:** Nuestros hallazgos demuestran un número suficiente de procedimientos para los médicos en formación. Se constató una mayor efectividad en las intubaciones orotraqueales en el ámbito de quirófano así como también no encontramos diferencias en la colocación de catéteres centrales guiados por ecografía o convencionalmente.



### 0334 PERFIL DE CONSUMO DE DROGAS PARA ANALGOSEDACIÓN Y NIVEL DE SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M SARUBBIO(1), MJ MESCHINI(1), MC MARCHENA(1), AL GONZÁLEZ(1), S BOTTAIA(1), JF CAMINOS(1), V PAZOS(1), CI LOUDET(1), R REINA(1), E ESTENSSORO(1)  
 (1) San Martín de La Plata.

**Introducción:** Las guías de sedoanalgesia (SA) están ampliamente disponibles, sin embargo, encuestas internacionales han mostrado bajo nivel de adherencia a las mismas. En nuestra UCI hemos implementado una estrategia de mejora de la calidad para lograr niveles apropiados de SA.

**Objetivos:** Evaluar la evolución del perfil de consumo y dosis de drogas para SA, y los niveles de sedación en pacientes en ventilación mecánica (VM).

**Métodos:** Estudio antes-después en UCI médica-quirúrgica de un hospital escuela. Se incluyeron pacientes consecutivos en VM > 2 días, de 2014 a 2017. Se registraron características de los pacientes y resultados, dosis prescritas de midazolam y fentanilo, nivel de sedación (RASS), consumo de midazolam y fentanilo-como equivalentes de benzodiazepinas (BZD) y opioides-, propofol y dexmedetomidina. Un grupo de farmacólogos/intensivistas diseñaron nomogramas para cada droga, como herramienta para prescripción adecuada (dosis máximas, rango adecuados de dilución, promoción para no utilizar BZD). A partir de 2015, luego de sesiones educativas, se implementaron los nomogramas. Se compararon 2 periodos (2014/15 vs 2016/17) para las variables demográficas, dosis de drogas para SA prescritas y niveles de sedación; y los consumos (mg de droga para SA/100 días cama ocupada-DCO) para cada año. Para todas las comparaciones se consideró significativa  $p < 0.05$  (ajustada para comparaciones múltiples).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 755 pacientes; no se encontraron diferencias entre las variables de ingreso ni de resultado a lo largo de los 4 años, excepto para APACHE II y SOFA que fueron significativamente mayores en el periodo 2016/2017 (Tabla 1). La evolución del consumo de drogas para SA se muestra en la Tabla 2.

**Conclusiones:** Con la implementación de una intervención educativa con nomogramas para prescripción adecuada de drogas para SA, fue posible disminuir los niveles de sedación, ajustar mejor la prescripción y modificar el nivel de consumo de drogas para SA.

TABLA 1. Características de la población, nivel de sedación y dosis prescritas de midazolam y fentanilo

	Años 2014/2015 (n:410)	Años 2016/2017 (n:345)	valor de p
Edad	44 ± 19	44 ± 19	0.97
APACHE II	18 ± 7	20 ± 7	$p < 0.01$
SOFA 24h	7 [5-10]	8 [5-11]	$p < 0.05$
Días VM	9 [3-24]	9 [3-29]	0.44
Días UCI	12 [4-28]	12 [5-35]	0.22
Mortalidad	192 (47)	174 (50)	0.29
RASS	-4[-2 to -5]	-2[-0.5 to -4]	$p < 0.01$
Midazolam(mg/kg/h)	0.23 [0.1-0.4]	0.12[0.04-0.2]	$p < 0.01$
Fentanilo(mg/kg/h)	1.04[0.7-2.4]	3[2-5.6]	$p < 0.01$

Datos presentados como media (±DS), mediana[p25-75] o N (%)

TABLA 2. Consumos de drogas para Analgo-sedación

Droga para AS	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	valor de p
Opioide equivalent (mg x 103)	0.4 [0.3-0.6]	0.5 [0.4-0.9]	1.7 [1.1-1.8]	2.3 [1.4-1.6]	$< 0.01$
BZD equivalent (mg x 103)	26 [16-30]	25 [22-29]	20 [16-27]	12 [8-13]	$< 0.01$
Propofol (mg x 103)	0.5 [0-15]	33 [31-41]	71 [38-89]	89 [70-99]	$< 0.01$
Dexmedetomidine (mg)	0 [0-0]	0 [0-0.2]	2 [0.5-8.5]	28 [18-043]	$< 0.01$

Datos presentados como mediana[p25-75], por DCO

### 0336 PREDICTORES DE EXTUBACIÓN EXITOSA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

J VALLEJOS(1), H COLLAZOS(1), N NACCARELLI(1), N CALDERON(1), A BAIRACLIOTTI(1), A TAMAYO(1), M YOSHIDA(1), G VANDAELE(1), F VERA(1), J QUARTINO(1), R TOLOZA(1), P DUNNE(1), A BARRA MONTES DE OCA(1), B FERNANDEZ(1), J MORALES(1), M VILCHES(1), G RODRIGUEZ(1), W VIDETTA(1)  
 (1) Eva Peron de Merlo.

**Introducción:** En pacientes neurocrítico el retraso en la extubación, se asocia con una mayor duración de la estancia hospitalaria, mayor incidencia de NAV y un aumento de la mortalidad (1). En la actualidad existen pocos estudios que establezcan el éxito de la extubación en pacientes neurocrítico. Tampoco existe evidencia disponible que sustente el uso de ciertas variables, que permita con un margen de seguridad razonable, predecir el éxito de la extubación en esta población.

**Objetivo:** Evaluar si las variables recolectadas de los pacientes neurocrítico sometidos a extubación pudieran estar relacionadas con el éxito de la extubación

**Material y método:** Etapa II. Estudio prospectivo observacional. Criterios de exclusión: neuromusculares, patología medular, muerte encefálica, traqueostomizados y negativa de consentimiento. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética, Docencia e Investigación del Hospital Municipal Eva Perón de Merlo.

Se registro patología neurológica aguda, edad, sexo, APACHE II, SOFA, días de UTI, días de ARM, puntaje de vía aérea, p01/Pimax y Glasgow motor. Se consideró weaning exitoso a la extubación y ausencia de soporte ventilatorio por más de 7 días (2). Software IBM SPSS statics21.

**Resultados:** En un periodo de 30 meses ingresaron 82 pacientes de los cuales se excluyeron 48 pacientes: 25 por fallecimiento, 17 porque fue realizada traqueostomía, 4 datos perdidos y 2 auto-extubaciones N=34. Se logró una extubación exitosa en el 73,5%, con una frecuencia de fracaso de 26,5%. Los datos descriptivos se encuentran en la Tabla N° 1. Para el análisis de variables continuas se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney los resultados se encuentran en la Tabla N°2.

Ninguna de las variables comparadas con relación al Éxito/Fracaso, muestran significancia estadística, salvo para el caso de la Edad  $Z = -2.014$   $p < .044$  con un IC del 95%.

Para conocer la asociación entre la edad y el Éxito/Fracaso, se utilizó Rho de Spearman  $r = .351$   $p < .042$

**Conclusión:** En la población estudiada la variable más influyente es la edad de los pacientes, cuanto menor sea la edad, mayores son las probabilidades de extubación exitosa, con un punto de corte de 42 años y medio.

	Estadísticos de prueba <sup>a</sup>							
	Edad	Apacire	Sofa	Días ARM	Días UTI	Glasgow Motor	PVA	P01/PIMax
U de Mann Whitney	81.000	111.000	111.500	93.500	72.000	103.000	90.500	96.500
W de Wilcoxon	386.000	436.000	156.500	418.500	397.000	148.000	136.500	420.500
Z	-2.014	-0.059	-0.039	-0.744	-1.584	-0.440	-0.883	-0.664
Sig.	0.044	0.953	0.969	0.457	0.113	0.660	0.377	0.507
asintótica(bilateral)								
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	.045 <sup>a</sup>	.969 <sup>a</sup>	.969 <sup>a</sup>	.465 <sup>a</sup>	.120 <sup>a</sup>	.730 <sup>a</sup>	.397 <sup>a</sup>	.514 <sup>a</sup>

a. Variable de agrupación: Éxito/Fracaso

b. No corregido para empates.

TABLA N° 2 TEST U DE MANN-WHITNEY PARA VARIABLES CONTINUAS



	Éxito/Fracaso					
	Éxito			Fracaso		
	Media	Desviación estándar	Mediana	DF	Media	Desviación estándar
Etiología	3572	16.43	42.00	11.85	61.67	11.74
Apache	19.32	7.62	22.00	0.90	20.22	4.74
Sofa	6.20	2.55	6.00	0.09	6.11	3.41
Días ARIM	9.08	4.42	9.00	8.25	17.30	20.16
Días UTI	19.40	15.91	13.00	8.93	28.33	20.54
Glasgow Motor	5.64	0.49	6.00	0.08	5.56	0.53
PVA	5.28	1.37	5.00	0.50	4.78	1.48
PO1/PIMx	0.03	0.03	0.02	0.00	0.03	0.02

TABLA N°1 DATOS DE DESCRIPCIÓN

### 0337 EFECTOS DE LA HIPOTERMIA SOBRE LA MICROCIRCULACIÓN EN CONDICIONES DE ESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y SHOCK HEMORRÁGICO

JF CAMINOS EGUILLOR(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, G FERRARA(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, VS KANOORE EDUL(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, MG BUSCETTI(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, HS CANALES(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, B LATTANZIO(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, L GATTI(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, FJ GUTIERREZ(1), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, A DUBIN (1) Cátedra De Farmacología Aplicada. (2) Facultad De Ciencias Médicas. (3) Universidad Nacional De La Plata.

**Introducción:** La presencia de hipotermia es un predictor independiente de mortalidad en el shock hipovolémico secundario al trauma. Sin embargo, la hipotermia se ha postulado como un enfoque terapéutico para el shock hemorrágico subletal de etiología traumática.

**Objetivos:** Caracterizar los efectos de la hipotermia sobre la microcirculación, en condiciones basales y en shock hemorrágico.

**Material y método:** Se estudiaron 24 ovejas anestesiadas y ventiladas mecánicamente. Se realizaron mediciones de índice cardíaco (IC, ml/min/kg) por termodilución, flujo sanguíneo renal (FSR, ml/min/100g) e intestinal (FSI, ml/min/100g) con un medidor de flujo ultrasónico, y consumo de oxígeno sistémico (VO<sub>2</sub>, ml/min/kg) por calorimetría indirecta. El consumo de oxígeno renal (rVO<sub>2</sub>, ml/min/100g) e intestinal (iVO<sub>2</sub>, ml/min/100g) fue calculado como el producto del FSR o el FSI por la respectiva diferencia arteriovenosa de O<sub>2</sub>. Se evaluaron las microcirculaciones cortical renal, sublingual y de vellosidades intestinales con videomicroscopía (IDF-videomicroscopy). Luego de mediciones basales, las ovejas fueron asignadas a los grupos de normotermia (n=12) e hipotermia (n=12). En el primero, la temperatura central (T, °C) fue mantenida en valores basales mientras que en el otro, se redujo hasta ~34°C. Las mediciones fueron repetidas luego de 1 hora de estabilidad hemodinámica y después de 1 hora de shock hemorrágico.

**Resultados:** Durante el periodo de estabilidad hemodinámica, la hipotermia redujo el IC, el FSR, y los VO<sub>2</sub> regionales y sistémico. La velocidad de los glóbulos rojos (VGR) disminuyó mientras que la densidad vascular perfundida (DVP) se mantuvo sin cambios. En el grupo de normotermia, las variables no presentaron modificaciones significativas.

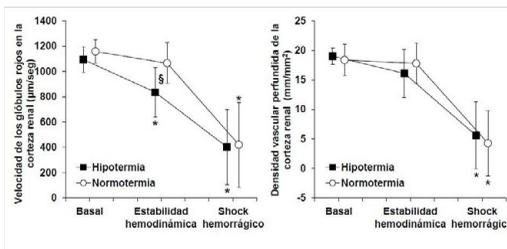
Durante el shock hemorrágico, El FSR y el FSI, los VO<sub>2</sub> sistémico y regionales, la VGR y la DVP se redujeron de manera similar en los ambos grupos. Los cambios microcirculatorios fueron mayores en la corteza renal que en las vellosidades intestinales y en la mucosa sublingual: en relación con los valores basales, las DVP renal, intestinal y sublingual se redujeron 25±28, 67±29, 82±21% y las velocidades de los glóbulos rojos disminuyeron 37±28, 56±15, y 54±9% (P<0.001 para ambos, microcirculación renal vs. intestinal y sublingual).

**Conclusiones:** 1) En condiciones de estabilidad hemodinámica, la hipotermia redujo el IC y las velocidades de los glóbulos rojos

renal, intestinal y sublingual, pero las DVP no se modificaron. 2) En el shock hemorrágico, la hipotermia no generó efectos benéficos ni deletéreos sobre la microcirculación. 3) La microcirculación renal fue más sensible que la sublingual e intestinal al shock hemorrágico.

Periodo	Grupo	T	IC	FSR	FSI	VO <sub>2</sub>	rVO <sub>2</sub>	iVO <sub>2</sub>
Basal	Hipotermia	38,7±0,6	104±32	309±75	63±45	6,4±1,6	7,0±3,2	2,5±1,1
	Normotermia	39,1±0,7	108±14	374±117	52±24	6,8±1,5	6,6±2,5	2,2±0,9
Estabilidad hemodinámica	Hipotermia	33,2±0,5*	88±19*	199±84*	58±25	4,6±1,3*	4,2±1,7*	1,8±0,8*
	Normotermia	36,9±0,7	104±19	306±121	50±23	6,3±1,3	7,3±2,7	2,2±0,9
Shock	Hipotermia	33,8±0,4*	34±10*	44±32*	24±9*	3,2±0,7*	2,6±1,2*	1,6±0,6*
	Normotermia	39,0±1,1	45±10*	50±34*	23±14*	3,9±1,1*	2,5±1,2*	1,6±0,9*

\*P<0,05 vs. basal. †P<0,05 vs. normotermia.



### 0338 SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA EN EL DEBUT DE AIJ-S CON POSTERIOR COMPLICACIÓN A PRES, REPORTE DE UN CASO

AA SANDOVAL(1), R ALVAREZ MIÑO(1), S GALVEZ(1), F PODESTA(1), K CINQUEGRANI(1), M ETCHEVERRY(1) (1) El Cruce.

**Introducción:** El síndrome de activación macrofágica es una complicación grave de las enfermedades reumáticas infantiles. Es de etiología desconocida, aunque que describen fármacos y virus como posibles desencadenantes. El tratamiento involucra corticoides, Gammaglobulina, Inmunosupresores e inmunomoduladores, presentando ocasionalmente como efecto adverso episodios de Hipertensión Arterial manifestándose o asociándose a la Encefalopatía Posterior Reversible (PRES).

**Presentación de caso:** Paciente de 12 años, previamente sana, inicia en agosto del 2018 síndrome febril prolongado, acompañado de poliadenopatías cervicales, bazo palpable, rash pruriginoso generalizado, sinovitis de carpos y rodillas. Presentando estudios de primera y segunda línea de adenopatías sin datos específicos a destacar. Cumplió esquemas con antimicrobianos, en la 1ª semana de internación presenta Shock séptico, con alteración de reactantes de fase aguda y datos de laboratorios compatible con Activación macrofágica en el contexto de Debut de Artritis Idiopática Juvenil Sistémica, requirió AVM, drogas Inotrópicas, antimicrobianos de amplio espectro, ante el diagnóstico se decide iniciar tratamiento con Corticoides continuando con inmunosupresores, posteriormente inmunomoduladores por presentar respuesta inadecuada a los primeros.

Durante el curso de la enfermedad presentó en 4 oportunidades activación macrofágica, requiriendo de ingresos reiterados a UTIP, AVM e inotrópicos. En la cuarta recaída se constataron registros persistentes de tensión arterial (TA) elevada, alteración del sensorio y episodios de convulsión tónico clónica generalizada, requiriendo infusión de Nitroprusiato de sodio por 48 hs. Se realizó TAC cerebral de urgencia patológica por lo que se solicitó RMN sugestiva de PRES. Evolucionó con estabilización de TA permaneciendo con tratamiento antihipertensivo en la actualidad. Sin nueva internación.

**Discusión:** El SAM es una LHH, espectro de enfermedades producidas por la proliferación y activación de Linfocitos T y macrófagos que conducen a una respuesta inflamatoria excesiva responsable del daño tisular y alteraciones analíticas. Es una complicación grave en la ARJ-S, con alta mortalidad. Se debe mantener un alto índice de sospecha para realizar un oportuno diagnóstico y tratamiento del mismo y enfermedad asociada. Además tener presente los efectos adversos de Inmunosupresores e Inmunomoduladores.

	01/11	04/11	07/11	13/11
Leucocitos	17008	24220	9840	7450
Neutrofilos		46	60	34
Plaquetas	190000	64000	50000	208000
Hb	9,3	7,9	9,9	11,4
Ferritina	>40000	>40000	7933	5671
VSG	60	10	40	16
PCR	108	43,65	6,08	1,7
Proteínas	5,29	5,95	6,7	7,88
Albumina	2,78	3,0	3,2	4,1
TGO	153	171	40	27
Bilirrubina T.	0,22	0,37	0,7	0,24
Fibrinogeno	247	60	141	225
LDH	1753	1614	535	270
Triglicéridos	223	389	521	275
Ferremia	42			
Protrombina	69%	43%	112%	98%

### 0339 METAHEMOGLOBINEMIA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

R ALVAREZ MIÑO(1), A SANDOVAL(1), S GALVEZ(1), F PODESTA(1), K CINQUEGRANI(1)  
(1) El Cruce.

**Introducción:** Las intoxicaciones en la infancia constituyen entre el 0,3 a 0,4 % de las consultas en los servicios de urgencias. La Metahemoglobina es una forma de la Hb que presenta el hierro del grupo Hem en estado férrico (oxidado) minimizando su captación y transporte de Oxígeno. Su etiología puede ser por causa genética o adquirida.

**Presentación del caso:** Paciente de 2 meses, con antecedente de internación en Neonatología por sospecha de sepsis. Ingresó derivado de Hospital de referencia en AVM con diagnóstico sospecha de sepsis. Se describe cuadro agudo de cianosis generalizada constatando saturación aire ambiente de 77% por lo que se decide intubación electiva.

Al re-interrogatorio materno se rescata que la misma preparaba los biberones con agua de pozo. Se constatan valores de Metahemoglobina 17% se interconsulta con servicio de Toxicología del Hospital Posadas iniciando Vitamina C con dosis de carga.

Paciente evoluciona con Shock con requerimiento de inotrópicos por 72 hs, requirió AVM por 4 días. Se externa con dosis de mantenimiento de Vitamina C.

**Discusión:** La Metahemoglobinemia es más predisponente en el lactante por la inmadurez del sistema enzimático, Ph gástrico elevado y susceptibilidad de Hb fetal al ser oxidada. Entre las causas de origen adquirido se encuentra el consumo de agua no potable, verduras sin adecuada conservación y algunos medicamentos. Las manifestaciones clínicas se correlacionan con el valor de Metahemoglobina, afectación de sistema respiratorio, sistema nervioso central, cardiovascular y alteración del medio interno.

Si bien las intoxicaciones presentan un pequeño porcentaje en las consultas al servicio de urgencia, son entidades a tener en cuenta por su frecuencia y repercusión en el paciente pediátrico, requiriendo en algunos casos el actuar inmediato.

### 0340 LESION OCUPANTE DE ESPACIO EN ACONDICIONAMIENTO PARA TRASPLANTE DE MEDULA OSEA

Y SAAD(1), CA ARMOA(1), JI RETTA(1), MR RAMIREZ ARRIETA(1), M RUA(1)  
(1) Hospital El Cruce.

El sarcoma granulocítico (SG) es una masa tumoral compuesta por células inmaduras de la serie granulocítica originadas a partir de

un precursor mielóide.

En cuanto a localización anatómica, 24% se presentan en tejido celular subcutáneo, 24% en órbita, 11% en senos paranasales, 11% en nódulos linfoides, 5% en hueso y algunos casos aislados en el sistema nervioso central. El pronóstico de estos pacientes es malo, con una sobrevida baja.

Se ha descrito el desarrollo de SG de novo o asociado a leucemia mielóide aguda, neoplasia mieloproliferativa o síndrome mielodisplásico. Puede ser la primera manifestación de una LMA, precederla o ser el primer dato de recurrencia de una previamente tratada, considerada en remisión.

**Caso clínico:** Paciente de 45 años con diagnóstico de LMA mielomonocítica desde Julio de 2018; ingresó para trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas. Realizó previamente tratamiento de inducción con esquema 7/3 y 4 ciclos de consolidaciones. Presentando enfermedad mínima residual negativa.

Durante el primer día del acondicionamiento para el trasplante, con Busulfán, presentó cefalea, a lo cual se asociaron vértigo, trastornos en la marcha y diplopía. En menos de 24 hs aparecieron concomitantemente convulsiones focales motoras, paresia facioabrahual y disfasia; motivando su ingreso a terapia intensiva. Se objetivó edema de papila bilateral en fondo de ojos y múltiples lesiones ocupantes de espacio en SNC, supra e infratentoriales, con edema periférico y dilatación del sistema ventricular en la TC inicial. Se realizó RNM sin y con contraste endovenoso en resonador 3 tesla con secuencias T1, T2, flair, gradiente eco, difusión y ADC; así como también espectroscopía; concluyendo que las lesiones presentes podrían corresponder a cloromas.

Por lo expuesto inició quimioterapia con el esquema IDAFLAG a las 12 hs de su ingreso a la unidad de Terapia Intensiva; logrando mejoría clínica e imagenológica.

**Comentario:** Entendiendo que la patología oncohematológica presenta múltiples complicaciones de su tratamiento e inherentes a la propia enfermedad, que condicionan estados críticos en los pacientes que las padecen y conociendo de la reversibilidad de la mayoría de los cuadros presentados; proponemos profundizar el manejo de la patología oncohematológica en las unidades de Terapia Intensiva.

### 0341 HEMORRAGIA PULMONAR SEVERA ASOCIADA A LEPTOSPIROSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

O PIERUCCI, N VERGOTTINI(1), N ANGELONI, W DÁVALOS(1), S TORRES(1)  
(1) Sanatorio Anchorena San Martín.

**Introducción:** La leptospirosis es una enfermedad zoonótica prevalente, cuya incidencia anual estimada por la OMS es de 873.000 casos, de los cuales 48.600 son mortales (5.56%).

Las formas de presentación grave son poco frecuentes (5-15%)<sup>1</sup>, siendo la más conocida el Síndrome de Weils.

Sin embargo, en los últimos 20 años, se ha observado un incremento en la incidencia de hemorragia pulmonar severa asociada a esta zoonosis<sup>2</sup>.

**Caso clínico:** Paciente masculino, 38 años de edad, sin antecedentes, es derivado desde la localidad de Baradero por shock séptico, presentando falla multiorgánica (SOFA score 17 puntos: disfunción hemodinámica, respiratoria y renal) asociado a episodio de hemoptisis masiva.

Se realizan cultivos y antibioticoterapia empírica (piperacilina-tazobactam y vancomicina). A su ingreso, requerimientos de vasoactivos, terapia de reemplazo renal y sesión de decúbito prono por 28 horas.

De la anamnesis dirigida, familiar refiere que en la cercanía de su domicilio es frecuente encontrar roedores.

Se solicita Ig M para leptospirosis: positiva. Se rota esquema a ceftriaxona, cumpliendo tratamiento durante 10 días.

El paciente evoluciona favorablemente, logrando el egreso sanitario.

**Discusión:** La leptospirosis en sus formas de presentación leve e incluso severa como el síndrome de Weils, se encuentra ampliamente distribuida a lo largo del mundo.

Sin embargo, en algunas regiones del mundo, se ha observado un incremento de los casos de hemorragia pulmonar atribuida a esta patología. La razón por la cual se produce este síndrome, se desconoce.

Su mortalidad oscila entre el 50-70%, requiriendo en algunos casos soporte vital con oxigenación por membrana extracorpórea o plasmaféresis.<sup>3</sup>

**Conclusión:** la hemorragia pulmonar es una forma de presentación grave y poco frecuente de la leptospirosis. Aún con medidas de soporte vital y antibioterapia dirigida, una vez que el síndrome se ha desarrollado, su mortalidad es elevada.

**Bibliografía:** 1. Kim Nhang Truong, Jenifer Coburn: "The emergence of severe pulmonary hemorrhagic leptospirosis: question to consider" (2012). *Frontiers in cellular and infection microbiology*; doi: 10.3389/fcimb.2011.00024

2. Federico Costa, José E. Hagan: "Global morbidity and mortality of leptospirosis: A systematic review" (2015). *PLOS Neglected Tropical Diseases*. DOI:10.1371/journal.pntd.0003898

3. C. L. Fonseka, S. Lekamwasam: "Role of plasmapheresis and extracorporeal membrane oxygenation in the treatment of leptospirosis complicated with pulmonary hemorrhages J" (2018). *Journal of Tropical Medicine* 2018; Volume 2018, Article ID 4520185.

### 0342 UTILIZACIÓN DE CIPROHEPTADINA PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME SEROTONINÉRGICO SECUNDARIO A ÉXTASIS: REPORTE DE UN CASO

WI RÍOS VILLCA(1), O PIERUCCI(1), RR VILLCA JAVIER(1)  
(1) Sanatorio Anchorena San Martín.

**Introducción:** El síndrome serotoninérgico (SS) es un cuadro potencialmente mortal, poco frecuente, cuya incidencia se encuentra en aumento por mayor indicación de antidepresivos, consumo de drogas ilícitas y asociación de distintos fármacos con sus posibles interacciones.

El empleo de ciproheptadina para sus formas graves de presentación, es discutido.

**Caso clínico:** Paciente femenina, 20 años de edad, antecedentes de consumo de cocaína y marihuana, derivada del Hospital Fernández con diagnóstico de intoxicación por MDMA, requiriendo intubación orotraqueal.

Ingresó a nuestra institución, en ARM, bajo sedoanalgesia con midazolam y fentanilo, RASS + 3 y CPK 1231 mg/dl.

Evolucionó a las 6 horas con excitación psicomotriz, diaforesis, hiperreflexia y ascenso de CPK: 4914 mg/dl. Se indica infusión continua de lorazepam y morfina con leve mejoría.

A las 72 horas, presenta incremento de CPK: 8000 mg/dl, requiriendo midazolam, propofol y bloqueo neuromuscular. Simultáneamente se inicia ciproheptadina.

Tras 48 horas de instaurado el tratamiento, presenta descenso de CPK con mejoría clínica, lográndose weaning de ARM.

**Discusión:** Tanto la forma de presentación como la gravedad del SS es variable. En algunos casos, es suficiente la suspensión de aquellos medicamentos que tengan algún efecto serotoninérgico y en otros se necesitan medidas de sostén (hipotermia activa, control de la agitación con benzodiazepinas, control de la inestabilidad hemodinámica y actividad neuromuscular, hidratación adecuada, intubación endotraqueal con bloqueo neuromuscular.)<sup>1,2</sup>

A pesar de que su eficacia no ha sido demostrada en estudios controlados, se ha propuesto la utilidad de ciproheptadina, clorpromazina, y ziprasidona, por su acción bloqueante 5-HT, para el tratamiento del síndrome en sus formas de presentación más grave.<sup>3,4</sup>

**Conclusión:** El diagnóstico temprano y tratamiento inicial por parte del equipo tratante son importantes.

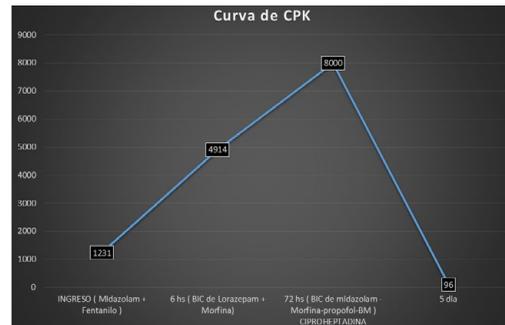
En aquellos casos refractarios a las medidas de sostén, el empleo de ciproheptadina es una opción a considerar.

**Bibliografía:** 1. Dunkley EJC, Isbister GK, et al. "The Hunter Serotonin Toxicity Criteria: simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity." *QJM* 2003;96(9):635-42.

2. Birnes P, Coopin D, "Serotonin syndrome: a brief review." *CMAJ*. 2003;168:1439-42.

3. Boyer EW, Shannon M. "The serotonin syndrome." *N Engl J Med* 2005; 352: 1112-20.

4. Ener RA, Meglathery SB. "Serotonin syndrome and other serotonergic disorders." *Am Acad of Pain Med* 2003; 4: 63-74.



### 0343 PACIENTES PEDIÁTRICOS ADMITIDOS EN TERAPIA INTENSIVA POST TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

J VELEZ(1), A BORDOGNA(1), G APARICIO(1), M MENDOZA(1), P CASTELLANI(1), D BERGNA(1), S GÓMEZ(1), D IGLIASIAS(1), S BARALDO(1), C RUIZ(1)  
(1) Hiaep Sor María Ludovica.

**Introducción:** El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) en pacientes pediátricos está indicada en una amplia variedad de desórdenes hematológicos, oncológicos e inmunológicos. A pesar del avance científico, el trasplante sigue siendo una terapia asociada con una alta morbimortalidad, requiriendo ingreso a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UCIP), fundamentalmente debido a shock séptico, fallo respiratorio y/o multiorgánico. Las tasas de mortalidad varían de 25 al 91% en estos pacientes. Con el avance tecnológico y científico la mortalidad fue disminuyendo, independientemente de la necesidad de ingreso a UCIP.

**Objetivos:** • Describir las características clínico-epidemiológicas y mortalidad de los pacientes ingresados a UCIP post TCPH.

• Analizar factores asociados a mortalidad en relación a la literatura.

**Materiales y método:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional de pacientes con TCPH de 1 mes a 14 años que ingresaron a UCIP entre el 1/3/09 y 31/3/19.

Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas, base de datos de SATI-Q y base de datos de unidad de trasplante.

**Resultados:** Ingresaron 12 pacientes de 140 trasplantados (8.6%), con un total de 16 admisiones. En las tablas 1 y 2 se describen las características clínico-epidemiológicas y preadmisión a UCIP.

Motivo de ingreso a UCIP: 11 shock séptico (68,7%), 1 sepsis severa, 1 síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), 1 deshidratación, 1 neurológico y 1 hemorragia gastrointestinal.

De 16 admisiones 4 fueron reingresos, 10 requirieron AVM (62,5%), 6 presentaron SDRA (37,5%), 12 requirieron inotrópicos (75%), 1 requirió diálisis y 11 presentaron fallo multiorgánico (68%) observándose fallo cardiovascular 11(68%), respiratorio 8(56%), hematológico 9(56%), renal 6(37%) y hepático 6(37%).

La mortalidad fue del 56,2% (9/16 admisiones), siendo la mediana de PIM2 en este grupo 15 vs. 4.75 en los sobrevivientes.

**Conclusión:** De los pacientes admitidos post-TCPH, la enfermedad de base más frecuente fue la leucemia, en su mayoría recibieron acondicionamiento mieloablativo y la principal fuente fue médula

ósea. El principal motivo de ingreso fue el shock séptico, la mayoría requirió AVM y drogas vasoactivas y presentó fallo multiorgánico, datos que se correlacionan con la bibliografía. Sin embargo, la mortalidad fue mayor en nuestra serie de pacientes.

Conocer las características clínico-epidemiológicas de este grupo puede contribuir a mejorar su pronóstico y supervivencia en nuestra UCIP.

Edad (mediana meses)	79.5	RIQ 47-113.5
Sexo	F 50%	-
PIM2 (mediana)	4.75	RIQ 1.95-19.31
Días de estada (mediana)	6	RIQ 2.5- 8.5
Días de TCPH (mediana)	43.5	RIQ 17.5- 137.5
Días de AVM (mediana)	6	RIQ 3-13

<b>Enfermedad de base</b>	
- Leucemia	5
- Aplasia medular	2
- Mielodisplasia	2
- Inmunodeficiencia	1
- Enfermedad granulomatosa	1
- Neutropenia congénita	1
<b>Mieloablación</b>	
10	
<b>Tipo de TCPH</b>	
- Alogénico relacionado	5
- Alogénico no relacionado	6
- Haploide	1
<b>Fuente del TCPH</b>	
- Médula ósea	8
- Sangre periférica	2
- Ambos	1
- Cordón umbilical	1
<b>Engraftment pre UCIP</b>	
4	
<b>EICH al ingreso UCIP</b>	
3	

#### 0344 REVISIÓN DEL SÍNDROME DE PERCHERON. A PROPOSITO DE UN CASO.

MF COÑEQUIR(1), G CARDONATTI(1), G MONTI(1), A BELLOCCHIO(1), B ALVAREZ(1), G GAUDENZI(1), S AGUIRRE(1), F BARSAGLINI(1), C BENITEZ(1), M ROJAS(1)  
 (1) Hospital Central San Isidro.

**Introducción:** El síndrome de Percherón es el resultado de la obstrucción de la arteria de Percheron, con compromiso isquémico talámico bilateral. Constituye el 0.6% de los ACV isquémicos. Su importancia radica en su muy baja frecuencia de aparición basado en reporte de casos aislados y en las variadas formas de presentación según las variantes anatómicas descritas en la bibliografía.

**Presentación del caso:** Paciente femenina, 87 años. Antecedentes de Tabaquismo, hipotiroidismo y hemocromatosis. Ingresó al hospital tras ser hallada en su domicilio con deterioro del sensorio. Al ingreso: Glasgow 9/15 (M4 O2 V3). Normotensa, afebril, hemodinámicamente estable. Pupilas anisocóricas, derecha miótica reactiva, izquierda intermedia hiporreactiva. Pruebas de sustancias psicoactivas en orina negativas. Respuesta a flumazenil y naloxona negativo. Sin trastornos metabólicos. Punción lumbar s/p.

Tac de cerebro de ingreso sin evidencia de lesiones agudas. Se repite TAC cerebro a las 48hs con hipodensidad talámica bilateral, predominio izquierdo. Evoluciona con sensorio alternante. Compromiso de IV par craneal asociando diplopía c/ OD: limitación a la supraducción. TAC cortes finos de órbita s/p. Se realiza RMN con angiografía de vasos intra y extracraneales que evidencia oclusión de Arteria de Percheron. Stop abrupto de A. Cerebral Posterior izquierda a partir del segmento P2. En difusión se observa lesión a nivel talámico bilateral y mesencefálico de evolución subaguda, ambas lesiones correspondiente a la clínica de la paciente.

Dada su evolución favorable egresa del área crítica en plan de pronta alta, encontrándose vigil, reactiva, deambulando con asistencia, orientada parcialmente en tiempo y espacio, con diplopía sin otro hallazgo al examen neurológico.

**Conclusión:** Este síndrome es una entidad de baja incidencia basada en la baja sensibilidad de la tomografía inicial para detectar la lesión y el bajo nivel de alarma para su identificación dada su forma de presentación.

#### 0345 CANDIDA-AR: EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LAS CANDIDEMIAS EN TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA

C BALASINI(1), B MIRIAM(2), E ESTENSORO(3), E CUNTO(4), L AGUIRRE(5), V CHEDIACK(4), P SAUL(4), A CREMONA(6), MC LLERENA(7), G DARIO(2), M LLORIA(8), M LARES(9), AL GONZALEZ(9), P JUÁREZ(10), AV SANCHEZ(11), W CORNISTEIN(12), S ARESO(13), M VELASQUEZ(14), J VIDELA(4), E SERRA(15), C PEREYRA(16), A DE CRISTÓFANO(6), C DOMINGUEZ(4), J FARINA(6), GDT CANDIDA-AR

(1) Higa San Martín y Pirovano. (2) El Cruce En Red. (3) San Martín. (4) Muñiz. (5) Fundación Favalaro y Htal Argericj. (6) Italiano. (7) Central De San Isidro. (8) Posadas. (9) Higa San Martín. (10) De La Madre Y El Niño. (11) Aleman. (12) Austral. (13) Gutierrez. (14) Sanatorio Nuestra Sra Del Rosario. (15) Ushuaia. (16) Higa Guemes.

**Introducción:** El objetivo del estudio fue describir y analizar epidemiología, tasa de incidencia, mortalidad, y sus predictores independientes pacientes con candidemia, en 52 Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de adultos en Argentina.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional entre 01/01/17 y el 31/12/18. Se evaluó epidemiología, comorbilidades, factores de riesgo y evolución. Se utilizaron media, DS, Mediana y RI [25-75%], y %. Se realizó un análisis multivariado para evaluar predictores independientes de mortalidad. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Sobre 58.388 pacientes admitidos en 52 UTIs de 15 provincias, 200 pacientes presentaron candidemia. La tasa de incidencia fue 3.43/ 1000 admisiones en UTI, 12 UTIs (23%) no presentaron candidemia. En el Grafico 1 se observa la tasa de incidencia por provincia. Los pacientes tuvieron  $56 \pm 17$  años, 52% masculinos, APACHE II  $20 \pm 8$  y SOFA  $7 \pm 4$ ; Comorbilidades y factores de riesgo se evalúan en los Gráficos 2 y 3.

Se observaron 209 episodios de candidemia, en 9 pacientes (4.5%) se aislaron 2 especies simultáneas. Las especies aisladas fueron: C. albicans 38%, C.parapsilosis 29%, C.tropicalis 15%, C.glabrata 10%, C.krusei 3%.

En 10,5% de los aislamientos no se les realizó sensibilidad, 89% se realizó sensibilidad a Fluconazol (62% por disco y 38% por CIM) y a 34% se realizó CIM a la mayoría de los antifúngicos. (Tablas 1 y 2). La mortalidad al alta fue de 56%, y la internación en UTI fue de 21[10-39] días.

Los predictores independientes de mortalidad en el día de candidemia fueron: shock OR 6.1[IC95% 3.2-11.6;p<0,0001]; patología clínica OR 2.1[IC95% 0.9-0.4;p=0.02] e infecciones previas OR 2,1[IC9% 1,1-4.2;p=0,02]. Hosmer-Lemeshow 0.73 y el área bajo la curva ROC 76%.

**Conclusiones:** • El presente constituye el primer estudio multicéntrico sobre candidemias en UTIs de Argentina.

- La tasa de incidencia fue de 3.4/1000 admisiones, con importantes diferencias interprovinciales.
- C. albicans fue el aislamiento más frecuente, seguida por C. parapsilosis y C.tropicalis.
- El 85% de las especies fueron sensibles a Fluconazol
- La mortalidad global fue elevada, similar a las descritas en la literatura para pacientes críticamente enfermos.
- Los predictores independientes de mortalidad fueron shock, infecciones previas y patología clínica.

Tabla 1. Sensibilidad a Fluconazol (disco + CIM)

	Nº	Sensibilidad al Fluconazol
Todas	187	158 (85%)
<i>C. albicans</i>	75	73 (97%)
<i>C. parapsilosis</i>	52	44 (85%)
<i>C. tropicalis</i>	27	27 (100%)
<i>C. glabrata</i>	17	6 (35%)
<i>C. krusei</i>	5	0%
<i>C. dubliniensis</i>	3	3 (100%)
Otras	8	5 (6%)

Tabla 2. Sensibilidad a los antifúngicos por CIM

CANDIDAS	Agente Anti fúngico	n	MIC 50	MIC 90	GM	Rango	K
Todas (71)	Anfotericina	60	0,9	1	0,52	0,3-1	0
	Amidafungina	8	0,5	0,25	2,6	0,4-0,25	6 (75%)
	Caspofungina	71	0,25	1	28,8	0,1-0,25	7 (10%)
	Fluconazol	71	1	16	6,9	0,1-64	17 (23%)
	Miconazol	69	0,1	1	0,48	0,06-6	2 (3%)
Candidium (25)	Vericonazol	69	0,12	8	14	0,1-0,25	10 (15%)
	Anfotericina	23	0,5	1	0,51	0,2-1	0
	Amidafungina	1	0,1	0,1	0,1	0,1	0
	Fluconazol	24	0,25	1	1,5	0,1-25	0
	Miconazol	24	1	1	1,28	0,1-8	1 (4%)
C. parapsilosis (26)	Miconazol	20	0,06	0,8	0,56	0,0-6	0
	Vericonazol	24	0,12	0,75	0,78	0,1-12	0
	Anfotericina	20	0,5	1	0,52	0,2-1	0
	Amidafungina	2	0,25	0,25	0,25	0,25	2 (100%)
	Caspofungina	26	0,5	1	49	0,2-0,25	4 (15%)
C. tropicalis (11)	Fluconazol	28	1	16	7,3	0,1-64	5 (19%)
	Miconazol	22	0,5	1	0,45	0,06-1	0
	Vericonazol	26	0,12	0,1	2	0,1-0,25	4 (15%)
	Anfotericina	9	0,5	1	0,58	0,2-1	0
	Amidafungina	2	0,25	0,25	0,25	0,25	2 (100%)
C. glabrata (6)	Caspofungina	11	0,25	1	3,7	0,18-0,25	1 (9%)
	Fluconazol	11	1	1	3,7	0,25-32	1 (9%)
	Miconazol	9	0,06	1	0,22	0,06-1	1 (11%)
	Vericonazol	10	0,12	1	0,37	0,1-1	2 (20%)
	Anfotericina	6	0,5	1	0,58	0,2-1	0
Otras (8)	Amidafungina	2	0,75	1	0,35	0,1-1	1 (50%)
	Caspofungina	6	0,25	0,5	0,38	0,25-0,5	0
	Fluconazol	6	0	64	25,7	4-64	5 (83%)
	Miconazol	5	0,06	0,06	0,06	0,6	2 (40%)
	Vericonazol	6	0,18	6	2,85	0,12-8	0

### 0346 REGISTRO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR COMPARTADO EN UN MES DE 1998 VERSUS 2019

G CALVI(1), MP ZALAZAR(1), M DI BIASIO(1), A ALONSO(1)  
 (1) Hospital Italiano De Rosario.

**Introducción:** El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las causas de muerte más frecuente. En cuanto a los datos epidemiológicos y la identificación de factores de riesgo, nos hemos preguntado: si ¿Fue cambiando la proporción entre ACV isquémico y hemorrágicos? ¿Fue cambiando la proporción de sexo y edad? ¿Qué factores de riesgo están más asociados?

**Objetivos:** • Establecer la proporción de la prevalencia entre los ACV de tipo isquémico y hemorrágico en cuanto a la edad y el sexo. • Analizar cuáles son los factores de riesgo más frecuentes en ambos periodos.

**Materiales y métodos:** Este estudio es de tipo transversal, observacional, descriptivo y unicéntrico. Se investigaron bases de datos de Historias Clínicas en el año 1998 en los meses de Abril/Mayo, y los meses Abril/Mayo del año 2019.

**Ámbito:** Se eligió el Hospital Italiano de Rosario (HIR).

**Pacientes o Participantes:** Pacientes mayores de 18 años que ingresaron al área de Terapia Intensiva del Hospital Italiano de Rosario por manifestaciones clínicas cuyo diagnóstico definitivo por TAC y/o RMI haya sido ACV.

**Variables de interés principales:** Edad, Sexo, HTA, Dislipemia, ACV previo, Días de Internación.

**Resultados:** En 1998, de 17 pacientes con el diagnóstico de ACV un 70,59% fue Isquémico mientras que un 29,41% Hemorrágico. Con una media de 60,76 años. En 2019 de 23 pacientes con el diagnóstico de ACV, un 60,87% fue de tipo Isquémico mientras que un 39,13% con diagnóstico de ACV Hemorrágico. Con una media de 69,22 años.

**Conclusiones:** Se registró un 39,13% de ACV hemorrágico en Abril y Mayo de 2019. En 1998, los ACV hemorrágicos en un 29,41%. En 2019 un 57% de pacientes sexo femenino. Los factores de riesgo más prevalentes fueron la Hipertensión arterial y Dislipemia en 2019, tener ACV previo lo fue en 1998. Identificamos una tendencia en aumento de los ACV Hemorrágicos del 10%. En este estudio el ACV se ha vuelto más "hemorrágico", más "femenino" y en edades más amplias.

Tabla 1. Abril-Mayo 1998.

Variables	Totales	Vivos	Muertos	
Nº (%)	17	15 (88,24%)	2 (11,76%)	
Isquémico (%)	12 (70,59%)	10 (83,33%)	1 (16,67%)	
Hemorrágico (%)	5 (29,41%)	4 (80%)	1 (20%)	
Edad (Rango)	61 (30-96)	60 (30-96)	66,5 (63-70)	
Mujeres (%)	8 (47,1%)	8	0	
Hombres (%)	9 (52,9%)	7 (77,77%)	2 (22,23%)	
HTA (%)	10 (58,8%)	8 (80%)	2 (20%)	
Dislipemia (%)	1 (5,9%)	1	0	
Tabaco (%)	1 (5,9%)	1	0	
ACV previo (%)	5 (29,4%)	4 (80%)	1 (20%)	
DBT (%)	2 (11,8%)	1 (50%)	1 (50%)	
C. Isquemica (%)	1 (5,9%)	0	1	
Fibrilación A. (%)	2 (11,8%)	1 (50%)	1 (50%)	
	Media	Minimo	Maximo	Desvío Std.
Días de Internación	4,88	1	14	3,586
Nº F.Riesgo	1,29	0	4	1,213
Escala de Glasgow	12,59	4	15	3,001

Tabla 2. Abril-Mayo 2019.

Variables	Totales	Vivos	Muertos	
Nº (%)	23	11 (47,83%)	12 (52,17%)	
Isquémico (%)	14 (60,87%)	7 (50%)	7 (50%)	
Hemorrágico (%)	9 (39,13%)	4 (44,5%)	5 (55,5%)	
Edad (Rango)	69,22 (40-91)	66,44 (40-91)	71,58 (53-88)	
Mujeres (%)	13 (56,5%)	7 (53,3%)	6 (50%)	
Hombres (%)	10 (43,5%)	4 (36,4%)	6 (50%)	
HTA (%)	18 (78,3%)	9 (50%)	9 (50%)	
Dislipemia (%)	8 (34,8%)	4 (50%)	4 (50%)	
Tabaco (%)	2 (8,7%)	2	0	
ACV previo (%)	5 (21,7%)	3 (60%)	2 (40%)	
DBT (%)	8 (34,8%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	
C. Isquemica (%)	6 (26,1%)	3 (50%)	3 (50%)	
Fibrilación A. (%)	1 (4,3%)	1	0	
	Media	Minimo	Maximo	Desvío Std.
Días de Internación	4,39	1	11	3,026
Nº F.Riesgo	1,43	0	4	1,273
NIHSS (Isquemicos)	15,07	6	24	5,166

### 0347 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES QUE INFLUENCIAN LA APARICIÓN DE DELIRIUM EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN DOS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA LATINOAMERICANAS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ÁRBOLES DE CLASIFICACIÓN – REGRESIÓN

I PREGIOLANO(3), P MESA(1), M NUÑEZ(2), C PONTEVILLE(2), I AVERSA(3), S ALTEZ(1), S FAVRETTI(1), M ORELLANO(1), C LECORT(1), A SOCA(1), W ELY(4)  
 (1) Pasteur. (2) Facultad Farmacia Y Bioquímica Uba. (3) Fernández. (4) Vanderbilt University School Of Medicine.

**Introducción:** El delirium es un indicador de falla orgánica cerebral. Su aparición se encuentra relacionada con múltiples variables y, a su vez, influencia sobre la mortalidad y la estadía en la UTI.

**Objetivo:** Evaluar las similitudes y diferencias entre dos UTIs con respecto a la aparición de delirium, utilizando un método estadístico conocido como CART por sus siglas en el inglés, que permite evaluar las relaciones entre un resultado de salud y sus determinantes que pueden no ser lineales y requerir de interacciones de orden superior. Este método está citado en 536 artículos en la literatura, la mayor parte de ellos a partir de 2010.

**Material y método:** Estudio prospectivo, de observación. Aprobado por Comité de Ética de una de las instituciones.

El diagnóstico de delirium se realizó mediante la CAM-ICU. Se registraron edad, sexo, antecedentes de tóxicos, psiquiátricos, diagnóstico, días de ventilación mecánica, días en UTI y totales, sobrevida a alta hospitalaria.

Comparación con estudio previo con regresión logística múltiple. Se utilizaron los siguientes métodos estadísticos: Chi cuadrado, Shapiro-Wilks, Man Withney, CART.

**Resultados:** 330 pacientes, 103A y 227B. Delirium 50%A 80%B (p<0.01). Diferencias significativas en edad, tabaquismo, alcoholismo, psiquiátricos, edad, APACHE >B- días de VM, internación, sedoanalgesia >A.

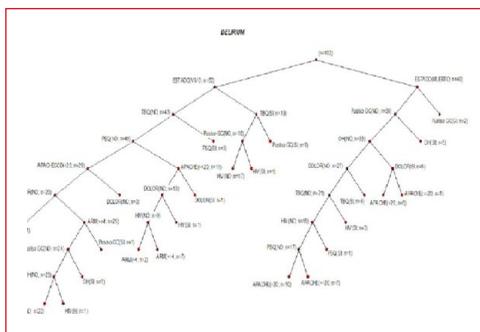
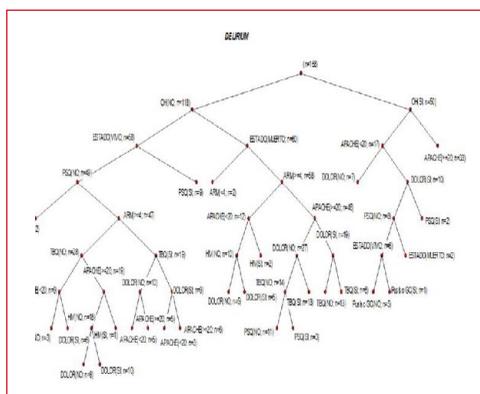
CART (Figuras 1 y 2). En el hospital A Delirium está asociado con: >mortalidad, consumo de alcohol, Apache > a 20, corticoides, tabaquismo, antecedentes psiquiátricos y presencia de HIV. En el B con: consumo de alcohol APACHE > a 20, corticoides, dolor, tabaquismo, antecedentes psiquiátricos y >mortalidad.

El análisis con regresión logística múltiple sólo relacionó el delirium con APACHE >20 y antecedentes psiquiátricos y de alcoholismo.

**Conclusiones:** La modificación del análisis estadístico permitió cambiar las conclusiones de un estudio anterior.

De esta manera se logró demostrar que el delirium es independiente de la patología de base, de la edad, de los días de ventilación mecánica y se encuentra asociado con >mortalidad, consumo de alcohol, Apache > a 20, corticoides, tabaquismo, antecedentes psiquiátricos, presencia de HIV y dolor.

Estos resultados son coincidentes con otras investigaciones, con excepción de la presencia de HIV que no ha sido reportada hasta la fecha.



**0348 NURSING ACTIVITY SCORE PARA DETECCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO**

SL FERNÁNDEZ(1), S BOTTAIA(1), S GUERRERO(1), I HERRERA(1), V ARCEAU(1), A AUDELINA PELO(1), S ROJAS PALOMINO(1), AL GONZÁLEZ(1), MC MARCHENA(1), CI LOUDET(1), E ESTENSSORO(1)  
 (1) San Martín De La Plata.

**Introducción:** El Nursing Activity Score (NAS) es un score que evalúa

la carga de trabajo de enfermería, cuya mayor utilidad podría ser la optimización y distribución del trabajo diario al identificar pacientes de mayor gravedad y requerimiento de cuidados especiales. **Objetivos:** Estimar la utilidad del NAS para clasificar pacientes de acuerdo a riesgo y severidad.

Establecer desempeño del NAS para establecer mortalidad en la UCI, y calcular sensibilidad(S)y especificidad(E) para punto de corte de NAS50.

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva en UCI médico-quirúrgica de 14 camas. Durante 2017/2018 a todos los pacientes consecutivos ingresados a la UCI se les midió el NAS al ingreso, y luego semanalmente hasta 3 semanas y se calculó el peor NAS de la evolución. También se tomaron variables demográficas, scores de severidad de ingreso, disfunción multiorgánica y mortalidad. Se dividió a la población de acuerdo a si presentaban valor de NAS ≥ 50 o < 50 (más del 50% del tiempo de una enfermera para asistirlo o menos de ese tiempo), comparando variables de ingreso y de resultado. Para las comparaciones se utilizó Ttest o Wilcoxon para variables continuas o Chi2 para variables categóricas. Curvas ROC para relación entre NAS y mortalidad y puntos de corte para S y E. Se consideró significativa a una p <0.05.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio ingresaron 602 pacientes, con una mediana de peor NAS 47[35-53] . El área bajo la curva ROC(AUROC) entre NAS y mortalidad fue 0.84, presentando el punto de corte para NAS50 una S:87% y una E:70% para mortalidad. En la Tabla 1 se observan las comparaciones entre pacientes con NAS ≥ 50 o < 50. En los pacientes con NAS ≥ 50 predominó la categoría de ingreso médica y cirugía de urgencia, y estos pacientes tuvieron significativamente mayor requerimiento de ARM, como también mayor APACHE II y SOFA.

**TABLA 1. Características de los pacientes de acuerdo a NAS 50**

	NAS ≥ 50 (N:277)	NAS < 50 (N:325)	
Edad	47±19	46±18	0.52
<b>Tipo de ingreso</b>			
Médico	136(49)	84(26)	
Cirugía de urgencia	105(38)	64(20)	<0.01
Cirugía electiva	35(13)	177(54)	
APACHE II	20±7	46±6	<0.01
SOFA	8 [6-11]	2 [1-4]	<0.01
Pacientes en ARM	243(88)	44(14)	<0.01
Mortalidad UCI	133(48)	20(6)	<0.01

Datos presentados como N(%), media±DS, mediana[p25-75]

**Conclusiones:**

- El NAS ≥50 se encontró en 46% de la población estudiada; estos pacientes estaban más graves al ingreso y presentaron mayor mortalidad. La carga de trabajo para enfermería de estos pacientes se traduce en el requerimiento de una enfermera exclusiva para su asistencia en su turno (o con un segundo paciente pero de muy baja complejidad).
- El NAS discriminó probabilidad de muerte adecuadamente (AUROC 0.84).
- El NAS50 podría ser una herramienta útil para distribuir el recurso de enfermería en el día a día en la UCI.

**0350 RECIEN NACIDOS PRETERMINO DE GESTAS MULTIPLES, ALIMENTADOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL**

FDV SÁNCHEZ(1), A ELIAS(1), B KOLTON(1), J FAEDDA(2), H PRETTE(1), J ASSA(2)  
 (1) Particular. (2) H. Del Niño Jesús.

**Introducción:** La alimentación de Recién Nacidos Pretérmino (RNPT), de Gestas Múltiples, internados en cuidados intensivos,

debe ser segura y efectiva, los lineamientos utilizados para estos pacientes en Argentina, son los propuestos por la American Society Parenteral Enteral Nutrition. En los RNPT un parámetro importante a considerar es el peso, siendo éste, un parámetro sensible que permite evaluar la situación en diferentes momentos evolutivos del proceso de recuperación.

**Objetivos:** 1- Evaluar el efecto de la Nutrición Parenteral (NP) sobre la Ganancia de Peso (GP). 2- Comparar la GP entre Sexo, Edad Gestacional (EG) y N° de días con Nutrición Parenteral (DNP).

**Material y Pacientes:** Estudio Exploratorio Descriptivo de Corte Transversal. Población: 197 RNPT de gestas múltiples con EG de 28 a 30 semanas, nacidos durante el período octubre de 2010 a diciembre de 2015, que recibieron (NP). Estudio Estadístico: Prueba de Kruskal & Wallis y Postest de Conover al 5%.

**Resultados:** De los RNPT: 56,3% eran de sexo masculino; EG: 76% de 28s, 20% de 29s y 4% de 30s; Peso inicial según EG: 28s (700 -1900g); 29s (760 -2180g); 30s (1500-2150g); 3% con Bajo peso, 88% con peso adecuado, 9% con peso alto. GP: mínimo=320 g; Máx=649 g; P5=-10; P10= 10; P90=200. GP promedio según EG: 94±70 g (28s), 102±115 g (29s), 79±265 g(30s). DNP según EG: 8±6 días (28s), 11±6 días (29s), 10±6 días (30s). Se observaron diferencias significativas en GP (Kruskal & Wallis, p<0,05): según sexo (p=0,0108) mayor GP en sexo masculino; según DNP (p=0,022) mayor GP en 11 días con tratamiento (137 g). Al considerar Sexo y peso según EG en forma conjunta (p=0,0043) en GP los valores de las medianas fueron mayores para sexo femenino de alto peso (160 g) y para sexo masculino de peso adecuado (100 g). **Conclusión:** A partir del análisis de los resultados de RNPT de Gestas Múltiples con NP, se evidenció alta variabilidad en GP con mejor evolución en RN de 1 día de vida con peso adecuado y alto. Evolución lenta en RN de sexo femenino con peso bajo al inicio del tratamiento. Solo el 5% evidenció pérdida de peso.

### 0351 FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD HOSPITALARIA POSTERIOR A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIO-CÁRDICA EN UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI, AÑO 2006-2015

H LOZADA RAMOS(1), JE DAZA ARANA(1)  
(1) Universidad Santiago De Cali.

**Introducción:** El manejo en la enfermedad cardíaca coronaria depende del grado de severidad de la misma, del control de los factores de riesgo cardiovascular o la prescripción de medicamentos, y hasta de procedimientos intervencionistas como la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), o quirúrgicos como la revascularización miocárdica (RVM). Esta última alternativa terapéutica al ser un procedimiento invasivo conlleva mayor riesgo, tanto en la etapa operatoria como postoperatoria.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a la mortalidad hospitalaria posterior a cirugía de revascularización miocárdica en una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad de la ciudad Santiago de Cali, 2006-2015.

**Método:** Para el presente estudio se utilizó un diseño de estudio analítico de tipo casos y controles retrospectivo. Los casos se definieron como pacientes adultos con revascularización miocárdica que fallecieron dentro del período de 30 días posteriores a la cirugía.

**Resultados:** Se incluyeron 77 casos y 308 controles. La causa de muerte con mayor proporción fue el shock cardiogénico (53.2%) seguido de la sepsis (27.3%). El modelo logístico múltiple mostró asociación con mortalidad hospitalaria las variables prequirúrgicas de Edad >75 años (OR 2.5 IC95%: 1.1 - 5.8, p=0.032), estrato socioeconómico bajo (OR 2.3 IC95%: 1.1 - 5.2, p=0.034), falla cardíaca (OR 3.2 IC95%: 1.5 - 7.0, p=0.002), angina (OR 4.2 IC95%: 1.9 - 9.0, p=0.000), IAM ≤ 7 días (OR 3.9 IC95%: 1.1 - 13.7, p=0.037), enfermedad renal crónica (OR 2.9 IC95%: 1.2 - 7.0, p=0.018), enfermedad vascular periférica (OR 2.8 IC95%: 1.2 - 6.8, p=0.019), cirugía urgente / emergente (OR 8.2 IC95%: 2.0 - 34.5, p=0.004); variables transquirúrgicas de uso de Inotrópico (OR 2.8 IC95%: 1.3 - 6.4, p=0.011) y shock cardiogénico (OR 50.6 IC95%: 7.5 - 339, p= 0.000).

**Conclusiones:** Los factores posquirúrgicos presentaron bajo valor predictivo, por lo que se deben evaluar a la luz del efecto de variables confusoras o mediadoras, en el ajuste de la asociación de los factores.

### 0352 BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES

E MORENO(1), I CESPEDES(1), P KLEIN(1), C FREIRE(1), C GIMENEZ(1), J SAGARDIA(1), MF BENEDETTI(1)  
(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, microbiológicas, tratamiento antimicrobiano y evolución de las bacteriemias por bacilos Gram negativos en nuestro hospital.

Determinar la prevalencia de bacteriemia persistente.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes con bacteriemias por Gram negativos multirresistentes (BGN-MDR) en un hospital de agudos durante el año 2018. Se registraron datos demográficos, clínicos, fuente de la bacteriemia, bacteriología, antibiograma y tratamiento empírico y dirigido. Se consideró tratamiento antibiótico (ATB) previo al realizado dentro de los 10 días anteriores al hemocultivo y administrado al menos durante 3 días. Se consideró que un tratamiento empírico era adecuado cuando al menos uno de los ATB administrados dentro de las 24 hs. de la toma del hemocultivo presentaba actividad in vitro contra el microorganismo causal.

**Resultados:** Se analizaron 59 episodios de bacteriemia por bacilos Gram negativos en 49 pacientes. La edad mediana fue de 56 años, 19 mujeres y 30 hombres. APACHE II: 15. El sitio de infección fue bacteriemia relacionada a catéter (BRC) en 41 episodios (69.5%). La presencia de catéter venoso central (CVC) y uso previo de antibióticos estuvo presente en 54 episodios (91.5%) y 43 (73%) episodios respectivamente. La mediana de tiempo de CVC fue de 9 días. En la Tabla 1 se describen los aislamientos bacteriológicos. Cinco episodios fueron polimicrobianos.

El tratamiento dirigido fue con 1 antimicrobiano en 13 episodios (24.5%) y con 2 o mas antimicrobianos en 40 episodios (75.5%). En 21 episodios se realizó hemocultivos de control a las 72 hs de tratamiento efectivo, el 20% tuvo bacteriemia persistente.

**Conclusiones:** Los pacientes estaban gravemente enfermos y habían recibido antibióticos previos. La BRC fue el principal diagnóstico. El microorganismo más frecuentemente implicado fue *Kebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas. La prevalencia de bacteriemia persistente diagnosticada tras la realización de hemocultivos de control fue elevada.

El tratamiento dirigido se realizó con dos o mas antibióticos en un porcentaje elevado aunque hubo pacientes que recibieron monoterapia a pesar de las recomendaciones.

Es necesario profundizar los esfuerzos para evitar la diseminación de estos microorganismos resistentes y evitar el uso inadecuado de antimicrobianos. Planteamos la necesidad de realizar hemocultivos de control en los pacientes con bacteriemias por BGN-MDR.

Tabla 1. Aislamientos microbiológicos (n:65)

Microorganismo	n	%
E. coli	2	3.0
Klebsiella spp.	25	38.5
Acinetobacter spp.	12	18.5
P. aeruginosa	5	7.7
Enterobacter spp	2	3.0
Providencia	6	9.2
Burkholderia spp.	1	1.5
Proteus spp.	5	7.7
Serratia sp	6	9.2
Morganella	1	1.5

### 0354 CALDO DE CULTIVO AUTOMATIZADO PARA EL CONTROL DE BOLSAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL

FDV SÁNCHEZ(1), A ELÍAS(1), B KOLTON(1), J ASSA(2), J FAEDDA(2), H PRETTE(1)

(1) Particular. (2) H. Del Niño Jesús.

**Introducción:** Realizar controles de calidad en bolsas con Nutrición Parenteral (NP) en el proceso de producción, es de vital importancia debido a que las NP son utilizadas para pacientes críticos. El caldo de cultivo automatizado (CCA), asegura la detección temprana del crecimiento bacteriano (CB), esto se visualiza por un cambio en la coloración de la base del tubo, debido a la modificación del PH, provocando una alarma visual y sonora en un plazo de tiempo corto.

**Objetivos:** 1- Analizar y comparar el tiempo de detección de CB entre dos técnicas (CCA y Técnica Tradicional de Filtración por Membrana (FM)). 2- Analizar Concordancia Estadística de CB entre las técnicas CCA y FM.

**Material y método:** Diseño Metodológico Experimental, Analítico de Casos y Controles. Se seleccionaron 32 bolsas control con NP. De 16 bolsas se tomaron alícuotas de 4 ml y se inyectaron en frascos de Hemocultivo, luego se incubaron. El volumen restante se filtró por membrana, incubándose primero 7 días a 28°C y luego 7 días a 37°C. Las 16 bolsas restantes fueron inoculadas con 1 ml de suspensión de 4 cepas patrones (4 bolsas c/u). De cada bolsa se obtuvieron alícuotas de 4 ml que fueron inyectadas en frascos de hemocultivo, el volumen restante se filtró por membrana con igual procedimiento anterior. Se midieron los tiempos de detección del CB y se registró cada caso como + ó -. Estudio Estadístico: Análisis de la Varianza de kruskal-Wallis y Análisis de Concordancia al 5%.

**Resultados:** En el 28% de las bolsas con CCA, el resultado fue positivo a un tiempo promedio de  $8,4 \pm 1,2$  hs. En el 100% de las bolsas con FM, el resultado negativo al tiempo promedio del cultivo automatizado. Resultado de Técnica: Cepa (Me; ): CCA: Cepa1 (24;24±0), CCA: Cepa2 (24;24±0), CCA: Cepa3 (24;24±0), CCA: Cepa4 (24;24±0), FM: Cepa1 (10;1;10,2±0,3), FM: Cepa2 (15,6;16,1±1,5), FM: Cepa3 (10;10±), FM: Cepa4 (14,3; 14,4±0,4). Se encontró Concordancia del 72% de casos negativos.

**Conclusión:** El método automatizado detecta más tempranamente el CB, comparado con el de Filtración por Membrana que requiere más de 24 hs para los casos positivos, esto permite al laboratorio descartar tempranamente las NP detectadas positivas que implicarían un riesgo para el paciente en estado crítico.

### 0355 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN PREECLAMPSIA SEVERA: REPORTE DE CASO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

T ESCALANTE SAIRE(1), LE MAIDANA(1), NK OJEDA(1), AM VIEYRA(1), ML BORONAT SOSA(1), GA MACIEL LOEBARTH(1), CJ BARRIOS(1)

(1) Angela Iglesia De Llano.

**Introducción:** Los desordenes hipertensivos son complicaciones más frecuentes en el embarazo, que afecta del 5 al 10 %, de estos el 30% es debido a hipertensión crónica, y el 70% a hipertensión gestacional-preeclampsia; de los cuales 14 al 55% evolucionan con accidente cerebro vascular hemorrágico con elevada mortalidad materno perinatal llegando hasta 54% y morbilidad neurológica entre 23 y 77%, sobre todo en países en desarrollo.

**Presentación de caso:** Mujer de 30 años, primigesta de 37 semanas, embarazo controlado; inicia 72 hs previa a su internación cefalea, dolor epigástrico y dorsal; consulta y recibe tratamiento sintomático, sin mejoría del cuadro, 8 horas después vuelve a consulta y durante la misma presentó convulsiones tónico clónica generalizada, T.A. 170/100 mmHg, se realizó cesárea de urgencia, obteniendo recién nacido vivo; posteriormente derivada a nuestro centro hospitalario, ingresa a UTI en ARM, coma inducido, pupilas mióticas isocóricas hipo reactivas, T.A. 120/79, el informe de laboratorio fue

compatible con síndrome de Hellp, anemia, acidosis metabólica; evolucionó oligúrica, requirió hemodiálisis, luego de 24 hrs presentó midriasis bilateral parálisis, reflejos vestibulo oculares negativos, TAC de cerebro mostró hemorragia intraparenquimatosa occipito-parietal izquierdo con volcado ventricular; a las 48 hrs se constató muerte cerebral, declarándose óbito.

**Discusión:** La eclampsia, HELLP son causa importante de accidente cerebro vascular durante el embarazo, frecuentemente de tipo hemorrágico; así como las causadas por rotura de aneurisma o sangrado de una malformación vascular.

La etiología de Pre eclampsia es desconocida; fisiológicamente existe alteración en el umbral de autorregulación cerebral asociados a hipertensión arterial severa y pre eclampsia.

En el manejo de esta patología, el sulfato de magnesio es el medicamento de elección conjuntamente con drogas anti hipertensivas vía parenteral, para prevenir la hemorragia intra parenquimatosa. Nuestra paciente curso con hipertensión severa antes del evento neurológico; las zonas cerebrales afectadas fueron los lóbulos parieto-occipitales, regiones comúnmente afectadas según bibliografía, además de ganglios basales.

**Conclusión:** El abordaje de esta patología requiere enfoque multidisciplinario, siendo crucial el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de la hipertensión arterial.

### 0356 BURNTOUT EN EL EQUIPO DE SALUD DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA

C BALASINI(1), L TUMINO(1)

(1) Higa San Martín.

**Introducción:** El Síndrome de Burnout (SB) no tiene una definición precisa es un síndrome de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y logros personales reducidos (LR) que ocurre en individuos que trabajan con personas. El equipo de salud de la Terapia Intensiva compuesto por médicos (DR), enfermeros (PE), Kinesiólogos (PK) y otros profesionales (OP), se considera que tienen mayores niveles de SB por trabajar con pacientes críticos.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de SB en el equipo de salud de las UTIs de Argentina y evaluar el comportamiento de las 3 dimensiones.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico mediante una encuesta distribuida por las redes sociales, mails y whatsapp. Se evaluaron variables epidemiológicas, formación profesional, carga de trabajo y retribución económica. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory para personal de salud validado al español. Se consideró SB puntuaciones altas en al menos una de las 3 dimensiones, considerando alto nivel: AE  $\geq 27$ , DP  $\geq 10$  y LR  $\leq 33$ . Se analiza con media DS y %.

**Resultados:** Fueron respondidas 900 encuestas, se aplicó un test de Cronbach para medir la validez interna del cuestionario (0,84). Las variables epidemiológicas, de carga de trabajo y económicas se evidencian en la Tabla 1.

Cuando evaluamos las dimensiones: CE: 24 RI 25-75% 12- 35.5; DP: 7 RI 25-75% 2-14; RP: 45 RI 25-75% 24-42. Puntuaciones altas en las 3 dimensiones: 133 (15%).

Altos valores en las diferentes mediciones y SB total y en cada profesional se evidencia en Tabla 1.

**Conclusiones:** • Podemos evidenciar una población joven, con predominio de mujeres, principalmente en profesionales no médicos.

• Los PE en un 63% tienen un solo trabajo mientras que los DR el 30% tiene  $\geq 3$  trabajos, los PK tienen en general 2 trabajos.

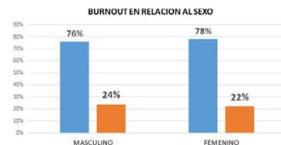
• A medida que aumenta la carga laboral (número de empleos, horas de trabajo, escaso tiempo libre y mayor cantidad de guardia), aumenta el SB

• El 20% de los profesionales ganan menos de 4 dólares la hora

• La prevalencia de SB es alta en el equipo de salud de la UTIs de Argentina.

Tabla 1. Variables epidemiológicas, carga laboral, económica, SB dividida en las diferentes profesiones

	Todos n= 900	DR n=492	PE n=279	PK n=88	OP n=16
Edad	40 ±19	42 ±18	39 ±18	38 ±18	41 ±18
Masculino	34%	41%	19%	32%	31%
Antigüedad	17 ±60	20 ±70	14 ±10	13 ±8	14 ±8
1 Trabajo	39%	27%	63%	29%	56%
2 Trabajos	38%	39%	32%	51%	31%
3 Trabajos	24%	34%	5%	20%	12%
Trabaja > 60 hs	38%	42%	29%	32%	19%
1 día libre	35%	42%	25%	33%	19%
2 días libres	17%	37%	55%	54%	62%
> 2 días libres	20%	20%	20%	13%	16%
1 guardia de 24 hs	25%	31%	5%	41%	26%
> 1 guardia 24 hs	29%	44%	8%	9%	12%
Valor hora \$2005 (4 USD)	23%	29%	16%	20%	14%
CE ≥27	45%	49%	43%	41%	44%
DP > 10	41%	45%	39%	38%	19%
RP > 53	41%	45%	43%	38%	38%
SB	77%	79%	76%	72%	62%



### 0357 ECMO EN PACIENTE POST TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

L ANTONELA(1), R PABLO(1), FD MARÍA HILARIA(1), T SILVIO(1), L PABLO(1), I TOMAS(1), S ALEJANDRO(1), F RAFAEL(1)  
 (1) Universitario Austral.

El soporte cardiopulmonar con ECMO (Oxigenación por membrana extracorpórea) en niños con shock séptico se ha utilizado con éxito en la última década, no obstante cuando el paciente es un niño en estado pos trasplante de progenitores hematopoyéticos (THP) la controversia y falta de evidencia al respecto conspiran contra su indicación.

**Objetivo:** Reportar un niño portador de aplasia medular receptor de THP cursando shock séptico con insuficiencia cardiopulmonar que recibió soporte extracorpóreo

**Caso:** Paciente de sexo masculino de 9 años de edad que realizó acondicionamiento pretrasplante con fludarabina, ciclofosfamida e irradiación corporal total, realizándose THPhaploidéntico. A los 14 días del trasplante presentó neumonía bifocal con progresión a shock séptico (Hemocultivos positivo para Pseudomona aeruginosa) refractario a catecolaminas por lo cual ingresa a ECMO en modalidad arterio venosa por 4 días. La función cardíaca fue gradualmente recuperándose y el niño pudo extubarse 5 días posteriores a su salida de ECMO con alta de la unidad a los 53 días de su trasplante.

**Discusión:** Los pacientes inmunosuprimidos son candidatos controversiales a ECMO. La mala función cardiovascular posterior a la quimioterapia acondicionante del TPH fue agravada por el cuadro de shock séptico. La perfusión de los órganos vitales provista por el ECMO fue suficiente para revertir la falla multiorgánica, recuperar la función cardíaca y brindar tiempo suficiente para comenzar con el control de la infección.

La decisión de colocación de un paciente en ECMO considera múltiples factores que pueden determinar la viabilidad de dicha asistencia. Se requiere que la situación clínica que motiva el ingreso en ECMO sea reversible para que no exista una contraindicación; en dicho paciente se consideró haber presentado engraftment de GB al momento de comenzar con soporte en ECMO como signo de mejoría.

### 0359 UTILIZACIÓN DE SISTEMA VAC PARA TRATAMIENTO DE ECTIMA GANGRENOSO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

A LUGRIN(1), P REYES(1), A MAYANS(1), F SÁNCHEZ(1), E ABREU(1), A SIABA(1), T IOLSTER(1), S TORRES(1)  
 (1) Universitario Austral.

Los pacientes con patología hematológica presentan un elevado riesgo de desarrollo de infecciones secundarias al tratamiento de su enfermedad de base. Entre las complicaciones se encuentra el ectima gangrenoso.

La base del tratamiento en algunos casos para dichas infecciones es el antibiótico y una agresiva conducta quirúrgica; dado que los pacientes suelen presentar alteraciones hematológicas que dificultan el proceso de granulación, se propone el sistema de aspiración y generación de vacío (VAC) para acelerar la cicatrización de las heridas. Presentamos 3 casos de pacientes que en el contexto de ectima gangrenoso por Pseudomona y neutropenia, requirieron sistema VAC. **Paciente 1:** Paciente de sexo femenino de dos años de edad, con diagnóstico de LMA, que en el contexto de neutropenia desarrolla como complicación ectima gangrenoso a nivel inguinal. Se realiza tratamiento antibiótico, debridación amplia y posteriormente comienza tratamiento con sistema VAC. Evolucionó con 6 semanas de neutropenia, realizando múltiples esquemas antibióticos. Secundario a la inmunosupresión evoluciona con compromiso pulmonar por CMV y SDRA. La paciente fallece.

**Paciente 2:** Paciente de sexo masculino de 9 años de edad, con diagnóstico de aplasia medular, que secundario a enfermedad de base desarrolla tunelitis como complicación. Se realizó debridamiento amplio a nivel de tórax, con profundidad hasta músculo pectoral. Se utilizó sistema VAC con múltiples curaciones periódicas hasta lograrse cerrar la piel. El paciente durante el tratamiento de la infección realizó trasplante de médula ósea.

**Paciente 3:** Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, con diagnóstico de aplasia medular. Luego de realizado el trasplante de médula ósea alogénico no relacionado, presentó en el día +5 ectima gangrenoso secundario a bacteremia en miembro inferior izquierdo. Secundario a infección presentó shock séptico refractario, con requerimiento de debridación amplia. Se utilizó sistema VAC lográndose de forma progresiva reducir la superficie expuesta. La paciente presentó favorable evolución clínica con egreso hospitalario luego de engraftment de médula ósea.

**Conclusión:** Las infecciones representan la principal causa de mortalidad e ingreso a UCIP de los pacientes inmunosuprimidos. El manejo agresivo con antibióticos y remoción del foco infectológico determinan el pronóstico. El sistema VAC resulta un complemento que permite acelerar el proceso de curación de las heridas.

### 0360 EVOLUCIÓN DE PACIENTES POST TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

P REYES(1), A LUGRIN(1), MH FERNÁNDEZ DARRITCHON(1), A MAYANS(1), F SÁNCHEZ(1), R FRAIRE(1), E MARTINEZ DEL VALLE(1), A SIABA(1), T IOLSTER(1), I MALLA(1), E SELZER(1), A GONZÁLEZ CAMPAÑA(1), M FAUDA(1)  
 (1) Universitario Austral.

**Introducción:** La mortalidad secundaria a insuficiencia hepática ha disminuido desde la introducción del trasplante hepático. En nuestra Institución se realiza dicho procedimiento desde el año 2001.

**Objetivo:** Analizar la evolución del post trasplante hepático de pacientes pediátricos durante los primeros 28 días comparando los pacientes que recibieron órgano de donante cadavérico de los que recibieron órgano de donante vivo relacionado en el período enero de 2010 a mayo de 2019.

**Diseño:** Estudio analítico, retrospectivo, observacional.

**Material y métodos:** Acorde a los datos de la base de datos informatizada de trasplante hepático, se obtienen datos epidemiológicos y se divide la población en 2 grupos: pacientes que recibieron

trasplante de hígado cadavérico y pacientes aceptores de donante relacionado. Se analizan múltiples variables: Edad, distribución por sexo, diagnóstico, tipo de donante, días de ventilación mecánica, tiempo de drogas vasoactivas, recuperación del tiempo de protrombina, rechazo, mortalidad y disfunción primaria del órgano.

**Resultados:** En dicho período se trasplantaron en nuestra institución 105 pacientes pediátricos. La distribución por sexo fue 57 (54.3%) femenino y 48 (45.7%) masculino; todos los pacientes recibieron inmunosupresión con tacrolimus. Recibieron órgano de donante vivo relacionado (DVR) 78 pacientes (74,3%) y 27 (56%) donante cadavérico (CAD).

Los diagnósticos más frecuentes en el grupo DVR fueron: atresia de vías biliares seguido de síndrome de Alagille y hepatitis fulminante. Durante los primeros 28 días post trasplante fracasó el trasplante (muerte o disfunción primaria del órgano) en 6 casos (5.7% del total).

**Conclusión:** El trasplante hepático en nuestra institución es una alternativa válida para la insuficiencia hepática terminal. La experiencia ha mejorado los resultados en los últimos 10 años.

### 0361 FASCITIS NECROTIZANTE TORÁCICA A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

F SEQUEIRA(1), D DURAN(1), O RECUPERO(1), S APARICIO(1), J VELEZ(1), P CASTELLANI(1)  
(1) Hospital de Niños de La Plata.

**Introducción:** La fascitis necrotizante es la inflamación aguda de aponeurosis y tejido subcutáneo debido a la trombosis de la microcirculación. Lleva a necrosis progresiva hacia el músculo subyacente. Esta infrecuente patología requiere de un abordaje multidisciplinario. Presentamos dos casos, uno de origen torácico y otro abdominal.

**Presentación de casos:** **Caso 1:** Paciente masculino, 13 años, operado 2 meses previos por peritonitis generalizada secundaria apendicitis, con posterior absceso de pared. Ingresó derivado a UTIP por shock séptico secundario a fascitis necrotizante torácica, ingresando a quirófano para toilette, debridación, escarectomía y colocación de VAC e injertos de piel. Cultivo de absceso positivo a flora entérica anaeróbica. Requirió AVM, inotrópicos y 14 días de nutrición parenteral. Cumplió Meropenem y vancomicina, Clindamicina y flucanazol 21 días por una infección a candida spp en sitio quirúrgico. El paciente fue evaluado por inmunología, no presentado alteraciones de su inmunidad. Al finalizar el tratamiento se le otorga alta hospitalaria.

**Caso 2:** Paciente masculino, 6 años derivado por síndrome laríngeo de aproximadamente 10 días de evolución y bicitopenia. Sospechándose enfermedad oncohematológica se realizan tomografía y resonancia magnética observándose imagen heterogénea en pulmón izquierdo paravertebral. Se realiza toracotomía para biopsia y a los 7 días comienza Piperacilina-Tazobactam por celulitis de herida quirúrgica. Ingresó a UTIP por shock séptico refractario a catecolaminas secundario a infección de partes blandas. Se agrega amikacina y Colistin para cubrir acinetobacter baumani aislado en hemocultivos y pcr (filmaray). Se realiza toilette quirúrgica en UTIP debido a la inestabilidad hemodinámica, confirmándose la sospecha de fascitis necrotizante. Paciente fallece. Post-mortem la biopsia informa linfoma.

**Discusión:** La fascitis necrotizante es una patología infrecuente y de alta mortalidad donde un diagnóstico temprano, estabilización hemodinámica rápida, antibióticoterapia precoz, más un pronto y repetido ingreso a quirófano para toilette quirúrgica, son factores determinantes de sobrevida.

Los diferentes resultados se podrían explicar por la rapidez con la cual se intervino quirúrgicamente al paciente del caso uno y que era inmunocompetente.

**Conclusión:** Por ser la fascitis necrotizante una patología atípica y de elevada mortalidad una sospecha diagnóstica inicial y un tratamiento agresivo e interdisciplinario son determinantes de su sobrevida.

### 0362 BARRERAS PSICOSOCIALES Y CULTURALES QUE IMPIDEN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN

CR MANCILLA(1)  
(1) Angel C. Padilla.

**Introducción:** La escasez de órganos para trasplante es uno de los factores limitantes de la actividad de trasplante en la mayoría de los países, Argentina no escapa a esta realidad.

**Objetivo:** Identificar factores psicosociales que son una barrera para la donación de órganos.

**Material y método:** Estudio descriptivo observacional de corte transversal, en el Hospital Ángel C. Padilla de la provincia de Tucumán.

**Población:** Público en general que asisten por consultorio externo. Variables: Sociales, Psicológicas, Comunicación. test Exacto de Fisher.

**Resultados:** El 31%(18) es donante de órganos y el 69%(40) no lo es. La principal causa por la que no son donantes de órganos es que tienen miedo presentándose con el 40%(16), la segunda causa es que traficarían con sus órganos con el 25%(10), seguido del 20%(8) que no quieren que molesten a su familia y solo el 15%(6) no sabía que podía ser donante. El 88%(51) de los encuestados afirman que sus familiares cercanos conocen su opinión sobre donación, mientras que el 12%(7) no conoce la opinión sobre donación del encuestado. El 57%(33) de los encuestados afirman que sus creencias religiosas o valores morales si influirán en el momento de donar órganos y el 43%(25) afirman que esto no influirá. El 42% de los encuestados comprendidos en el intervalo de 30-39 años si es donante, esta proporción disminuye en edades por arriba de los 30 años por arriba de los 40 años. La proporción de donantes aumenta con el nivel de instrucción.

**Conclusión:** Las barreras encontradas en el presente estudio están relacionadas con el miedo a la mutilación del cuerpo, el tráfico ilegal de órganos, por mitos e información distorsionada y la falta de conocimiento de la posibilidad de ser donantes. La religión y los valores morales interfieren negativamente al donar sus órganos o los de sus familiares. Cada organismo provincial en su jurisdicción debe mejorar la estrategia comunicacional.

Meléndez D, Martínez M, Fariñas L, Posada A, Milán D. Implicaciones éticas de la muerte cerebral y los trasplantes de órganos. Revista Cubana de Investigación Biomédica. 2005.

### 0363 ¿DE QUÉ FALLECEN NUESTROS PACIENTES? CAUSAS DE MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

T GILARDENGHI(1), J BATTISTA(1), C LAPORTE(1), E MONTEVERDE(1), P NEIRA(1)  
(1) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez.

**Objetivo:** Caracterizar las causas de muerte en pacientes internados en la única unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) del hospital de niños Ricardo Gutiérrez (HNRG)

**Método:** Estudio retrospectivo, monocéntrico, con recolección mixta de datos: programa SATIQ y revisión de historias clínicas (Período abril 2017-abril 2019). Las variables se expresan como mediana y rango intercuartil o cantidad y porcentaje.

**Resultados:** Se registraron 793 pacientes, de los cuales 55 (6.9%) fallecieron, con una edad de 64 meses (20-168), 35.5% de sexo femenino y una tasa de mortalidad estandarizada para el período de 1.21 (IC 95% 0.92-1.55). Los principales motivos de ingreso fueron: respiratorio (38.6%), seguido de neurológico (15.9%) y 36 (81.1%) tuvieron admisión no electiva.

Se contó con datos completos para la clasificación de 44 pacientes. El 25% de las muertes (n=11) ocurrió tras la decisión de retiro del soporte vital (RSV), 52.3% (n=23) secundario a reanimación cardiopulmonar (RCP) no exitosa y 22.7% (n=10) por muerte encefálica (ME). En los pacientes con RCP y ME, el 58.8% falleció por falla multiorgánica y el 41.2% por hipoxemia refractaria. Los 11 pacientes con RSV tuvieron indicación formal de retiro registrada

en la historia clínica. 11 de los 44 pacientes (25%) tuvieron algún procedimiento quirúrgico en las 48hs previas a la muerte.

La gran mayoría de los pacientes tenía al menos una condición crónica compleja (CCC) (86,4%), sin diferencias significativas entre los grupos: 81.8%, 91.3% y 80.0%, respectivamente. El 23.7% de los pacientes tuvo una CCC, el 34,2% dos, el 36.8% tres y el 5.3% cuatro CCC. Las CCC más comunes fueron cáncer (36.4%, n= 16), seguida de genético (34.1%, n=15) y hematológico/inmunológico (31.8%, n=14). Con respecto a la dependencia tecnológica pre-ingreso, 2 pacientes tenían ventilación no invasiva, 3 ventilación invasiva y 2 soporte nutricional.

**Conclusión:** Los principales hallazgos fueron: más de 85% de los pacientes fallecidos tenían alguna CCC dentro de las cuales el cáncer fue la más frecuente; la RCP no exitosa es la principal causa de muerte en UCIP; el 100% de los RSV tuvieron indicación formal registrada en la historia clínica.

### 0365 NEUMONÍA EOSINOFÍLICA ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA

A GIRA(1), J HERRERA(1), J SEGURA(1), V POUSSA(1), R ANDRADE(1), P PRATESI(1)  
(1) Universitario Austral.

**Introducción:** La neumonía eosinofílica (NE) tiene una incidencia de 0.23/100000 habitantes, presenta como características, eosinofilia periférica >500/microL e infiltrados pulmonares, eosinofilia en BAL >25%, o demostrada en la biopsia de pulmón transbronquial. Factores de riesgo sexo masculino, tabaquista, exposición a humo, polvo. El consumo de cocaína se asoció a injuria térmica, toxicidad celular y cambios inflamatorios del parénquima pulmonar, dando lugar a una gran variedad de patologías relacionadas con el consumo.

**Caso clínico:** Paciente de 40 años de edad con antecedentes de atopía, consumo de cocaína, hematuria y proteinuria (sin diagnóstico), en tratamiento por neumonía de la comunidad 5 días previos a la consulta. Ingresó a UCI por insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM. En el laboratorio 24000/mm3 glóbulos blancos y 11300/mm3 eosinófilos, radiografía de tórax con múltiples consolidaciones parchadas bilaterales. Inició tratamiento con vancomicina, ampicilina/sulbactam y claritromicina. Cultivos de BAL negativos y 30% de eosinófilos en el mismo, ANCA P+. A las 24 hs evolucionó con SDRA severo se realizó pronó, y ante los resultados del BAL se decidió la administración de 1gr de solumedrol, por 72 hs. Evolucionó favorablemente, se extubó a los 11 días.

**Discusión:** Ante pacientes con IR e infiltrados pulmonares, tener presente la NE como diagnóstico diferencial. En el caso del paciente presente ANCA P+, se sospechó vasculitis de Churg-Strauss, que luego se descartó al obtener PR3 y MPO negativos. Por lo que finalmente se sospechó que se encuentre asociado al consumo de cocaína. Reforzando la importancia de los antecedentes personales, y la realización de la historia clínica completa. El consumo de cocaína se encuentra asociado a una gran variedad de patologías pulmonares por lo que deben tener seguimiento con neumonología y al ingreso realizar un BAL. Y ante el caso de NE se debe realizar soporte ventilatorio en caso de requerirlo, suspensión de la cocaína y tratamiento con corticoides.

**Conclusión:** La NE no es frecuente y su asociación al consumo de cocaína se encuentra descrita en reporte de casos sin embargo la sospecha y tratamiento oportuno mejoran el outcome del paciente.

### 0366 SHOCK DISTRIBUTIVO ASOCIADO A LINFOMA B HEPÁTICO SINUSOIDAL

A GIRA(1), A RIOS(1), D CZERWONKO(1), J ALVAREZ(1), MM RIVAS(2), S COSENZA(1), D MONARDO(1)  
(1) Universitario Austral. (2) Universitario Austral.

**Introducción:** La incidencia de Linfoma Hodgkin es del 2% y No Hodgkin 98%, de estos un 30% son tipo B y un 70% a tipo T.

La infiltración hepática en los tipo B de grandes células producen fallo hepático agudo con una mortalidad cercana al 100%.

El linfoma Hepático de células B, tiene una prevalencia de 4% de los No Hodgkin y se asocia con falla hepática fulminante, presenta alteración hepática, ausencia de malignidad en ganglios, sin alteraciones hematológicas en médula, sangre periférica o bazo, el linfoma hepático tipo B sinusoidal tiene incidencia de 0,016 % de todos los linfomas.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de Policondritis recidivante, Síndrome mielodisplásico en 2016, PAMO en Octubre de 2018 negativa. Ingresó a clínica médica en octubre 2018 con fiebre sin foco, sin adenomegalias, presenta leucopenia, trombocitopenia, colestasis, ANA, FR, VRDL negativo, LDH 227 U/i, Fibrinógeno 586 g/dl., Frotis de sangre periférica signos inespecíficos de mielodisplasia, se aísla en orina E. Coli e inicia Ciprofloxacina. A los 9 días pasa a UCI con diagnóstico de Shock séptico sin foco claro, en ARM con inestabilidad hemodinámica, SDRA, en tomografía se evidencia derrame pleural sin infiltrados, esplenomegalia con hipodensidad, hepatomegalia sin lesiones focales, inicia PTZ, Amikacina y Vancomicina y dexametasona. Evolucionó con cultivos negativos, progresión de shock, se repite PAMO (linfoma B de alto grado) y se realiza ante inestabilidad y no poder biopsiar bazo, biopsia hepática compatible con linfoma B sinusoidal, inicia rituximab y fallece a las 48 hs del diagnóstico.

**Discusión:** El linfoma B sinusoidal hepático es una entidad muy rara y de difícil sospecha diagnóstica ya que no genera cambios anatómicos evidenciables en métodos por imágenes (tomografía contrastada en este caso), solo pudo diagnosticarse por biopsia hepática.

**Conclusiones:** La presencia de shock distributivo es considerada como primera etiología a pensar en causa infecciosa, la presencia de este tipo de shock en enfermedades oncohematológicas deben tenerse presente.

### 0368 COMPORTAMIENTO DEL SODIO PLASMÁTICO EN PACIENTES PRECLÁMPTICAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

A RISSO VAZQUEZ(1), FD MASEVICIUS(1), A DUBIN(1)  
(1) Sanatorio Otamendi.

**Objetivos:** La presencia de hiponatremia en pacientes preclámpticas solo ha sido referida como reportes de casos. Nuestros objetivos fueron: 1) evaluar el riesgo de hiponatremia en la preclampsia, al ingreso en terapia intensiva; 2) observar el comportamiento del sodio plasmático (Na+ pl) durante las primeras 24 hs horas de internación; 3) determinar los factores asociados al desarrollo de hiponatremia.

**Material y métodos:** Sobre población de 1870 pacientes ingresados a UTI en un período de cuatro años (01/2006-01/2012), se estudiaron en forma prospectiva 198 pacientes con diagnóstico de preclampsia severa. Los datos de laboratorio en sangre y en orina, se registraron en el momento del ingreso y a las 24 hs. Se contabilizaron los ingresos y egresos de fluidos y se realizaron los correspondientes balances de agua y electrolitos. Se consideró hiponatremia a una concentración del Na+ pl ([Na+pl]) <135 mEq/L e hiponatremia severa [Na+pl] <130 mEq/L. Los grupos se compararon con test t para muestras no apareadas y test chi cuadrado.

**Resultados:** Al ingreso, 131 pacientes (66%) presentaron hiponatremia ([Na+pl]: 131±3 mmol/l) y 50 pacientes (25%) hiponatremia severa ([Na+pl]: 127±3 mEq/L). A las 24 hs. Hponatremia fue hallada en 137 (69%) pacientes ([Na+pl]: 131±2 mEq/L), mientras que 57 pacientes (29%) presentaron hiponatremia severa ([Na+pl]: 128±2 mEq/L). Como se puede observar en la tabla 1, el 40% de las pacientes con preclampsia presentan hiponatremia severa al ingreso o la desarrollan durante las primeras 24 hs de internación. El 50% de las pacientes que están hiponatremicas a las 24 hs no lo estaban al ingreso (desarrollaron hiponatremia en la UTI). Las variables asociadas en forma independiente con hiponatremia severa a las 24 hs

fueron: APACHE II (OR: 1.18; IC 95%: 1.07-1.30, p: 0.01), creatinina plasmática (OR: 3.2; IC95%: 0.99-10.5, p: 0.05) y diuresis de 24 hs (OR: 0.99, IC95%: 0.99-0.99, p: 0.01).

**Conclusiones:** La hiponatremia es un hallazgo frecuente en las pacientes con preclampsia. El riesgo de desarrollar hiponatremia severa se incrementa durante las primeras 24 hs de internación. Mayores escores de APACHE y creatinina plasmática al ingreso, así como una menor diuresis en las primeras 24 hs serían los factores asociados a su desarrollo.

Tabla 1

Tendencias de 24 hs	Freq.	Perce	Cum.
No Hipona 0 y 24 hs	118	59.60	59.60
Hipona hora 0 y no Hipona hora 24	23	11.62	71.21
No Hipona hora 0 e hipona hora 24	30	15.15	86.36
Hipona hora 0 e Hipona hora 24	27	13.64	100.00
Total	198	100.00	

### 0369 SINDROME UREMICO HEMOLITICO ATIPICO A S PNEUMONIAE: A PROPOSITO DE UN CASO

G LIBERA(1), M FORMAGGIO(1), S LANATTI(1), A SEGADO(1), H ODDONE(1)  
(1) Victor J Vilela.

**Introducción:** El síndrome urémico hemolítico es una enfermedad caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia y diferentes grados de afectación multiorgánica, a predominio renal y neurológico.

De rara presentación, según datos de U.E. 3.3 casos/millón de habitantes. Predomina en niños y adultos jóvenes, son cuadros clínicos de presentación severa y mal pronóstico.

**Presentación del caso:** Paciente de 2 años, completamente inmunizada, síndrome de Down con canal AV completo corregido al año de vida. Ingresó por cuadro de 15 días de evolución de registros febriles de jerarquía, tos y dificultad respiratoria, agregando en las últimas 48 hs oligoanuria e ictericia. Se interpreta shock séptico con foco respiratorio, instala SDRA. Se escala inotrópicos y ARM. Colestasis en aumento con bicitopenia (plaquetopenia y anemia). Extendido de sangre periférica que constata glóbulos rojos crenados, se rescata de hemocultivos: *s. Pneumoniae*. Se reinterpreta cuadro como SHU atípico a *s. Pneumoniae*. Inicia diálisis peritoneal con escasa respuesta por lo que decide hemodializar.

En relación a microangiopatía, no se autolimita, se decide tratar con Ecolizumab, a la semana de su inicio se controla la misma. Evolución favorablemente, se extuba luego de 15 días de ARM. Actualmente en fallo renal crónico en DPC.

**Conclusión:** El SHU es una enfermedad caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia y afectación multiorgánica a predominio renal, digestivo y del sistema nervioso. Su clasificación reconoce dos formas, en relación a la presencia o no de diarrea, las llamadas formas "típicas" y "atípicas". El grupo no asociado a diarrea o "atípico" reconoce varios subgrupos de pacientes, dentro de los que se encuentran aquellos asociados a enfermedades neumocócicas. En estos pacientes el cuadro es de presentación severa, generalmente sepsis y meningitis; como el caso de nuestro paciente.

Dentro de la fisiopatología se incluye aglutinación de antígenos derivados de la neuroaminidasa del *s. Pneumoniae* a nivel endotelial y en hematias. Es importante su sospecha y diagnóstico correcto ya que el tratamiento con hemoderivados en este subtipo debe ser cauteloso y con el tratamiento adecuado (sedimentados y lavados) ya que de no ser así, puede agrandar cuadro clínico.

Son cuadros severos que pueden evolucionar a I.R.C., Con importantes manifestaciones neurológicas y recurrencias frecuentes.

### 0372 VALOR DEL ACLARAMIENTO MICROBIOLÓGICO PRECOZ COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA NEUMONIA NOSOCOMIAL ADQUIRIDA EN UCI

M ESPERATTI(1), N FUENTES(1), G PERAITA(1), M FERRER(2), ME GONZALEZ(1), EM CORZO(1), O RANZANI(2), A TORRES(2)

(1) Hospital Privado De Comunidad. (2) Clinic Barcelona.

**Introducción:** No existe acuerdo acerca de marcadores pronósticos precoces en la neumonía nosocomial adquirida en UCI (NNAUCI). El aclaramiento precoz del agente causal no ha sido ampliamente evaluado en este contexto.

**Objetivos:** Determinar si el aclaramiento precoz en muestras respiratorias se asocia con desenlaces adversos en la NNAUCI. Explorar la relación del aclaramiento bacteriano con la respuesta inflamatoria sistémica.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, observacional en 7 unidades de dos hospitales. Fueron incluidos los pacientes con diagnóstico de NNAUCI microbiológicamente confirmada que tuvieran una segunda muestra respiratoria (días 3-6). La población se dividió en los grupos "aclaramiento precoz" y "persistencia de germen". Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, scores de severidad y tipo de microorganismos. Los días 1 y 3 se midieron biomarcadores séricos de respuesta inflamatoria (PCR/procalcitonina/proadrenomedulina/IL6/IL8/TNF $\alpha$ /suPAR). Desenlaces primarios: mortalidad al día 90 y días libres de ventilación mecánica (día-28). Desenlaces secundarios: estadías en la UCI y hospitalaria. Se realizó un análisis descriptivo y se compararon los desenlaces mortalidad a los 90 días mediante test de chi cuadrado y DLVM mediante Mann Whithney. Para los desenlaces primarios se realizó ajuste para confundidores (variables clínicamente relevantes y tipo de germen).

**Resultados:** De 202 pacientes incluidos, 99 (49%) tuvieron persistencia de germen en muestra respiratoria tomada a las 96h (RI=72-120). Los gérmenes causales más frecuentes fueron bacilos gram-negativos no-fermentadores -BGN/NF-(30%), bacilos entéricos gram-negativos -BEGN-(27%), *S.aureus* meticilin-sensible-MSSA-(20%) y *H-Influenzae/S.Pneumoniae* (8%). Los grupos no presentaron diferencias en las variables demográficas, comorbilidades ni en los scores de gravedad al ingreso ni al diagnóstico de neumonía. La frecuencia de BGN/NF y MRSA fue mayor en el grupo persistencia de germen (p=0.004). No se encontraron diferencias entre los grupos erradicación vs. persistencia en la mortalidad a los 90 días (40.8% vs. 44, 4%, p=0.7) [OR=1.16(0.66-2.03), OR ajustado=1.18(0.63-2.23)]; ni en los días libres de ventilación mecánica (10 vs. 8, p=0.87, sin diferencias luego del ajuste mediante técnicas de regresión lineal). No hubo diferencia en los desenlaces secundarios ni en la respuesta inflamatoria sistémica.

**Conclusión:** El aclaramiento precoz de los microorganismos causales de NNAUCI no parece ser un predictor de desenlaces clínicos relevantes.

### 0374 NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. UNA CAUSA INFRECUENTE

M JARAMILLO(1), J MARTINEZ(2), E ESCAÑO(2), JD CASTAÑO(2), K SOLANO(2), J MARIN(2), JL VASTA(2), F LIPOVES-TKY(2)

(1) Hospital Universitario De La Uai. (2) Hospital Universitario Uai.

**Introducción:** La neumonía por PCP no relacionada con VIH se puede presentar en pacientes con estados de inmunosupresión por patologías oncológicas y/o uso de agentes inmunosupresores. La alta mortalidad (70%) en pacientes no VIH se ha relacionado con la severa inflamación pulmonar, sin embargo la etiología exacta no se ha determinado. Presentamos este caso debido a que no está asociado a causa oncológica ni de inmunosupresión

**Presentación del caso clínico:** Mujer de 25 años de edad, antece-

dentos de síndrome de West. Presenta cuadro de tos seca, astenia, adinamia y disnea. Evoluciona con insuficiencia respiratoria, requiriendo Internación en Terapia intensiva. En TAC: extensa área de consolidación con signo del broncograma aéreo alternando con patrón en crazy peaving y vidrio esmerilado a nivel de lóbulo superior derecho.

Se hace diagnóstico de Neumonía grave de la comunidad, se inicio manejo con PTZ+ Claritromicina+Oseltamivir. Evoluciona con injuria renal y requerimiento de diálisis, SDRA requiriendo ventilación mecánica y decúbito prono. Se realiza BAL que reporto en el cultivo crecimiento de Pneumocystis Jirovecii, se indico tratamiento con TMS y esteroides con mejoría de su cuadro. Conteo de CD4:1004 mm<sup>3</sup>.

**Discusión:** No encontramos reportes del desarrollo de neumonía por Pneumocystis Jirovecii en pacientes inmunocompetentes sin uso de esteroides ni patología oncológica activa.

**Conclusión:** La neumonía por PCP en pacientes inmunocompetentes es infrecuente, proponemos que a partir de nuestra observación tenga en cuenta la búsqueda de este germen en pacientes sin los factores de riesgo clásicos.

### 0375 DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA REVERSIBLE EN PACIENTE CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO 1

CV ROJAS(1), S GUIDO(2), M ALTINA(2), M GARCIA(2), A ANGUIA(2), M TISZLER(2), M MARTINEZ(2), S MORALES(2), C LAFFONT(2), E HERRERA(2), R GARATE(2)

(1) Petrona Villegas De Cordero. (2) Petrona V De Cordero.

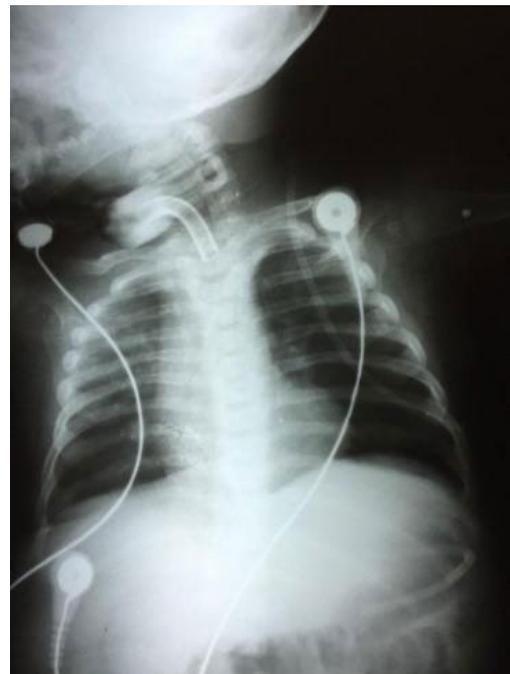
**Introducción:** La disfunción diafragmática (DF) en pediatría es infrecuente. El traumatismo obstétrico, cirugía cardiovascular del mediastino, enfermedad de la neurona motora, infección viral, o idiopática son causas reportadas en la literatura. (1, 2). La clínica de la DF es amplia pudiendo ser desde un hallazgo radiológico hasta insuficiencia ventilatoria. La ecografía (ECO) como herramienta diagnóstica y de seguimiento de esta patología presenta ventaja al ser no ionizante, mide variabilidad en el grosor del diafragma en inspiración y espiración, útil para el seguimiento y evita el traslado del paciente crítico. (1)

**Caso clínico:** Lactante de 2 meses, nacida pretérmino. Ingresó intubada por paro cardiorespiratorio en hospital de origen. Ante múltiples intentos de desvinculación, paciente permanece en Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) crónica y se traqueostomiza. Al mes de evolución se diagnostica DF por Radiografía y Ecografía. Luego se llega al diagnóstico de Atrofia Muscular Espinal (AME) tipo 1. Permanece con control ecográfico a la espera de derivación para cirugía pediátrica en otro nosocomio, pero finalmente a los 70 días se constata su resolución. Posteriormente de desvincula de AVM.

**Discusión:** El subtipo de AME tipo 1 de presentación con distrés respiratorio (SMARD1), según la bibliografía presenta parálisis diafragmática y falla respiratoria, que generalmente presenta escasa sobrevida. (3). Esto se suma a la debilidad progresiva distal que lleva a contracturas y deformidades de los pies (4). Con respecto a la paresia diafragmática en la AME la bibliografía es contradictoria, el equipo de Sivan afirma que se han reportados unos pocos casos de AME con falla respiratoria como manifestación temprana de la enfermedad, en los cuales el diafragma permanece indemne. (5) Mientras que para Kaindl y Cols. esta debilidad diafragmática o parálisis, es considerada irreversible.(6)

**Conclusión:** Identificar las causas de DF es importante para tomar la conducta terapéutica más apropiada, debido a que en un grupo de pacientes puede ser reversible. Ante esto la literatura recomienda conducta expectante de 4 a 6 semanas para decidir abordaje quirúrgico.

En nuestro caso, la paresia diafragmática duró más de 9 semanas y la ECO resultó ser herramienta útil y eficaz en el diagnóstico, seguimiento y toma de decisiones.



### 0376 CAMBIO DE PARADIGMA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS Y TCPH QUE INGRESAN A UTI EN HOSPITAL PÚBLICO

VS CUBILLA(1), N PISTILLO(1), A GARCIA(1), J BORDONE(1)  
(1) Hospital El Cruce Samic.

**Objetivos:** Evaluar la morbimortalidad de pacientes oncohematológicos internados en Terapia Intensiva.

**Materiales y métodos:** Ingresaron pacientes adultos (> 18 años) con enfermedad oncohematológica. Se excluyeron fallecidos dentro de las primeras 6 horas de ingreso.

**Procedimiento:** Se configuró una base de datos de forma prospectiva entre junio 2014 y mayo del 2019. Se consideró: a) Antecede-

dentes y enfermedad oncohematológica, b) motivo de ingreso a UTI, c) APACHE II a las 24 hs, d) Requerimiento de VNI, IRA, diálisis, traqueostomía y hemoderivados, entre otros, e) SOFA diario y mortalidad.

**Estadística:** Los datos se expresaron en Promedio  $\pm$  min-max o porcentaje. Los datos categóricos se compararon con la prueba de Fisher. Significativo:  $p < 0.05$

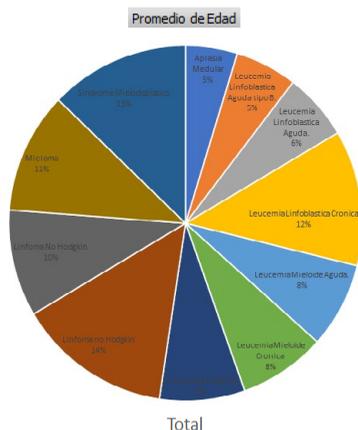
**Resultados:** Se estudiaron 88 pacientes. La edad y el APACHE II promedio fueron: 34 años y 28 puntos respectivamente. La enfermedad oncohematológica predominante fue la leucemia aguda (50%), seguido por el linfoma (20.4%). Las causas más frecuentes de ingreso a UTI fueron el shock: 37.5%, la patología neurocrítica aguda: 31.8% y la insuficiencia respiratoria: 18.2%. La mayoría de los pacientes tuvieron disfunción múltiple de órganos grave (SOFA: 9.8 puntos) y requirieron de AVM (93.2%). El 19.3% de los pacientes ventilados (n: 17) recibieron inicialmente VNI y el resto intubación orotraqueal (IOT). El uso de VNI no mejoró la supervivencia (VNI: 70.1% vs. IOT: 69.3%) y solo retrasó la intubación en casi todos ellos (16/17). La insuficiencia renal aguda fue una complicación frecuente (81.2%) y estuvo asociada con la mortalidad (IRA: 73.3% vs. No IRA: 28.6%,  $p = 0.0001$ ).

En general los pacientes fueron politransfundidos y recibieron en promedio 24 hemoderivados durante su estadía en terapia intensiva.

El diagnóstico inicial de shock séptico (SS) fue un factor de riesgo de muerte independiente: SS: 65.6 vs. No SS: 35.7%,  $p = 0.008$ .

El promedio de internación en Terapia Intensiva fue de 12.3 días y la mortalidad del 59%.

**Conclusiones:** Se estudió un grupo de pacientes oncohematológicos con pronóstico grave. El uso de la VM fue frecuente y la VNI fue ineficaz para mejorar la supervivencia. La insuficiencia renal aguda y el shock séptico fueron factores independientes de mortalidad.



### 0377 TECNICAS DE REEMPLAZO RENAL CONTINUAS (TRRC) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS PARA PACIENTES PEDIATRICOS INMUNOSUPRIMIDOS

SA BRUSCA(1), MA PENAYO ZÁRATE(1), M HERRERA(1), ME GALVÁN(1), B LATINI(1), A HERNÁNDEZ(1), D BUAMSCHA(1)  
(1) Hospital De Pediatría Juan P. Garrahan.

**Introducción:** La Injuria Renal Aguda (IRA) se presenta en el 10% de los pacientes pediátricos, que ingresan a una unidad de cuidados intensivos (UCI) y de esos un 50% requerirá TRRC. Las TRRC ofrecen una alternativa útil de tratamiento dialítico especialmente en el manejo de pacientes con inestabilidad hemodinámica. Existe escasa descripción específica de la evolución de la TRRC en pacientes pediátricos inmunosuprimidos.

**Objetivos:** Describir la evolución de los pacientes pediátricos críticos inmunosuprimidos que requirieron TRRC.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron un total de 1506 historias clínicas de pacientes admitidos en la UCI para Pacientes Pediátricos Inmunosuprimidos, desde enero del 2012 a diciembre de 2018.

saron un total de 1506 historias clínicas de pacientes admitidos en la UCI para Pacientes Pediátricos Inmunosuprimidos, desde enero del 2012 a diciembre de 2018.

**Resultados:** En los 7 años revisados fueron asistidos 1506 pacientes Inmunosuprimidos, 102 (6.7%) requirieron TRRC. De la población estudiada el 53% fueron del sexo femenino, con una mediana de edad de 84 meses (rango 1-216). La mediana de internación fue de 16 días (rango 1-148).

El modo dialítico más utilizado fue Hemodiálisis Venovenosa Continua (HDVVC) en el 87% de los pacientes, 4% utilizó Hemodiafiltración venovenosa continua (CVVHDF) y un 9% ambas técnicas. El promedio de uso fue de 6.69 días/paciente (rango de 1-19 días). Los diagnósticos primarios más frecuentes fueron: Trasplante de órganos sólidos 35%, Leucemias y Linfomas 27%, Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas 26% y los diagnósticos secundarios prevalentes fue shock séptico en un 44% de los pacientes y síndrome de distress respiratorio agudo en un 20%.

La mortalidad global fue del 75% existiendo variabilidad según la patología primaria.

**Conclusión:** Si bien el desarrollo y avance en las diferentes terapias de soporte renal continuo ofrecen una alternativa de tratamiento y soporte vital en los pacientes críticos con IRA, la mortalidad observada en esta población de pacientes Inmunosuprimidos fue muy elevada alcanzando el 75%. Esto demuestra la importancia de categorizar a los pacientes, reconocer tempranamente a los que se encuentran en riesgo de desarrollar IRA y aplicar en ellos rápidamente estrategias de nefroprotección con el objetivo de disminuir su incidencia en pacientes críticamente enfermos.

### 0378 ENCEFALITIS NECROTIZANTE AGUDA POR VIRUS INFLUENZA A

M Bidegain(1), G Sequeira(2)

(1) Centro Hospitalario Pereira Rossell. (2) Centro Hospitalario Periera Rossell.

**Introducción:** La Encefalitis necrotizante aguda es una enfermedad parainfecciosa grave, causada fundamentalmente por virus influenza, con una mortalidad de 30%.

Clinicamente presenta compromiso de conciencia, convulsiones, status epiléptico y hemiplejía, de forma rápidamente progresiva. Los resultados encontrados en resonancia nuclear magnética y tomografía incluyen lesiones multifocales simétricas en los tálamos, hemisferios cerebelosos, tronco cerebral y la materia blanca cerebral.

**Objetivo:** Es reportar el caso clínico de un niño con una complicación neurológica grave, que evoluciona en pocas horas a la muerte encefálica.

**Caso clínico:** 2 años, masculino, sano, buen crecimiento y desarrollo, carne de vacunación vigente, no vacuna antigripal.

Comienza 4 días previos con infección respiratoria alta febril, instala convulsión tónica clónica generalizada, depresión neuropsíquica, escala de coma de Glasgow (SCG) 5, pupilas intermedias, simétricas y reactivas, sin focalidad neurológica, ni rigidez de nuca.

Conducta intubación orotraqueal, asistencia ventilatoria mecánica, antimicrobical, antibióticoterapia y antirretroviral con aciclovir.

Tomografía cráneo: Hipodensidad bilateral y simétrica tálamos, capsulas interna y externa, cuerpo calloso y cerebelo, efecto de masa local y sobre el 3er ventrículo.

EEG: enlentecimiento de actividad cerebral difuso.

Líquido cefalorraquídeo, límpido, proteínaorraquia 3,3 g/l, glucorraquia 0,69g/l, Glóbulos rojos: 502/mm<sup>3</sup> (80% crenados). Leucocitos 0/mm<sup>3</sup>. Bacteriológico y virológico negativo.

Virológico en secreciones positivo para Influenza A, inicio de oseltamivir.

Evoluciona a muerte encefálica en 48 horas, no se autoriza necropsia.

**Discusión:** El deterioro neurológico es en pocas horas, los primeros signos aparecen a las 12-72 horas del inicio de la infección respiratoria. Deterioro de conciencia (28%-80%), convulsiones (40%-50%),

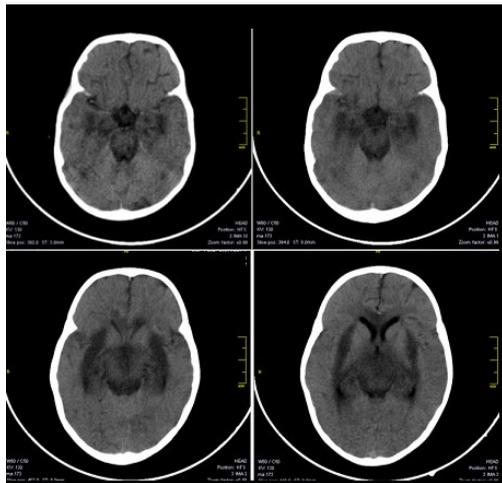
focalidad (50%) y vómitos (20%) son la presentación habitual. En la TAC o RMN se observan lesiones hipodensas múltiples en cerebro, simétricas, multifocales características. La patogénesis es discutida, teoría más aceptada: "tormenta de citoquinas" respondiendo a infección en individuos susceptible. No existe tratamiento específico, los antivirales no demostraron prevenir complicaciones neurológicas.

**Conclusiones:** La ENA es una complicación rara de una infección viral frecuente.

Influenza A debe plantearse como causa de compromiso neurológico en contexto de pandemia.

La detección precoz y tratamiento oportuno pueden mejorar resultados neurológicos.

Figura 1: TAC cerebral a las 18 hs del ingreso: Hipodensidad bilateral y simétrica ambos talamos, capsulas interna y externa y cuerpo calloso, con efecto de masa local y sobre el 3er ventrículo.



### 0379 CAUSAS QUE PROLONGAN LA INTERNACION EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA - JUJUY DURANTE EL 2° SEMESTRE DEL AÑO 2018

RD PAREDES(1), M CARLOS BALCAZAR(1), I FLORES(1), G RODRÍGUEZ(1), N PALACIOS(1), A TOCONAS(1), M LAMAS(1), M MARTINEZ(1), A FIGUEROA(1), P BAEZ(1), O LOPEZ(1)  
(1) Pablo Soria.

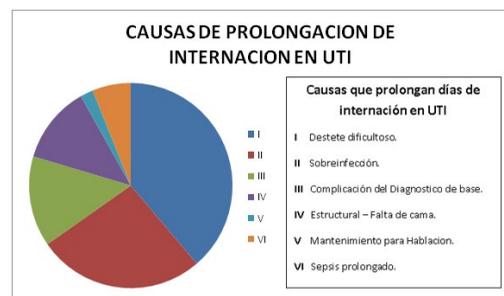
**Introducción:** La estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación en salud, ya que genera efectos negativos, como el aumento de costos, saturación en las urgencias y riesgos de eventos adversos. Con este estudio queremos conocer las causas que prolongan la estadía hospitalaria en los pacientes del servicio de terapia intensiva, permitiendo, de esta manera, establecer un parámetro de la situación actual del hospital Pablo Soria, con la finalidad de contribuir estableciendo líneas de prevención y acción para poder manejar a posterioridad; dependiendo de las necesidades halladas en esta investigación.

**Objetivos:** Definir estancia prolongada para nuestra unidad. Determinar las causas asociadas a estancia hospitalaria prolongada en pacientes de terapia intensiva, en el segundo semestre del año 2018. Conocer el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes críticos. Determinar la frecuencia de las comorbilidades. Definir la asociación entre sexo -edad y la estancia hospitalaria prolongada.

**Material y método:** Se realizará un estudio cuantitativo descriptivo, retrospectivo y transversal. El universo está conformado por un total de 223 pacientes y una muestra de 43 pacientes con más de 14 días de internación, a los que definiremos pacientes de internación prolongada. Para la recolección de los datos se empleará una fuente primaria, como es el caso del libro de ingreso y egreso de UTI; hoja de enfermería; historia clínica del paciente y registro de pasajes de guardia de residentes de enfermería.

**Resultado:** El 19% de los pacientes hospitalizados en el servicio de terapia intensiva del hospital pablo Soria presentaron una estancia hospitalaria prolongada. El valor medio de internación fue de 9 días. Destete prolongado (39%), sobre infecciones (27%), las patologías y sus complicaciones (14%), falta de disponibilidad de cama en sala (12%), otras (8%) fueron las más frecuentes asociadas a estancia hospitalaria prolongada.

**Conclusión:** Propiciar el desarrollo de estudios de investigación referente a la problemática de las estancias hospitalarias prolongadas, que contribuyan a tener un mayor conocimiento del problema y consecuentemente permitan la implementación de medidas que promuevan la disminución de la estancia hospitalaria para de esta manera, optimizar los recursos hospitalarios, mejorar la calidad de atención y disminuir los costos hospitalarios.



### 0381 RABDOMIOSARCOMA DE PRESENTACIÓN AGUDA

P CARRASCO(1), J GONZALEZ(1), J TORREZ BATAN(1), JL FERNANDEZ CALVIMONTES(1), RG VÁLDEZ LÓPEZ(1), M LUGARRO(1), D ÁVILA ROJAS(1), L BENITO MORI(1), P SCHOON(1)  
(1) Higa Güemes Haedo.

El Rbdomiosarcoma es un tumor maligno de origen en células musculares. En adultos la presentación aguda es poco frecuente, a diferencia de lo que ocurre en niños.

**Caso clínico:** Paciente de 28 años sin antecedentes de relevancia. 48 horas previas: actividad física extenuante, ingesta de alcohol y permanece dormido en un depósito. Al despertar advierte incapacidad funcional, dolor y parestesias en miembro inferior derecho. Al examen: aumento de volumen de muslo y región supracondilea, sin lesiones cutáneas.

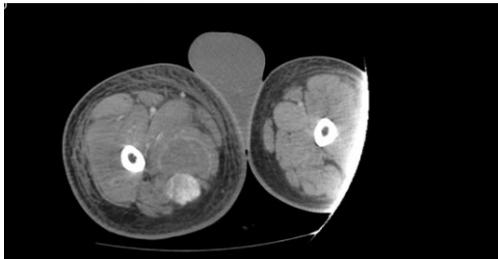
TC: Marcado aumento de volumen de grupos musculares de muslo y pierna asociado a un aumento de densidad.

Laboratorio: Leucocitos: 17000/mm<sup>3</sup>, VSG 71, PCR 136mg/l, Lactato 23mg/dl, Procalcitonina 26.69 ng/ml, CPK 85340/μL, Creatinina 5.4mg/dl, Potasio 6.2mmol/L. Se interpreta como Sepsis a foco piel y partes blandas con falla renal e inicia tratamiento antibiótico empírico y terapia de reemplazo renal. Ecografía y Doppler descartan TVP y colecciones. Se plantea probable contacto con alimañas o con algún tóxico, sin datos objetivos que apoyen dichos diagnósticos. CULTIVOS: HMC y muestras obtenidas por piel sana negativas. BIOPSIA e Inmunohistoquímica: Rbdomiosarcoma.

Evoluciona con mejoría clínica y de función renal. Continúa tratamiento por Oncología.

**Discusión:** El Rbdomiosarcoma es un tumor maligno del músculo estriado, variable en cuanto a frecuencia y tipo según las edades en las que se presenta. De mayor incidencia en la niñez, con una progresión clínica rápida. En adultos la incidencia es sólo el 3 a 6% de los sarcomas y con una evolución progresiva y larvada. No hemos encontrado reportes de casos de rbdmiosarcomas en adultos de evolución aguda.

**Conclusiones:** La forma de presentación infrecuente de este paciente obligó a la consideración de múltiples diagnósticos diferenciales (infecciosos, tóxicos, vasculares, etc). La etiología tumoral fue un hallazgo a partir de la biopsia muscular realizada a fin de conocer la naturaleza de la patología.



### 0382 ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED VERSUS INFECCION Y USO PRECOZ DE CORTICOIDES

G PRICOLO(1), ME BOBBIO(1), MA BALAKUNIEC(2), MF DALLARDA(1), S DEGIUSEPPE(1)  
(1) Hospital Militar Central. (2) Hospital Militar Central.

Se analiza el caso de un paciente de 6 años de edad con antecedentes de LLA B en 2015 con trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TACH) en mayo de 2018 por recaída hematológica. Ingresó a UTIP en día + 120 con diagnóstico de supuración pleuropulmonar y derrame pericárdico severo con signos de taponamiento. Requiere ARM, inotrópicos a altas dosis, drenaje pleural y pericárdico. Se medica con antibióticos de amplio espectro. Presenta cultivos y cargas virales negativas, y virológico de secreciones nasofaríngeas positivo para virus Influenza B. El día 14 de internación desarrolla rash macular en miembros superiores y abdomen y se realiza biopsia de la lesión. Presenta mala evolución con falla multiorgánica y fallece al día 16 de internación. Se recibe resultado de biopsia de lesión post mortem compatible con enfermedad injerto contra huesped (EICH). El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas es una alternativa terapéutica para diversas enfermedades en pediatría. El derrame pericárdico es una de las complicaciones que puede presentarse con frecuencia variable. Su etiología puede ser de origen infeccioso, secundario a agentes citotóxicos o a fenómenos inmunológicos. Una serie de 7 pacientes publicado en 1996, describe la presencia de poliserositis como forma de presentación de EICH crónica. El objetivo del caso clínico es demostrar la posibilidad de presentar EICH en pacientes con antecedentes de TACH con manifestaciones clínicas similares a las desencadenadas por infecciones en pacientes críticos y discutir el uso de corticoides de forma precoz.

### 0383 DERMATOMIOSITIS JUVENIL: PRESENTACIÓN DE UNA COMPLICACIÓN ATÍPICA

G PRICOLO(1), ME BOBBIO(1), MA BALAKUNIEC(1), MF DALLARDA(1), S DEGIUSEPPE(1)  
(1) Hospital Militar Central.

Se presenta el caso de un paciente de 3 años de edad con diagnóstico reciente de dermatomiositis juvenil diagnosticada por biopsia

muscular y hepática. Ingresó a UTIP por un cuadro de dificultad respiratoria que progresó rápidamente a SDRA con hipoxemia severa requiriendo ARM con altos parámetros. A las 48-72hs presenta síndrome de escape de aire con neumomediastino y enfisema subcutáneo. Se realizaron interconsultas con los servicios de reumatología, inmunología e infectología. Completo 2 pulsos de solumedrol sin respuesta favorable y tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida. Además, recibió múltiples esquemas antibióticos con cultivos negativos. El paciente fallece a los 27 días de internación por hipoxemia refractaria.

La dermatomiositis juvenil es una enfermedad multisistémica del tejido conectivo, caracterizada por inflamación del músculo estriado y la piel con presencia de vasculitis como alteración anatomopatológica subyacente. Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 1-9 casos/millón de niños menores de 16 años al año y el 16% al 20% de los casos se inician en la niñez.

La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) sintomática y el neumomediastino son complicaciones infrecuentes en pediatría. En una serie de casos presentada en Canadá, solo 1 de 105 pacientes presentaron enfermedad pulmonar sintomática. Cuando la EPI aparece suele presentar una evolución rápidamente progresiva y mortal. Un estudio multicéntrico realizado en Japón identificó 10 casos de EPI rápidamente progresiva con una mortalidad del 70%.

El objetivo del caso clínico es presentar un paciente con dermatomiositis juvenil con una complicación poco frecuente y de mal pronóstico en pediatría.

### 0384 MENINGITIS BACTERIANA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

A TEALDE(1), G SEQUEIRA(1), A GARCIA(1), A MENCHACA(1)  
(1) Pereyra Rossell.

**Introducción:** La meningitis bacteriana es una enfermedad grave que desarrolla complicaciones neurológicas, cardiovasculares, respiratorias e hidroelectrolíticas, motivando ingreso a Cuidados Críticos. Presenta elevada mortalidad y secuelas neurosensoriales.

**Objetivo:** Conocer las características epidemiológicas, clínicas y los factores asociados a mortalidad de la meningitis bacteriana aguda (MEAS).

**Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo del 1 de enero de 2016 al 31 de julio de 2018, en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereyra Rossell (UCIN).

**Criterio de Ingreso:** menores de 14 años con diagnóstico clínico-licuoral de MEAS.

**Resultados:** En el periodo estudiado ingresaron a UCIN 2093 pacientes, con score PIM 2 del 3,51 % y mortalidad del 2,2%, 23 casos con diagnóstico de MEAS y un score PIM2 del 25 %.

Esta población presentó una edad media de 36 meses, más frecuente sexo femenino, 70% de los casos presentaba el esquema de inmunizaciones vigente.

Mayor incidencia de enfermedad en los mayores de 2 años y mayor mortalidad en menores de 2 años.

Los gérmenes aislados más frecuentes fueron N. Meningitidis, seguido de Haemophilus influenzae B y Bacilo de Koch.

La clínica corresponde a fiebre y convulsiones, seguido de alteración de consciencia, síntomas meníngeos y púrpura.

Los casos con Fallo neurológico 13 pacientes, requirieron tornillo de PIC 3, decompresiva 1, derivación ventricular externa 4, trepanotomía 1, limpieza neuro quirúrgica 4.

El Fallo cardiovascular estuvo presente en 11 casos; renal 1; hepático 1; hematológico 3 pacientes.

Los casos con MEAS presentaron 11 días de estadía promedio, siendo la de UCI 5 días.

Fallecieron por MEAS 4 casos que corresponde a una mortalidad del 17%, siendo la mortalidad atribuida a MEAS el 8,7% de la general.

Al egreso presentaron secuelas severas 3, moderadas 2 y leves 14.  
**Conclusiones:** La incidencia de MEAS en UCIN es del 1%.  
 Clínica habitual al ingreso es la alteración de consciencia y convulsiones.  
 Mortalidad del 17% y el 75% de los egresos vivos presentan secuelas.  
 N. Meningitis es el patógeno más frecuentemente aislado.

	N° Ingresos	Porcentaje	PIM 2	Fallecidos	Mortalidad	Mortalidad atribuida a MEAS
UCIN	2093	100 %	3,51%	46	2,2%	8,7%
MEAS	23	1%	25%	4	17%	

Tabla 1. Números de casos y mortalidad.

Menore 1 mes.	Casos	Días Estancia	Mortalidad	German
Menore 1 mes.	2	22	0%	S. agalactiae(1), E. cloacae(1)
1 mes a 3 meses	3	7	0%	H. Influenzae (2), N. Meningitidis (1)
3 meses a 2 años.	9	16	33%	N. Meningitidis (2), H. Influenzae (2), S. Pneumoniae (1), S. Aureus (1) Sin determinar (1)
Mayores de 2 años.	9	4	11%	N. meningitidis(3), S. agalactiae (3), Sin determinar (5)
Total	23	11,75	17%	

Tabla 2. Grupo etario, etiología y mortalidad.

### 0386 PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y ENFERMERO LINK COMO ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASIVOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MA SALAS(1), A NOVAU(1), M AMAYA(1), L FABBRO(1), A PARISOTTO(1), J ALVAREZ(1), H CESARIO(1)  
 (1) Hospital Universitario Austral.

**Introducción:** El paciente crítico requiere de múltiples dispositivos invasivos para el monitoreo hemodinámico y tratamiento de sostén. La evidencia científica sugiere la implementación de programas de formación en control de infecciones e incorporación de profesionales idóneos que permitan no solo monitorear el cumplimiento de los bundles, sino también disminuir la incidencia de infecciones asociada a dispositivos (IAD).

**Objetivos:** Describir los resultados de un programa de formación en control de infecciones e incorporación de un Enfermero Link para aumentar la adherencia a los bundles de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV), bacteriemia asociada a catéter venoso central (BACVC) e infección del tracto urinario (ITU) y disminuir la tasa de IAD en la UCI de un hospital universitario de la provincia de Buenos Aires.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, cuasi experimental, basado en datos de vigilancia epidemiológica, de intervención antes y después en pacientes adultos internados en una UCI medico quirúrgica. Durante la medición basal (enero-noviembre 2018) se realizaron 2701 observaciones, mientras que en el periodo de intervención (diciembre 2018 a mayo 2019) 1550 observaciones. Se compararon la tasa de adherencia a los bundles y la incidencia de IAD.

**Resultados:** Luego de la medición basal se implementaron programas de formación y protocolos sobre bundles de manera incidental y a través de la plataforma virtual, además de incorporar un Enfermero Link con rol de gestión, auditor y educador. Se observó un aumento en la adherencia a los bundles (NAV 76%, BACVC 77%, ITU 82% vs. NAVM 92%, BACVC 93%, ITU 96%) logrando las metas propuestas ( $\geq 90\%$ ) y una disminución en la incidencia de IAD (NAV 12.99% a 2.55%, BACVC 3.76% a 0.00% y 7.69% a 0.00%). Se obtiene una p de 0.10, siendo no significativa pero con una clara tendencia de descenso en la incidencia de IAD.

**Conclusión:** Los hallazgos apuntan a que la implementación de un programa de formación, protocolos e incorporación de un Enfermero Link (sin incremento de costos asociados) han colaborado en el logro los objetivos propuestos por el equipo multidisciplinario en la UCI y el servicio de Control de Infecciones.

### 0388 VALORACION DE LA SOBRECARGA DE FLUIDOS COMO PREDICTOR DE INJURIA RENAL AGUDA

R GIANNONI(1), EJA ABELLEIRA(1), FD MASEVICIUS(2), FF GIANNONI(1), PR PULLARELLO(1), F GARCIA TORTOLA(1), G FOLONIER(1)  
 (1) Regional Ramón Carrillo. (2) Sanatorio Otamendi Y Miróli.

**Introducción:** 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 identificación precoz del riesgo de IRA asociado a SF y su capacidad discriminativa para el desarrollo de IRA precoz aún no ha sido lo suficientemente estudiado.

**Objetivo:** Los objetivos fueron detectar el desarrollo de IRA precoz, evaluar la asociación independiente de la SF y cuantificar el porcentaje de SF (%SF) que mejor capacidad predictiva se asocia con desarrollo de IRA.

**Material y método:** Se estudiaron prospectivamente durante las primeras 48 hs. a todos los pacientes ingresados a UTI. 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 del peso corporal durante. Se registraron datos epidemiológicos y antropométricos, scores de gravedad, balances hasta las 48hs. Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal crónica. Se realizó análisis univariado, multivariado y un modelo de regresión logística para evaluar la asociación independiente con AKI. Se confeccionó curva de ROC y para evaluar la capacidad predictiva con el evento IRA.

**Resultados:** Fueron incluidos 455 que desarrollaron IRA precoz 115 (26%).

TABLA 1. Analisis univariado de IRA

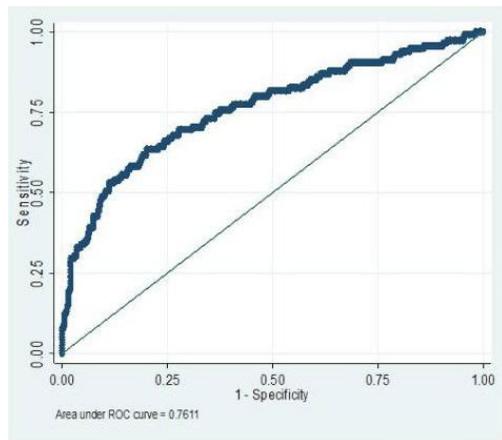
IRA	ODDS RATIO	IC 95%	P
EDAD	1.02	1.009-1.003	0.001
BALANCE48HS	1.003	1.0002-1.0004	0.0004
APACHE II	1.06	1.03-1.08	0.0004
SHOCK	2.4	1.5-3.71	0.0003
ARM	2.5	1.5-4.3	0.001
%SF	1.25	1.17-1.32	0.0004
SF>1%	5.18	3.27-8.21	0.002

TABLA 2. Analisis multivariado de IRA

IRA	ODDS RATIO	IC 95%	P
EDAD	1.02	0.99-1.02	0.07
APACHE II	1.03	0.99-1.05	0.14
SHOCK	1.51	0.9-2.5	0.11
ARM	1.36	0.73-2.5	0.32
SF>1%	4.2	2.6-6.8	0.0001

La curva de ROC SF >1%: 0.76, determina una buena discriminación el desarrollo de AKI (grafico AUCROC adjuntado en imagen)

**Conclusión:** Los hallazgos de nuestro estudio demuestran que la SF>1% se asocia al desarrollo de IRA precoz. Dicha asociación se mantiene de manera independiente de la gravedad de los pacientes, permitiendo discriminar de manera adecuada el desarrollo de IRA precoz.



### 0389 ABSCESO EPIDURAL POST-SACROCOLPOPEXIA: REPORTE DE CASO

R DOMINGUEZ(1), J GALARZA(1), B VAZQUEZ(1), B VARELA(1), N POZO(1), N GRUBISSICH(1), D PINA(1)  
(1) Cesar Milstein.

**Introducción:** La prevalencia de infecciones nosocomiales causadas por especies enterococcus se ha incrementado en los últimos años. Se ha identificado al enterococo como el agente causal del 12% de infecciones nosocomiales y representan la tercera causa de infecciones nosocomiales en EEUU.

**Presentación del caso:** Paciente femenino de 74 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes patológicos de Hipertensión arterial, broncopatía crónica, infección del tracto urinario a repetición, colecistectomía, anexohisterectomía, Sacrocolpopexia vía abdominal por prolapso vaginal 20 días antes de su ingreso.

Acude al servicio de urgencias por fiebre persistente de 4 días de evolución, asociado a síndrome confusional: Quick SOFA: 2, SOFA: 3. Evoluciona con deterioro neurológico, GCS: 6/15, insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, ingresa a unidad de terapia intensiva.

Se solicita tomografía de cerebro, tórax, Abdomen y pelvis sin contraste: Evidenciándose burbujas en lecho quirúrgico superior que se extienden hacia espacio pre-sacro así como en el espesor del músculo psoas izquierdo (ABSCESO: 30mm x 20mm).

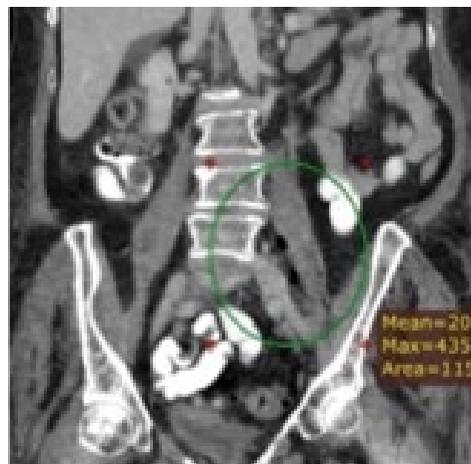
LCR, FSQ: Xantocromico - turbio - Glu: 14mg/dl, proteínas: 104 mg/dL, Cl:103 mEq/L, Acido láctico 15 mmol/L.

Se rota esquema antibiótico a MEROPENEM + LINEZOLID. Evolución favorable, se desvincula de la ventilación mecánica, pudiéndose realizar posteriormente, RMN cerebro y columna total: Observándose Colección epidural posterior a predominio de raquis lumbar L1 a L5, de 8.2mm x 17,7mm con refuerzo posterior al contraste, en fosa posterior presenta colección extraxial infracerebelosa, a nivel del psoas presenta colección con refuerzo anular compatible con absceso.

Se realiza evacuación de las mismas.

Cultivos de: LCR, absceso de psoas y colección raquídea: ENTEROCOCCO FAECALIS (Ampicilina, Ciprofloxacino, AMS, Estreptomina, Vancomicina, Teicoplanina) se ajusta antibióticos por sensibilidad. Control de imágenes a los 10 días que evidencia resolución colecciones previas, externándose al décimo tercer día.

**Discusión:** En adultos el 31% de los casos de meningitis son secundarios a un foco extraneurológico, situándose la infección inicial en el tracto gastrointestinal, vía biliar y piel. Son factores predisponentes para meningitis por enterococos defectos anatómicos desconocidos del SNC, procedimientos quirúrgicos recientes, patología médica crónica, terapia inmunosupresora e infecciones enterococcicas en otros sitios.



### 0390 TROMBOSIS VENOSA YUGULAR BILATERAL SECUNDARIO A HERIDA DE ARMA BLANCA EN REGION CERVICAL EN INTENTO AUTOLITICO

D AVILA(1), J BATAN(2), M DAZA(2), M LUGARO(2), P SCHOON(2), L BENITO(2), P CARRASCO(2), J GONZALEZ(2), E QUINTANILLA(2)

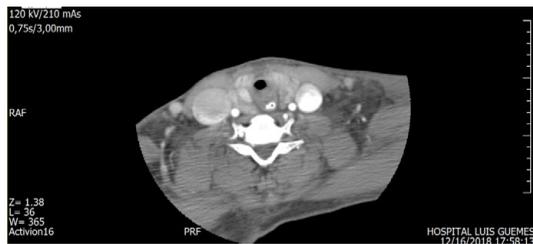
(1) Higa Dr. Prof. Luis Guemes De Haedo. (2) Higa Guemes De Haedo.

**Introducción:** La trombosis yugular es una entidad poco frecuente, más si es bilateral. Presentamos un caso de trombosis venosa yugular bilateral secundario a un trauma cervical penetrante por herida arma blanca (HAB) como intento autolítico.

**Caso clínico:** Paciente de 47 años ingresa por HAB en región cervical anterior, con requerimiento de faringoplastia, laringoplastia, traqueoplastia en primer anillo traqueal y traqueostomía. Evoluciona con flogosis en herida quirúrgica. Ecografía de cuello: colección de 28x23x5mm. Al cuarto día, edema facial bilateral y aumento de volumen en ambos miembros superiores. Ecografía control: vena yugular derecha de calibre aumentado respecto a contralateral (29 vs 21 mm), con imágenes hiperecogénicas, rómora sanguínea en ambas yugulares internas. AngioTC de vasos de cuello: trombosis yugular bilateral. Tratamiento: antibióticos + anticoagulación. Al quinto día: derivación

**Discusión:** La localización cervical corresponde a 5% de los casos de trombosis venosa profunda. La frecuencia de la trombosis yugular bilateral es desconocida y aún más infrecuente. En la bibliografía solo hay algunos reportes, secundarios instrumentación, neoplasias, trauma, infusión de inmunoglobulina y coagulopatía hereditaria. Esta entidad complica la evolución del paciente y es potencialmente mortal. La anticoagulación, eventualmente asociada a antibióticos, es el tratamiento médico estándar, el uso de trombolíticos y la trombectomía sólo están respaldados por informe de casos y pequeñas series, indicadas sólo en caso de infarto venoso, hemorragia intracerebral o hipertensión intracraneal.

**Conclusión:** Este caso nos recuerda que existen complicaciones infrecuentes pero potencialmente mortales asociadas al trauma cervical, es necesario considerar esta entidad para realizar precozmente estudios complementarios correspondientes, diagnóstica y realizar un tratamiento precoz.



### 0391 ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN LA EXTUBACIÓN PEDIÁTRICA

J GUERRERO(1), M BIDEAIN(1), G SEQUEIRA(1), H TELECHEA(1), A MENCHACA(1)

(1) Centro Hospitalario Pereira Rossell.

**Introducción:** Los pacientes críticamente enfermos presentan una disfunción diafragmática asociada a Ventilación Mecánica (VM), precoz, secundaria a atrofia muscular, provocando contracción inadecuada.

El fallo en la extubación presenta una incidencia del 25% y aumenta la mortalidad hasta 30%. Es necesario contar con predictores de éxito de extubación para mejorar los resultados.

**Objetivos:** Buscar asociación entre medición ecográfica de la excursión y fracción de acortamiento diafragmática con el éxito de la extubación.

**Metodología:** Estudio prospectivo observacional, realizado entre

agosto - diciembre de 2018, en Unidad Cuidados Intensivos de Niños (UCIN) - Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo - Uruguay. Población: menores de 15 años en VM, con condiciones de prueba de espontánea. Excluidos la enfermedad neuromuscular previa y postoperatorios de cirugía torácica.

Medición realizada por médicos de UCI, durante prueba de espontánea, se tomaron medida de excursión, espesor del diafragma al final de inspiración (EDI) y espiración (EDE).

El índice de espesor diafragmático (IED) se calcula: (EDI-EDE) / EDE, realizando tres mediciones consecutivas y tomando el promedio. Se definieron grupos con excursión e IED adecuados y no adecuados. En cada grupo se buscó asociación con fracaso o éxito de la extubación.

Se definió fallo de extubación a la re-intubación en las siguientes 48 horas posteriores o necesidad de traqueostomía.

Análisis estadístico: descripción de variables cualitativas y cuantitativas. Aplicación de test de chi cuadrado. Se toma como significativo el 0,05.

**Resultados:** (Tablas 1 y 2).

Se incluyeron 22 pacientes, mediana de edad 63 meses, igual distribución por sexo.

Extubación exitosa en 20 pacientes, la totalidad con IED  $\geq 30\%$ , media 42%.

Se constataron 2 fallos de la extubación, ambos IED  $< 30\%$  no adecuada y excursión diafragmática no adecuada.

La aplicación test estadísticos no obtuvo resultados significativos.

La ecografía diafragmática proporciona información valiosa sobre su función, permite identificar una subpoblación con mayor riesgo de fracaso. Los pacientes con fracaso de la extubación presentan menor espesor, fracción de acortamiento y excursión diafragmática. Continuaremos con el estudio a fin de proporcionar datos estadísticos significativos.

	Éxito	Fracaso	Total	
Acortamiento	Adecuado	20	0	20
	Inadecuado	0	2	2
Excursión	Adecuada	15	0	15
	Inadecuada	5	2	7
Total	20	2	22	

	Fallo (n=2)	Éxito (n=20)
Edad (años)	8.5 (6-11)	5 (0.3-14)
Sexo (M:F)	1:1	1:1
PIM 2(%)	3	3
Causa de intubación (n, %)		
Respiratoria	1(50%)	12(60%)
Sepsis	1(50%)	1(5%)
Neurológico		6(30%)
Otros		1(5%)
Tiempo VM (días)	8.75 (4.5-13)	3 (0.8-8)
Días en UTIP	18 (17-20)	10 (1-25)
Mortalidad	0	0

### 0392 PLASMAFÉRESIS: PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA

AJ PEREZ DE ANDES(1), (BS AS), LN PORACCHIA(1), (BS AS), E ORTEGA(5), F MOLINA(6), R PERETTO(6), A ALSUGARAY(6), B GABIRONDO(6), J HUAMAN DE LA CRUZ(6), A MOREYRA(6), N NUÑEZ(6)

(1) Vicente Lopez y Planes (Rodríguez). (2) Bs As. (3) Vicente Lopez y Planes (Rodríguez). (4) Bs As. (5) Vicente Lopez y Planes de Rodríguez. (6) Vicente Lopez y Planes de Rodríguez.

La Necrólisis Epidérmica Tóxica es una reacción cutánea de tipo inmunológico, generalmente secundaria a la administración de fármacos. Con una incidencia de 0.4 a 6 casos por millón, y una mortalidad del 30 al 60%, se caracteriza por progresar rápidamente con eritema morbiliforme violáceo, máculas confluentes y dolorosas, de distribución, afectando piel y mucosas. Las lesiones

se convierten en flictenas que se desprenden fácilmente con destrucción completa de la epidermis y necrosis cutánea franca. El manejo se fundamenta en la retirada del agente causal, medidas de soporte hemodinámico y nutricional, y el tratamiento y prevención de secuelas.

Presentamos a un paciente masculino de 39 años, con antecedentes de DBT II, tabaquista, esquizofrenia, e hipersensibilidad a carbamazepina y levomepromacina. Intercurre con brote psicótico e internación transitoria en neuropsiquiátrico donde recibe tratamiento con psicofármacos; entre ellos, Carbamazepina. Es derivado a nuestro Hospital luego de 48 hs de eritema violáceo de tronco, pápulas dolorosas, y presencia de flictenas con signo de Nicolsky (+). Ingres a Terapia Intensiva con diagnóstico presuntivo de Sme de Steven-Jonson, evolucionando a NET secundaria a carbamazepina. El eritema se generaliza, comprometiendo el 90% de la piel, extendiéndose a genitales y respetando la mucosa oral.

Se contraindica la administración de dicho fármaco, comenzamos sostén hemodinámico y nutricional, limpieza diaria de las lesiones y al 2° día de internación Terapia de Recambio Plasmático por 5 días. Evoluciona favorablemente; se descartan intercorrientes clínicas, recibe nutrición por vía oral, reinicia tratamiento para su enfermedad de base, y al observar inicios de reepitelización, se decide suspender la TRP. Permanece en observación durante 3 días, pasa a sala de clínica, y alta hospitalaria a los 10 días.

La presentación, se debe a la baja incidencia, la alta tasa de mortalidad, la alta tasa de complicaciones (sobretodo infecciosas), y el escaso número de casos reportados de pacientes con NET que reciben tratamiento de primera línea con plasmaféresis.



#### 0394 NEUMONIA GRAVE POR (SAMR), BROTE INTRAFAMILIAR

J CASTAÑO(1), M JARAMILLO(2), J MARTINEZ(2), K SOLANO(2), R HERNAN(2), R FLAVIO(2), F LIPOVESTKY(2), V LEONARDO(3)

(1) Hospital Universitario De La Uai. (2) Hospital Iniversitario Uai. (3) Hospital Universitario UAI.

**Introducción:** Durante la última década, varios informes describen la aparición de la neumonía grave causada por *Staphylococcus aureus* y específicamente, *Staphylococcus Aureus* Meticilina Resistente (SAMR) como causa de neumonía grave que conduce a la enfermedad crítica y la muerte.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 55 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, ingresa al Hospital Universitario (HU) con diagnóstico de Neumonía Grave de la comunidad por SAMR. Con cuadro clínico de 8 días de evolución consistente en rinofaringitis, tos con expectoración, taquipnea que luego evolucionó al tercer día de su ingreso hospitalario con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), luego con resolución de la enfermedad, se rescató posteriormente SAMR. Empleada doméstica en Capital Administrativa de Buenos Aires (CABA), la cual presenta un hijo de 22 años que falleció 5 días antes del ingreso por igual estado, con rescate de SAMR en punción pleural.

**Discusión:** La información disponible sobre el tratamiento de SAMR neumonía extra hospitalaria en pacientes que requieren ingreso en la UCI es bastante limitada. Se destaca la presentación grave en forma de brote en esta familia, considerando al cuadro de influenza previo como un factor asociado de importancia que contribuyo a este desenlace.

**Conclusión:** La experiencia en el tratamiento de la Neumonía Grave por SAMR en pacientes que precisen ingreso en la UCI es muy limitada. El interrogatorio de los antecedentes familiares, el cuadro gripal previo, son herramientas a considerar a la hora de iniciar una terapia antibiótica empírica.

### 0395 PRECISION DIAGNOSTICA DE LOS ESTADOS ACIDO BASE MEDIANTE EL USO DE GASES DE SANGRE VENOSA CENTRAL EN LOS PACIENTES CRITICOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

M VEGA(1), R CASTAÑO(1), R BAGNASCO(1), N LUNA(1)  
(1) Domingo Funes.

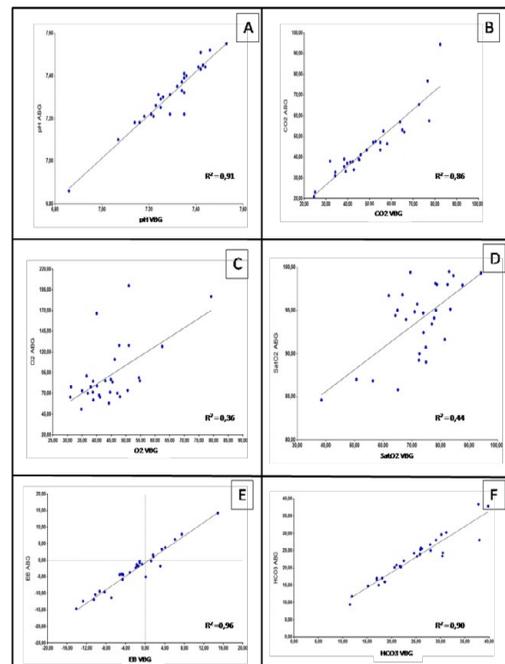
**Objetivo:** Evaluar la precisión diagnóstica de los trastornos ácido base, basado en la utilización de gases venosos centrales (VBG) en pacientes críticamente enfermos.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal, realizado en una Unidad de Terapia Intensiva de Adultos Polivalente, en donde se extrajeron simultáneamente muestras para gases de sangre arterial (ABG) de arteria radial y muestra para gases de sangre venosa central (VBG) por el método de purga, en pacientes críticamente enfermos dentro de las 72 horas de internación, en asistencia ventilatoria mecánica. El rango etario de las muestras fue desde 17 años hasta 85 años respectivamente y se analizaron ambos sexos en igual cantidad. Para el análisis estadístico, las variables cuantitativas se trabajaron con frecuencias absolutas (número de casos) y con frecuencias relativas (porcentajes). Para las variables cualitativas, se utilizaron el promedio y el desvío estándar como medidas descriptivas. Luego, se realizaron tests de normalidad para evaluar la naturaleza de las mismas. Una vez definido eso, se utilizaron test T probar la diferencia entre los parámetros obtenidos para VBG y ABG. Se realizaron análisis de concordancia para variables categóricas utilizando el Coeficiente de Kappa. Por último, se realizaron correlaciones de Pearson y regresiones lineales. P-valores <0,05 se consideraron significativos. Se utilizó Infostat Profesional versión 2018.

**Resultados:** Los valores de pH, de CO<sub>2</sub>, EB y de HCO<sub>3</sub> no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre lo que era VBG y ABG. Si se observaron diferencias en los niveles de O<sub>2</sub> y de saturación de O<sub>2</sub>. En ambos casos, los niveles observados fueron más elevados para la sangre arterial que para la venosa. El 70% de los pacientes tuvieron diagnóstico ácido-base coincidente y solo el 30% de los casos no coincidieron entre lo que se estimó con los parámetros venosos y los arteriales. Los pacientes no concordantes fueron los pacientes con resultados mixtos. Teniendo en cuenta estos pacientes, el índice de concordancia entre las dos observaciones fue de 0,571, lo cual implica una fuerza de concordancia moderada (E.E: 0,124. IC95%: -0,337-0,806). Si se excluyen los 10 pacientes que tuvieron resultados mixtos en alguna de las dos mediciones, los resultados de concordancia son del 100% (índice de concordancia: 1). Los parámetros que mejores relación tuvieron entre sí fueron el pH (R<sup>2</sup>= 0,91), EB (R<sup>2</sup> = 0,96) y HCO<sub>3</sub> (R<sup>2</sup>= 0,90). El CO<sub>2</sub> también tuvo una relación muy buena, pero no tanto como los mencionados anteriormente (R<sup>2</sup>=0,86). En cambio el O<sub>2</sub> y la saturación de oxígeno, sus valores de ajuste no fueron buenos (R<sup>2</sup>=0,36 y R<sup>2</sup>=0,44, respectivamente). En todos los casos, las asociaciones fueron excelentes, positivas. Esto fue así, excepto para los valores de O<sub>2</sub> y saturación de oxígeno, en donde las correlaciones fueron solo buenas (coeficiente de Pearson= 0,60 y 0,66 respectivamente).

**Conclusiones:** Los resultados son estadísticamente significativos y con coeficiente de correlación muy buenos. El 70 % tuvieron diagnóstico coincidente y ese valor aumenta al 100% si se descartan los trastornos mixtos.

**Palabras claves:** Trastornos ácido base. Gases venosos centrales. Gases arteriales.



### 0397 PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN UCIP: A PROPÓSITO DE UN CASO

M MERCADO MURILLO(1), N LOPEZ(1), M PENAZZI(1), S LARDONE(1), P PACHECO(1), C TORRES GUZMAN(1)  
(1) Niños de San Justo.

**Introducción:** La papilomatosis laríngea tumor laríngeo benigno más frecuente en pediatría, es de curso clínico impredecible, con tendencia a la recurrencia y diseminación.

**Presentacion de caso clínico:** Paciente de 2 años, RNPT (31/1400g), embarazo no controlado, parto en vía pública. Cuadros bronco-obstructivos a repetición, estridor crónico y retraso madurativo, sin seguimiento médico. Consulta a Guardia por dificultad respiratoria y alteración de sensorio; se realiza laboratorio (hipercapnia; PCO<sub>2</sub> 93 mmHg). Ingres a UCI se decide IOT. A la laringoscopia se observa imagen blanquecina sobre cuerdas vocales y secreciones sanguinolentas que dificulta la intubación. Presenta PCR asistido por hipoxemia (no se visualizaba vía aérea). Permaneció 7 días en ARM. Se realizó interconsulta con endoscopia respiratoria, se realizó exeresis de lesiones y diagnóstico de papilomatosis laríngea; se enviaron muestras para cultivo y anatomía patológica (resultados pendientes). Continúa en seguimiento multidisciplinario.

**Discusión:** La sintomatología se presenta antes de los 5 años (75%): disfonía persistente, estridor inspiratorio, infecciones respiratorias recurrentes, disfagia y retraso de crecimiento; nuestro paciente presentaba dichos síntomas. Sin diagnóstico oportuno existe riesgo de obstrucción mortal, (el paciente requirió IOT y ARM). Al no existir tratamiento curativo, se realiza exeresis para mejorar la obstrucción, obtener vía aérea segura y mejorar calidad de la voz.

**Conclusión:** Esta patología debe ser considerada ante disfonía progresiva y estridor laríngeo. En general, suele ser benigna, pero por su recurrencia y eventual malignización, requiere seguimiento, además de su impredecible evolución local con compromiso respiratorio y séptico que pueden conducir a la muerte. No debería ser diagnosticado al realizar una intubación, por lo que se recomienda a los pediatras considerar esta patología ante eventual clínica, además de obtener el equipo de laboratorio necesario para poder detectar el VPH y realizar anatomía patológica. Además se refuerza el concepto de cumplir con el calendario de vacunación, que cuenta con la vacuna contra el VPH que incluya las cepas 6 y 11 que son los principales causantes de la patología en cuestión.

### 0398 EGRESO DE TERAPIA AL DOMICILIO

JR ANGULO ALAGUNA(1), G IZZO(2), MF PULGAR(2), E CHAVEZ(2), V MARTINEZ(2), E VELASQUEZ(2), E RODRIGUEZ(2), B MURGIA(2), M MONZON(2)

(1) Hgza Simplemente Evita González Catán. (2) Hgza Simplemente Evita González Catán.

Los pacientes que egresan de terapia intensiva generalmente van a sala o centro de tercer nivel. No es frecuente que el paciente egrese al domicilio desde terapia. Se pretende una externación segura; generando estrategias que permitan el seguimiento al alta y descenso de los periodos prolongados de internación hospitalaria.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es describir la epidemiología de los pacientes egresados de la terapia intensiva al domicilio

**Material y métodos:** Análisis de una serie de casos retrospectivo, incluyendo pacientes externados desde la unidad de Terapia intensiva del Hospital Simplemente Evita, desde el 01 enero 2018 al 31 diciembre del 2018. Se utilizó una base de datos historias clínicas de archivo virtual y físico del Hospital. Se registraron variables epidemiológicas, tipo de ingreso, intervenciones recibidas en la terapia, TISS al alta, reingreso dentro de las 48 horas, mortalidad a los 30 días del egreso.

**Resultados:** Durante el año 2018 ingresaron a terapia intensiva 614 pacientes. Tuvieron alta médica a su domicilio 31 pacientes, 14 (45%) mujeres, 17 (54%) hombres, mediana de edad 41 años, donde se destacan como diagnóstico de ingreso Cetoacidosis Diabética 6 (19%), enfermedad cardiovascular (Post CCG, Sincope, bradicardia, arritmias) 8 (25%), pos operatorios 3 (9.6%), Patología Pulmonar (asma, insuficiencia respiratoria, neumonía adquirida de la comunidad, obstrucción de la vía aérea) 5 (16%); comorbilidad: Diabetes Mellitus (41%) e Hipertensión Arterial (19%), con un promedio de APACHE II de 8, y SAPS II 28. Ingresaron provenientes de guardia 15 (48%), sala 6 (19.3%), UPA 7 (22.5%) y derivados 3 (9.6%). Estos pacientes tuvieron una mediana de TISS al ingreso de 11 y TISS al egreso 3.5. Se evalúa complejidad del paciente durante internación según intervenciones: requerimiento de ARM 8 (25%) pacientes, con duración > 48h en 4 (12.5%), vía central (32.2%), requerimiento de vasoactivos / inotrópico 1 (3.2%), antibióticos 9 (29%), con un promedio de días de internación 4 (mediana 2). Se evidenció reingreso de 1 paciente (3.2%).

**Conclusión:** Describimos una serie de pacientes externados a domicilio. Donde la tasa de reingreso fue baja. No se asoció a aumento del riesgo de mortalidad.

### 0400 A PROPOSITO DE UN CASO: SHOCK VASOGENICO POR AZUL PATENTE EN PACIENTE CON CUADRANTECTOMIA DE MAMA DERECHA Y BIOPSIA DE GANGLIO DE CENTINELA

W POZO(1), JULIO MENDEZ, L JORGE(3), P CLAUDIO(3), C OSCAR(3), A MARCO(3), M SANDRA(3), R EDUARDO(3)

(1) Sanatorio Dr. Julio Mendez. (3) Sanatorio Dr. Julio Mendez.

El azul patente es el medio de contraste preferente para la técnica de detección del ganglio centinela, ya que debido a su elevado peso molecular permite una mínima difusión por los tejidos circundantes y rápido acceso a estos tejidos linfáticos. Es habitualmente administrado por vía subcutánea o intradérmica, ya sea de manera superficial o profunda (peritumoral o intratumoral), para identificar el ganglio centinela en el carcinoma invasivo de mama. Presenta efectos adversos poco frecuentes e inusuales como el shock vasogénico y el primer caso se describió en 1996, presentando desde esa fecha, una incidencia menor del 2%.

Por lo cual, nos parece relevante presentar un caso de una paciente de 79 años de edad, con antecedentes personales de carcinoma invasor de mama diagnosticado en 2017, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca estadio C, clase funcional II, gastritis crónica,

diverticulosis y glaucoma, quien ingresó programada para la realización de una cuadrantectomía de mama de derecha y biopsia de ganglio de centinela e intercorre, en el procedimiento quirúrgico con shock vasogénico posterior a la administración de azul patente para marcación de dicho ganglio, asociado coloración azulada generalizada y desaturación por saturometría de pulso.

Ingresando a la unidad de terapia intensiva, en el postoperatorio inmediato para monitoreo hemodinámico, donde evolucionó con recuperación de la estabilidad hemodinámica en las primeras 6 horas, sin requerimiento de soporte ventilatorio, vigil, lucida y con un tinte azulado de piel y mucosas. Presentó un episodio delirium hiperactivo y a las 48 horas de internación se decidió su pase a sala general y posterior egreso sanitario.

Considerando la infrecuencia de reacciones adversas severas del azul patente, decidimos presentar este reporte de caso y referenciarlo como una complicación potencialmente mortal.

### 0402 ESTADO PREVIO AL INGRESO A UCI Y MORTALIDAD EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

P PEDACE(1), D VILLALBA(1), P DIAZ BALLVE(2), PROV. DE BUENOS AIRES, ARGENTINA., M SCRIGNA(1), J COLLINS(1), AP ROCCO(1), A MATEA(1), L ÁREAS(1), N GOLFARINI(1), G GIL-ROSSETTI(1), M HANNUN(1), P PINI(1), S BONI(1), S GRIMALDI(1), P TOCALINI(1), J CURIA(1), E PEREZ CALVO(1), M ANDREU(1), R RODRIGUES LA MOGLIE(1), P BUÑIRIGO(1), D NOVAL(1), F PLANELLS(1)

(1) Clínica Basilea. (2) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. (3) Prov. De Buenos Aires. (4) Argentina.

**Introducción:** Los avances en los cuidados críticos han aumentado la tasa de supervivencia en la etapa aguda de la enfermedad, generando una población de pacientes crónicamente enfermos, muchos de los cuales deben ser derivados a centros de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR).

**Objetivo:** Analizar la mortalidad de pacientes internados en un CDVMR e identificar factores de riesgo relacionados a su evolución desfavorable.

**Materiales y método:** Estudio prospectivo, analítico y longitudinal. Se incluyeron aquellos pacientes ingresados al CDVMR con datos completos, evaluaciones del estado previo a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y que hayan egresado del centro (vivo o fallecido), desde enero de 2018 hasta abril de 2019.

Se tomaron datos epidemiológicos de la historia clínica y de la entrevista durante la internación. Se evaluó fragilidad con el score de fragilidad clínica (Canadian Study of Health and Aging-CSHA) y calidad de vida (EuroQol-5d) en referencia al mes previo al ingreso a UCI.

**Resultados:** Se evaluaron 53 pacientes egresados del CDVMR, 55% hombres con una mediana de edad de 66 años (RQ 43-73). La mediana de días de internación en UCI fue de 35 (RQ 23-48). Durante la internación, lograron desvincularse 24 pacientes (45%), 34 (64%) se decanularon y fallecieron 16 (30%).

En el análisis univariado se hallaron diferencias significativas en egresados vivos versus muertos en: edad [56 años (RQ 41-69) vs 75 años (RQ 66-82,5) p=0.003], Pimax de ingreso [64 cmH<sub>2</sub>O (RQ 50-80) vs 42 cmH<sub>2</sub>O (RQ 30,5-68) p=0,002], CSHA [2 (RQ 2-3,5) vs 5 (RQ 3-7) p=0,001], EQ5 EVA [70 (RQ 60-90) vs 65 (RQ 46,2-68,7) p=0,041], FIM ingreso [25 (RQ 18-45) vs 18 (RQ 18-21) p=0,041] y en decanulación [30 (81%) vs 4 (25%) p=0,003].

El análisis multivariado asoció a la edad (ORaj 1,061; 1,013-1,111, p=0,013) y CHSA (ORaj 1,651; 1,008-2,706, p=0.047) como factores asociados a mortalidad y la decanulación (ORaj 0,056; 0,009-0,366, p=0.003) como factor protector de mortalidad de la misma.

**Conclusión:** El 30% de los pacientes falleció en el CDVMR. La edad y la fragilidad pre-UCI podrían ser factores asociados a mortalidad, mientras que la decanulación sería un factor protector.

### 0403 VALORACION DE LA ENZIMA LACTICO DEHIDROGENASA COMO PREDICTOR DE INJURIA RENAL AGUDA EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

R GIANNONI(1), FD MASEVICIUZ(2), NE SANCHEZ, JE CELIZ(1), JE BARTOLOME(1), EJA ABELLEIRA(1), EY LÓPEZ(1), AM AN-TÓN(1)

(1) Regional Ramón Carrillo. (2) Sanatorio Otamendi.

**Introducción:** El desarrollo de injuria renal aguda (IRA) en los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), se asocian a una significativa mortalidad materna. La elevación de la enzima lactico dehidrogenasa (LDH) en los THE es considerado un marcador pronostico adverso en la evolucion materna.

Sin embargo, el valor de la LDH y su asociacion con el desarrollo de IRA precoz aun no fueron suficientemente estudiadas.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue determinar la incidencia de IRA. Evaluar la capacidad predictiva del valor inicial de LDH con IRA, y la asociacion independiente de la LDH con el desarrollo de IRA precoz.

**Material y método:** Se incluyeron pacientes consecutivas con THE (Preeclampsia Severa, Eclampsia, HELLP) durante las primeras 48 hs de la admisión a UTI. 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 Se registraron datos epidemiológicos y antropométricos, scores de gravedad, balances hasta las 48hs y de laboratorio a la admision (Ac Urico, LDH, Proteinuria, etc). Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal crónica. Se realizo análisis univariado, multivariado y un modelo de regresión logística para evaluar la asociación independiente con IRA. Se confecciono curva de ROC y para evaluar la capacidad predictiva con el evento IRA.

**Resultados:** Se incluyeron 58 pacientes con THE con una incidencia de 29% para IRA. Los niveles de LDH fueron significativamente mayores en las pacientes con IRA precoz, asi como necesidad de ARM, vasopresores y mayor APACHE II. (Tabla adjunta).

TABLA 1. Analisis Univariado de IRA precoz

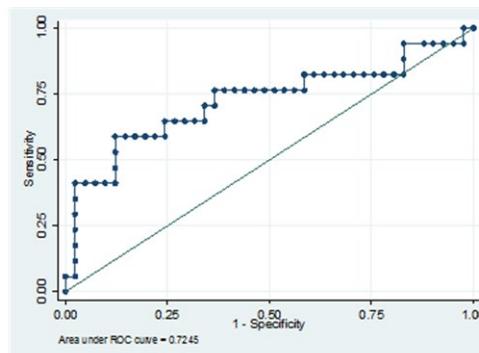
IRA	ODDS RATIO	IC 95%	P
HTA CRONICA	0.64	0.12-3.4	0.6
DBT	0.75	0.07-6.1	0.84
ALBUMINA	0.21	0.047-0.94	0.04
LDH	1.1	1.006-1.04	0.006
BALANCE 48 HS	1.01	1.006-1.05	0.006
APACHE II	1.18	1.04-1.33	0.006
PROTEINURIA	0.99	0.99-1.1	0.3

TABLA 2. Analisis Multivariado

IRA	ODDS RATIO	IC 95%	P
APACHE II	1.15	1.01-1.3	0.029
LDH	1.002	1.002-1.03	0.018

Se determino asociación independiente con LDH y desarrollo de IRA Se confecciono curva de ROC donde se demostro una AUCROC: 0.72, determinando buena capacidad discriminativa para el desarrollo de IRA precoz. (Grafico adjunto.)

**CONCLUSION:** La IRA precoz, es frecuente en los THE, se determinó una asociación independiente con los valores iniciales de LDH y demostró tener una buena capacidad predictiva con el desarrollo de IRA.



	AKI	No AKI	p
n (%)	17 (29)	41 (71)	/
Edad	27±8	24±7	0,11
Peso Teorico	52±5	53±5	0,44
HIE	5(29)	16(39)	0,49
HTA Cronica	2(12)	7(17)	0,61
DBT	1(6)	3(7)	0,84
Edad Gestacional	34±4	35±3	0,21
Ac. Urico	50±20	48±19	0,91
LDH	970±520	590±289	0,0009
		158 (114-)	
Proteinuria	124 (77-390)	425	0,26
APACHE II	15±6	10±4	0,026
Shock	6 (35)	2 (4,8)	0,02
AVM	13(75)	14(34)	0,01
	235 (650-)	1754 (750-)	
Balances 48hs	3050	2541	0,007
Estadia UTI	4 (2-7)	6 (4-9)	0,96
Estadia Hospital	8 (6-15)	11 (7-16)	0,95

### 0405 CORIONCARCINOMA EN EMBARAZO MOLAR PREVIO NO CONTROLADO

Y AMOROSO(1), M TORRES BODEN(2), B ENRIQUETA(2), C COZZANI(2), V PICOLLA(2), D LOPEZ CAMPOS(2), A CACE-RES(2), F MONTERO(2), G JACOB(2), F AMIEVA(2), F FURIAS-SE(2)

(1) Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. (2) Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

**Introducción:** Paciente de 30 años con antecedentes G4P2A1C0 y enfermedad trofoblastica gestacional con embarazo Molar (2017) sin controles posteriores. Ingresó a guardia el 12/03/19 por dolor abdominal de 3 meses de evolución. Se constata normotensa, taquicárdica, palidez de piel y mucosas, abdomen peritoneal. El examen ginecológico revela leucorrea. Por ecografía un miometrio heterogéneo con imagen anecoica, lobulada, de 20 x 25mm en su pared posterior, con flujo vascular. Una TAC de tórax y abdomen mostró múltiples imágenes nodulilares centrolobulilares (árbol en brote), imagen hipodensa de 82 x 63 x 69mm en lóbulo hepático derecho, bazo heterogéneo en polo superior, con líquido libre.

**Desarrollo:** Por sospecha de abdomen agudo hemorrágico se decide laparotomía exploradora que constata hemoperitoneo, útero aumentado de tamaño, ovario derecho roto con sangrado activo, hematoma en segmento VII hepático con laceración y sangrado en napa. Se realiza ooforectomía, lavado de cavidad, packing hepático y cierre. El 13/03 por la lesión hepática, se realiza embolización de la arteria hepática común. A las 24hs, Cirugía Hepática retira packing con hemotasia del lecho quirúrgico. Se recibe resultado de GCH de 2.169.224 UI. Una nueva TAC, 18/03, mostró múltiples opacidades consolidativas y pseudonodulares bilaterales difusas (simil suelta de globos), hígado con área hipodensa cuneiforme con aire subcapsular que realiza con el contraste y probable infarto esplénico. Evoluciona con NAV por ABA, hipoxemia progresiva y shock refractario, por lo que fallece el 25/03.

La biopsia hepática informó hallazgos morfológicamente compatibles con infiltración por coriocarcinoma.

**Discusión:** El 50% de los corioncarcinoma proviene de una mola hidatiforme, por lo que el control posterior de la misma en su búsqueda debe ser realizado hasta los 2 años subsiguientes. En el caso que se presenta la paciente abandonó los controles a los 3 meses.

**Conclusión:** Se trata del caso de una mujer joven con antecedente de enfermedad trofoblástica en un embarazo anterior, del que no se controló adecuadamente según norma, y que se presenta con un compromiso pulmonar y hepático diseminado, que la llevaron a un desenlace fatal.

#### 0406 INFARTO DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR SECUNDARIO A OCLUSIÓN AGUDA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA

N RESA(1), G MAGISTOCHI(2), E ELIAS(2), M TEJADA(2)  
(1) H. Central de Mendoza. (2) H. Central de Mendoza.

**Introducción:** El polígono de Willis presenta variantes en su anatómicas en un 60% de los casos, suele tener relevancia clínica en relación con el aumento en la incidencia de aneurismas, en planificaciones quirúrgicas y ante eventos isquémicos. Es fundamental reconocerlas, pueden marcar pronóstico y modificar conductas terapéuticas según su existencia. Presentamos un caso clínico de un paciente con variante anatómica con una oclusión trombótica de la porción supraclinoidea de la ACI con mala evolución clínica a pesar del tratamiento endovascular.

**Caso clínico:** Paciente masculino, 23 años, antecedente de enfermedad del nodo sinusal congénita. Ingresó por afasia, hemianopsia homónima derecha y hemiparesia facio-braquio-crujal derecha. La TC cerebro mostró una hiperdensidad de la arteria cerebral media izquierda. La angioTC muestra una oclusión total a nivel carótida interna izquierda en su porción supraclinoidea; revelando que la arteria cerebral posterior proviene superior a la lesión.

Se realizó cateterismo con stent y trombectomía mecánica. Evolucionó a un ACV isquémico maligno izquierdo con compromiso del núcleo lenticular, lóbulo temporal, parietal y occipital, requiriendo craniectomía descompresiva. Presenta mala evolución neurológica actualmente internado en clínica médica.

**Conclusiones:** El origen fetal de la Arteria Cerebral Posterior tiene una incidencia del 10% unilateral y 8% bilateral. Resulta de la persistencia de la arteria cerebral posterior embrionaria. Se reconoce por la presencia de una arteria comunicante posterior prominente (de calibre igual o mayor al segmento P1 de la ACP); y provoca que el aporte sanguíneo del lóbulo occipital sea predominante de la Arteria Carótida Interna, lo que hace que su oclusión tenga peor pronóstico que el de un paciente con polígono de Willis normal.

**Referencias bibliográficas:** 1. Madrid Muñoz, Arias Ortega, Cortes Vela, J. C. Garcia Nieto, B. Valentín Martín, J. Gonzalez-Spinola San Gil; Alcazar de San Juan/ES. Estudio de las variantes del Polígono de Willis, 2014

2. Reddy Ravikanth, Babu Philip. Magnetic resonance angiography determined variations in the circle of Willis: Analysis of a large series from a single center. St. John's Medical College, Bengaluru, India, 2017

3. Dra. Ximena González; Dr. Fernando Landó Angiotomografía cerebral: variantes anatómicas más frecuentes del polígono de Willis. Uruguay, 2013.

#### 0407 VASCULITIS DEL SNC EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

CA ARMOA(1), Y SAAD(1), JI RETTA(1), M RUA(1), MR RAMIREZ ARRIETA(2)  
(1) Hospital El Cruce. (2) Hospital El Cruce.

Las leucemias mieloides agudas (LMAs) representan un grupo de neoplasias hematopoyéticas con marcada heterogeneidad genética, etiología diversa y evolución clonal. Las mismas infiltran médula

osea y en determinadas oportunidades, otros órganos o sistemas. La muerte ocurre por hemorragia y/o infección.

Las LMA representan el 15 a 20% de las leucemias agudas en niños y adolescentes y hasta el 80% en los adultos.

La Leucemia Promielocítica aguda es un subtipo de LMA caracterizada por la translocación del gen PML (cromosoma 15) con el gen RAR $\alpha$  (cromosoma 17), generando una proteína de fusión PML-RAR $\alpha$ . La cual conlleva a un bloqueo en la diferenciación mielóide y una acumulación de promielocitos leucémicos.

Representa una emergencia médica con alta mortalidad. Es una entidad que presenta una evolución hiperaguda y una coagulopatía inicial. La cual produce hemorragias, CID y fibrinólisis. Debe ser tratada rápidamente ante la sospecha diagnóstica. El tratamiento dirigido consigue alcanzar la curación, incluso sin exposición a quimioterapia citotóxica.

La introducción del ATRA (ácido all-trans retinoico: derivado de la vitamina A), en el tratamiento ha mejorado los resultados. Presenta efecto citodiferenciador, revierte la coagulopatía, previniendo la mayor causa de muerte durante la inducción. Los efectos adversos mas prevalentes son: Cefalea, sequedad de piel (labios y escroto) y síndrome de diferenciación celular. Siendo los menos frecuentes los que deben ser reportados, por ejemplo la vasculitis.

**Caso clínico:** Paciente de 33 años con LMA promielocítica, quien durante el tratamiento presentó diplopía asociada a la parálisis del recto externo, descartándose compromiso del SNC. Suspendiéndose ATRA ante la sospecha de toxicidad farmacológica. Suma deterioro del sensorio GCS 7/15 y hemiparesia facio-braquio-crujal. En nuevas imágenes: lesión hipodensa a nivel del caudado y en región silviana izquierda con efecto de masa, la cual comprimía el asta frontal del ventrículo homolateral.

Se completan estudios con panel para encefalopatía autoinmune, bandas oligoclonales y panel paraneoplásico en LCR con resultados negativos. En RNM y angiografía digital muestran imágenes arroariadas en arterial cerebral anterior izquierda. Sugiriendo cuadro de vasculitis. Recibe pulsos de corticoides, con mejoría del cuadro. Reingresa por reaparición de síntomas neurológicos. Se realizó biopsia estereotáxica de dichas lesiones, confirmando el cuadro de vasculitis.

#### 0408 FACTORES ASOCIADOS A MORBI-MORTALIDAD INTRA-HOSPITALARIA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE MENINGITIS POST QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL H.I.G.A PEDRO FIORITO

L CAMARGO(1), E CUESTAS(1), M GILLI(1), A CAMELLI(1), E PALERMO(1), D QUECAÑO(1)  
(1) HIGA Fiorito.

**Introducción:** La meningitis post quirúrgica es una complicación infecciosa nosocomial relativamente frecuente, que se acompaña de un incremento de la estancia hospitalaria y de una elevada mortalidad, la incidencia 1.5% en craniectomías, 8.6% post DVE, Se deben considerar: la infección que sigue a la craniectomía, a la colocación de un catéter para monitoreo de presión intracraneana (PIC) o dispositivo de drenaje ventricular externo (DVE).

**Objetivo:** • Analizar mortalidad en una población de pacientes con diagnóstico de meningitis post quirúrgica en el servicio de UTI durante la gestión 2018.

• Valorar características poblacionales y evolución de las mismas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, en pacientes post operatorio neuroquirúrgicos (craniectomía, DVE, PIC) durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018. Se consignaron variables poblacionales, tipo de procedimiento quirúrgico y motivo. Se realizó diagnóstico en relación a características de LCR, cultivo y evolución clínica. Se analizó mortalidad por grupos.

**Resultados:** Se identificaron 42 pacientes con procedimientos quirúrgicos: 26 masculinos (61.9%), 16 femeninos (38.1 %) y edad promedio de 44 años. La causa de los mismos fue: Tumoral 11 (26.1%),

ACV hemorrágico 17 (40.7%), TEC solo 7 (16.6%), TEC asociado a politraumatismo 7(16.6%). Fueron cirugías de URGENCIA 25 (59.3 %)y PROGRAMADAS 17 (40.7%).

Del total de los pacientes se cuantificaron 51 procedimientos, 8 pacientes requirieron 2 o más intervenciones. De ellos fueron: 33 craniectomías (64.7%) , 10 PIC (19.6%),8 DVE (15.6%).

Se diagnosticaron 11 (26.1%) meningitis post quirúrgicas: que corresponden a 9/33 craniectomías (27%), 1/10 PIC (10%), 1/8 DVE (12.5%). De los 42 pacientes intervenidos, hubo 10 óbitos (23.8%) 5 con meningitis (50%). De los sobrevivientes se diagnosticaron 6 episodios de meningitis (18.5%).

De los 11 episodios de meningitis post quirúrgicas (90.9%), estuvieron relacionados con procedimientos de urgencia. Y tuvimos una mortalidad del 45.5%.

En el 54.5% de los episodios no hubo rescate bacteriológico, del resto hallamos: 3 klebsiella (2 carbapenemasa +) 1 E.coli, 1 Acinetobacter. Todos los rescates bacteriológicos fueron sensibles a Meropenem y Colistin.

**Conclusiones:** Se observó una alta incidencia de meningitis post quirúrgica y una alta mortalidad sobre todo en procedimientos de urgencia. Se deberá buscar los factores asociados para disminuir las tasas y mejorar la calidad de atención.

**Bibliografía:**

- 1.- Kuo-Hsing Liao a,b, Jia-Yi Wang c, Hui-Wen Lin d, Tai-Ngar Lui a, Kai-Yun Chen e, Risk of death in patients with post-traumatic cerebrospinal fluid leakage:Analysis of 1773 cases, Journal of the Chinese Medical Association 79 (2016) 58e64
- 2.- Irene S. Kourbeti, MD, PhD, 1 Antonis F. Vakis, MD, PhD, 2 Panayiotis Ziakas, MD, PhD, 3-Dimitris Karabetsos, MD, 2 Evangelos Potosidis, MD, 4 Silvana Christou, MD, 5 y George Samonis, MD, PhD , Las infecciones en los pacientes sometidos a craneotomía: factores de riesgo asociados con la meningitis después de la craneotomía, J Neurosurg 122: 1113-1119, 2015
- 4.-Infections in a patient undergoing craniotomy:risks factors associated with post-craniotomy meningitis. Kouberti I.J.Neurosurg 2015 (122:1113-1115)
- 5.- Risks factors for adult nosocomial meningitis after craniotomy: role of antibiotic prophylaxis. Korinek AM. Neurosurgery 2006;59(1):126
- 6.-Assessment of risk factors for external ventricular drainage-induced infections in neurosurgery. Feng Shang. Int J Clin Exp Med 2018;11(11):12664-12669
- 7.- Depressed fractures of skull: An institutional series of 453 patients and brief review of literature. Prakash A. Asian journal of neurosurgery 2018;13(2):222-226
- 8.-Corzo, Lién de los Ángeles - Silvana Svampa. Diagnostico y tratamiento de la meningitis posquirúrgica y ventriculitis en pacientes adultos. Hospital Provincial Neuquén 2009
- 9.-Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine. Vol 1. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.
- 10.-A. Ramos-Martínez; T. de las Heras-Carballo; C. Fernández-Mateos\*; L. de Reina\*; T. Álvarez de Espejo-Montiel;N. Escamilla-Fernández; I. Sánchez-Romero\*\* e I. Millán, Meningitis postquirúrgica. Características diferenciales de la meningitis aséptica post-quirúrgica, Neurocirugía2009; 20: 103-109
- 11.-Lain Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1998.

## 0410 PULMÓN DE CRACK

G GALINDEZ(1), M MONTENEGRO(1), G BREITLING(1), R DAMATO(2), C VARGAS(1), M VILLEGAS(1), K SOSA(1), J POLLINI(1), J CASTAGNINO(3)

(1) Sanatorio de la Providencia. (2) Sanatorio de la Providencia. (3) Santorio de la Providencia.

**Introducción:** El término pulmón de Crack se refiere a un síndrome pulmonar agudo de naturaleza inflamatoria que se presenta en el contexto del consumo de cocaína fumada en su forma base libre (Crack) o pasta base (PACO). Se puede presentar hasta 48 hs después del último consumo. Se asocia con fiebre, hipoxemia hemoptisis, infiltrados alveolares difusos y fracaso respiratorio.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 25 años que ingresa a la unidad de terapia intensiva por cuadro de excitación psicomotriz con rhabdomiólisis que requiere de sedación. Antecedente de

consumo crónico de cocaína (fumada y snifada). Último consumo 6 hs previas a la consulta. A las 48 hs y durante la internación evoluciona con un episodio de hemoptisis, hipoxemia con infiltrados radiológicos alveolares que comprometen 3 cuadrantes. Se procede a la intubación orotraqueal y conexión en asistencia ventilatoria mecánica. Evoluciona con parámetros de SDRA. Manejo del mismo con maniobras de reclutamiento alveolar y decúbito prono. Se realiza traqueostomía por ventilación prolongada. Múltiples intercurencias infectológicas. A los 30 días se deriva a dispositivo de salud mental para trastornos por consumo de sustancias.

**Discusión:** La cocaína es una de las drogas ilícitas más utilizadas entre los pacientes que se presentan en el servicio de urgencias y es la causa mas frecuente de muerte relacionada con drogas ilegales. Varios problemas respiratorios se asocian con el uso de cocaína, como el pulmón de crack, el neumotórax, la neumonía broncoaspirativa y la neumonía eosinofílica.

**Conclusión:** El manejo del Pulmón de Crack es principalmente de soporte para mantener una adecuada oxigenación. Muchos pacientes requieren apoyo ventilatorio invasivo o no invasivo. Se reporta este caso como recordatorio para reconocer la enfermedad respiratoria única en un paciente con abuso de cocaína.



## 0411 SINDROME DE HIPEREOSINOFILIA - CHURG STRAUSS

F IRADES(1), C GALLETTI(1), E MINOLDO(1), A MARIA JOSE(1), L BIELSA(1), R MACHADO(1), N KESSLER(1), F MALDONADO(1)

(1) Sanatorio Allende.

**Introducción. Objetivo:** El síndrome de hipereosinofilia es un trastorno que comprende un grupo heterogéneo de enfermedades, caracterizadas por eosinofilia periférica mayor a 1500/uL. Se puede manifestar con lesiones cutáneas inespecíficas, fatiga, compromiso neurológico, hasta fibrosis endomiocárdica

**Reporte de caso:** Masculino de 51 años de edad con antecedentes de asma bronquial y poliposis nasal diagnosticada hace 1 año apro-

ximadamente, tratada con terapia corticoidea con escasa respuesta. Visto por servicio de neumología quienes objetivan en laboratorio hipereosinofilia.

En los 2 últimos meses previo a su ingreso presentó dolor en articulaciones de muñecas, manos y pies, boca seca e hinchazón en párpados. Diez días previo a su ingreso empeora sintomatología y agrega fiebre que se repite diariamente, pérdida de peso e inestabilidad de la marcha. Ingresa a sala común para diagnóstico y tratamiento donde evoluciona con alteración del sensorio. Al ingreso a UTI en el examen físico se encuentra bradipsiquia, confusión y petequias en región ventral y dorsal del tórax. Se toman cultivos por sospecha de endocarditis y se realiza TAC de cerebro, se observa a nivel frontotemporal de manera bilateral y a nivel de la corona radiada se visualizan algunos focos hipodensos puntiformes, de aspecto lacunar. RM cerebro múltiples focos isquémicos con transformación hemorrágica.

Se solicitan panel inmunológico con: Ac-ANCA (-) Ac-Antinucleares (-) AC-Anti DNA (-) IgE 1954 AC Anti PR/MPO (-) Complementemia C3 182 C4 20% Factor reumatoideo 120. B2 Microglobulinemia 3.4. Evoluciona favorablemente y se solicita su pase a sala común.

**Discusión. Conclusiones:** El síndrome de Churg Strauss es una vasculitis necrotizante sistémica de etiología desconocida que afecta vasos sanguíneos de pequeño y mediano tamaño. No existe una prueba específica que pueda confirmar este síndrome. Además, los signos y los síntomas son similares a los de otras enfermedades, por lo que puede ser difícil diagnosticarlo. El tratamiento de primera línea es la terapia con corticoides. En pacientes no respondedores a corticoides se suele utilizar ciclosporina u otras moléculas como mepolizumab, imatinib. El caso tuvo respuesta regular a corticoides.

#### 0412 BROTE DE BACTERIAS CARBAPENEMASA DE TIPO METALOBETALACTAMASA CON ANALISIS DE MORBIMORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PEDRO FIORITO

D QUECAÑO(1), LG CAMARGO(1), E CUESTAS(1), JM RIPPOLL(1), R ROMANO(1), SB FERNÁNDEZ(1), MS GILLI(1) (1) HIGA Fiorito.

**Introducción:** La emergencia de bacterias productoras de carbapenemasas de tipo Metalobetalactamasas son un verdadero problema de salud pública mundial. Este mecanismo de resistencia limita las opciones terapéuticas. En Argentina existen reportes aislados desde el 2014.

**Objetivo:** Describir y analizar todos los episodios de infección y colonización por bacterias de tipo metalobetalactamasa que se produjeron desde mayo de 2018 a enero de 2019, causando un brote nosocomial. Valorar la morbilidad y la mortalidad de los episodios.

**Materiales y métodos:** Se analizó en forma retrospectiva, observacional, en una base de datos a todos los pacientes admitidos en UCI desde mayo de 2018 a enero de 2019; aquellos que desarrollaron infección y colonización por bacterias productoras de carbapenemasas de tipo metalobetalactamasa. Se analizaron variables poblacionales, mortalidad, APACHE II, score de SOFA, dos días antes y dos días después del diagnóstico; tipo de bacteria y sensibilidad predominante y foco de infección.

**Resultado:** Ingresaron al estudio 17 pacientes, presentaron 23 episodios (17 infecciones y 6 colonizaciones). 61% fueron hombres y 39% mujeres, con edad promedio de 50 años, un APACHE II promedio de 17.6, score de Charlson promedio de 2.4 y una mortalidad global de 43.4%.

Los sitios de infección se muestran en la tabla 1 predominando la ITU con 23.5%. Se rescató un 57% de Klebsiella Pneumoniae, 26% de Pseudomonas, 4% de Serratia y 13% combinados Klebsiella y Pseudomonas, como se muestra en el gráfico 1. El 82% de los rescates fueron sensibles a Colistin, siendo el resto sensibles a Tigeciclina, Fosfomicina o Gentamicina.

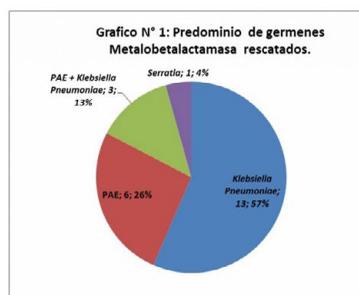
Analizando los score de SOFA como parámetro para valorar evolución según las fallas orgánicas se observó un 70% de los episodios

no aumentaron las fallas orgánicas luego del diagnóstico (5 colonizados (31%); y 11 infectados, 69%) y un 30% tuvieron más fallas orgánicas luego del episodio (1 colonizado, 14%; y 6 infectados, 86%). De los pacientes infectados cuyo SOFA empeoró solo el 33% falleció. Y de los pacientes infectados cuyo SOFA no empeoró, falleció el 54%.

**Conclusiones:** Se puede inferir que el episodio de infección por agentes con resistencia de tipo metabetapactamasa no aumentaría la morbilidad ni la mortalidad.

Tabla Nº 1: Sitio de infección de bacterias metalobetalactamasa en pacientes que desarrollaron bacteremia.

SITIO DE RESCATE	HMC +	HMC -	N: 17	PORCENTAJE (%)
Hemocultivo	1	-	1	5,8%
Infección de sitio Qx	1	-	1	5,8%
MINIBAL	1	1	2	11,7%
MINIBAL + Orina	2	-	2	11,7%
Orina	1	3	4	23,5%
Catéter AVC + Orina	1	-	1	5,8%
Catéter	3	-	3	17,6%
Líquido Abdominal	-	1	1	5,8%
LCR	-	2	2	11,7%



#### BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Sitio web de la Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2001 [cited 2017 10 14]. Available from: [http://www.antiinfectivos.msssi.gub.es/PDF/resist\\_OMS\\_estrategia\\_mundial\\_cont\\_resistencia.pdf](http://www.antiinfectivos.msssi.gub.es/PDF/resist_OMS_estrategia_mundial_cont_resistencia.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. Sitio web. Online. April 2015. ISBN 978 92 94 15 0494 [https://apps.who.int/iris/handle/10665/163488/9789294150494\\_eng.pdf?ua=1&jsessionid=744D51509E8D0320824592817720C8B07?sequence=1](https://apps.who.int/iris/handle/10665/163488/9789294150494_eng.pdf?ua=1&jsessionid=744D51509E8D0320824592817720C8B07?sequence=1)
- Dra. Dianelys Quiñones Pérez, Dr. C. Departamento Bacteriología-Micología, Emergencia de carbapenemasa tipo kpc y Nueva Delhi Metalobetalactamasa - 1, en cuba, BOLIPK Vol.24 Num.09 Pag. 04, Marzo, 2014.
- Programa Nacional de control de calidad en bacteriología, INEI-ANLIS, Dr. Carlos G. Malbrán, Emergencia de Carbapenemasa de tipo NDM en Argentina. Boletín informativo N°3, Junio de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Carbapenemasa tipo New Delhi metalobetalactamasas (NDM), 7 de marzo de 2014. Sitio Web: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=full&layout=carbapenemasa-24028&Itemid=2708&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=full&layout=carbapenemasa-24028&Itemid=2708&lang=es)
- Tamara Velázquez Portaf, Dalia Lau Bonilla2. Detección de los genes de carbapenemasas blaKPC y blaNDM en aislamientos de Klebsiella pneumoniae del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala. Revista Científica [Vol.26 No. 2] Año 2017.
- Amber Martin,1 Kyle Fahrback,1 Qi Zhao,2,a and Thomas Lodise3,1Evidera, Waltham, Massachusetts; 2Allergan plc, Madison, New Jersey; 3Albany College of Pharmacy and Health Sciences, Albany, New York, Association Between Carbapenem Resistance and Mortality Among Adult Hospitalized Patients With Serious Infections Due to Enterobacteriaceae: Results of a Systematic Literature Review and Meta-analysis, June 2018.
- Yolanda Gil-Romero, Nuria Sanz-Rodríguez, María Almagro-Molló y José Luis Gómez-Grasmá. Nueva descripción en España de un portador de Klebsiella pneumoniae productora de una carbapenemasa NDM-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.10.009>, Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(6):414-419.
- Christian Resurrección-Delgado1,a, Juan José Montenegro-Ildrogo1,3,b, Alfredo Chiappe-González1,a, Renzo Vargas-González1,3,b, Carolina Cudro-Espinoza2,c, Dick Henry Mamani-Condori2,d, Luz María Huairo-Valdivia2, Klebsiella pneumoniae NUEVA DELHI METALO-BETALACTAMASA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, PERÚ, 2017.34(2):261-7. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2615. Mayo de 2017.
- MD, PhD; Elena Salamanca, MD; Marina de Cueto, MD y cols. A Predictive Model of Mortality in Patients With Bloodstream Infections due to Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae. *Beilen Gutiérrez-Gutiérrez, Mayo Clin Proc.* n October 2016;91(10):1302-1311 n <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.06.024> www.mayoclinicproceedings.org n © 2016 Mayo Foundation for Medical Education and Research.
- Chai Chyun Sheu,1,2, Ya-Ting Chang,2,3, Shang-Yi Lin,2,3, Yen-Hsu Chen,2,4,5,\* and Po-Ren Hsueh,6,7,\*. Infections Caused by Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae: An Update on Therapeutic Options, January 2019 | Volume 10 | Article 80.
- Angela Cano,1,a,b Belén Gutiérrez-Gutiérrez,2,a,b Isabel Machuca,1 Irene Gracia-Añfufier, 3,b Elena Pérez-Nadales,4,b Manuel Causse,3,b Juan José Castán, 1,b Julia Guzmán-Pacheco,3 Juliano Torre-Giménez,1 Lara Kndelán,1 Luis Martínez-Martínez,3,b Jesús Rodríguez-Baño,2,b and Julian Torre-Cisneros,1, Risks of Infection and Mortality Among Patients Colonized With Klebsiella pneumoniae Carbapenemase-Producing K. pneumoniae: Validation of Scores and Proposal for Management. Downloaded from <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/68/10/1204/4605277> by guest on 24 April 2019.
- Peter M. Hawkey1\*, Roderic E. Warren2, David M. Livermore3, Clodna A. M. McNulty4, David A. Enoch5, Jonathan A. Otter6 and A. Peter R. Wilson7, Treatment of infections caused by multidrug-resistant Gram-negative bacteria: report of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy/Healthcare Infection Society/British Infection Association Joint Working Party. *J Antimicrob Chemother.* 2016; 73 Suppl 3: i2-i78. doi: 10.1093/acinf/027
- Zara Raseel Palacios-Saenz1,1, Belén Quiñones-Saenz1,1, Marina De Cueto1,2, y cols. Development and validation of the INCREMENT-ESBL predictive score for mortality in patients with bloodstream infections due to extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae. *J Antimicrob Chemother.* 2017; 72: 909-913. doi: 10.1093/acinf/kw513 Advance Access publication 20 December 2016.

#### 0413 VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES SÉPTICOS REALIZADA POR INTENSIVISTAS

DI IVULICH, B LEONE(1), FA SOSA(1), JM WEHIT(1), F DEKETE-LE(1), A MATARRESE(1), JJ FOLCO(1), JD OSATNIK(1)  
(1) Hospital Alemán.

**Introducción:** El sistema cardiovascular se ve afectado tanto por la sepsis como el shock séptico, y éste se ha asociado a mayor mortalidad. La disfunción miocárdica se produce en hasta la mitad de los pacientes con sepsis y shock séptico y la ecocardiografía y los biomarcadores al momento del diagnóstico suelen ser herramientas útiles para valorar el factor pronóstico.

**Objetivos:** Identificar la asociación entre la disfunción y los marcadores cardíacos con la mortalidad en pacientes sépticos ingresados a la unidad de cuidados críticos.

**Métodos:** Se evaluó prospectivamente una cohorte de pacientes con sepsis y shock séptico. La función sistólica fue definida como: normal >55%, deterioro leve 45-54%, moderado 30-44% y severo <30%. Sepsis y shock séptico fueron definidos de acuerdo a los criterios de sepsis 3. Los scores de SOFA y APACHE-II fueron calculados al momento de la admisión con el diagnóstico de sepsis.

**Resultados:** 59 pacientes fueron incluidos. La edad media fue 67.3±16.6 años, 27(45.8%) fueron mujeres. El tiempo de estadía media en UTI fue de 8 días (rango, 2-49). La mortalidad en UTI fue del 22.0% (n=13). Treinta y tres pacientes (56%) tuvieron shock séptico. Treinta y ocho (66.7%) mostraron disfunción diastólica (DD), trece (22%) mostraron disfunción sistólica moderada (DSm) y un paciente (1.7%) tuvo disfunción sistólica severa. El SOFA a la admisión y el SOFA máximo fueron significativamente más altos en los no sobrevivientes que en los sobrevivientes: 8.6±4.0 vs. 5.7±2.1, P=0.0009, respectivamente y 12.1±4.6 vs. 7.0±2.6, P=0.000, respectivamente. El Apache II fue 21.3±7.9 vs. 15.9±14.2 en no sobrevivientes vs. sobrevivientes, respectivamente, P<0.05, troponina-T fue 91.9±121.5 vs. 117.9±197.4 ng/ml (P>0.05), y procalcitonina fue 25.1±41.7 vs. 22.6±34.5 ng/ml (P>0.05).

**Conclusiones:** En nuestro análisis preliminar de una pequeña cohorte de pacientes, la disfunción miocárdica no estuvo asociada a mayor mortalidad, si lo estuvo el score de SOFA. Continuar evaluando la disfunción miocárdica en esta población de pacientes con un mayor tamaño muestral es necesario para determinar el verdadero valor predictivo de la ecocardiografía realizada por el intensivista al lado de la cama del paciente.

#### 0414 ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

PN TABORDA(1), DR CARRANZA(1), RA QUINTEROS(1), MA GARCIA(1), ML BUENO(1), NS BONETTO(1), MS CARRIZO(1), JJ ORTEGA(1), RS ROJAS(1), CM FERREYRA(1), MP RUIZ(1), JC CELIA(1)  
(1) Regional Víctor Sanguinetti.

**Introducción:** Los abscesos cerebrales pueden ser una catástrofe si no se identifican y tratan. Ante la presencia de lesiones anulares parenquimatosas del sistema nervioso central (SNC), entre los diagnósticos diferenciales se encuentran tuberculomas, abscesos piógenos, toxoplasmosis, neurosífilis, hidatidosis, y neoplasias primarias o secundarias del SNC. El diagnóstico basado en la sospecha clínica es difícil.

**Presentación de caso:** Mujer de 23 años, de Bolivia, antecedentes de Chagas y pérdida de peso. Ingresa a UTI por cefalea, vómitos de 15 días y las últimas 48 hs paresia braquial derecha y afasia mixta, TC de encéfalo: lesión ocupante de espacio redondeada izquierda. Inicia tratamiento con corticoides y anticonvulsivante. Se externa a clínica. Se realiza RMN de cerebro c/espectroscopia: múltiples lesiones focales supra e infratentoriales bilaterales con realce anular, patrón toxoplasmosis/absceso piógeno. Inicia tratamiento para

toxoplasmosis y gérmenes comunes. Se programa biopsia estereotáxica. Intercurre con deterioro neurológico y convulsión; reingresa a UTI, requiere AVM por 24 hs. Continúa con tratamiento antimicrobiano y corticoides, se realiza punción lumbar, LCR 58 cel./mm<sup>3</sup> glucosa 0.6 g/dl proteínas 174 mg/dl láctico 3,8 mmol/l tinta china negativa. Se envía sangre y LCR para PCR, criptococo, anticuerpos toxoplasmosis. HIV negativo. Realiza tratamiento para gérmenes comunes y toxoplasmosis, este último suspende al día 12 por recibir resultado negativo. Hemocultivos múltiples negativos. Cultivo de LCR para gérmenes comunes negativo. RMN de cerebro c/espectroscopia: 5 lesiones nodulares focales con baja señal y flair con realce anular luego del contraste. Espectroscopía patrón sugestivo de degeneración quística/absceso. Deterioro neurológico progresivo, febril persistente, tratamiento con vancomicina, meropenem, Metronidazol, AVM, medidas antiedema; LCR 150 cel.linf 45%, Nf 55%, glucosa 0.6 g/dl, proteínas 3 g/dl; evoluciona a muerte encefálica a los 25 días. Familiares niegan realizar autopsia. LCR posmortem PCR positivo para Mycobacterium Tuberculosis e IgG positiva para Trichinella spiralis.

**Conclusión:** Los tuberculomas cerebrales múltiples son una forma de presentación de tuberculosis extrapulmonar infrecuente en pacientes inmunocompetentes y puede confundirse con otras etiologías de abscesos cerebrales. El diagnóstico diferencial de la neurocisticercosis en regiones endémicas puede ser difícil.

En estas patologías pleomórficas, es mandatorio utilizar herramientas diagnósticas auxiliares; entre ellas neuroimágenes. La RMN permite sospechar e iniciar tratamiento precoz evitando secuelas neurológicas.

#### 0415 AFECTACIÓN MULTISEGMENTARIA MEDULAR POR LUPUS EREMATOSO SISTEMICO

P TAPIA LARA(1), Y PEREZ REY(1), T JUHASZ(1), P AGUSTINA(1), N QUETGLAS(1), M PADILLA(1), M JAUREGUIBERRY(1), L TUMINO  
(1) Higa San Martin.

**Introducción:** El lupus neuropsiquiátrico consiste en una amplia gama de trastornos focales y difusos del sistema nervioso, afecta hasta un 75% de los pacientes con LES. No existe una única prueba diagnóstica; la clínica, pruebas serológicas y neuroimágenes deben combinarse para apoyar el diagnóstico.

**Caso clínico:** Mujer, 20 años, 2 gestas, sífilis (2016) no tratada, que consulta por cefalea, fiebre y vómitos, retención urinaria, lumbalgia y debilidad MMII (2 días de evolución), refiere astenia, y pérdida de peso, asociados a ideas paranoides, aislamiento y descuido persona. Examen físico: máculas hiperpigmentadas en tronco/miembros, obnubilada, paresia VIpar, nistagmus, rigidez de nuca, atonía e hipoestesia MMII, nivel sensitivo T7-8. Compromiso esfinteriano urinario. Se interpreta como ME autoinmune/infeciosa. Se solicitan RM encefálo y médula (fig.1), PL, serologías e inmunológico. Inicia tratamiento con ceftioxona, gammaglobulina; ingresa a UTI por insuficiencia respiratoria secundaria a sobrecarga de volumen, se inicia ARM, y se suspende Gammaglobulina. Se obtiene los resultados de laboratorio: Plasma:leucocitosis, VDRL+, ERS52mm. LCR: Células 400/mm<sup>3</sup>, Proteínas 1,25gr/l, glucosa 0,12gr/l, IgG LCR/plasma 45,5/1360 mg/dl IgGindex:1,32. PCR neurovirus, Cultivo, VDRL, PCRTBC, Antigenorraquia criptococo: No reactivos. Inmunológico: FAN: 1/2560. Anti-SSA y Anti-SSB: Positivo, FTAabs: negativos.

Suspende ATB. Inicia pulso de GC (completa).

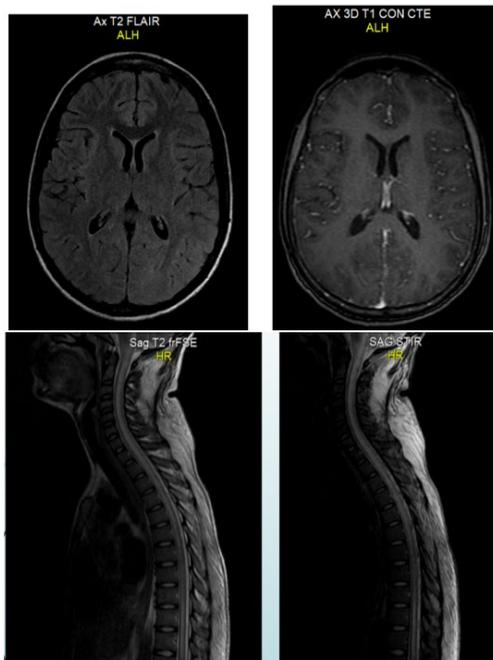
**Diagnóstico:** Mielitis multisegmentaria secundaria a LES; inicia: Ciclofosfamida-500mg, Plasmáféresis (9 sesiones), Dexametasona 8mg/día.

**Actualización:** La incidencia es de 1-2% de pacientes con LES con afectación neurológica. La clínica consiste en paraparesia aguda o subaguda, con flacidez inicial seguida de espasticidad y nivel sensitivo. Trastornos autonómicos:urgencia urinaria, incontinen-

cia vesical o fecal y disfunción sexual. Es frecuente el compromiso a nivel torácico (sector de vasos de menor calibre de la vasculatura medular y más vulnerable a trombosis). El método diagnóstico más sensible es la RNM: lesión hiperintensa en T2. En el LCR: Pleocitosis e IgGindex; Serología específica: ANA, anti-dsDNA, ENA, anti Sm, aPLs.

Tratamiento: glucocorticoides y/o inmunosupresores, el tratamiento anticoagulante/antitrombótico se debería utilizar cuando están presente anticuerpos antiofílipídicos. Se recomienda instauración temprana de metilprednisolona a altas dosis y ciclofosfamida, aún en los casos en que el LCR sugiera meningitis. Casos refractarios: adición de plasmáferesis. Alta tasa de recurrencia (21-55%), remisión parcial 50% y recuperación completa 7-27,8%.

**Conclusiones:** Si bien la mielitis transversa secundaria a LES no es frecuente, se debe tener presente en pacientes jóvenes con afectación multisegmentaria de la médula espinal. Es importante destacar la instauración temprana del tratamiento, a pesar de que el pronóstico es desalentador en estos pacientes.



#### 0416 VALOR DE CO<sub>2</sub> AL INGRESO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD

DR CARRANZA(1), PN TABORDA(1), MA GARCIA(1), RA QUINTEROS(1), ML BUEMO(1), NS BONETTO(1), MS CARRIZO(1), JJ ORTEGA(1), RS ROJAS(1), CM FERREYRA(1), MP RUIZ(1), JC CELIA(1)

(1) Regional Víctor Sanguinetti.

**Introducción:** Desde hace muchos años se utiliza la medición de CO<sub>2</sub> arterial dentro de las primeras 24hrs como parte de la evaluación de diferentes scores (APACHE II, etc), además de ser utilizado como parámetro de calidad de asistencia ventilatoria mecánica.

Sin embargo, nuestra interrogante es: ¿Existe un valor aislado de CO<sub>2</sub> arterial que se pueda correlacionar con mortalidad intraunidad?

**Objetivo:** Determinar el posible valor de CO<sub>2</sub> arterial al ingreso hospitalario y que se relacione con aumento de mortalidad.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo 2017-2018, valor y outcome de todos los pacientes ingresados a la unidad de cuidados críticos adultos del Hospital Regional "Victor M. Sanguinetti", Comodoro Rivadavia, Chubut.

Fuente de datos: SatiQ.

**Resultados:** Se analizaron un total de 772 pacientes, ingresados en un período de 2 años (2017-2018), de los cuales 180 (23,31%) fallecieron y 592 (76,68%) sobrevivieron. No se discriminó por patología de ingreso, solamente tuvimos en cuenta el valor de CO<sub>2</sub> arterial al momento del ingreso (no se incluyen variables de compensación). Los pacientes que sobrevivieron tuvieron un promedio de valores de CO<sub>2</sub> 11% más bajos que los pacientes que fallecieron (4,4); la mediana de CO<sub>2</sub> se mantuvo equivalente en ambos lados de la tabla (35).

Valor promedio CO<sub>2</sub> Sobrevivientes: 36,4 (p0,02 / IC95 0,5-0,6).

Valor promedio CO<sub>2</sub> Fallecidos: 40,8 (p 0,03 / IC95 0,366-0,51).

**Conclusiones:** Dados los resultados podemos concluir que los pacientes cuyo valor de CO<sub>2</sub> al ingreso a la unidad se mantiene por debajo de 36mmHg, tiene 3 veces menos posibilidades de morir que un paciente cuyo valor supere los 40mmHg, diferencia absoluta de riesgo 1,5%. (0,015)

#### 0417 ESTADO PREVIO Y SEGUIMIENTO POST ALTA DE UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A SALUD

P PEDACE(1), D VILLALBA(1), P DIAZ BALLVE(2), M SCRIGNA(1), J COLLINS(1), AP ROCCO(1), A MATEA(1), L ÁREAS(1), N GOLFARINI(1), G GIL ROSSETTI(1), M HANNUN(1), P PINI(1), S BONI(1), S GRIMALDI(1), P TOCALINI(1), J CURIA(1), E PEREZ CALVO(1), M ANDREU(3), R RODRIGUES LA MOGLIE(1), P BUÑIRIGO(1), D NOVAL(1), F PLANELL(1)

(1) Clínica Basilea. (2) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. (3) Universidad Nacional De La Matanza.

**Introducción:** Los avances en los cuidados intensivos han aumentado la tasa de supervivencia generando una creciente población de pacientes críticos crónicamente enfermos. Dichos pacientes experimentan detrimentos potencialmente persistentes en la función física, la cognición y en su salud mental. Este conjunto de alteraciones, conocido como síndrome post-terapia intensiva, puede persistir luego del alta hospitalaria y generar modificaciones a nivel de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS).

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es describir los efectos de la enfermedad crítica y el cuidado posterior en un centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR) sobre la CVRS del paciente a través de la evaluación del estado previo al ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el seguimiento a los 6 meses de alta médica del CDVMR.

**Materiales y método:** Estudio de cohorte prospectivo, descriptivo y longitudinal. Se registraron consecutivamente datos de todos los pacientes ingresados al CDVMR a partir de enero del 2018 y que lograron el alta domiciliaria del CDVMR. La variable principal CVRS fue medida con EuroQol-5D-5L.

**Resultados:** 15 pacientes completaron los 6 meses de seguimiento. La mediana de edad fue de 57 años, 46,7% hombres, el 73,3% con motivo de ingreso médico a UCI. Pre UCI los pacientes tenían una mediana de EQindex de 0,90 y FIM de ingreso al CDVMR de 35. Al período de seguimiento, las medianas de EQindex 0,53 y de FIM 81 (p=0,027 y p=0,001 respectivamente). Las diferencias pre-post del EuroQol-5D-5L en la esfera de actividades cotidianas, cuidado personal, y movilidad fueron de -2,625 p=0,009, -2,354 p=0,019, -2,14 p=0,032, respectivamente.

El 60% ingresó con requerimiento de ventilación mecánica invasiva y todos fueron desvinculados y decanulados. El 33,3% requirió reinternación desde el alta del CDVMR. El 80% recibió rehabilitación física, y el 40% consultó con salud mental. El 86,6% trabajaba preUCI y sólo el 26,6% logró reinscripción laboral.

**Conclusión:** La CVRS se alteró en todos sus dominios. A pesar de que la funcionalidad durante la internación mejoró con respecto al alta, los dominios más afectados fueron movilidad, actividades cotidianas y cuidado personal.

**0418 REANIMACION CARDIOPULMONAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS EN ARGENTINA**  
M CYUNEL(1), G GONZALEZ(1), P NEIRA(1), E MONTEVERDE(1)  
(1) Gutierrez.

El paro cardiopulmonar (PCR) es un evento infrecuente en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) del que poco se conoce en nuestro medio. Con el objetivo de evaluar las características de los pacientes que presentan PCR en una UCIP polivalente de un hospital pediátrico y analizar las características de acuerdo al resultado (supervivencia al egreso de la UCIP), se realizó un estudio retrospectivo, observacional, monocéntrico de pacientes reanimados al ingreso o durante su internación entre enero 2017 y abril 2019. Se recolectaron datos de la historia clínica en un formulario específico. Las variables se expresaron como mediana y rango intercuantil o cantidad y porcentaje. Las comparaciones se llevaron a cabo a través de test de suma de rangos de Wilcoxon o test Chi<sup>2</sup>.

Se registraron 51 eventos en 43 pacientes. Tuvieron una edad de 14 meses (7-39) y 26 (60,5%) fueron varones. La causa del PCR fue respiratoria en 46,5%, circulatoria en 14%, neurológica en 7%, desconocida en 11,6% y no registrada en 20,9%. El 80,9% de los paros fue cardiológico y el 19,1% respiratorio. El tiempo desde el ingreso a la UCIP hasta el PCR fue de 9,5 días (1-47). Los ritmos pre PCR más frecuentes fueron asistolia (48,4%) y bradicardia (32,3%). La duración del PCR fue de 2 minutos (0-8). En 9 casos se registró una duración superior a 15 minutos (17,6%), en 6 superior a 20 (11,8%) y en un caso, superior a 30 minutos (2%). La mortalidad (considerando un episodio por paciente) fue de 30,2% (n=13). El 84,7% (n=39) de los pacientes tuvo al menos una comorbilidad (oscilaron entre 1 y 4 por paciente). De acuerdo con la categoría, las principales comorbilidades fueron genéticas (n=11, 25,6%), neurológicas (n=10, 23,3%) y cáncer (n=8, 18,6%).

En el análisis bivariado, la edad, el sexo, la etiología, el ritmo y la distribución de comorbilidades no fueron significativamente diferentes entre los sobrevivientes y los fallecidos. La única variable que mostró asociación con este resultado fue la duración del PCR hasta el retorno a la circulación espontánea: 1,25 minutos (0-38) vs. 3,5 minutos (2-19) p=0,041.

**0419 LA NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES (NI) COMO UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA**  
G MENDEZ, V OCAÑA(1)  
(1) Hospital Público Materno Infantil.

**Introducción:** La seguridad del paciente es un principio fundamental en la atención sanitaria. Los eventos adversos (EA) asociados a la asistencia sanitaria se encuentran entre la 3ª y 6ª causa de muerte. Los sistemas de NI permiten que el personal sanitario reporte errores detectados durante la asistencia. Esta información es analizada y sirve como herramienta de aprendizaje permitiendo incorporar barreras y mejoras en la atención. El Comité de Seguridad del Hospital Público Materno Infantil (HPMI) implementa el sistema de NI en junio del 2017.

**Objetivos:** 1- Mejorar la seguridad en los procesos de atención en la Terapia Intensiva Pediátrica (TIP). 2- Identificar y clasificar los incidentes más notificados.

**Tipo de diseño:** Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo.

**Material y método:** El Comité de Seguridad diseñó un "Protocolo de Notificación de Incidentes" que incluía un formulario para tal fin. Se socializó el mismo a través de talleres y se colocó un buzón para que se colocaran las notificaciones. Las que luego fueron

recolectadas y analizadas por el Comité. Se incluyeron para el trabajo las notificaciones recolectadas durante junio del 2017 a mayo de 2019. Los EA se clasificaron: Impacto sobre el paciente (4 categorías): casi falla, error sin daño, daño reversible, daño irreversible y/o muerte. Tipo de Incidente (3 categorías): errores de medicación, de la comunicación efectiva y a la falta y/o incumplimiento de protocolos.

**Resultados:** Se reportaron 203 incidentes, se excluyeron 14. Total de EA: 189. Provocaron daño reversible 45% (85), 30% (55) error sin daño y un 3% (7) daño irreversible y/o muerte. Los relacionados con la medicación 50% (94), con falta y/o incumplimiento de protocolos 48% (91) y un 2% (4) vinculados a la comunicación efectiva. Los eventos que determinaron daño irreversible y/o muerte fueron por falta y/o incumplimiento de protocolos. El 42% de lo EA relacionados con la medicación fue detectado por enfermería y más del 70% fueron errores en la prescripción.

Mejoras incorporadas: prescripciones digitalizadas, auditoría de prescripciones por farmacia, protocolos de prevención de IACS, hoja de traspaso de pacientes, etc.

**Conclusión:** El reporte de incidentes debe ser visto como una herramienta para la mejora continua y la comunicación efectiva.

**0420 PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ARGENTINA**  
L TUMINO, C BALASINI(1)  
(1) Higa San Martín.

**Introducción:** El Síndrome de Burnout (SB) es una enfermedad laboral declarada por la OMS que repercute en el grado de calidad de los servicios prestados, además de trascender al entorno familiar y social con resultados negativos. Se han descrito factores de riesgo para los trabajadores de la salud. Conocer la percepción de estos es de suma relevancia para poder identificar posibles intervenciones a fin de disminuir la incidencia del síndrome.

**Objetivo:** Determinar que circunstancias se perciben como factores de riesgo para SB entre los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

**Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico mediante una encuesta distribuida por las redes sociales, mail y whatsapp. Se suministró una lista de factores de riesgo obtenidos de la bibliografía publicada con opción abierta para sugerir otros. Los resultados se presentan como porcentajes y valores absolutos. Las comparaciones se efectuaron con test de Chi<sup>2</sup>; para comparaciones múltiples se utilizó la corrección de Bonferroni; se consideró significativa una p<0.05. Se utilizó el programa STATA 14.

**Resultados:** Se analizaron 900 encuestas respondidas. Dentro de los factores percibidos como de riesgo por médicos, se encuentran más frecuentemente: demasiadas horas de trabajo, guardias de 24hs y remuneración insuficiente; mientras que los percibidos por enfermeros: remuneración insuficiente, demasiadas horas de trabajo y maltrato por parte de compañeros; entre kinesiólogos destacan: maltrato de superiores y compañeros y remuneración insuficiente. Se encontró con una diferencia estadísticamente significativa que los médicos percibían como factores de riesgo la cantidad de horas de trabajo, las guardias de 24hs, la presencia de maltrato familiar, la remuneración insuficiente y la necesidad de más de un sitio de trabajo (Tabla 1).

**Conclusiones:** Los médicos perciben con mayor frecuencia las guardias de 24, la cantidad de horas trabajadas y el maltrato de familiares, siendo estadísticamente significativo cuando se compara con los otros profesionales.

Los enfermeros refieren la percepción del maltrato por parte de superiores y compañeros en mayor porcentaje que los otros profesionales, sin llegar a ser estadísticamente significativo.

**Tabla 1.** Factores de riesgo percibidos por profesionales de las Unidades de cuidados intensivos.

	Médicos % (492)	Enfermeros % (279)	Kinesiólogos % (88)	Otros % (16)	
Demasiadas tareas administrativas	42,6 (210)	37,6 (105)	29,5 (29,5)	18,7 (3)	NS
Demasiadas horas de trabajo	72,4 (356)	57,3 (160)	68,2 (68)	43,7 (7)	< 0,05*
Guardias de 24hs	64,2 (316)	19 (53)	37,5 (33)	12,5 (2)	< 0,05*
Maltrato de compañeros	48,6 (239)	53,8 (150)	46,6 (41)	50 (8)	NS
Maltrato de pacientes	38,2 (188)	44 (123)	35,2 (31)	18,7 (3)	NS
Maltrato de familiares de pacientes	57,5 (283)	47,3 (132)	43,2 (38)	12 (2)	< 0,05*
Maltrato de superiores	52,4 (258)	60,6 (169)	59 (52)	75 (12)	NS
Aumento de prácticas informáticas	23,8 (117)	16,8 (47)	12,5 (11)	12,5 (2)	NS
Remuneración insuficiente	75,6 (372)	65,9 (184)	72,3 (64)	50 (8)	< 0,05**
Más de 1 trabajo	64,2 (316)	48,4 (135)	52,3 (46)	37 (6)	< 0,05*
Pérdida autonomía	23,8 (117)	25 (70)	22,7 (20)	6 (1)	NS
Falta de respeto de pacientes y familiares	41,5 (204)	44,4 (124)	36,4 (32)	25 (4)	NS
Necesidad de Actualización continua	19,5 (96)	12,9 (36)	17 (15)	18,7 (3)	NS

\* Comparación entre médicos Vs otros profesionales.

\*\* Comparación entre médicos y kinesiólogos Vs otros profesionales.

#### 0421 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CATASTRÓFICA DURANTE LA NEUROCIRUGÍA DE MACROADENECTOMÍA PITUITARIA TRANSESFENOIDAL

V ORTEGA ESCOBAR(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, F RODRIGUEZ LUCCI(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, A HLAVNIKA(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, S TOLEDO MONACA(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, SM ONETO(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, N WAINSZTEIN.(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI

(1) Departamento de Medicina Interna. (2) Unidad De Terapia Intensiva. (3) Fleni.

**Introducción:** HSA producida durante la adenectomía hipofisaria transesfenoidal es una complicación infrecuente. Generalmente se asocia a sangrado tumoral o menos frecuentemente, a la coexistencia de un adenoma hipofisario y un aneurisma intracraneano. Presentamos un caso de HSA catastrófica durante la adenectomía transesfenoidal.

**Objetivos:** Reportar una asociación poco conocida y potencialmente fatal.

**Caso clínico:** Hombre 38 años, sin antecedentes, diagnosticado 2015 de adenoma hipofisario no funcionante, manifestado por trastornos campimétricos. Dado el crecimiento progresivo evidenciado en RMI y sintomatología refractaria al tratamiento médico, se decidió intervención quirúrgica. El mismo se extendía hasta la cisterna supraselar y el seno cavernoso.

Durante la cirugía el paciente desarrolla edema pulmonar neurogénico, por lo que el procedimiento debió suspenderse.

La TC cerebral presentó HSA aguda masiva. Se procedió a la realización de angiografía digital, que evidenció un aneurisma del tope de la basilar, que fue embolizado.

Presenta parálisis completa del tercer par craneal. Doppler transcraneal secuenciales, observando aumento progresivo de velocidades medias de las arterias cerebrales medias, que requirió tratamiento con drogas vasopresoras para mantener una presión arterial media cercana a 110 mmHg.

Una tomografía cerebral de control evidenció infarto mesencefálico derecho.

La hipertensión endocraneana progresiva requirió la infusión de barbitúricos, sin respuesta.

El paciente falleció tres semanas después de la cirugía.

**Conclusión:** Aunque la coexistencia de estas patologías es rara, implica un riesgo inherente de ruptura del aneurisma durante la resección quirúrgica, lo que aumenta la morbimortalidad del procedimiento.

Las imágenes vasculares no se encuentran entre los estudios prequirúrgicos de rutina en la planificación de una adenectomía hipofisaria.

Dada la estrecha relación anatómica de las estructuras mencionadas, creemos que hacen falta estudios que evalúen la necesidad de añadir métodos imagenológicos que permitan descartar aneurismas intracraneales y de ser así evaluar tratamiento vascular previo a la cirugía.

**Bibliografía:** 1. Guru Dutta S., Amol R. (2017) Unruptured Internal Carotid Artery Aneurysm Associated with Functional Pituitary Adenoma: A True Association. Asian J Neurosurg. 2017 Oct-Dec; 12(4): 701–704.H.

2. Pant, B., Arita, K., Kurisu, K., Tominaga, A., Eguchi, K. and Uozumi, T. (1997) Incidence of Intracranial Aneurysm Associated with Pituitary Adenoma. Neurosurgical Review, 1997: 20, 13-17.

3. Pritz MB. Ruptured true posterior communicating artery aneurysm and cystic craniopharyngioma. Acta Neurochir (Wien). 2002 Sep ;144 (9) :937-9; discussion 939.

#### 0422 VASOESPASMO CEREBRAL RECURRENTE, UN EPIFENOMENO DESPUÉS DE LA RUPTURA DE UN ANEURISMA ACP: REPORTE DE CASO

P CARDOZO(1), M QUIROGA(1), E AMUNDARAIN(1), B DORFMAN(1)  
 (1) El Cruce.

**Introducción:** El vasoespasmio (VE) es un estrechamiento prolongado pero reversible de las arterias cerebrales que comienza días después de la HSA, alcanzando un máximo al día 7, y resolución completa al día 21. La incidencia es del 50-90% y la progresión a isquemia está relacionada con la gravedad del VE, causando una morbimortalidad significativas. Muy pocos casos de VE recurrente y tardío, se notificaron en la literatura, motivo por el que presentamos un caso raro de recurrencia, que empeora el resultado funcional valorado por Rankin modificado (ERM).

**Cuadro clínico:** Paciente femenina de 56 años de edad, exTBQ, presenta en fecha 3/11, cefalea intensa, consultando a Hospital derivante, donde realizan TC, angioTC de cerebro, objetivando HSA de origen aneurismático arteria/comunicante/posterior/izquierda (ACPI) H&H II, WFN II, FM III. Ingresando a nuestro centro en 6º día de HSA, lúcida sin foco motor, con doppler/transcraneal (DTC) reportando VE leve arteria/cerebral/media/izquierda (ACMI), realizándose clipado quirúrgico al 9no día post/HSA, el estudio DTC diario evidencia VE moderado ACMI con resolución a los 14 días de sangrado, otorgándose alta institucional, y contrareferencia al lugar de origen. A los 16 días post HSA, POP día 7 de clipping, presenta deterioro neurológico, hemiplejía derecha, requiriendo IOT/ARM, reingresando a nuestra institución, con TC, objetivando hipodensidad parieto-temporal izquierda, DTC con VE grave de ACM/ACA izquierdas, constatada con angioTC, TC con perfusión confirmando infarto >1/3 ACMI, no pasible de tratamiento por hemodinamia, decidiendo colocación de sensor de PIC, y posterior Craniectomía descompresiva por HEC refractaria, además de tratamiento del VE prolongado hasta el día 30 post/HSA, siendo externada con ERM de 4.

**Conclusión:** La aparición de VE recurrente días después del tratamiento con clipping se considera un acontecimiento inesperado y desconcertante, fenómeno no descrito en la literatura, debiendo considerarse diversos mecanismos patogénicos: sustancias espasmogénicas dentro del LCR, resultantes de la degradación de sangre, la estimulación mecánica debido a la masa del aneurisma, o al clip, degeneración de las fibras nerviosas mielinizadas a partir de pinzamientos quirúrgicos, lo que lleva a una falta de autorregulación. En nuestro caso, no se conoce de manera concluyente si el VE fue inducido iatrogenéticamente por la cirugía o secundario a la HSA.

#### 0424 HEPATECTOMÍA TOTAL Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN DOS FASES

Y AYALA(2), G CABRERA(1), M GARBARINI(1), F ORTEGA(1), S VILLAROEEL(1), J PEKOLJ(1), E DE SANTIBAÑES(2), S GIANAS-SI(1), E SAN ROMÁN(2)  
(1) Italiano de Buenos Aires. (2) Italiano de Buenos Aires.

**Introducción:** La trombosis venosa es una complicación infrecuente del trasplante hepático, puede desencadenar "Síndrome de Hígado tóxico", caracterizado por necrosis hepática masiva y falla multiorgánica, con una mortalidad sin trasplante del 100%.

Ante la necesidad de evitar este síndrome y prolongar el tiempo hasta la llegada del injerto nace el "Trasplante de hígado en dos fases", la primera con hepatectomía más anastomosis porto-cava y la segunda el trasplante.

Se presenta un caso de trombosis masiva del injerto hepático y re-trasplante en dos etapas.

**Caso clínico:** Mujer de 50 años, antecedente de Cirrosis Biliar Primaria, ingresa a Terapia intensiva en post-trasplante hepático, cirugía con técnica de Piggy Back, con síndrome de reperfusión y requerimiento de vasopresores a dosis moderadas, tiempo de isquemia 5 horas. En el postoperatorio presentó inestabilidad hemodinámica y alteración progresiva del hepatograma a pesar de una adecuada resucitación. Por sospecha de trombosis del injerto se realiza Eco Doppler que informa trombosis de las venas suprahepáticas y vena porta, por lo que se realiza trombectomía de urgencia, quedando con abdomen abierto y contenido. La paciente evolucionó con Síndrome de Hígado tóxico, se decide hepatectomía total, con preservación de vena cava inferior y anastomosis porto-cava término lateral. Durante la fase anhepática, la cual duró 31 horas, se realizó soporte multiorgánico con plasmaféresis y hemodiafiltración continua, con mejoría hemodinámica y de laboratorio. Posteriormente se realiza re-trasplante hepático, debido al tamaño del órgano y constitución antropométrica de la paciente se realizó hepatectomía derecha, evolucionó inicialmente en forma tórpida con "síndrome de Small for size", encefalopatía, weaning prolongado con internación de 37 días en terapia intensiva, actualmente lúcida, con hepatograma en mejoría y en rehabilitación.

**Discusión:** El trasplante hepático en dos fases fue propuesto por Ringer en 1988, el objetivo de la primera etapa de esta técnica es la estabilización hemodinámica y metabólica, obtener tiempo adicional a la espera del injerto y en un segundo tiempo el trasplante.

**Conclusión:** El Trasplante de hígado en dos fases, es un procedimiento que puede salvar vidas en pacientes cuidadosamente seleccionados en circunstancias clínicas excepcionales.

#### 0426 COMPLICACIONES PULMONARES POSTERIOR A CIRUGÍA DE REVASCULIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA

JE DAZA ARANA(1), H LOZADA RAMOS(1)  
(1) Universidad Santiago De Cali.

**Introducción:** Unas de las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes en la revascularización miocárdica son las pulmonares o respiratorias, condiciones que generan riesgo para el adecuado funcionamiento de los otros sistemas corporales e impacto la capacidad de ejecución de actividades, el desempeño y el proceso de recuperación del paciente.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de complicaciones pulmonares y factores asociados posterior a cirugía de revascularización miocárdica en una clínica de alta complejidad de la ciudad Santiago de Cali, Colombia entre el año 2006 y 2015.

**Método:** Para el presente estudio se utilizó un diseño de estudio analítico de tipo cohorte retrospectivo. Se seleccionaron 830 pacientes sometidos a revascularización miocárdica aislada. La información se obtuvo del documento de historia clínica de los pacientes, resultados de laboratorio clínico y registros de control posquirúrgico de los cirujanos cardiovasculares de la institución.

**Resultados:** Se encontró algún tipo de complicación pulmonar en un 25.7% de los pacientes intervenidos con RVM. La incidencia acumulada de edema pulmonar fue 6.3%, síndrome de dificultad respiratoria aguda SDRA 0.6%, derrame pleural 13.1%, hemotórax 2.1%, hemotórax 1%, atelectasia 11.7% y neumonía asociada al ventilador NAV 1.8%. El tiempo de soporte ventilatorio promedio se encontró en 2.4 días (DE 3.9 días) con mayor requerimiento en los pacientes con alguna complicación pulmonar (5.2 vs 1.5 días,  $p=0.000$ ), así como una frecuencia de reintubación de 5.6%, traqueostomía 1.8% y mediastinitis 3.9%. Los factores asociados a complicaciones pulmonares correspondieron a edad  $> 70$  años (RR 1.3, IC95% 1.01 – 1.67;  $p=0.040$ ), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (RR 1.7, IC95% 1.28 – 2.26;  $p= 0.001$ ), cirugía urgente/emergente (RR 1.7, IC95% 1.20 – 2.58;  $p=0.014$ ) y la transfusión sanguínea transquirúrgica (RR 1.8, IC95% 1.37 – 2.46;  $p=0.000$ ).

**Conclusiones:** Variables pre y transquirúrgicas se asocian a complicaciones pulmonares posterior a cirugía de revascularización miocárdica, aspecto que implica considerarlas en la evaluación clínica y manejo del paciente.

#### 0427 FACTORES RELACIONADOS A ESTADIA PROLONGADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN NIÑOS PREVIAMENTE SANOS

I BIOCCA(1), E MONTEVERDE(1), G GONZALEZ(1), P NEIRA(1)  
(1) Hospital de Niños Ricardo Gutierrez.

**Introducción:** La estadia prolongada en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) se asocia a mayor prevalencia de secuelas que aumentan la morbimortalidad e incrementan los costos asistenciales. El reconocimiento temprano de las condiciones predisponentes puede orientar a un abordaje más apropiado, mejorando la calidad de atención.

**Objetivo:** Describir y analizar el comportamiento de variables específicas en niños previamente sanos atendidos en UCIP del HNRG en el período comprendido entre 1/1/2018 y 31/12/2018 que se asociaron a una estadia prolongada en la UCIP.

**Material y método:** Estudio retrospectivo con identificación de casos a través del sistema SATIQ. Se seleccionaron todos los egresos entre el 1/1/2018 y el 31/12/18. Se definieron como previamente sanos a aquellos que no presentaron diagnóstico de condiciones crónicas complejas al momento del ingreso. Se definió estadia prolongada (EP) a la permanencia en la UCIP más allá de 17 días (mediana de estadia general). Las variables categóricas se compararon entre ambos grupos por test de Chi2 y las continuas, por test de rangos de Wilcoxon o test T, según correspondiera.

**Resultados:** Se identificaron 343 pacientes en el período, de los cuales 53 (15.4%) se consideraron sanos y 13 tuvieron una estadia superior o igual a 17 días (24.5% de los sanos). En el grupo de estadia breve (EB) se identificaron 3 fallecidos (7.5%), todos los pacientes del grupo EP (61.5% mujeres) sobrevivieron.

Los factores evaluados entre ambos grupos (EP vs. EB) fueron edad: 12 (9-34) vs. 16 (5-67), sexo masculino: 5 (38%) vs. 23 (58%), peso estandarizado por score z: 0.58 (-0.66-1.57) vs. 0.32 (-0.20-0.73), probabilidad de muerte por PIM3: 1.82% (1.10-4.78) vs. 4.83% (1.30-7.27) y nivel de hemoglobina: 9.6g% (8.9-10.4) vs. 9.1 g% (8.5-9.6), ninguno de los cuales fue estadísticamente significativo. El motivo de ingreso más frecuente fue la causa respiratoria: 36.8% en EB y 50% en EP, seguido de posquirúrgico, que representó el 15.8% de los pacientes con EB y 0% en EP.

La única variable que mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos fue el score PELOD (se reportan valores para el primer día, máximo y mínimo): 2 (2-3) vs. 12 (2-12) ( $p=.229$ ), 12 (3-13) vs. 16 (13-22) ( $p<.001$ ) y 2 (1-2) vs. 1 (1-1) ( $p=.005$ ).

**Conclusiones:** No se encontró asociación entre mortalidad y estadia prolongada. De los factores presentes al momento del ingreso del paciente a la UCIP, el PELOD fue el único que mostró una asociación estadísticamente significativa con la estadia. Estos hallazgos necesitan testearse en una población mayor de más centros para

ayudar a caracterizar el perfil de los pacientes con internación prolongada en UCIP.

Tabla resumen

	EB	EP	p
edad	16 (5, 67)	12 (9, 34)	.756
score_z	0.58 (-0.66, 1.57)	0.32 (-0.20, 0.73)	.828
uci_dias	5 (3, 9)	37 (24, 48)	*este es obvio
avm_dias	3 (1, 4)	19 (17, 25)	*este es obvio
pslod_dia1	2 (2, 3)	12 (2, 12)	.0229
pslod_max	12 (3, 13)	16 (13, 22)	<.001
pslod_min	2 (1, 2)	1 (1, 1)	.005
pslod	1.82 (1.10, 4.78)	4.83 (1.30, 7.27)	.362
bb	9.6 (8.9, 10.4)	9.1 (8.5, 9.6)	.284

**0428 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y ABDOMINAL SINCRÓNICA CATASTRÓFICA. MEDIOLISIS ARTERIAL SEGMENTARIA. REPORTE DE UN CASO**  
 H BONGIOANNI(1), M HAWKES(1), A HLAVNICKA(1), WAIN-SZTEIN, N (1), F RODRIGUEZ LUCCI(2)  
 (1) Fleni. (2) Ffleni.

La Mediólisis arterial segmentaria es una causa poco frecuente de Hemorragia subaracnoidea aneurismática y Hemorragia abdominal sincrónica catastrófica. Se caracteriza por ser una arteriopatía degenerativa no inflamatoria, no aterosclerótica de la capa media de las arterias. Es una entidad subdiagnosticada que tiende a afectar a arterias de mediano tamaño como las arterias esplánicas, renales, carotídeas, arterias vertebrales y coronarias. La presentación clínica varía desde la formación de aneurismas asintomática hasta hemorragia aneurismática potencialmente grave con elevada morbi-mortalidad.

Presentamos un paciente con presencia de hemorragia subaracnoidea y hemoperitoneo sincrónico secundaria a mediólisis arterial segmentaria en arteria vertebral y colica.

Paciente de 52 años, antecedentes de tabaquista. Ingres a presentar cefalea en estallido, cervicalgia, y rigidez de nuca, tomografía computada (T.C.) con hemorragia subaracnoidea Fisher modificado IV, angiografía digital cerebral con aneurisma disecante vertebral segmento V4 derecha de 3,5mm x 4 mm. El tratamiento endovascular propuesto con stent divisor de flujo no se efectuó debido al requerimiento de doble antiagregación y la presencia de hemorragia subaracnoidea, en contexto de un buen estado neurológico, optándose a esperar la reconstrucción anatómica endovascular.

Durante su evolución presento shock hipovolémico, T.C. abdomen con hemoperitoneo, angiografía digital abdominal con evidencia de disección de arteria mesentérica superior, aneurisma disecante de arteria cólica media, sin posibilidad de embolización terapéutica, se realizó colectomía transversa quirúrgica.

Al día 16 presenta cefalea de elevada intensidad, midriasis bilateral, T.C. sangrado en cisternas peri troncales, axiales y silvianas, tercero y cuarto ventrículo, la angiografía digital evidencio vasoespasm severo en circulación posterior sin visualización de PICA, sin posibilidad de tratamiento, evolucio con hipertensión endocraneana refractaria y paro circulatorio.

Post mortem la histología revelo cambios morfológicos compatibles con colitis isquémica destacándose una estructura arterial que presentaba disrupción de la intima, capa muscular reemplazada material fibrinoide, vacuolización de dicha capa sin infiltrados inflamatorios ni placas con colesterol.

**Conclusión:** La HSAa y Hemorragia abdominal sincrónica catastrófica causada por la formación de aneurismas disecantes producido por mediólisis arterial segmentaria se encuentra probrmente descrita en la literatura. Si bien el diagnostico de certeza requiere del análisis de la lamina media arterial por anatomía patológica, es una entidad que requiere ser conocida debido a que no existen tratamientos convencionales recomendados en la actualidad.

**0429 LESION CARDIACA COMO COMPLICACION DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**  
 RD LUCERO(1), JE GUTIERREZ ROMERO(1), P PARDO(1), J LESCANO(1), C PLAZA(1), E RODRIGUEZ(1)  
 (1) Sanatorio Julio Méndez.

**Introducción:** Los eventos cerebrovasculares se asocian con altas tasas de mortalidad y morbilidad. El exceso de cardiotoxicidad inducida por liberación masiva de catecolaminas es el mecanismo involucrado en el desarrollo de lesión neurocardiaca. El conocimiento de dicha lesión y las manifestaciones cardiacas asociadas permitirán un diagnóstico temprano y un manejo adecuado.

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 57 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida y psoriasis presentó cuadro clínico de cefalea frontal intensa, por lo que se realizó tomografía de cerebro que evidencio hemorragia subaracnoidea Hunt and Hess II Fisher IV. Ingresó a Unidad Cerrada con Glasgow 12/15, evolucionando posteriormente de forma favorable con Glasgow 15/15, sin foco neurológico. La angiografía cerebral mostró estenosis leve a nivel bulbar de arteria carótida interna derecha y flujo enlentecido de arteria vertebral izquierda. Requirió antihipertensivos endovenosos con posterior manejo por vía oral. Al quinto día de su ingreso presentó como hallazgo en electrocardiograma síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST con curva enzimática positiva. En ecocardiograma transesofágico se evidencio rotura de cuerda tendinosa de velo posterior mitral severo. El cuadro fue interpretado como lesión cardiovascular secundaria a hemorragia subaracnoidea. Por evolución favorable se otorgó el alta sanatorial.

**Discusión:** Las complicaciones cardiovasculares en pacientes con hemorragia subaracnoidea son consideradas procesos neurológicos más que manifestaciones de enfermedad coronaria. Pueden presentarse alteraciones cardiológicas como bradicardia, taquicardia sinusal, fibrilación auricular, miocarditis, lesión de pared ventricular, lesión de cuerda tendinosa, miocardiopatía de Tako-tsubo, entre otras.

**Conclusión:** La infiltración miocárdica por células inflamatorias ocurre de forma frecuente en pacientes con hemorragia subaracnoidea, y esto puede asociarse a las alteraciones cardiovasculares observadas. La consideración de la presentación de esta asociación puede contribuir a su rápido diagnóstico y adecuado tratamiento.

**0430 SDRA POR ADENOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO**  
 N RIBERA(2), P SCHOON(1), L BENITO MORI(2), M LUGARRO(2), D BAZOALTO(2)  
 (1) HIGA Güemes Haedo. (2) HIGA Güemes Haedo.

**Introducción:** La neumonía grave con SDRA por infecciones por adenovirus humano son raras, si bien son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos donde la enfermedad es devastadora con rápida progresión a fallo multiorgánico y muerte. Sin embargo, sólo unos pocos casos fueron reportados hasta el momento.

**Presentación del caso:** Mujer de 74 años, ingresa con cuadro de 72 horas de evolución, en tratamiento antibiótico con evolución desfavorable. Antecedentes: Artritis reumatoide en tratamiento con anticuerpos monoclonales, síndrome Sjögren, hipotiroidismo, inmunización para neumococo y gripe A.

Ingres a UTI con insuficiencia ventilatoria, IOT/ARM, antibióticos empíricos y antivirales.

TAC tórax: Infiltrado intersticial bilateral difuso. Evolucion a shock, acidosis metabólica (lactato 47mg/dl), expansión y noradrenalina, remisión del shock. Se reciben resultados PCR: adenovirus positivo. Se realiza traqueostomía por ventilación mecánica prolongada con decanulación a los 10 días. Nuevo evento de shock, IOT/ARM. BAL: Pseudomona Aeruginosa multirresistente. Fallece en shock séptico refractario.

**Discusión:** Fiebre, disnea y una rápida progresión a la insuficiencia respiratoria dentro de las 2 semanas, junto con infiltrados intersti-

ciales bilaterales son las manifestaciones más frecuentes del SDRA severo inducido por Adenovirus en pacientes inmunocomprometidos. La tasa de mortalidad es muy alta (80%), a pesar del apoyo respiratorio apropiado.

Estudios recientes han demostrado que el estado inmunológico desempeña un papel crucial en la eliminación de la viremia del Adenovirus y la supervivencia del huésped, pudiendo ser una fuente frecuente de infecciones diseminadas en pacientes inmunocomprometidos.

**Conclusión:** Pese a la baja frecuencia de las infecciones por Adenovirus en la población adulta, creemos necesario considerar este diagnóstico ante un cuadro de neumonía y SDRA graves en un paciente con compromiso de su inmunidad.



#### 0431 SINDROME HEMOFAGOCITICO

G GALINDEZ(1), C VARGAS(1), M MONTENEGRO(1), G BREITLING(1), M VILLEGAS(1), K SOSA(1), J POLLINI(1), J CASTAGNINO(1)

(1) Sanatorio de la Providencia.

**Introducción:** El síndrome hemofagocítico (SHF), es un síndrome clínico provocado por una respuesta inadecuada del sistema inmunológico a un desencadenante, sea infeccioso, neoplásico, reumatólogo o metabólico, dando lugar a una reacción inflamatoria exagerada, con liberación exagerada de citocinas responsable del cuadro clínico.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 16 años, ingresa por anemia severa.

Al examen físico, hipotenso, taquicárdico, taquipneico. Somnoliento, sin déficit motor. Abdomen levemente globoso, doloroso a la palpación difusa, se palpa hepatoesplenomegalia. Piel y mucosas húmedas, ictericas.

Laboratorio: Hto 7.1 Hb 2.9 GB 8.790, BT2.26, BD 0.56, TGO103.8, TGO42.5, LDH 2471, CPK 120, kptt 34 seg, ácido láctico 1.9, PCR 9 mg/dl, fibrinógeno 410 mg/dl, haptoglobina < 11 mg/dl, reticulocitos 5%, ferritina > 555, triglicéridos 267 mg/dl, anticuerpos anticitomegalovirus IgG 164.20 UA/ml, Coombs directa negativa, Coombs indirecta positiva, electroforesis de Hb normal (HB A). Frotis de sangre periférica no se observa degranocitosis.

Ecografía abdominal: hepatomegalia ecoestructura conservada, esplenomegalia homogénea.

Ante diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune se transfunde con unidades de glóbulos rojos, pulsos de Metilprednisolona 1gr día x 3 días, gammaglobulina 1gr/kg x3 días y Rituximab.

Intercurre con insuficiencia respiratoria aguda, shock séptico foco pulmonar más derrame pleural (exudado no complicado avenado) requiriendo AVM e inotrópicos. Cumple tratamiento con doble esquema ATB (PTZ-VANCO) por 10 días.

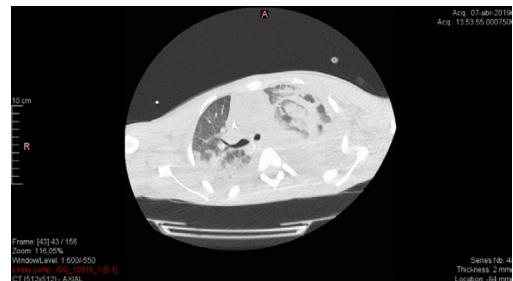
Hemocultivos, Urocultivo, líquido pleural y BAL sin desarrollo.

Ante la mala evolución del cuadro, se decide PAMO donde se observa serie roja con megaloblastosis con intensa actividad hemofagocítica.

Se interpreta Síndrome Hemofagocítico. Inicia Etopósido (una sola dosis) con mala evolución, con nuevo shock de probable etiología infecciosa, falleciendo a los 20 días de su ingreso.

**Discusión:** Sin un tratamiento correcto, el SHF puede ser fatal, requiriendo un diagnóstico temprano, con alta sospecha ante la aparición de fiebre, citopenias, esplenomegalia, hipertrigliceridemia, hemofagocitosis y/o hipofibrinogenemia y encontrar los factores desencadenantes (infecciosos) para instituir el tratamiento antibiótico o antiviral específico.

**Conclusión:** El SHF es una entidad con elevada mortalidad, en la edad pediátrica, se produce por la alteración en la función de macrófagos, células natural killer (NK) y células T citotóxicas. Los criterios diagnósticos, incluyendo datos clínicos y analíticos, la búsqueda del factor desencadenante son claves para poder instaurar un tratamiento dirigido.



#### 0432 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS A LA UCI DE UN HOSPITAL POLIVALENTE

V RODRÍGUEZ(1), J SAGARDIA(1), M RAMOS(1), MM GUTIERREZ OCAMPO(1), JL CHOQUEVILQUE VARGAS(1), L DIAZ BALLVE(1), UNLAM, ED PEZZOLA(1)

(1) Htal Nac Prof A Posadas. (2) Htal Nac Prof A Posadas. (3) Unlam.

**Introducción:** En las últimas décadas se ha observado un incremento en la sobrevida de pacientes oncológicos que ingresan a las unidades de cuidados intensivos (UCI). También se ha reportado el beneficio de las intervenciones tempranas. Establecer el pronóstico de estos pacientes podría ser de utilidad para una mejora en la toma de decisiones.

**Objetivo:** Analizar la mortalidad e identificar los factores asociados

a la misma en pacientes oncohematológicos que ingresan a la UCI de un hospital polivalente.

**Materiales y Métodos**

El estudio prospectivo se llevó a cabo en el hospital nacional Prof. A. Posadas. Se utilizó un diseño de tipo serie de caso longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes con enfermedad oncohematológica internados en la UCI con diagnóstico previo o luego del ingreso a la unidad. Se registraron las variables demográficas relacionadas al estado de salud previo, y las vinculadas con la enfermedad crítica, estadía y mortalidad en la UCI como así también el estado vital al egreso hospitalario.

**Resultados:** Se incluyeron 98 pacientes con una media de edad de 57 +- 15 años. El 59% de los pacientes tenía en ECOG PS de 0 a 1. El índice de comorbilidades de Charlson fue de 5 +- 2,63. 78% tenían tumor sólido, 33,77% de los cuales eran metastásicos. Los ingresos fueron de causa médica en el 27% de los casos, cirugías de urgencia en el 38,7% y cirugías programadas en el 32,65%. El APACHE II global fue de 15 (10 - 22). La estadía en UCI fue de 7 días (10 - 13), con una mortalidad en UCI de 31,63%. La edad, el SOFA evaluado a las 24 y 72 hs se asociaron de manera independiente a la mortalidad, a su vez el motivo de ingreso quirúrgico programado disminuyó las chances de mortalidad en esta muestra.

**Conclusiones:** La mortalidad de nuestra muestra es mayor a la reportada en la literatura para esta población, con una mayor proporción de pacientes médicos y quirúrgicos no programados en nuestro estudio. Junto a la edad, las variables relacionadas a la enfermedad crítica fueron las asociadas al mal pronóstico, no así, las vinculadas a la enfermedad oncohematológica o a las comorbilidades previas.

Tabla 1.

Variable	Vivos	Muertos	P
	n = 67	n = 31	
Edad, X(±DE)	55,4 (14,8)	63(14)	0,02
Sexo Masculino	37(55%)	20(64%)	0,386
Días internación previos, Med(Q1-Q3)	2 (0-6)	3 (1-14)	0,033
ECOG PS leve (0 o 1)	40 (61%)	16 (51%)	0,148
ECOG PS moderado (2)	13 (20%)	8 (26%)	0,657
ECOG PS grave (3 o 4)	5 (7%)	6 (19%)	0,126
CCI, Med (Q1-Q3)	4 (3-6)	5 (4-7,5)	0,125
Pérdida de peso	42 (64%)	11 (35%)	0,884
Tumor sólido	55 (84%)	18 (58%)	0,653
Metastásico	16 (24%)	9 (29%)	0,456
Motivo de ingreso			
Médico	12 (18%)	15 (48%)	0,003
Quirúrgico de Urg	23 (35%)	14 (45%)	0,387
Quirúrgico Prog	28 (43%)	2 (6,5%)	<0,001
Apache II, Med (Q1-Q3)	14 (9-16,5)	21 (17-27)	<0,001
SOFA 24 Hs Med (Q1-Q3)	4 (2-7)	8 (7-10)	<0,001
SOFA 72 Hs Med (Q1-Q3)	3 (1-4)	8 (5-9,5)	<0,001
Delta SOFA, Med (Q1-Q3)	-1 (-3-0)	-1 (-3-3,5)	0,275
Días en UCI, Med (Q1-Q3)	5 (3-11)	8 (5-20)	0,090
Ventilación mecánica	33 (50,77%)	30 (96%)	<0,001
Adecuación de medidas terapéuticas	1 (1,5%)	10 (32%)	<0,001

X: media  
 DE: desvío estándar  
 Med: Mediana  
 Q1-Q3: primer y tercer cuartil  
 ECOG PS: Eastern Cooperative Oncology Group Performance status  
 CCI: Índice de comorbilidades de Charlson  
 SOFA: acronimo en ingles de Sequential Organ Failure Assessment  
 UCI: unidad de cuidados intensivos

Tabla 2 Análisis multivariado de regresión logística

	ORaj	IC 95%	P
Edad	1,074	1,018 - 1,133	0,009
MI Quirur. Prog	0,109	0,017 - 0,696	0,019
SOFA a las 24Hs	1,285	1,018 - 1,622	0,035
SOFA a las 72Hs	1,345	1,081 - 1,673	0,008
AMT	105,312	1,085 - 10224,196	0,046

MI Quirur. Prog: Motivo de ingreso a la UCI cirugía programada  
 SOFA: acronimo en ingles de Sequential Organ Failure Assessment  
 AMT: adecuación de medidas terapéuticas.

**0433 ENCEFALITIS NECROTIZANTE AGUDA. A PROPOSITO DE UN CASO**

A AYBAR(1), P BOTTA(2), G CORREA(2), P GALLARDO(2), P JUAREZ(2), L MARCOS(2), I NICASTRO(2), J PEDRAZA(2), V RUIZ(2)

(1) Hospital del Niño Jesús, Tucuman. (2) Hospital del Niño Jesús, Tucumán.

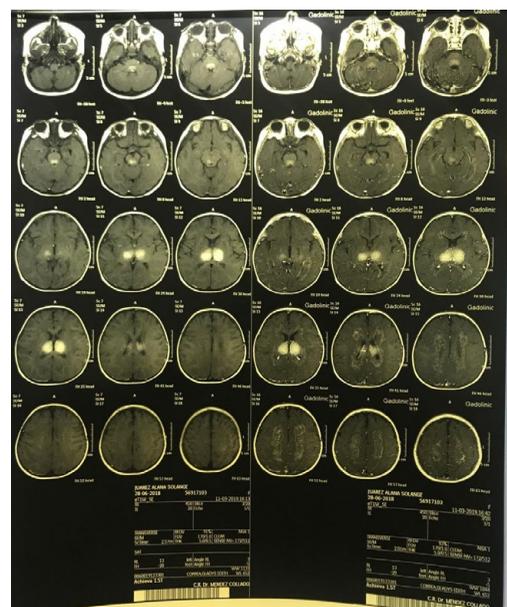
**Introducción:** Su pronóstico es pobre, con secuelas neurológicas severas, alta tasa de mortalidad. Se desconoce su incidencia exacta

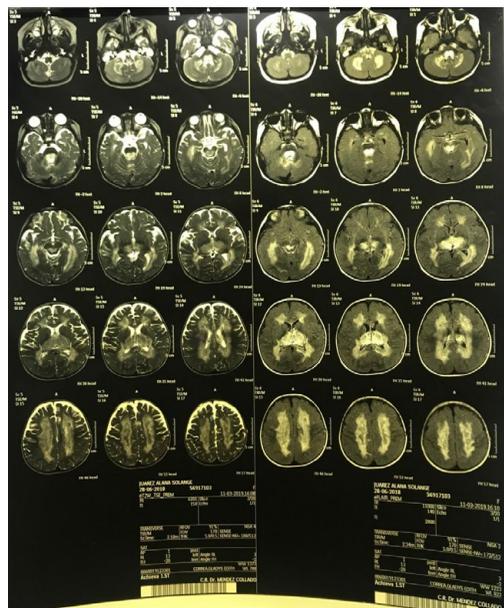
en razón a su variabilidad clínica, inicia con un cuadro viral, asociándose encefalopatía aguda, convulsiones y progresión al coma. Puede deberse a infecciones por influenza A/B, herpes virus tipo 6, Coxsackie A9 y Mycoplasma pneumoniae. Es una condición esporádica, no obstante, se reportaron casos familiares recurrentes relacionados a mutaciones genéticas. La RMN cumple un rol fundamental en el diagnóstico identificando múltiples lesiones simétricas. Respecto al tratamiento, además de antivirales, se ha usado metilprednisolona, inmunoglobulinas, plasmaféresis e hipotermia, con respuestas disímiles.

**Objetivo:** Presentar un caso de ENA.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 9 meses de edad, sin antecedentes perinatales y familiares de relevancia. Presenta enfermedad de 3 días de evolución, inicia con registros febriles, astenia consulta siendo medicada sintomáticamente, 24 hr posteriores presenta nuevo registro febril, rechazo a la alimentación, vómitos reiterados, episodio de convulsión tónico clónico focalizada en miembros, consulta recibiendo benzodicepinas con posterior derivación. Ingresa por guardia postictal, con deterioro progresivo del sensorio, se coloca en AVM. Se realizan cultivos LCR, secreciones respiratorias, HMC, urocultivo, VSR, con resultados negativos. En RM se visualiza hiperintensidad en T2, Flair y T1 estándar bitalámicas, tegmento del mesencéfalo, sector posterior de la protuberancia y sector postero-superior del bulbo raquídeo. Hiperintensidad difusa de la sustancia blanca peiventricular y de ambos hemisferios cerebelosos. La espectroscopia a través de ambos talamos demuestran picos de lípidos y lactato interpretados como necrosis. Se asume el cuadro como ENA y es medicada con metilprednisolona. Luego de permanecer 60 días en UCI y presentar fracaso ante la extubación se realiza traqueotomía, con posterior retirada de AVM. Permanece en estado de coma en el servicio de cuidados intermedios, en donde continúa seguimiento interdisciplinario.

**Discusión:** La ENA es una enfermedad de evolución rápida, morbilidad elevada que progresa hasta el coma profundo con secuelas neurológicas graves, si no se detecta y trata a tiempo. La combinación de encefalopatía aguda, convulsiones y progresión rápida al coma, más los hallazgos imagenológicos pueden sugerir esta entidad y facilitar un diagnóstico temprano, permitiendo iniciar un tratamiento de soporte, medicación antiviral, inmunomoduladores y suplementos metabólicos, según el caso.





#### 0434 PLAN DE NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL INDIVIDUALIZADO, UNA PROPUESTA DE FARMACOVIGILANCIA

FD SÁNCHEZ(1), A ELÍAS(1), B KOLTON(1), C LUGEA(1), J ASSA(2), H PRETTE(1), J FAEDDA(2)  
(1) Particular. (2) Del Niño Jesús.

La Nutrición Parenteral (NP) en Recién Nacidos (RN), es utilizada como soporte nutricional en aquellos casos en los que no es posible cubrir las necesidades nutritivas individuales desde la alimentación oral, la misma no está exenta de complicaciones, por ello se deben verificar estrictamente las indicaciones médicas valorando los beneficios y riesgos que se derivan de la misma. En este sentido cobra vital importancia la Farmacovigilancia para la evaluación de los componentes de las NP, individualizando, evaluando necesidades y tolerancia del neonato en especial en el RN Pretérmino.

**Objetivos:** Evaluar: 1) características de los RN; 2) días de vida del RN al inicio del tratamiento; 3) percentiles P5, P95 de: Calorías totales, Osmolaridad, Dextrosa, Aminoácidos y Lípidos utilizados según EG y Peso del RN.

**Material y Pacientes:** Estudio Exploratorio Descriptivo. Población accesible: 1033 registros de 92 RN de gestas múltiples con Edad Gestacional de 28 a 32 semanas, internados en cuidados intensivos en 4 provincias del Noroeste, durante 2015-2016. Análisis Estadístico Exploratorio Descriptivo, Test de Kruskal & Wallis al 5%. Resultados: 52% de sexo masculino. Edad al inicio tratamiento: 2±2 días. EG: 22% (28s), 48% (29s), 26% (30s), 4% (32s). Peso (g): 12% (<1000g), 48% (1000 -1500g), 30% (1500-2000g), 9% (≥2000g). Peso EG: 72% (adecuado), 20% (alto). Con diferencias significativas el primer día de tratamiento en Calorías y lípidos (p<0,05). [Edad Gestacional; Peso/EG; Calorías (P5;P95); Osmolaridad (P5;P95); Dextrosa (P5;P95); Aminoácidos (P5;P95); Lípidos (P5;P95)] [28s; Bajo; (58;72); (805;987); (12;13); (2,5;3); (0,5;0,5)]; [28s; Adecuado; (67;124); (660;1010); (6;12); (2;4); (0,5;3)]; [28s; Alto; (69;142); (656;1093); (8;10); (2;3); (0;1)]; [29s; Bajo; (45;61,4); (518;771); (9;13); (0,5;3); (0;0,5)]; [29s; Adecuado; (63;137); (518;1262); (8;16); (1;4); (0;2,5)]; [29s; Alto; (77;153); (527;934); (10;14,4); (1,5;3); (0,5;1)]; [30s; Adecuado; (83;149); (566;1076); (8;13); (1,5;8); (0,5;2)]; [30s; Alto; (71;152); (671;942); (8;12); (1,5;3,5); (0,5;3,25)]. Menores cantidades de calorías se emplearon en RN de bajo peso.

**Discusión:** Los resultados obtenidos son similares a los referidos en la bibliografía consultada. Desde un enfoque de Farmacovigilancia se podría inferir que las indicaciones médicas de requerimientos nutricionales fueron las adecuadas. Sin embargo para lograr obtener puntos de corte a partir del estudio de Percentiles, con adecuada sensibilidad y especificidad es necesario incorporar el seguimiento de un mayor número de pacientes.

#### 0435 INFECCIÓN GRAVE DE PARTE BLANDAS POR SERRATIA MARCESCENS

J GONZÁLEZ(1), M LUGARO(1), JL JOSE LUIS(1), J TORRES BATAN(1), P CARRASCO AREVALO(1), E QUINTANILLA BENAVIDEZ(1), L BENITO MORI(1)  
(1) Higa Dr. Luis Güemes.

**Introducción:** Las infecciones graves de partes blandas son en un 70% sinérgicas entre anaerobios y aerobios; en un 20% sólo se aíslan anaerobios, y en un 10%, sólo aerobios. Siendo *S. marcescens* una causa extremadamente rara.

**Objetivo:** Presentación de un caso de infección grave de partes blandas por *Serratia marcescens* y revisión de literatura.

**Presentación de caso:** Paciente de 45 años de edad sin antecedentes de relevancia (HIV negativo – no diabético) consulta por presentar impotencia funcional de miembro inferior izquierdo de 24 hs de evolución.

Bradipsíquico, con insuficiencia respiratoria, shock, insuficiencia renal, acidosis metabólica. Lesión cutánea en cara posterior de muslo y pierna izquierda de coloración violácea/parduzca en parches, con flictenas hemorrágicas asociado a edema e induración.

Se decide IOT/ARM, reanimación con fluidos y vasopresores. Se toman hemocultivos, punción de lesión por piel sana. Inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam + vancomicina + clindamicina. Se inicia hemodiálisis.

El paciente fallece previo a entrar a quirófano, cumpliéndose 12 horas desde su ingreso al hospital.

Resultados de cultivos: hemocultivos 2/2: *serratia marcescens* resistente a ampicilina – ampicilina-sulbactam - cefalexina, muestras de punción x3: *serratia marcescens*, mismo antibiograma.

**Discusión:** Al ser la mayoría de las infecciones graves de piel y partes blandas monomicrobianas, producidas por *S. piogenes*, y en pacientes con condiciones predisponentes, siendo la más frecuente diabetes, creemos interesante destacar este caso en un paciente sin ninguna de las características previamente mencionadas. Destacando el hallazgo de *serratia marcescens* como agente etiológico infrecuente.

**Conclusión:** La fascitis necrotizante es una patología de rápida progresión y alta mortalidad, donde sin importar el/los gérmenes que la producen, la conducta activa quirúrgica junto con la administración de antibióticos es urgente.



#### 0436 ENCEFALITIS ANTINMDA Y SU PATRÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICO

H BONGIOANNI(1), F CABAÑUZ(2), HLAVNKA, A (2), WAINSZTEIN, N (2), F RODRIGUEZ LUCCI(2)  
(1) A. Posadas. (2) Fleni.

**Introducción:** La encefalitis anti-N-metil-D-aspartato receptor (anti-NMDA) es un síndrome con manifestaciones neuropsiquiátricas, convulsiones y 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 epileptico, 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 2019. Palabras clave: N-methyl-D-aspartate receptor (NMDA receptor), electroencefalogram, VEEG, extreme delta brush, delta brush pattern, autoimmune encephalitis, anti-NMDA encephalitis.

**Caso clínico:** Paciente de 27 años de edad que 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 anticuerpos anti-NMDA 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 y tratamiento precoz.



#### 0437 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN EL TRATAMIENTO DEL NEUMOENCÉFALO POST OPERATORIO. REPORTE DE UN CASO

H BONGIOANNI(1), A HLAVNICKA(2), N WAINSZTEIN(2), F RODRIGUEZ LUCCI(2)  
(1) A. Posadas. (2) Fleni.

**Introducción:** El neumoencéfalo es producido principalmente por un trauma o una neurocirugía, su tratamiento consiste en aumentar la fracción inspirada de oxígeno del paciente con consiguiente lavado del nitrógeno alveolar generando un gradiente de nitrógeno, donde éste difunde desde la burbuja aérea intracraneal a los pulmones a través de la sangre, el modo ideal de oxigenación no ha sido investigado completamente. Aquí presentamos reporte de un caso de neumoencéfalo post-quirúrgico sintomático tratando con cánula nasal de alto flujo, con franca mejoría radiológica sin mejoría clínica, reportando un efecto adverso poco descrito para este método, atelectasia masiva

**Objetivo:** Proponer la cánula nasal de alto flujo como posible herramienta en el tratamiento del neumoencefalo postquirúrgico sintomático y plantear la discusión de la fisiopatología en la aparición de la atelectasia asociada al método

**Material y método:** Reporte de un caso.

**Caso clínico:** Paciente de 91 años ingresa por hematomas subdurales bilaterales reagudizados, hiponatremia e infección urinaria. Se realiza evacuación quirúrgica de hematomas bilateral evolucionando posterior al procedimiento con estupor; tomografía de encéfalo con evidencia de neumoencéfalo bilateral sintomático de 74,4 cm<sup>3</sup>, se indica cánula de alto flujo como tratamiento del neumoencéfalo con fracción inspirada de oxígeno 100% y un flujo de 20 lts/min, 6 hs después del tratamiento instalado se evidencia reducción significativa en el tamaño por tomografía del neumoencefalo a 20,3 cm<sup>3</sup> (reducción en un 72 % del tamaño) sin mejoría clínica, interpretándose como multicausal el estado neurológico, presentando como complicación del método atelectasia masiva.

**Conclusión:** Se encuentra pobremente descrita la utilización de CNHF como tratamiento del neumoencéfalo postquirúrgico sintomático, a su vez este método rara vez es utilizado con flujos bajos y altas fracción inspirada de oxígeno, siendo la atelectasia secundaria un evento poco reportado con la utilización de éste dispositivo. La CNHF es una estrategia potencialmente útil para el tratamiento del neumoencéfalo sintomático. Son necesarios más estudios.

#### 0438 SINDROME DE ACIDO TRANSRETINOICO POST TRATAMIENTO DE LEUCEMIA AGUDA PROMIELOCITICA. REPORTE DE UN CASO

M TORO(1), R VALDEZ(1), J MESTRE(1)  
(1) Casa Hospital San Juan De Dios.

**Introducción:** La Leucemia aguda promielocítica (LAP) representa el 10% del total de las leucemias mieloides. El ácido transretinoico (ATRA), es uno de los mayores avances en el manejo del LAP; pudiendo desarrollar el síndrome de ATRA o diferenciación celular; incidencia del 5-27%, mortalidad del 5-29%.

**Objetivo:** Presentación del caso, manejo, diagnostico diferencial.

**Presentación del caso:** Femenina, 56 años de edad, antecedente: hipotiroidismo, (06/2015) fractura patológica D6 por mieloma plasmocítico; (07/18) remisión de enfermedad. (10/18) Día 0; Consulta por fiebre, parestesia brazo izquierdo, laboratorio: leucocitos 27750mm<sup>3</sup>; neutrofilos 3%, linfocitos 11% (80% elementos alta relación núcleo citoplasma, escasos binucleados) (Figura 1); plaquetas: 61000mm<sup>3</sup>; Creat: 2; PAMO, abundantes blastos, ecografía doppler brazo izquierdo, isquemia arterial, inicia cilostazol. Internada por Síndrome febril, reacción leucemoide e Insuficiencia renal aguda; evolución desfavorable, Día 1; Ingres a UTI, por sepsis a determinar; inicia antibióticos, policultivos negativos, se diagnostica leucemia aguda promielocítica. Día 2, inicia ATRA, dexametasona, soporte transfusional. Día 6, presenta Insuficiencia respiratoria

infiltrados pulmonares (Figura 2); requiere asistencia ventilatoria mecánica, inicia citarabina, y metilprednisolona. Día 8, se suspende citarabina inicia idarrubicina. Día 12 extubación. Día 15 pasa a clínica médica, continúa tratamiento con ATRA y soporte transfusional. Día 27 se externa.

**Discusión:** Los retinoides son análogos de la Vitamina A regula el crecimiento y diferenciación celular, la apoptosis y función inmunitaria, El ATRA es la piedra angular del tratamiento de la LAP, con remisiones del 92% de los casos. El síndrome de ATRA es una complicación grave, se presenta del 2° al 30° día de inicio del tratamiento; las manifestaciones se basan en tres mecanismos: Respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). Daño endotelial con síndrome de fuga capilar (Insuficiencia respiratoria por infiltrado más derrame pleural) y obstrucción de la microcirculación. Infiltrado tisular por moléculas de adhesión como las integrinas

Se deberá diferenciar de cuadros que cursen con SRIS; el tratamiento se basa en la suspensión del ATRA según la gravedad y tiempo de inicio, medidas de apoyo, esteroides a altas dosis, leucoferesis cuando hay leucostasis.

**Conclusión:** El síndrome ATRA es una complicación grave del tratamiento de la LAP, deberá diferenciarse de otros cuadros que cursen con SRIS, el diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuye las complicaciones potencialmente fatales.

#### 0439 VASOESPASMO CEREBRAL RECURRENTE, UN EPIFENOMENO DESPUÉS DE LA RUPTURA DE UN ANEURISMA ACP. REPORTE DE CASO

P CARDOZO(1), M QUIROGA(1), E AMUNDARAIN(1), B DORFMAN(1)  
(1) El Cruce.

**Introducción:** El vasoespasmio (VE) es un estrechamiento prolongado pero reversible de las arterias cerebrales que comienza días después de la HSA, alcanzando un máximo al día 7, y resolución completa al día 21. La incidencia es del 50-90% y la progresión a isquemia está relacionada con la gravedad del VE, causando una morbimortalidad significativas. Muy pocos casos de VE recurrente y tardío, se notificaron en la literatura, motivo por el que presentamos un caso raro de recurrencia, que empeora el resultado funcional valorado por Rankin modificado (ERM).

**Cuadro clínico:** Paciente femenina de 56 años de edad, exTBO, presenta en fecha 3/11, cefalea intensa, consultando a Hospital derivante, donde realizan TC, angioTC de cerebro, objetivando HSA de origen aneurismático arteria/comunicante/posterior/izquierda (ACPI) H&H II, WFN II, FM III. Ingresando a nuestro centro en 6° día de HSA, lucida sin foco motor, con doppler/transcraneal (DTC) reportando VE leve arteria/cerebral/media/izquierda (ACMI), realizándose clipado/quirúrgico al 9no día post/HSA, el estudio DTC diario evidencia VE moderado ACMI con resolución a los 14 días de sangrado, otorgándose alta institucional, y contrareferencia al lugar de origen. A los 16 días post HSA, POP día 7 de clipping, presenta deterioro neurológico, hemiplejía derecha, requiriendo IOT/ARM, reingresando a nuestra institución, con TC, objetivando hipodensidad parietotemporal izquierda, DTC con VE grave de ACM/ACA izquierdas, constatada con angioTC, TC con perfusión confirmando infarto >1/3 ACMI, no pasible de tratamiento por hemodinamia, decidiendo colocación de sensor de PIC, y posterior Craniectomía/descompresiva por HEC refractaria, además de tratamiento del VE prolongado hasta el día 30 post/HSA, siendo externada con ERM de 4.

**Conclusión:** La aparición de VE recurrente días después del tratamiento con clipping se considera un acontecimiento inesperado y desconcertante, fenómeno no descrito en la literatura, debiendo considerarse diversos mecanismos patogénicos: sustancias espasmogénicas dentro del LCR, resultantes de la degradación de sangre, la estimulación mecánica debido a la masa del aneurisma, o al clip, degeneración de las fibras nerviosas mielinizadas a partir de pinzamientos quirúrgicos, lo que lleva a una falta de autorregulación.

En nuestro caso, no se conoce de manera concluyente si él VE fue inducido iatrogenéticamente por la cirugía o secundario a la HSA.

#### 0440 EXPERIENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO DE ANOMALÍAS DE RETORNO VENOSO PULMONAR EN UNA TERAPIA CARDIOVASCULAR DE RECIENTE INAUGURACIÓN EN HOSPITAL DE NIÑOS EN TUCUMÁN.

MC CHAVEZ(1), C PAULA(1), F GUILLERMO(1), J PAULA(1), P HUGO(1), PC PABLO(1), R LUCIA(1), R ALEJANDRA(1), R MAGDALENA(1), T RUBEN(1)  
(1) Del Niño Jesús.

La anomalía total del retorno venoso pulmonar (ATRVP) se define como desembocadura anormal de las venas pulmonares que no llegan a Aurícula Izquierda. El retorno venoso pulmonar ingresa a la circulación a través de conexiones embriológicas persistentes. Representan el 1 al 2 % de las cardiopatías congénitas. Los grados de obstrucción al retorno venoso determinan los síntomas y gravedad del cuadro. Sin tratamiento tienen mal pronóstico. Las ATRVP no obstructivas, deberían corregirse tempranamente. La mortalidad quirúrgica varía del 2 al 20% según diferentes centros.

**Objetivo:** Describir de forma retrospectiva nuestra experiencia del tratamiento de ATRVP.

**Materiales y métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes que ingresaron a la Terapia Cardiovascular del Hospital del Niño Jesús de Tucumán con diagnóstico de ATRVP desde junio de 2016 hasta mayo de 2019.

**Resultados:** Se intervinieron 11 pacientes con ATRVP. El 73 % fueron varones. El 64% pesaban más de 3 kilos al momento de la cirugía. El 73% tenían más de 1 mes de vida y el 27% fueron neonatos. Las variedades anatómicas fueron 54% supradiaphragmáticas, 27% infradiaphragmáticas y el 19% intracardiacas. Los tiempos promedios de CEC fueron 90 minutos y clampeo aórtico de 45 min. El 54% tuvo parada circulatoria de 44,8 min promedio. El 27% de los pacientes salió con tórax abierto. El cierre diferido fue a los 2,6 días. El 36% requirió óxido nítrico 2,8 días promedio. Un paciente utilizó diálisis peritoneal. El 64% requirió ARM posquirúrgico 6 días promedio. El 27% de los pacientes presentó arritmias. Se sospechó de IACS en 3 pacientes documentándose germen en una. Un niño falleció por sepsis.

**Conclusión:** Esta patología represento un importante desafío para nuestro servicio (RACHS 3 4), permitió capacitación en utilización Óxido nítrico como valiosa herramienta del postoperatorio, la necesidad de diálisis permitió capacitar al personal, el tratamiento de las arritmias significo desafío en el manejo de drogas y marcapaso. Se normatizaron cuidados para pacientes con tórax abierto. La mortalidad de nuestra serie fue similar a la esperada. Los pacientes de otras provincias representaron un desafío preoperatorio. El propósito es seguir adelante en la casuística, aumentando complejidad y celeridad en la resolución de cardiopatías congénitas.

#### 0441 BENEFICIOS DEL USO DE PROTOCOLO DE ANALGOSE-DACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

F VARGAS(1), E MONTEVERDE(1)  
(1) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez.

**Introducción:** El uso protocolizado de la sedoanalgesia en los pacientes pediátricos con ventilación mecánica (VM) se asocia a menos efectos adversos. Además, cuando se lo asocia con protocolos de liberación de la VM, también acorta la duración de la misma. Más allá de esto, su uso no se encuentra difundido y la aplicación fehaciente de los mismos no se realiza en forma rutinaria.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de egresos de la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires. Se obtuvieron datos de egresos entre el 01/01/2018 y el 31/06/2018 del programa SATIQ y de registros de farmacia clínica. Se realizó un análisis descriptivo y se compararon

los resultados con el esquema propuesto por el protocolo de sedoanalgesia actualmente vigente en la UCIP. Los datos de los pacientes fueron deidentificados.

**Resultados:** Entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2018 se registraron 144 egresos, de los cuales 107 tuvieron ventilación mecánica. Se contó con datos completos de 90 egresos. El principal motivo de ingreso fue respiratorio (44.4%, n=40), seguido de neurológico (15.6%, n=14) y posquirúrgico (14.4%, n=13). 46 fueron varones (51.1%) y la edad en meses fue (mediana, rango intercuartil): 21 (9-107). La mortalidad cruda fue 10% (n=9) con una mortalidad esperada por PIM2 de 7.15 (tasa estandarizada: 1.26, IC95% 0.57-2.21). Los pacientes tuvieron una duración de la VM de 11 días (rango intercuartil 4-29), con 31 (34.4%) por encima de los 21 días. El esquema de sedación para la primera semana incluyó fentanilo (97%, n=87), midazolam (97%, n=87), morfina (17%, n=15), vecuronio (32%, n=29) y dexmedetomidina (17%, n=15). En la cuarta, la distribución fue fentanilo (77%, n=13), midazolam (88%, n=15), morfina (41%, n=7), vecuronio (59%, n=10) y dexmedetomidina (47%, n=8). No observamos uso de clonidina ni levomepromazina. De acuerdo al protocolo de sedoanalgesia actualmente vigente en nuestro servicio, se pudo evaluar cumplimiento inicial del mismo en el 97% de los casos.

**Conclusiones:** En esta muestra retrospectiva de 6 meses se evaluó un acatamiento alto de la estrategia propuesta.

#### 0442 REFLEJO TRIGÉMINO CARDIACO MÁS ALLÁ DE LA NEUROCIROLOGÍA UN FENÓMENO CLÍNICO QUE PUEDE SER CATASTRÓFICO

V ORTEGA ESCOBAR(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, RODRIGUEZ LUCCI, F (1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, N WAINSTEIN.(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI

(1) Departamento De Medicina Interna. (2) Unidad De Terapia Intensiva. (3) Fleni.

**Introducción:** Reflejo trigémino cardíaco, se origina como resultado de la estimulación del nervio trigémino presentando principalmente en cirugías de base de cráneo. Manifestándose inmediatamente o tiempo después del estímulo inicial.

Estimulándose este nervio transmite señales al núcleo sensitivo del trigémino por el ganglio de GASSER.

Esta vía aferente continúa con la vía eferente en el núcleo motor del nervio vago. Las fibras depresoras del vago generan respuesta disautonómicas y cronotopía negativa, (bradicardia, hipotensión o hipertensión, arritmia cardíaca súbita hasta y asistolia).

Incidencia entre el 8-18% en pacientes adultos sometidos a neurocirugía de base de cráneo.

**Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia a través de una serie de casos clínicos y revisar el manejo perioperatorio.

**Métodos:** Reflejo trigémino cardíaco definiéndose por caída de P. Arterial media y frecuencia cardíaca de más del 20% comparando con valores de referencia antes del estímulo y la manipulación quirúrgica en cualquiera de las ramas del nervio trigémino.

Datos obtenidos de revisión retrospectiva de registros anestésicos, de procedimientos entre el 2 de enero de 2018 y el 30 de abril del 2019. Diez pacientes presentaron episodios de RTC, en neurocirugías de base de cráneo.

**Resultados:** 1510 neurocirugías; 150 cirugías de base de cráneo; 9 presentaron reflejo trigémino cardíaco.

El 4% mujeres y 2% hombres. Mediana de edad de 55,7 años. La mayoría presentó el evento intra procedimiento (7 pacientes) y 2 dentro las 24 hs.

Presentaron bradicardia e hipotensión y uno asistolia resolviéndose tras cese de estimulación trigémina.

Eventos después de 24 hs el 100% bradicardia e hipotensión arterial requiriendo tratamiento farmacológico, uno asistolia RCP y colocación de marcapaso.

Todos fueron de alta de terapia intensiva.

**Conclusión:** Neurocirujanos de base del cráneo debe ser consciente de la aparición del RTC y esforzarse por prevenirlo o tratarlo cuando ocurra este escenario.

Se necesita estudios de este fenómeno para avanzar en nuestro conocimiento sobre factores de riesgo y los mecanismos fisiológicos subyacentes principalmente vinculados a los eventos que se presentan fuera del acto quirúrgico.

Para futuros estudios se podría tomar en cuenta predictores para saber qué pacientes van a desarrollar estos eventos.

**Bibliografía:** 1) Meng Q, Yang Y, Zhou M, Li X. Reflejo trigemino-cardíaco: el trigemino- Respuestas del depresor durante la cirugía de la base del cráneo. Clin Neurol Neurosurg;2008; 110: 662-6.

#### 0443 AMEBIASIS CEREBRAL PRIMARIA

G SANCHEZ(1), J PEDRAZA CORONEL(1), P JUAREZ(1), A AYBAR(1), V LEGUINA(1), P GALLARDO(1), L MARCOS(1), G CORREA(1)

(1) Hospital De Niños Tucumán.

**Introducción:** En 1972 se evidenció que Acanthamoeba era agente causal de encefalitis granulomatosa. En 1990, Balamuthia mandrillaris, fue reconocida como agente etiológico de encefalitis granulomatosa. Se han reportado casos de enfermedades por amebas de vida libre con distribución mundial. En Sudamérica se han publicado casos, la mayoría por Balamuthia mandrillaris. Los agentes causales de la encefalitis granulomatosa son Acanthamoeba y Balamuthia. Las vías de entrada de los trofozoítos son la piel y aparato respiratorio. La enfermedad corresponde a una encefalitis necrosante y hemorrágica. Naegleria, Acanthamoeba y Balamuthia, son organismos emergentes, causantes de enfermedad a nivel de SNC, con mortalidad mayor al 95%.

**Objetivo:** Presentar un caso de Amebiasis Cerebral Primaria.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 6 años, con antecedentes de: convulsiones a los 3 años de edad, lesión granulomatosa crónica en miembro superior de dos años de evolución. Antecedente epidemiológico: acequia cercana a su casa donde la paciente se bañaba. Ingresó por guardia con cuadro de deshidratación moderada por vómitos, refiere cefalea de 2 meses de evolución por lo que se realizó tomografía cerebral, se observaron múltiples lesiones sospechosas de neoplasias. Se realizó resonancia con contraste y angiografía: voluminosa formación heterogénea en topografía parietooccipital del hemisferio izquierdo cortico- subcortical que genera efecto de masa, edema y borramiento de los surcos. Imágenes nodulares heterogéneas ubicadas en topografía cortico subcortical del occipital y parietal derecho. Se realizó EEG con trazado lento y biopsia de la tumoración, con exéresis de lesión. A las 48 hs, la paciente presenta depresión del sensorio y signos de hipertensión endocraneana, ingresa a terapia intensiva; requiere ARM. Nueva tomografía que evidencia edema cerebral y hemorragia frontal. Al tercer día se recibe resultado de anatomía patológica: encefalitis granulomatosa amebiana con etiología sospechada por Balamuthia. Se medica con Miltefosina 15 mg/día. Sin respuesta al tratamiento, presenta falla multiorgánica y fallece a los 11 días de su internación en terapia intensiva.

#### 0444 SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR ÓRGANOFOSFORADOS, CON MANIFESTACIONES COLINÉRGICAS TARDÍAS, PRESENTACIÓN ATÍPICA. REPORTE DE UN CASO

S LLERENA(1), L ARGUELLES(1), J LAPADULA(1), H BONGIOANNI(2), J SAGARDIA(2), C ARIAS(2), E PEZZOLA(2)

(1) A. Posadas. (2) A. Posadas.

Los plaguicidas organofosforados actúan inhibiendo la enzima acetilcolinesterasa, por lo que las manifestaciones clínicas son colinérgicas, nicotínicas y centrales. Debido a su rápida absorción por todas las vías, el inicio de la sintomatología es precoz de acuerdo al organofosforado implicado y la dosis.

Típicamente se describen síntomas agudos colinérgicos, un síndrome neurológico intermedio, y una polineuropatía degenerativa tardía de meses de evolución.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 50 años con antecedentes de inicio reciente de enfermedad Psiquiátrica tipo esquizoide, medicado con levomepromazina hacia 15 días, quien ingresa al hospital por presentar convulsiones tónico-clónicas generalizadas, con deterioro del sensorio requerimiento de ventilación invasiva para protección de vía aérea interpretándose inicialmente como status convulsivo, tomografía de encefalo sin actividad comicial, tomografía de cerebro sin hallazgos patológicos, LCR normal, laboratorio sin alteraciones electrolíticas, inicialmente sin alteraciones en los parámetros vitales ingresa a Uti con diagnóstico de status convulsivo con requerimiento de dosis máximas de midazolam no disponiéndose de EEG continuo permaneciendo con dicha medicación 24hs, adicionándose propofol en infusión continua por presentar fasciculaciones las cuales fueron interpretadas como actividad comicial, a las 50 hs de su ingreso se suspende sedación, paciente evoluciona paulativamente con bradicardia, pupilas mióticas puntiformes, tendencia a hipotermia, sialorrea excesiva, sin modificaciones en el estado de la conciencia, hipotonía, diaforesis, fasciculaciones cervicales, a las 6 hs de suspendida la sedación en contexto de laboratorio sin hallazgos patológicos se realiza interconsulta con servicio de toxicología con diagnóstico de síndrome colinérgico se administra 1 apopleja de atropina endovenosa con aumento de frecuencia cardíaca, se administra atropina en bolo hasta mejoría de sialorra, en ningún momento presentó broncorrea, al lograr mejoría de secreciones, frecuencia cardíaca superior a 90 inicio bomba de atropina por 10 días, dosaje de colinesterasa plasmática 95, eritrocitosis indetectable, mejoría de la conciencia a las 24 hs, extubación a los 6 días. Restrospectivamente se obtuvo la confirmación de ingestión de organofosforado, clorpirifó.

#### 0445 FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

M LUDUEÑA(1), E MONTEVERDE(1), A COSTAS(1)  
(1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada (VMP) definida como soporte ventilatorio mayor a 21 días. Comparar los datos con otras series de datos publicadas.

**Diseño:** Estudio retrospectivo, descriptivo.

**Población y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes de 1 mes a 12 años de edad ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital de Niños Ricardo Gutierrez desde enero 2017 a marzo de 2019 con más de 21 días de ventilación mecánica. Variables de interés: se analizó el motivo de ingreso a ARM, las patologías crónicas prevalentes, la presencia de NAV y infección con VSR, junto con la mortalidad. Se realizó un estudio retrospectivo de análisis de estas variables para analizar la influencia de cada factor. **Resultados:** Hubo un total de 778 pacientes, 12.5% tuvieron VMP. Primero el ingreso a ARM de causa respiratoria (59.72%) y neurológica (18%). Hubo una mayor incidencia de enfermedades genéticas (33.3%), cardiopatías (21%), inmunodeficiencias (25%). El porcentaje de NAV fue del 11.1% la infección con VSR fue de 6.9%, y los pacientes con EPOC fueron el 11%. La mortalidad cruda fue 19% (n: 19), la mortalidad esperada por PIM II 10.3%, la tasa de mortalidad estandarizada 1.85% (IC 95% 1.11-2.89), más alta que la general para el mismo periodo: 1.20 (IC 95% 0.91-1.5).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia el porcentaje de pacientes que tiene VMP fue similar al de otras series, luego de falla respiratoria de causa pulmonar, se encuentra la depresión del sensorio, en comparación con otros reportes donde prima la causa neuromuscular e inestabilidad hemodinámica.

#### 0446 ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA ASOCIADA A VASOESPASMO SECUNDARIO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA: EXPERIENCIA CON MILRINONA INTRAVENOSA

V ORTEGA(1), RODRIGUEZ LUCCI, F (2), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, N WAINSTEIN(2), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI

(1) Fleni. (2) Departamento De Medicina Interna. (3) Unidad De Terapia Intensiva. (4) Fleni.

**Introducción:** La isquemia cerebral tardía es una complicación frecuente de la HSA, aneurismática por la aparición de un nuevo déficit neurológico clínicamente evidenciable o en el hallazgo de imágenes sugestivas de isquemia en tomografía computada o resonancia nuclear magnética de cerebro. Los pacientes jóvenes menores de 55 años y que han fumado tienen mayor riesgo de presentarla.

Presentamos 2 pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática con vasoespasmo refractario a la terapéutica estándar; que fueron tratados con milrinona intravenosa.

**Objetivo:** El objetivo es presentar nuestra experiencia en el manejo de la isquemia cerebral tardía asociada a vasoespasmo secundario a HSA aneurismática con milrinona en infusión continua intravenosa.

**Métodos:** Isquemia cerebral tardía se definió en el contexto de presencia de vasoespasmo cerebral secundario a HSA aneurismática con tratamiento estándar y déficit neurológico nuevo o progresivo. El vasoespasmo se identificó con Doppler transcraneal.

Excluimos pacientes con hemorragia nueva, hidrocefalia y otras razones sistémicas.

Los pacientes recibieron milrinona en una dosis inicial de 0,25 mg/ml y a una velocidad de 1 ml/min a una dosis total que osciló entre 5 y 20mg y en forma paralela instaurado previamente noradrenalina para mantener tratamiento hipertensivo normovolémica.

**Resultados:** 15 pacientes, 2 fueron historias clínicas con HSA aneurismática con VSP en los cuales se trataron con milrinona.

El tratamiento estándar recibió Nimodipina, normovolemia hipertensiva con Noradrenalina y se agregó la infusión continua endovenosa de milrinona para el vasoespasmo.

Los 2 pacientes que son el (13,3 %) mostraron una mejoría del vasoespasmo en el seguimiento por DTC y sin aparición de nuevas isquemias cerebrales.

La media de edad fue de 41 años (Entre 30 años y 52 años).

Los 2 pacientes no tenían patología cardiovascular, el tiempo de uso de la milrinona. Se realizó la infusión de milrinona con una media de 5 días.

No se observaron eventos adversos cardiovasculares atribuidos a la milrinona.

**Conclusión:** El uso de milrinona en infusión intravenosa se asocia con buenos resultados del vasoespasmo cerebral seguidos por DTC y mejoría del status neurológico de los pacientes.

**Bibliografía:** 1) Cognitive outcome after aneurysm rupture: relationship to aneurysm site and perioperative complications. Tidswell P, Dias PS, Sagar HJ, Mayes AR, Battersby RD Neurology. 1995; 45(5):875.

#### 0447 REPORTE DE UN CASO COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO CON ALTA SOSPECHA DE ACIDOSIS D-LÁCTICA

ZD CAMACHO ACHA(1), MR CASTILLO TORRES(1), V BRUZZO(1)

(1) Hospital Nacional Prof. A. Posadas.

**Introducción:** En la patología de intestino corto se presenta el síndrome de malabsorción que resulta de la resección amplia de un segmento del intestino delgado. cuyas consecuencias son: deficiencias nutricionales, hipersecreción de ácido gástrico, nefrolitiasis, colélitiasis y acidosis D-láctica.

Esta última se debe a la presencia de un medio ácido que disminuye el pH intraluminal favoreciendo el sobrecrecimiento de bacterias ácido resistentes generando acidosis metabólica debido a la producción de D-lactato. Los síntomas neurológicos más comunes son la encefalopatía episódica (ataxia, cefalea, crisis comicial incluso coma), incoordinación motora, respiración de Kusmaul. El diagnóstico se puede sospechar por el compromiso neurológico descartadas otras causas que presenten acidosis metabólica con gap elevado.

**Presentación del caso:** Paciente de 3 años internado en UTIP con dependencia de NPT prolongada debido a un Síndrome de Intestino Corto Severo.

A los 2 años presenta antecedentes de episodios de irritabilidad, debilidad muscular generalizada, ataxia y deposiciones líquidas, con TAC de cerebro y EEG normales, en un laboratorio realizado se objetivó una acidosis metabólica con anión gap elevado (pH 7.27, HCO<sub>3</sub> 10.2 mmol/L, Anión GAP 27 mmol/L) con los antecedentes antes descriptos se sospechó de acidosis por D-lactato, dada la dificultad de obtener la confirmación del mismo se decidió iniciar tratamiento con hidratación, correcciones de electrolitos, aporte de bicarbonato sódico, metronidazol para la disbacteriosis.

**Discusión:** La acidosis por D-lactato puede aparecer no solo en el síndrome de intestino corto, sino tras la cirugía bariátrica tipo bypass yeyuno-ileal, insuficiencia renal, cetoacidosis, rhabdomiólisis o ingestión de ciertas sustancias.

Su incidencia es desconocida. Es necesario contar con pruebas especiales que determinen el dosaje de la enzima D-lactato deshidrogenasa.

El tratamiento consiste en la corrección de la acidosis con una perfusión de bicarbonato sódico, restricción de hidratos de carbono en la dieta y administración de antibióticos que contribuyen a suprimir la flora patógena productora de ácido láctico.

**Conclusión:** Los niños con Síndrome de intestino corto que presentan como intercorrelación compromiso neurológico requieren de un sostén rápido así como descartar entre las causas metabólicas la acidosis D-láctica aunque la confirmación por el dosaje sea diferida. En UTIP la sospecha clínica y reversión del trastorno mejorara la morbimortalidad debida a esta complicación.

#### 0448 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A VASCULITIS ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS POSITIVA: REPORTE DE UN CASO

MA AYLLON JUANES(1), M MISA(1), SS MAMANI GONZALEZ(1), W POZO(1), J LESCANO(1), L ROCIO ROMINA(1), E RODRIGUEZ(1)

(1) Sanatorio Dr. Julio Mendez.

Las enfermedades intersticiales pulmonares difusas son un conjunto de entidades que comparten características clínicas, radiológicas e histológicas.

La detección de autoanticuerpos específicos cumple un papel importante en el estudio de las enfermedades intersticiales pulmonares, con el potencial de alterar el diagnóstico de una neumonía idiopática NII a una EPI asociada a enfermedad del tejido conectivo (EPI-ETC). Distinguir una EPI- ETC de una NII es crítico ya que tiene implicancias importantes para el pronóstico y el manejo de la enfermedad.

Presentamos paciente masculino de 70 años antecedente de Fibrosis pulmonar idiopática hace 4 años, Vasculitis ANCA P+ indeterminado, en tratamiento con Pirfenidona, ExTabaquista, litiasis renal resuelta con litotricia, colocación de Doble J en 2009, atrofia renal izquierda, Rinitis alérgica. Ingreso a Terapia intensiva por falla renal aguda (Creatinina 11), acidosis metabólica requirió terapia de remplazo renal, insuficiencia respiratoria con soporte ventilatorio

no invasivo, Tomografía de tórax que informo enfisema centrolobulillar y paraseptal en territorio superior, áreas de afectación intersticial bilateral, áreas de penalización a predominio inferior que se interpretó como patrón UIP. Fibrobroncoscopia con lavado bronco alveolar, informe de anatomía patológica Hemosiderofagos 12%, sin rescate bacteriológico, orina en fresco con cilindros hemáticos. Interpretándose como Fibrosis pulmonar, Síndrome Riñón- Pulmón (Vasculitis ANCA P +), realizo pulso de Metilprednisolona de 3 gramos, posteriormente se observa mejora insuficiencia respiratoria, continua con terapia de remplazo renal, pasa a sala de clínica médica.

La enfermedad pulmonar intersticial asociada a la positividad de anticuerpos ANCA es usualmente observada en pacientes mayores de 65 años. En los casos que la fibrosis pulmonar se manifestó previo a la aparición de los síntomas de vasculitis sistémica, el tiempo promedio entre ambos eventos fue desde algunos meses hasta 12 años. Durante el seguimiento a largo plazo entre un 5 y un 10% de los pacientes inicialmente negativos para ANCA presentaron seroconversión para los mismos, con una incidencia de 12 casos por 1000 pacientes año. Se necesitan estudios prospectivos para aclarar la precisa prevalencia e incidencia de enfermedad pulmonar intersticial y Vasculitis ANCA.

#### 0450 CARACTERIZACIÓN E IMPACTO CLINICO DEL MANEJO DE ACV EN UTI: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

M SALVA(1), D ALFARO(2), A BAZO(2), B LLAPUR(2), L SILVA(2), M VELASQUEZ(2)

(1) Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario. (2) Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario.

**Introducción:** El Accidente cerebrovascular (ACV) constituye la primera causa de discapacidad y tercera de muerte en Argentina. El objetivo del presente trabajo fue analizar el manejo actual y evolución de los pacientes con ACV Isquémico agudo tratados en UTI.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional que incluyó 108 pacientes con ACV isquémico agudo mayores de 18 años ingresados a la unidad de terapia intensiva de una Institución Privada en Jujuy durante el periodo comprendido entre enero de 2017 y abril de 2019.

**Resultados:** Total 218 pacientes con ACV, 108 isquémicos (56 %) y 110 hemorrágicos (49%). De los primeros, 15 pacientes (13.8%) recibieron tratamiento con trombolíticos. De los 110 pacientes con ACV Hemorrágico, 64 con Hemorragia subaracnoidea (58,1%) y 46 con (41,8%) Hematoma intracerebral espontáneo. ACV isquémico, edad promedio fue de 69.3 años, 54.6 % hombres y 45.3 % mujeres. Mortalidad global 22.2% (trombolizados 20% vs no trombolizados 22.3%), con un APACHE II promedio 13.2, (trombolizados 12.3 vs 13.3 en no trombolizados), NIHSS global promedio de ingreso 8.3 (trombolizados 12.71 vs no trombolizados 6). Causas de no trombolisis: 54 pacientes (57%) fuera de ventana terapéutica extendida, 12 pacientes (12.7%) con contraindicación, 10 pacientes (10.6%) con wake up stroke, 3 pacientes (3.1%) rápida reversión de síntomas y otras causas no especificadas 7 pacientes (7.4%). Complicaciones del uso de trombolíticos: 4 pacientes con hemorragia, 2 de los cuales (13%) presentaron hemorragia sintomática con fallecimiento y un paciente con angioedema (6%)

**Conclusiones:** Tras la publicación en 2006 del estudio prospectivo TAICUS se volvió a analizar, en esta oportunidad de forma retrospectiva, a los pacientes con ACV agudo. No encontramos diferencia significativa de mortalidad y APACHE II entre pacientes que recibieron o no trombolíticos. Destacamos la elevada proporción de pacientes que no recibieron trombolíticos (86%) cuya causa principal fue la presentación fuera de ventana terapéutica, esto refleja la necesidad de contar con políticas de salud y organización local para optimizar el acceso oportuno al tratamiento.

#### 0451 VASOESPASMO CEREBRAL EN EL POST OPERATORIO DE TUMORES DE BASE DE CRÁNEO

V ORTEGA ESCOBAR(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, N WAINSTEIN.(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, A HLAVNIKA(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI, RODRIGUEZ LUCCI, F(1), UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, FLENI (1) Departamento de Medicina Interna. (2) Unidad de Terapia Intensiva. (3) Fleni.

**Introducción:** El vasoespasmo es una complicación crecientemente reportada luego de la resección de tumores de base de cráneo. Su morbilidad y mortalidad es alta, en parte por la falta de reconocimiento temprano y tratamiento apropiado.

Trauma mecánico directo, sustancias vasoactivas, sangre en las cisternas basales, sangrado intraoperatorio, localización tumoral, compresión arterial directa y la activación sistema trigeminal encargado de regular el flujo sanguíneo y el metabolismo cerebral son los factores predisponentes más comúnmente reportados.

**Objetivo:** Analizar los factores predisponentes, presentación clínica y métodos diagnósticos en pacientes consecutivos con vasoespasmo cerebral post neuroquirúrgico.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos con diagnóstico de vasoespasmo cerebral post neuroquirúrgico. Se recolectaron datos demográficos, localización e histología tumoral, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento.

**Resultados:** De 1500 neurocirugías de base craneo, 11 pacientes se diagnosticó vasoespasmo posterior a resección de tumores intracraneeanos.

No hubo predominancia en la ubicación de los tumores.

El vasoespasmo sintomático se desarrolló entre el día 3 al día 6.

El factor más común fue, presencia de sangre en sitio quirúrgico y en las cisternas basales.

El vasoespasmo fue en el territorio anterior bilateral en 3 de 11 pacientes, arteria basilar 1 de 11, carótida interna 1 de 11, territorio anterior y posterior en 1 de 11, arteria cerebral media derecha 5 de 11.

El método diagnóstico fue con doppler transcraneano en un 90% y el resto en angiografía digital.

Presentó 1 de 11 pacientes vasoespasmo severo.

El manejo de todos los pacientes fue farmacológico: normovolemia hipertensiva con noradrenalina, nimodipina, cilostazol, milrinona 1 de 11 pacientes uso stent intraarterial.

Registramos 2 fallecidos de 11 pacientes y el resto alta de la terapia intensiva neurocrítica.

**Conclusiones:** El vasoespasmo cerebral después de la resección del tumor es una complicación pobremente reconocida y rara, con alta morbilidad y mortalidad.

El vasoespasmo post operatorio comparte variables semejantes a vasoespasmo de la HSA (intervalo de tiempo, factores de riesgo, morbilidad y mortalidad)

Se requiere un alto índice de sospecha para el diagnóstico precoz y su tratamiento aunque una vez que el mismo se instala es difícil revertirlo ocasionando secuelas neurológicas significativas.

**Bibliografía:** 1. Cerebral vasospasm following tumor resection Naif M Alotaibi, 1 Giuseppe Lanzino 2 J NeuroIntervent Surg 2013;5:413-418. doi:10.1136/neurintsurg-2012-010477.

#### 0453 LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO HERRAMIENTA EN LA DETERMINACIÓN DE MÚSCULO ESQUELÉTICO EN PACIENTE CRÍTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

P NAVARRETE(1), M RODRIGUEZ(1), C LUNA(1), R CALELLA(1), C MORENO(1), Z ROSALES(1), R LÓPEZ(1), E TORRES(1), S PEREIRE(1), L PARRA(1), C BARADA(1) (1) Santa Isabel De Hungría.

**Objetivos:** • Utilizar tomografía computarizada (TC) para medir objetivamente el área muscular (AM) del paciente críticamente enfermo.

• Conocer el impacto del desgaste muscular asociado a la enfermedad crítica.

**Introducción:** La evaluación nutricional del paciente críticamente enfermo es dificultosa ya que las mediciones objetivas se ven afectadas por la inmovilidad, sedación, ventilación mecánica, entre otras. El consenso Europeo de estudio de la sarcopenia recomienda la evaluación del músculo esquelético mediante pruebas funcionales y confirmación a través de métodos objetivos. Las pruebas funcionales no pueden llevarse a cabo en la mayoría de los pacientes en UCI. Por lo cual la confirmación del AM por imágenes es de valor.

**Método:** Se analizaron imágenes tomográficas correspondientes a tres tiempos evolutivos de un paciente de sexo masculino de 68 años, ingresado a la UCI. Se identificó la tercera vértebra lumbar (L3). Este hito fue elegido debido a su correlación establecida con la masa muscular de todo el cuerpo.

El análisis se realizó utilizando Software ImageJ Fiji por personal capacitado. El tejido muscular se identificó mediante el uso de límites en las unidades de Hounsfield establecidas. Se calculó área de superficie muscular (ASM) en cm<sup>2</sup>, se incluyó área de grasa intramuscular (AGIM). La sarcopenia se definió con un valor de corte de IME menor a 55 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>.

**Resultados:** El análisis de la imagen de ingreso: ASM 117,76243 cm<sup>2</sup>, AGIM de 20,04215 cm<sup>2</sup>, IME 42,2254 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>.

La segunda imagen evaluada con diferencia de 13 días posteriores: ASM corresponde a 113,08803 cm<sup>2</sup>, el AGIM de 13,66998 cm<sup>2</sup>, IME 40,5493 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>.

Tercera imagen evaluada con diferencia de 24 días posteriores a la de ingreso: ASM corresponde a 111,37974 cm<sup>2</sup>, el AGIM de 14,83919 cm<sup>2</sup>, IME 39,9368 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>.

**Conclusión:** La medición de masa muscular determinada mediante el uso de TC, podría ser una herramienta para la evaluación de pacientes internados en UCI.

Las mediciones determinadas en el paciente muestran reducción de la masa muscular durante su estancia en UCI. No se pueden establecer conclusiones sobre el impacto de la sarcopenia en la morbimortalidad del paciente, para ello es necesario ampliar la información, definir puntos de corte de parámetros musculares en esta población y establecer recomendaciones en la toma de decisiones terapéuticas.

#### 0454 CARACTERÍSTICAS DE LA RESUCITACIÓN DE LOS PACIENTES SÉPTICOS EN LA ARGENTINA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO (ESTUDIO SATISEPSIS)

A DUBIN(1), E ESTENSSORO, C LOUDET, V KANOORE EDUL, J OSATNIK, C GONZALEZ, F RIOS, D VASQUEZ, M POZO, B LATTANZIO, F PALIZAS, G TUHAY, A GARCIA, G ZAKALIK, OI GRUPO SATISEPSIS

(1) Sanatorio Otamendi y Miroli.

**Introducción:** La resucitación de los pacientes sépticos con respecto a objetivos, monitoreo y tratamiento es muy variable.

**Objetivos:** Caracterizar la resucitación de la sepsis en Argentina. Una hipótesis particular fue que la utilización de predictores dinámicos de respuesta a fluidos se asocia a menor mortalidad.

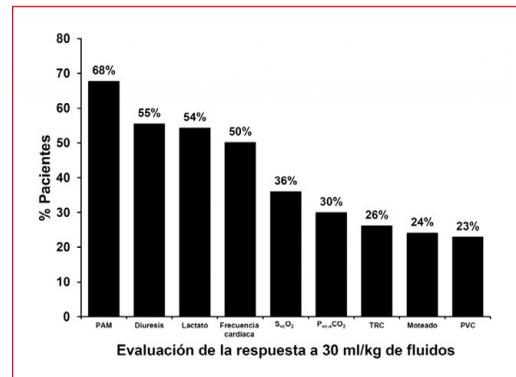
**Métodos:** Análisis secundario de SATISEPSIS(1), un estudio nacional, multicéntrico realizado entre el 01/07-01/09/16. Se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a la UCI con sospecha de infección, que determinó realización de hemocultivos y administración de antibióticos. Se registraron variables epidemiológicas y aspectos de la reanimación cardiovascular. Se determinaron predictores de mortalidad hospitalaria por medio de regresión logística.

**Resultados:** 570 de 787 pacientes (73%) presentaron presión arterial media (PAM) <65 mmHg y recibieron 30 ml/kg de fluidos en la reanimación inicial. Las soluciones más empleadas fueron ClNa 0,9% (53%) y Ringer lactato (35%). 65% requirió drogas vasoconstrictoras o inotrópicas, principalmente noradrenalina (100%) y

dobutamina (9%). En 22%, los vasopresores se iniciaron antes de finalizar la carga de fluidos. Luego de la carga inicial de fluidos, 413 pacientes (53%) aun presentaba evidencias de hipoperfusión, en base a diversos criterios, y requirieron fluidos adicionales, cuya administración se basó en lactato (66%), diuresis horaria (62%), frecuencia cardíaca (54%), saturación venosa central (39%), diferencia venosa central-arterial de PCO<sub>2</sub> (38%), PAM (31%), pruebas dinámicas (30%), relleno capilar (28%), moteado (26%), presión venosa central (24%), gasto cardíaco (13%) y/o presión acuñada (3%). Los predictores independientes de mortalidad fueron los puntajes de SOFA y Charlson, el lactato, la necesidad de ventilación mecánica y la utilización de pruebas dinámicas de respuesta a fluidos.

**Conclusiones:** La recomendación de la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis de infundir 30 ml/kg de fluidos en la reanimación inicial fue seguida en todos los pacientes, utilizando preferentemente solución fisiológica y Ringer lactato. La noradrenalina fue el vasoconstrictor mayoritariamente empleado. La reanimación adicional con fluidos, necesaria en más de la mitad de los casos, fue guiada por pruebas dinámicas en 30% de las ocasiones, un número bajo pero mayor al reportado en recientes estudios internacionales. Su utilización estuvo asociada con una menor mortalidad, incluso después de ajustar a múltiples confundidores.

Variable	Odds Ratio [95% CI]	p
SOFA	1.12 [1.05-1.19]	0.001
Lactato <sub>24hs</sub>	1.21 [1.11-1.33]	0.000
APACHE II	1.03 [1.00-1.06]	0.039
Charlson	1.20 [1.10-1.31]	0.000
Ventilación mecánica	8.77 [5.19-14.83]	0.000
Pruebas dinámicas	0.53 [1.11-1.33]	0.011
Hosmer Lemeshow= 0.64 AUROC= =0.832		



## ÍNDICE DE AUTORES

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
<b>A</b>					
ACOSTA PEDEMONTE, NB	118	BRITOS, M	198	DURAN, AL	258
ACOSTA PEDEMONTE, NB	132	BRITOS, M	297	DURAN, LG	305
ACOSTA, K	259	BRIZUELA, M	13	<b>E</b>	
AGUILAR HUARITA, RW	304	BRUNO, L	36	ECHARRI, M	141
ALBARRACIN REINOSO, M	125	BRUSCA, SA	377	ELIA, E	321
ALTAMIRANO, M	161	BUREU, PL	196	ESCALANTE SAIRE, T	355
ALUL, H	216	<b>C</b>		ESPERATTI, M	372
ALVAREZ MIÑO, R	318	CABRERA, G	245	ESPERÓN, F	173
ALVAREZ MIÑO, R	339	CALVI, G	346	<b>F</b>	
AMBROSI, C	140	CALVO DELFINO, M	145	FAIN, J	295
AMIEVA, F	274	CAMACHO ACHA, ZD	447	FALDUTI, A	177
AMOROSO, Y	405	CAMARGO, L	320	FELDMAN, A	27
AMUNDARAIN, E	43	CAMARGO, L	322	FELDMAN, A	29
ANDREU, MF	60	CAMARGO, L	408	FELDMAN, A	31
ANDREU, MF	78	CAMINOS EGUILLOR, JF	337	FELDMAN, A	86
ANGULO ALAGUNA, JR	398	CAMPASSI, ML	278	FERNANDEZ, B	256
ANTONELA, L	357	CANO, N	247	FERNANDEZ, G	138
APARICIO, MS	234	CARBONI BISSO, I	2	FERNANDEZ, G	203
ARGUELLO, MD	325	CARBONI BISSO, I	14	FERNANDEZ, G	280
ARMOA, CA	407	CARDOSO, P	67	FERNANDEZ, R	208
ATENCIO, V	239	CARDOZO, P	422	FERNANDEZ, R	223
AVANZATO, L	237	CARMONA, M	439	FERNANDEZ, R	313
AVILA, D	390	CARMONA, M	122	FERNÁNDEZ, SL	348
AYALA, Y	178	CARRANZA, DR	232	FERNANDEZ, T	273
AYALA, Y	424	CARRASCO, P	416	FERRARI, K	57
AYBAR, A	433	CASTAÑO, J	381	FERRARI, K	58
<b>B</b>					
BALASINI, C	345	CASTILLO, MA	394	FERRARI, K	59
BALASINI, C	356	CASTRO, S	25	FERREYRA, V	233
BARSAGLINI, F	129	CHAMBRE, C	44	FIGUEROA, H	112
BASCOLO, G	270	CHAVEZ, MC	107	FLORES MERCADO, AN	276
BEJARANO, R	300	CHEDIACK, V	440	FLORES MONTES, MA	97
BELLAGAMBA ENRIQUE, YI	144	CHIAPPERO, G	30	FLORES MONTES, MA	114
BELLONE CECCHIN, MDLP	166	CHIAROLLA, G	85	FLOREZ SALAZAR, DI	75
BENITEZ DELGADO, CE	72	COLOMER, L	257	FONTANA, V	21
BENITEZ, CV	240	COLOMER, L	227	FRATE, MB	212
BENNANI, G	282	COÑEQUIR, MF	228	FUNES NELSON, N	17
BERDAGUER FERRARI, FD	230	CORBALAN, L	344	FURIASSE, F	296
BERLONI, L	111	CORDERO, ME	76	<b>G</b>	
BEROIZA, C	108	CORDERO, MP	279	GALINDEZ, G	410
BERRONDO, C	254	CORREA FRETES, AL	64	GALINDEZ, G	431
BERROS, F	200	CRISTALDI, MP	83	GARCIA, M	220
BERTOIA, N	314	CRUCES, P	213	GAUDENZI, G	79
BERTOLA, R	155	CUBILLA, VS	45	GAUNA, DN	88
BIDEGAIN, M	378	CUELLAR, L	376	GAUNA, DN	90
BIELSA, L	224	CYUNEL, M	231	GAUNA, DN	93
BIOCCA, I	427	<b>D</b>		GEMELLI, N	281
BOCASSI, AR	268	DAZA ARANA, JE	426	GENOVESE, G	214
BOCASSI, AR	269	DELAUDE, GY	73	GERBER, JF	77
BONGIOANNI, H	428	DIAZ VELASQUEZ, JP	194	GIANNONI, R	388
BONGIOANNI, H	436	DIAZ, F	185	GIANNONI, R	403
BONGIOANNI, H	437	DIAZ, F	302	GILARDENGHI, T	363
BORDON, G	101	DOMINGUEZ, C	241	GILGADO, DI	174
BORNANCÍN, A	146	DOMINGUEZ, R	110	GIMÉNEZ, ML	55
BORONI, IB	157	DOMINGUEZ, R	389	GIRA, A	98
BRACCINI, ML	95	DUBIN, A	454	GIRA, A	365
BRAVO MITA, J	54	DURAN, AL	38	GIRA, A	366

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
GOMEZ ANZALAS, LE	120	MANZUR, A	158	PEREZ ROMERO, JE	19
GOMEZ MARTINEZ, VR	209	MARE, S	306	PERRÉ, F	70
GONZALEZ ANAYA, J	204	MARTINEZ CAMPISTEGUY, PS	82	PETASNY, M	56
GONZALEZ ANAYA, J	289	MARTINEZ GARBINO, I	175	PIERUCCI, O	341
GONZALEZ, G	249	MARTINUZZI, A	26	PINTO, R	288
GONZÁLEZ, J	435	MATARRESE, A	34	PISTILLO, N	40
GONZALEZ, R	285	MATARRESE, A	35	PIZZO, E	303
GREGORI SABELLI, R	160	MATEO PEREZ, VL	164	PLOTNIKOW, G	51
GUERRERO, J	391	MATEO PEREZ, VL	253	POLLIOU, LB	106
GUGLIELMETTI, S	20	MATIJACEVICH, E	235	PORJOLOVSKY, E	61
GUIDO, S	189	MELISA, C	131	POTENZONI, A	154
GUTIERREZ, AN	330	MENDEZ, G	419	POZO, W	400
<b>H</b>					
HAIDAR, J	152	MERCADO MURILLO, M	397	PREVIGLIANO, I	316
HAJDINJAK, C	80	MERCADO PEREZ, MA	308	PREVIGLIANO, I	347
HUANCA, T	11	MISA, M	448	PRICOLO, G	382
HUESPE, IA	100	MONTEVERDE, E	261	PRICOLO, G	383
HUESPE, IA	102	MONTEVERDE, N	170	<b>Q</b>	
<b>I</b>					
IMBELLONI, MI	206	MONTEVERDE, N	184	QUECAÑO, D	293
IMPAGLIAZZO, L	217	MORALES FERNANDEZ, JA	199	QUECAÑO, D	412
IRADES, F	411	MORALES, J	10	QUINTEROS GONZALEZ, J	283
IVULICH, DI	413	MORALES, R	33	QUIROGA ENCINAS, MA	115
<b>J</b>					
JARAMILLO, M	374	MORENO, E	352	<b>R</b>	
JUHASZ, TV	317	MUHLBERGER, AL	81	RAEMDONCK VAN MEGRODE, E	222
<b>L</b>					
LACOMBE, L	162	MURIALDO, G	218	RAMIRO, P	124
LACOMBE, L	163	<b>N</b>			
LAFFONT, C	221	NARVAEZ, V	130	RAMOS OLIVER, JA	63
LAMPONI TAPPATÁ, L	87	NASUTE MOLINA, E	172	RAMOS OLIVER, JA	65
LARDIÉS, J	139	NAVARRETE, P	453	RAMOS, G	211
LAS HERAS, M	205	NICOLÁS, G	1	RÉ, M	176
LATTANZIO, C	243	NOGUERA, K	267	RESA, N	406
LIBERA, G	369	<b>O</b>			
LLERENA, S	91	OCAMPO, F	275	REYES, P	360
LLERENA, S	92	OCHOA, JM	156	RIBERA, N	430
LLERENA, S	201	ORELLANA CAMPOVERDE, G	134	RÍOS VILLCA, WI	342
LLERENA, S	444	ORELLANA, S	195	RISSO VAZQUEZ, A	368
LÓPEZ CAMPOS, D	244	ORTEGA ESCOBAR, V	421	ROBLES, J	188
LÓPEZ CAMPOS, D	333	ORTEGA ESCOBAR, V	442	ROBLES, J	242
LOPEZ, CB	94	ORTEGA ESCOBAR, V	451	RODRIGUEZ VIGNOLI, A	262
LÓPEZ, C	119	ORTEGA, V	446	RODRIGUEZ VIGNOLI, A	266
LOPEZ, V	113	OUTI, IP	192	RODRÍGUEZ, GN	116
LOZADA RAMOS, H	351	OVIEDO SANTAMARIA, P	42	RODRIGUEZ, P	117
LUCERO, RD	429	<b>P</b>			
LUDUEÑA, M	445	PAEZ SILES, D	315	RODRIGUEZ, P	121
LUGRIN, A	359	PAFFUMI, R	123	RODRIGUEZ, P	127
<b>M</b>					
MALDONADO, F	298	PALACIO, AG	187	RODRÍGUEZ, V	432
MALVICINI, MA	284	PALACIOS, N	159	ROGGERO, E	180
MAMANI, A	69	PALIO, G	24	ROJAS, CV	375
MAMANI, S	215	PAREDES, RD	379	ROLANDELLI, G	142
MANCILLA, CR	362	PAUCAR, J	207	ROMANO, G	248
MANSILLA, M	169	PEDACE, P	402	ROMERO, J	46
<b>N</b>					
<b>O</b>					
<b>P</b>					
<b>S</b>					
<b>Q</b>					
<b>R</b>					
<b>S</b>					

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
SANCHEZ PERI, MA	290	TAMAGNONE, F	12	VALLEJOS, J	336
SANCHEZ, AM	136	TAMAYO, J	238	VALVERDE, A	291
SÁNCHEZ, FD	434	TAPIA LARA, P	415	VARGAS, F	441
SÁNCHEZ, FDV	350	TAPIA PACARA, FE	255	VEGA, C	74
SÁNCHEZ, FDV	354	TEALDE, A	384	VEGA, M	395
SANCHEZ, G	443	TEJADA, M	210	VELEZ, J	343
SANDOVAL, AA	338	TONON, J	286	VERNAZZI, ML	329
SANTOS, D	252	TORO, M	438	VIDAL, G	271
SARUBBIO, M	334	TORRES, KB	197	VIDELA, C	66
SELVA, B	193	TORRES, M	229	VIDONI, C	219
SEQUEIRA, F	361	TORRESAN, GV	165	VILLALBA, RA	324
SIMES, E	4	TORRESAN, GV	167		
SIMES, E	5	TUMINO, L	420	<b>W</b>	
SIMES, E	7	TURINA, D	236	WEHIT, JM	272
SORAGNI, PA	53			WILCHES, M	8
STERMAN, SM	41	<b>U</b>			
SUBIRA, M	292	UNIGARRO, L	18	<b>Y</b>	
		URANGA VEGA, M	191	YUNES, AC	133
<b>T</b>					
TABORDA, PN	414	<b>V</b>		<b>Z</b>	
TAJES, G	323	VALENCIA CHICUÉ, L	135	ZAPICO VILLALBA, M	312



El manuscrito original by el/los autores is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional License](http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/). Creado a partir de la obra en <http://revista.sati.org.ar/index.php>. Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en <http://revista.sati.org.ar/index.php>.