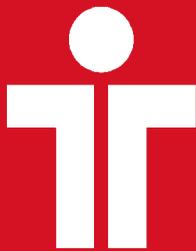


Suplemento 2 - Año 2020

## RESÚMENES



# REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2591-3387

---

## 30° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva - eSATI

4 al 7 de noviembre de 2020

*"Intensivismo post pandemia, desafíos de una especialidad obligada a reformularse"*

---

23° Congreso Argentino de Enfermería Intensiva

22° Congreso Argentino de Kinesiología de Terapia Intensiva

21° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

16° Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva

13° Jornada del Comité de Neonatología Crítica

7° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

7° Jornada de Lics. en Nutrición en Terapia Intensiva

7° 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 2020



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 (2019-2021)

#### Presidenta

*Rosa Reina*

#### Vicepresidente

*Guillermo Chiappero*

#### Secretaria

*Cecilia Inés Loudet*

#### Prosecretario

*Héctor Canales*

#### Tesorero

*Jorge Méndez*

#### Protesorera

*Susana Bauque*

#### Directora de Publicaciones

*Analia Fernández*

#### Directora de Departamento Docencia

*Adelina Badolatti*

#### Vocales Titulares

*Silvina Carina Balasini*

*Daniela Olmos Kutscherauer*

*Luis Fernando Cabezas*

*Miguel Ángel Rodríguez*

*Juan Carlos Pendino*

*Marcelo Fabio Morales*

*Guillermo Grieve*

*Mónica Viviana Romero*

#### Vocales Suplentes

*Mariela Alejandra Velásquez*

*Graciela Aguilera*

*Karina Fernanda Tolosa*

*Enrique Víctor Agüero Villarreal*

*Cristian Fabián Vera*

*Luis Alberto Huespe Gardel*

*Gerardo Gustavo González*

*Gustavo Adolfo Benavent*

#### Revisores de Cuentas Titulares

*Silvia Laura Fernández*

*Natalia Llanos*

*Cristina Orlandi*

#### Revisores de Cuentas Suplentes

*Juan Videla*

*María del Carmen Iñíguez*

*Gustavo Plotnikow*

### EX-PRESIDENTES

1972-1973:

*Aquiles Roncoroni*

1973-1975:

*Miguel Herrera*

1975-1976:

*Juan Carlos Figueroa Casas*

1976-1977:

*Ernesto Maña*

1977-1979:

*Héctor De Leone*

1979-1980:

*José Petrolito*

1980-1982:

*Roberto Apra*

1982-1983:

*Roberto Padrón*

1983-1985:

*Gustavo Marino Aguirre*

1985-1987:

*Antonio Gallesio*

1987-1989:

*Carlos Lovesio*

1989-1991:

*Juan Pacin*

1991-1993:

*Mario Santamarina*

1993-1995:

*Fernando Pálizas*

1995-1997:

*Roberto Bastianelli*

1997-1999:

*Jorge Neira*

1999-2001:

*José L. do Pico*

2001-2003:

*Daniel Ceraso*

2003-2005:

*Francisco José Criado*

2005-2007:

*Eduardo San Román*

2008-2009:

*Elisa Estenssoro*

2009-2011:

*Ignacio Previgliano*

2011-2013:

*Cayetano Guillermo Galletti*

2013-2015:

*Néstor Omar Raimondi*

2015-2017:

*Rolando Alfredo Gimbernat*

2017-2019:

*José Luis Golubicki*

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

### **Bioética**

*Lic. Analía Occhiuzzi*

### **Certificación y Revalidación**

*Alejandro Siaba Serrate*

### **CODEACOM**

*Richard Freddy Montano Buitrón*

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

*Gustavo Cardonatti*

### **Emergentología y Respuesta Rápida**

*Ana Kovac*

*Ana Kovac*

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

*Lic. Monica Dailoff*

### **Ética en Investigación**

*Monica Capalbo*

### **FCCS**

*Pablo Pardo*

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

*María del Pilar Arias López*

### **Infectología Crítica**

*Eleonora Cunto*

### **Nefrología Crítica**

*Nahuel Rubatto Birri*

### **Neonatología Crítica**

*Liliana Roldán*

### **Neumonología Crítica**

*Gastón Murias*

### **Neurointensivismo**

*Leandro Tumino*

### **Obstetricia Crítica**

*Natalia Llanos*

### **Oncología Crítica**

*Viviana Reyes*

### **Reanimación Pediátrica**

*Marcela Cuartas*

### **Patología Crítica Cardiovascular**

*Mario Kenar*

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

*Cecilia Loudet*

### **Pediátrico de Neumonología Crítica**

*Santiago Esquivel*

### **PFCCS**

*Silvio Torres*

### **Recuperación Cardiovascular**

*Ezequiel Martínez del Valle*

### **Pediátrica y Neonatal**

*Ezequiel Martínez del Valle*

### **Sedación, Analgesia y Delirium**

*Federico Carini*

### **Seguimiento y Rehabilitación**

*Lic. Dario Villalba*

### **Shock Pediátrico**

*Adriana Bordogna*

### **Shock y Sepsis**

*María Cecilia González*

### **Soporte Nutricional y Metabolismo**

*Ezequiel Manrique*

### **(COSONUME)**

*Ezequiel Manrique*

### **Soporte Vital Extracorpóreo**

**(Co.So.VE)**

*Sonia Villarroel Mendoza*

### **Trauma**

*María Gabriela Vidal*

### **Vía Aérea e Interfaces Respiratorias**

*Lic. Janina Lebus*

## CAPÍTULOS, CONSEJOS Y DEPARTAMENTOS

### **Capítulo Bioquímicos**

*María del Carmen Iniguez*

### **Capítulo de Enfermería**

*Lic. Marcelo Fabio Morales*

### **Capítulo de Enfermería Neonatal**

*Lic. Gustavo Sergio Villalba*

### **Capítulo de Farmacéuticos**

*María Victoria Stoffel*

### **Capítulo Kinesiología Intensivista**

*Lic. Marco Bezzi*

### **Capítulo Nutricionistas**

*Lic. Lorena Magnifico*

### **Capítulo Terapia Intensiva Pediátrica**

*Ana del Valle Rodríguez Calvo*

### **Capítulo Veterinario**

*M.V. María del Carmen La Valle*

### **Consejo Consultivo Asesor**

*Antonio Gallezio*

### **Consejo de Investigación**

*Elisa Estenssoro*

### **Departamento de Docencia**

*Adelina Badolati*

## AUTORIDADES

---

### 30° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva - eSATI

#### PRESIDENTES DEL CONGRESO

**Presidente SATI**  
*Rosa Reina*

**Vicepresidente SATI**  
*Guillermo Chiappero*

---

#### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente**  
*Fernando Ríos*

**Vicepresidente**  
*Alejandro Risso Vázquez (CABA)*

#### Vocales

*Erika Barrozo (San Luis)*  
*Marcela Castro*  
*Sergio Giannasi (CABA)*  
*Mariana Kirschbaum (CABA)*  
*Gastón Murias (CABA)*

*Daniela Olmos (Córdoba)*  
*Lic. Nutr. Leticia Peralta (Buenos Aires)*  
*Klgo. Nicolás Roux (CABA)*  
*Judith Sagardía (CABA)*

---

#### COMITÉ EJECUTIVO

**Presidente**  
*Jorge Méndez (CABA)*

**Vicepresidenta**  
*Susana Bauque (CABA)*

#### Vocal

*Claudia Kecskes (Buenos Aires)*

---

#### CONSEJO DEL CONGRESO

**Presidente**  
*Elisa Estenssoro*

#### Vocales

*Arnaldo Dubin*  
*Fernando Páizas*  
*Eduardo San Román*

---

#### COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS

**Responsables**  
*Cecilia Loudet (Buenos Aires)*  
*Cecilia Pereyra (Buenos Aires)*

---

## INVITADOS EXTRANJEROS

<i>Carol Hogdson</i>	Australia
<i>Daniel De Backer</i>	Bélgica
<i>Jean-Charles Preiser</i>	Bélgica
<i>Alexander Biasi</i>	Brasil
<i>Suzana Lobo</i>	Brasil
<i>Jorge Ibrain Figueira Salluh</i>	Brasil
<i>Laurent Brochard</i>	Canadá
<i>Ewan Goligher</i>	Canadá
<i>Daren Heyland</i>	Canadá
<i>Stephen Lapinsky</i>	Canadá
<i>Irene Telias</i>	Canadá
<i>Ricardo Cornejo</i>	Chile
<i>Pablo Cruces</i>	Chile
<i>Glenn Hernández</i>	Chile
<i>Tomás Emilio Regueira Heskia</i>	Chile
<i>Yenny R. Cárdenas Bolívar</i>	Colombia
<i>María Cruz Martín Delgado</i>	España
<i>Ricard Ferrer</i>	España
<i>Federico Gordo Vidal</i>	España
<i>Yolanda López-Fernández</i>	España
<i>Ignacio Monge García</i>	España
<i>Manuel Sánchez Luna</i>	España
<i>Jose Luis Vázquez Martínez</i>	España
<i>Anoopindar Kaur Balla</i>	Estados Unidos
<i>Erica L. Fink</i>	Estados Unidos
<i>Raffo Escalante-Kanashiro</i>	Estados Unidos
<i>John J. Marini</i>	Estados Unidos
<i>Vinay Nadkarni</i>	Estados Unidos
<i>Carla Sevin</i>	Estados Unidos
<i>Lic. Kathleen Vollman</i>	Estados Unidos
<i>Xavier Monnet</i>	Francia
<i>Paolo Pelosi</i>	Italia
<i>Giulio Stefanini</i>	Italia
<i>Craig M Coopersmith</i>	Reino Unido
<i>Joanne McPeake</i>	Reino Unido
<i>Luis Núñez</i>	Uruguay

SESIONES DE TRABAJOS ORALES

04/11/2020 - 10:00 a 20:00

TRABAJOS ORALES

- 0043 COVID-19 SEVERITY INDEX: UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA ESPECÍFICO**  
I HUESPE, I CARBONI BISSO, N GEMELLI, SA TERRASA, S DI STEFANO, V BURGOS, JF SINNER, MR RISK, E SAN ROMÁN, M LAS HERAS
- 0051 COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE EXTUBACIÓN EN ADULTOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS. ENSAYO CÍNICO ALEATORIZADO**  
M ANDREU, M BERTOZZI, M BEZZI, S BORELLO, D CASTRO, V DI GIORGIO, M AGUIRRE, K MIRALLES, D NOVAL, E WILHELM, M ZAKIMCHUK, M BERNARDINI, L REY, P D'ANNUNZIO, G PLOTNIKOW, M LOMPIZANO, M GUAYMAS, M ACCOCE, J DORADO, P TORRES, V PAVLOTSKY, C PALACIOS, M RUFFO, V LEON, S FREDER, J BUFFARINI CIGNOLI
- 0060 CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE LAS FÓRMULAS ENTERALES Y LAS SUPERFICIES DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PARAGUAY**  
C KENNEDY, G ESTIGARRIBIA, L RÍOS, A ORTÍZ, L SANABRIA
- 0064 COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA VÍA DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL Y NASOTRAQUEAL EN PEDIATRÍA**  
E WALTER, G KALTEMBACH
- 0082 ALTERACIONES MORFOLÓGICAS BASALES EN LA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO. ESTUDIO DE CORRELACIÓN**  
R SANTA CRUZ, C FAVOT, G DOMENICONI, M CHOI
- 0098 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR**  
GA PLOTNIKOW, E GOGNIAT, M ACCOCE, E NAVARRO, JH DORADO, F PUGLIESE, L SEPÚLVEDA, P SAUL, MDC GOROSTEGUI, MR MARTEAU GONZALEZ, C FERREYRA, S IRIARTE, B CALVET, EC CAÑETE, J VALLEJOS, M GRECA, FJ GIMENEZ, A REBOREDO, R PRATTO, D GELABERT, C RUFFO, D CORIA, A KAMEGAWA, T RUIZ JALIL, M CAMARGO, MV VILASECA, L SEMORILE, SE DOAZ, J LEBUS, S BURGOS, MC LUGARO

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

04/11/2020 - 13:00 a 20:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

- 0004 ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICA SECUNDA- RIO A ANEMIA DREPANOCÍTICA**  
LE ORIHUELA ROCHA, JJ LIRA GARCIA, J QUINTEROS GONZALES, J FIORANELLI
- 0005 POLINEURORRADICULOPATÍA DESMIELINIZANTE AGUDA POR EPSTEIN BARR**  
NF VILCHEZ, M MARTINEZ, D VALENTINUZZI, L AVILA, L MANEIRO, CE RODRIGUEZ, A FABBRO
- 0006 BOTULISMO ALIMENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO**  
F COMETTO, M GARCIA KEIM, S DIPENTE, C SALCEDO, G SQUAGLIA ACOSTA
- 0007 GOLPE DE CALOR. A PROPÓSITO DE UN CASO**  
F COMETTO, M GARCIA KEIM, C SALCEDO, S DIPENTE, G SQUAGLIA ACOSTA
- 0009 IMPACTO DE LA NECESIDAD DE HEMODIÁLISIS SOBRE LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO**  
MC POHLEMANN TARNOVSKI, M ARGÜELLO, R VILLALBA, D ACOSTA, A ALARCON, M KAEHELE, R OSTROWSKI, AE CARRERA, S RIBAK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUARSON, N BARRETO, JP ROMERO
- 0010 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMATISMO ENCEFALO-CRANEANO EN UTI DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR RAMÓN MADARIAGA**  
MD ARGUELLO, R VILLALBA, M POHLEMANN, D ACOSTA, A ALARCON, M KAEHELE, R OSTROWSKI, AE CARRERA, S RIBAK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUARSON, N BARRETO, A ALVAREZ
- 0011 ADMISION DE PACIENTES ONCOLOGICOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**  
AJ ALARCON MARINONI, M ARGÜELLO, R VILLALBA, M POHLEMANN, D ACOSTA, M KAEHELE, R OSTROWSKI, AE CARRERA, S RIBAK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUARSON, N BARRETO, M BALEIRON
- 0012 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
RA VILLALBA, M POHLEMANN, M ARGÜELLO, D ACOSTA, A ALARCON, M KAEHELE, R OSTROWSKI, AE CARRERA, S RIBAK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUARSON, N BARRETO, G ROMAN
- 0015 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO Y SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA EN ACCIDENTE OFÍDICO DEL GÉNERO BOTHROPS**  
MM KAEHELE, M ARGÜELLO, R VILLALBA, M POHLEMANN, D ACOSTA, A ALARCON, R OSTROWSKI, AE CARRERA, S RIBAK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUARSON, N BARRETO, G DELSSIN
- 0016 ARTERITIS DE TAKAYASU, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA.**  
M FORMAGGIO, A APARICIO
- 0017 TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO EN LAS COMPLICACIONES DEL TRAUMA ABDOMINAL CERRADO.**  
M MARTINEZ, LC AVILA, N VILCHEZ, L MANEIRO, E MARTINEZ, G REBAUDINO, EC RODRIGUEZ, A FABBRO
- 0018 MORBIMORTALIDAD MATERNA INUSUAL ASOCIADA A SÍNDROME DE HELLP**  
M MARTINEZ, L MANEIRO, N VILCHEZ, LC AVILA, EC RODRIGUEZ, A FABBRO
- 0019 DÉFICIT DEL FACTOR XIII. PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
A APARICIO, M FORMAGGIO
- 0020 ENFERMEDAD TROMBÓTICA Y CONSUMO DE COCAÍNA**  
J LIRA GARCIA, L ORIHUELA ROCHA, J QUINTEROS GONZALEZ, A FIORANELLI
- 0023 MAL DE POTT - ESPONDILITIS TUBERCULOSA**  
L VALENCIA CHICUÉ, I CARBONI BISSO, C VIDELA, M LAS HERAS
- 0025 EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19**  
I CARBONI BISSO, C LOCKHART, C VIDELA, A MASSÓ, J GONZÁLEZ ANAYA, M HORNOS, E SAN ROMÁN, I HUESPE, M LAS HERAS
- 0029 PURPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA : A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**  
G PAZ ROJAS, J CEDAÑO, A OROSCO, C VEGA, E BOSSA, A MAMANI, M CUELLO, G TUTIVEN, A ORTIZ, R PEREZ, L BUCETA, A LUQUETTI, M FLORES, J MORENO, M NAHARA
- 0030 EFECTOS ADVERSOS DE RITONAVIR / LOPINAVIR EN COVID-19**  
G VECCHIO, V ZAPICO, A CATANZARITI, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS
- 0031 MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19): REPORTE DE UN CASO**  
Y AYALA, I CARBONI BISSO, M GARBARINI, C LOCKHART, S VILLARROEL, J CHAS, V KOTOWICZ, N BERTOIA, C VIDELA, E SAN ROMÁN, M LAS HERAS
- 0032 TEMPORADA DE INFLUENZA 2019: ANÁLISIS CLÍNICO DE 143 PACIENTES HOSPITALIZADOS**  
J CANTOS, I CARBONI BISSO, E PRADO, A MASSÓ, I STANELONI, C VIDELA, I HUESPE, E SAN ROMÁN, M LAS HERAS
- 0034 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HALLAZGOS RADIOLÓGICOS, VARIABLES DE LABORATORIO Y DATOS DE LA MECÁNICA RESPIRATORIA DE LOS PACIENTES CON COVID-19 EN TERAPIA INTENSIVA**  
I CARBONI BISSO, C LOCKHART, A MASSÓ, J GONZÁLEZ ANAYA, M HORNOS, R FAMIGLIETTI, JM NUÑEZ SILVEIRA, M DI GRAZIA, P CORIA, M DUCREY, C VIDELA, I HUESPE, E SAN ROMÁN, M LAS HERAS
- 0035 ASPIRADO TRAQUEAL CON SISTEMA CERRADO: UNA TÉCNICA MODIFICADA DESARROLLADA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**  
S SCHVERDFINGER, I CARBONI BISSO, R FAMIGLIETTI, M DI GRAZIA, C VIDELA, S DI STEFANO, M LAS HERAS
- 0036 UTILIZACIÓN DE LA INFUSIÓN GLUCOSA-INSULINA-POTASIO EN EL TRATAMIENTO DEL SHOCK SÉPTICO CON DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO**  
MF ESTEGUY, NL SERRANO, ML DIANO, L GARCIA
- 0037 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PIAL, MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA POCO FRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**  
MF ESTEGUY, AH BELLOCCHIO, DA BRANDONI, L GARCIA, M TRUSZKOWSKI
- 0038 PAPILOMATOSIS LARÍNGEA RECURRENTE: SERIE DE CASOS**  
AH BELLOCCHIO, MF ESTEGUY, M VICTORIA, M RODRÍGUEZ D'AQUILA
- 0039 CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE UTI OBSTETRICA DE UN HOSPITAL PUBLICO. POSADAS, MISIONES MARZO-MAYO 2019**  
RM BENITEZ, JR MULLER
- 0040 SÍNDROME DE ASMA CRÍTICO CON REQUERIMIENTO DE ECMO: REPORTE DE UN CASO**  
J GONZÁLEZ ANAYA, N GEMELLI, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, E SAN ROMÁN, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS
- 0041 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19): EXPERIENCIA EN 20 PROCEDIMIENTOS**  
C LOCKHART, I CARBONI BISSO, N BERTOIA, C VIDELA, D SMITH, J MONTAGNE, A DIETRICH, M RAÍCES, G GARCÍA FORNARI, M FIGARI, I STANELONI, E SAN ROMÁN, M LAS HERAS

- 0042 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON OXIGENACIÓN EXCLUSIVA CON ECMO: REPORTE DE UN CASO**  
N BERTOIA, C LOCKHART, I CARBONI BISSO, C VIDELA, E SAN ROMÁN, M LAS HERAS
- 0044 PROTOCOLOS DE DECANULACIÓN EN PEDIATRÍA. REVISIÓN SISTEMÁTICA**  
M CELIZ ALONSO, M PERALTA, ME MONTES
- 0045 SÍNDROME DE GUILLÁN-BARRÉ Y SARS-COV-2: REPORTE DE UN CASO**  
J GONZALEZ ANAYA, A MASSO, CG VIDELA, NM CIARROCCHI, E SAN ROMAN
- 0049 SOBREVIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SDRA EXTRA-PULMONAR**  
L BALDASSARRE, M HERRERA, C VIQUEIRA, F DIAZ
- 0050 DIARREA Y FÓRMULAS LISTAS PARA USAR EN PACIENTES CRÍTICOS**  
SP CHAPELA, MJ REBERENDO, PI MARTINEZ, G ERNST
- 0052 LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE ADN LIBRE CIRCULANTE Y LOS DE HISTONA H3 CITRULINADA PREDICEN LA MORTALIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS**  
M MOIANA, E CUNTO, F ARANDA, C DOMINGUEZ, V CHEDIACK, R REINA, S PERES, G DE LARRAÑAGA
- 0053 CARACTERÍSTICAS METABÓLICO-NUTRICIONALES Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS ASISTIDOS POR ENFERMEDAD COVID-19 UCIS ARGENTINAS**  
AL MARTINUZZI, S CHAPELA, I AVERSA, MJ REBERENDO, D BOLZICCO, L PERALTA, L MAGNIFICO, V GONZALEZ, C GALETTI, P NAVARRETE, M RODRIGUEZ, C LUNA, A DIETRICH, E QUESADA, MF CASCARON, F BACCARO, N BARAGLIA, ML CAPRIA, C KECKES, J ASPARCH, E MANRIQUE, Y LOMBI
- 0054 LES DE INICIO TARDIO**  
A DE GIORGIS, MP ZALAZAR
- 0055 UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PARA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ESTUDIO PILOTO CUASI-EXPERIMENTAL**  
M OLMOS, M ESPERATTI, H KAKISU, N FUENTES, ME GONZALEZ, C NAVARRO MORENO, JM PINTOS, A MIRANDA, V BARBARES, A VILLOLDO, G TUSMAN
- 0056 ASISTENCIA KINÉSICA MOTORA EN CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19. ENCUESTA ARGENTINA**  
M BERTOZZI, S CAGIDE, M ACCOCE, E NAVARRO
- 0057 ADECUACIONES EN LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA PANDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DEL HIBA (UTIA): ESTUDIO CUALICUANTITATIVO DE LOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS Y LAS VIVENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD**  
J ESPEJO, E PEDROZO, I CARBONI, M DIAZ, A DIAZ, J SINNER, A DAWIDOWSKI
- 0058 HIPOFOSFATEMIA ASOCIADA AL SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE INFECCIOSO CRÍTICO**  
V FERNANDEZ ABELLO, M ABOT, C DOMINGUEZ, L GONZALEZ, S CACERES, P SAUL, N CHACON, J FERNANDEZ, MB DELLA PAOLERA, MDLM NANO, M GALINDO, R GREGORI SABELLI, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0061 MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19): SERIE DE 6 CASOS Y AYALA, I CARBONI BISSO, C LOCKHART, N BERTOIA, C VIDELA, S VILLARROEL, J CHAS, V KOTOWICZ, E SAN ROMÁN, M LAS HERAS**
- 0062 EL LABORATORIO CRÍTICO AL LADO DEL PACIENTE: ES POSIBLE? EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GARRAHAN**  
AM VILCHE JUAREZ, A BARBIERI, E KUTASZ, G D'ISA
- 0063 RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA: ANÁLISIS DE ENCUESTA DE AUTOCATEGORIZACIÓN**  
R GILARDINO, A GALLESIO, MDP ARIAS LOPEZ, N BOADA, J SARGARDIA, V MANDICH, J CHAPARRO, S COSENZA, A FERNÁNDEZ, ME RATTO, G, CYE COMITÉ
- 0065 PACIENTES CON ESTADÍA PROLONGADA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ANÁLISIS SECUNDARIO DE BASE DE DATOS SATI-Q**  
MDP ARIAS LOPEZ, ME RATTO, A SIABA SERRATE, C MEREGALLI, I MARINELLI, S CHUCHUY, D BERGNA, K CINQUEGRANNI, F JORRO BARON, A FERNANDEZ, SP GRUPO
- 0066 ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN CUIDADOS CRÍTICOS**  
R CASTOR, F REPETTO, ML CAMPASSI, L BOIXADERA, P GUSTAVO, B DAVID, I BORONI, R BERTOLA, G GOMEZ, B TISEYRA
- 0067 SÍNDROME DE MUTISMO CEREBELOSO EN POSTOPERATORIO DE TUMORES DE FOSA POSTERIOR. SERIE DE CASOS**  
N ZANCOCCIA, F TABACCO, MG GUTIÉRREZ, MJ VILARIÑO, R MIEREZ
- 0068 ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA TIPO III. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**  
F TABACCO, N ZANCOCCIA, MG GUTIÉRREZ, L BORDINO
- 0069 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR S. LUGDUNENSIS. REPORTE DE UN CASO**  
R FERRERO, T LUJAN
- 0071 NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A INHALACIÓN DE DROGAS**  
J CAMARGO, MC PALACIO, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, R SANTOS, JE CAMARGO
- 0072 A PROPÓSITO DE UN CASO. PROLONGACIÓN DE QT POR ANTIBIÓTICO ASOCIADO A SÍNDROME QT PROLONGADO TIPO 3 CONGÉNITO**  
E WALTER
- 0073 INCIDENCIA DE FALLA INTESTINAL AGUDA EN UCIS ARGENTINAS**  
A MARTINUZZI, E MANRIQUE, P ROEL, Y LOMBI, M CORNU
- 0075 TORMENTA INFLAMATORIA ASOCIADA A COVID-19 EN PEDIATRÍA**  
M SIERRA, F PAPTERRA FERNANDEZ, N PAGANINI, M ABREGU, G PAZ
- 0076 PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS CON ENFERMEDAD POR COVID-19: COHORTE PROSPECTIVA OBSERVACIONAL**  
M MONTENEGRO, A FERRERO, P OKURZATY, S GALCERAN
- 0080 SÍNDROME INTERMEDIO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS: REPORTE DE UN CASO**  
J NIEVES MARQUEZ, K SIVILA MARQUEZ, MDLÁ RUIZ, L RUEDA SANTIVAÑEZ, R ALTAMIRANO, R MÉRIDA MALDONADO
- 0083 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN CONTEXTO DE SEPSIS EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE**  
V MARTINEZ PERALTA, C VILLAVICENCIO, C ARELLANO, M ALVA-REZ RETONDO
- 0084 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA**  
E BRAVO SOLARTE, E RODAS MONTER, C VILLAVICENCIO, NE ZAMORA MENDIZÁBAL
- 0086 HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE DURANTE LA GESTACIÓN**  
MF PULGAR, C VILLAVICENCIO, A FLORES, G FIGUEROA
- 0090 TOMA DE MUESTRA MINI-BAL, EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO-MÉDICO DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL**  
M CINI, J ZABALLA, G GIGLIO RUSSO, S DALMASO
- 0093 SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA**  
GO CESAR, JJ RUIZ MARTINEZ, FE ALANIZ, MM KLEINERT
- 0094 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPAR.**  
GA PLOTNIKOW, I GARCÍA, P LOVAZZANO, MJ SAKUGAWA, G CHAPARRO, M PIATTI, S BAGNOLO, E P. ZAMORA, F IGLESIAS, L AYALA NOGUEIRA, R STRATTA, M DI IORIO, I CASTRO, A SOSA, MV PUCHETA, S NASIF, J LASSAGA, G RICHTER, A MATARRESE, JA ARAQUE, JL FERNANDEZ CALUIMONTES, X GAMBETTA, L DAN-GELO, L PERAZZI, MF VERRELLÉN, R FAMILIETTI, F KURBAN, MC PITA, M TRABA, L COCCO, G MENESES

- 0095 MÉTODOS DE DESVINCULACIÓN Y FALLA DE EXTUBACIÓN EN EL PROCESO DE DESTETE EN LA ARGENTINA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN WIND. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPAR**  
GA PLOTNIKOW, F DI VRUNO, N IEZZI, J G. NIZZO, A BAQUEIRO, D VARELA, M SETTEN, D GILGADO, A MAZZOLA, G LEITES, M GIL, A VALLEJOS, C AGUERO, E CUNTO, DF GELABERT, AI B. GOMEZ, J VELAZQUEZ, S GOMEZ, D CALDERÓN, N CERQUANOL, N CALDERON, W ANDALUZ, M ARIAS, ME BORDÍN, RS GOMEZ, DD GARCÍA, J JOAQUIN, E RODRIGUEZ, V GOMEZ, M GRANDO, M RODRIGUEZ
- 0097 ÍNDICE PAO2/FIO2 EN EL PRIMER DÍA DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y SU RELACIÓN CON LA SOBREVIDA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPAR 2019**  
GA PLOTNIKOW, JA GRUCCI, CA MORALES, F RIOS, VN KOSAKA, D FERNÁNDEZ, AA ZACCO, V GALENDE, P STAFFOLANI, M VERDUGUEZ, J LEBUS, F PUZZO, G CHIAPPERO, GN ESCALIER, G CASTRO, G RUFFO, A BAQUERIZO, S FERNÁNDEZ, S LASDICA, O CUELLO, M BOTTO, R GIMENEZ, L RAPELA, G BAI, S BELTRAMINO, Y LOMBI, MV HERRERO, J C. ECHEGARAY, M LAIZ, G PARDAL, CA MORENO
- 0100 USO DE MODOS VENTILATORIOS CONVENCIONALES EN UCI EN UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)**  
J DORADO, I LEDESMA, M DI MARIA, M CONDE, M BUSICO, J GELMETTI, H NUNIA, F CAMELLI, NO GRAZZIANI, MB CANIL, L BERGALLO, MG ALONSO, LA CHALCO, A ZURERIEK, J VEGA, N PEREZ, C SALGUERO, P CAUSTELLUCCIO, W WUMRS, L HUBER, A FERRA DE BRITO, ME MALCUN, S BURGOA, R LOPEZ LUPPO, G KALBERMATTER, M GUTTMANN, V ATENCIO, P LOVAZZANO, S TORRES, MC VILLAFÁÑE
- 0101 PROGRAMACIÓN DE VOLUMEN CORRIENTE Y PEEP EN ESTRATOS DE FIO2 Y CSR. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)**  
J DORADO, M BRIZUELA, I KUNZI, MV MIGUELES, A CHENA, V LOZANO, J ARGANARAZ, ML BRACCINI, N TIRIBELLI, M MOGADOURO, J SAGARDÍA, M AGUIRRE, S MINOLDO, C ESTELITA, S AGUILAR, E RODRIGUEZ, GF ESCALANTE, MP FREYTES, A LORO, AA PEREYRA, P GOMEZ, I CABALLERO, MS DOGLIOLI, IV ZANDSTRA, AJ SAMPERISI, J VELAZQUEZ, E RODRIGUEZ CAICEDO, M PEREYRA, J GOMEZ, J GELMETTI
- 0102 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR BOCAVIRUS HUMANO-1 (BOVH1) EN LACTANTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA**  
G BOGGIO, G ABBIATTI, A MONTAÑEZ SANDOZ, L JORDAN, L PROVENZANI, T GUZMAN, P SOTOLA, O GLORIEUX, L MORENO
- 0103 ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN PULMONAR EN UCI EN UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)**  
J DORADO, MA GARCIA, M STEFE, L GARCIA IRIARTE, VE PERRI, R TEIRA, ML FEIJOO, L CORSIGLIA, DV MORALES, R GONZALEZ, D INCHAURRONDO, D ZARZA BENITEZ, A RISSO, D NOVAL, M MORENO, G ROLDÁN, C VILLEGAS, MP CORSIGLIA, N RONDINELLI, MM PERCAZ, K TENASCZUK, P BUSTAMANTE, J SALTO, L FUERTES, S BORELLO, O TOLABA, MJ SANITOUT, LR BETTINI, V GUERRA, F TAPIA
- 0106 PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO**  
S GARCIA SCHUSTEREDER, F ESPERÓN, P BELLÓN, W PRIMOSICH, J GAGLIARDI, H PAVÓN, J CANCINO, M BOSSO
- 0107 DISTRIBUCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y DE UCI EN UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)**  
M ACCOCE, F PUGLIESE, L SEPÚLVEDA, P SAUL, MDC GOROSTEGUI, MR MARTEAU GONZALEZ, C FERREIRA, S IRIARTE, B CALVET, EC CAÑETE, J VALLEJOS, M GRECA, FJ GIMENEZ, C ANDIA BERAZAIN, MG SANCHEZ, C LUCHITTA, L ESCALZO, U RIOS PÁRRAGA, A VAZQUEZ RISSO, C CAVAGNARO, PM GUTIERREZ FERNANDEZ, I SANDOVAL, MN CONTRERAS, A CUELLO, G IZZO, R BRAVO, A NUÑEZ, C GARCÍA ALMIRON, P ROY, J GATTA CASTEL
- 0108 USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DURANTE EL DESTETE EN UN ESTUDIO NACIONAL MULTICÉNTRICO. EPAR 2019**  
M ACCOCE, CG SOSA, G BONGIRONI, V RIENZI, M BEZZI, C ARAMAYO, G PARDAL, L MONTELAR, GR BAEZ, MN RUFFO, G GARCÍA, D VILLALBA, S ZIDARICH, C FOSTER, H GINANIETTO, A KARACIC, A OBREGÓN, MV LÓPEZ, F DA FONSECA, MM DI PIERRO, B FIERRO, PM CAMPISTEGUY, F PESO, G GOMEZ, MV URRUTIA, A GORZA, F LARROCA, JP GAGGINO, J LEIVA, N SANCHEZ
- 0111 IMPLEMENTACIÓN DE OXIGENOTERAPIA A ALTO FLUJO EN PACIENTES EPOC CON FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPNICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**  
GA PLOTNIKOW, M ACCOCE, S FREDÉS, N TIRIBELLI, M SETTEN, JH DORADO, M GUAYMAS, S ILUTOVICH, PO RODRIGUEZ, CE CESIO, JL SCAPELLATO, DN VASQUEZ
- 0112 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD ASOCIADA A LAS MISMAS DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPAR**  
E GOGNIAT, A REBOREDO, R PRATTO, D GELABERT, C RUFFO, D CORIA, A KAMEGAWA, T RUIZ JALIL, M CAMARGO, MV VILASECA, L SEMORILE, SE DÍAZ, J LEBUS, P GOMEZ, E DUARTE AZUAJE, E SABADINI, ES RODRIGUEZ, F CASTRO, MN ANTUNEZ, S RADIMAK, M ESCOBAR, A BAIALARDO, M HUNTER, V BETISTELLA, CM CIGARRA, L RAPETTI, J QUINTANA, S LARRAIN, C GALLETTI, L PAGGI
- 0113 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y MORTALIDAD. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPAR**  
E GOGNIAT, B SPATH, C PATRICIA, J ROBLES, M PETRE, A ABDALA, PA DOMENICHINI, MS FERNANDEZ ALTAMIRANO, S PICON FUSTER, E ROGGERO, A QUEREDA, S IZZA, G WERBER, R BARBARITO, F ITHURBURU, F GARCIA, C ESPINOSA, A RESGUARDO, V BOURGUIGNE, J BERTINAT, L PERALTA, Y BAIGORRIA, AM VEGA, M VILCHES, M FERNANDEZ, F TAPIA, ML CAMPASSI, C QUIROGA, M GIURIA, MJ GARCÍA
- 0114 COMPORTAMIENTO DE ÍNDICES DE OXIGENACIÓN ANTE OBJETIVO DE SATURACIÓN CONSERVADOR VERSUS LIBERAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A CORONAVIRUS-19 BAJO ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA**  
J DORADO, J PÉREZ, E NAVARRO, E GOGNIAT, D GILGADO, G CARDOSO, S TORRES, M BERTOZZI, S CAGIDE, D RODRIGUEZ, M CALVO DELFINO, C PAPAIZIAN, M BERASTEGUI, M ACCOCE
- 0115 PROGRAMACIÓN Y MONITOREO DE LA VM DURANTE LOS PRIMEROS 10 DÍAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPAR**  
E GOGNIAT, R GIANNONI, G PARDAL, CA BARCELO, I DEVEIKIS, S ROMAN, MM KOZ, J TURUN BARRERE, D VERÁ, MA FURCHE, MM LEDESMA, MA GOLDBERG, PN TABORDA, A SMIDT, C STOLL, D PONCE, A PATRINOS, M ESCOBAR, F PUZZO, L VARGAS, E TUNINETTI, E SEERY, VE MENDOZA, RE SOLANO, ME IBARRA, LP CARDONNET, P CARDOZO, C HERRERA, F SACCO
- 0117 CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
MM RIVAROLA, E LANZAVECCHIA FEMENÍAS, JA CARDILLO, M HERRERA, S BRUSCA, A PENAYO, B LATTINI, C GARCIA, C FRIDMAN, DG BUAMSCHA, ME GALVÁN
- 0118 ECTIMA GANGRENOSO EN PEDIATRÍA: PRESENTACION DE UN CASO**  
S ESQUIVEL, L BOZO, E CESPEDÉS
- 0119 MÉTODOS DE EVALUACIÓN MUSCULAR EN PACIENTES CON CIRROSIS EN LISTA DE TRASPLANTE**  
SP CHAPELA, PM PEGORARO, M AQUINO, D MANGIAROTTI, J CORONIL, N AREAS, EJ DESCOTTE
- 0120 MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE, PERO DE ELEVADA MORBIMORTALIDAD. TRATAMIENTO DE TÉTANOS GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO**  
LS AGUERO, MG LOPEZ CRUZ, E SAUER, MO CHIERICOTTI, M CORGNALI, A REGALADO, L TARCHINI, M LOPEZ, E KUNTO, D VELARDEZ, P ACOSTA, C DAVID
- 0121 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN COVID-19**  
N MÉNDEZ HERNÁNDEZ, M JARAMILLO MORENO, E ESCAÑO, J MARTÍNEZ, Y HUARACHI, E NOBLE, K SOLANO, J CASTAÑO, J MARÍN, L VASTA, F LIPOVESTKY

- 0122 ASOCIACIÓN ENTRE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA POR COVID-19 Y NIVELES DE PROCALCITONINA, PROTEINA C REACTIVA Y FERRITINA**  
V RUA ARISTIZABAL, D VAZQUEZ, D CASTRO, A SOLARTE
- 0123 DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA PERITONITIS GANGRENOSA GRAVE, EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO COVID-19 POSITIVO**  
B NACCARELLI, I CASTAGNOTTI, P DA BOVE, D LEZCANO, M RAMBO, A SANABRIA, C BALBUENA, S CISNEROS, M ROMERO, G TINTILAY, Y ZARATE, G ROMERO LIPARI, N OSTER, M PASCUTTO
- 0124 UTILIZACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2 EN DOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE BS. AS. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO**  
D RODRIGUEZ, DA RODRIGUEZ, F PUZZO, P CENTENO, M PETRE, J GOMEZ, PL DIAZ, A MATIAS, F DOMINGUEZ, E AZUAJE, R CANELON, E MONTIEL, A BAQUERIZO, F CEOLIN, L VAZQUEZ
- 0125 CRIPTOCOCOSIS DISEMINADO EN PACIENTE TRASPLANTADO DE ÓRGANO SÓLIDO**  
F ALANIZ, AN MATARRESE, RM JUAN JOSE
- 0126 SARS COV 2: ¿NUEVA ETIOLOGÍA EN GUILLAIN BARRE?**  
J MARTINEZ GIRALDO
- 0127 ALTERACIONES MICROCIRCULATORIAS EN NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19**  
VS KANOORE EDL, JF CAMINOS EGUILLOR, G FERRARA, E ESTENSORO, DS PÁEZ SILES, CE CESIO, D MARQUEZ, A DUBIN
- 0128 COMPLICACIONES MECANICAS TEMPRANAS ASOCIADAS A LA COLOCACION DE CATETERES VENOSOS DE CENTRALES DE CORTA PERMANENCIA EN UTIP, HOSPITAL GUILLERMO RAWSON**  
J PONCE, C FLORES
- 0129 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES ADMITIDOS A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR**  
E NAVARRO, S BURGOS, MC LUGARO, ML QUILES, M DIAZ, A JARQUE, A TEVES, M DUCREY, L IMPAGLIAZZO, G SCHMIDT, S SAAVEDRA, F IGNISI, M ESTEVES, N BRITO, MV BAUDAGNA, AL ALVAREZ, G DAVIS, A FERNANDEZ, M ALCETEGARAY, B LEONE, MJ OLMEDO, J GONZALEZ, C ENRICO, D MIQUERI, M LAS HERAS, R LUMINI, DA BARAVALLE, S SEGUROLA, L GARCES, F RUSSO
- 0130 CUADRIPLÉJIA AGUDA: ESPECTRO NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOS)**  
N TEDONE, MF BENEDETTI, J SAGARDIA, E MORENO, ED PEZZOLA, M VALENZUELA, A SAENZ VALIENTE
- 0131 CURSO CLÍNICO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR**  
E NAVARRO, A BARRIENTOS, RA GOMEZ, M FERREYRA, A QUIJANO, S FREDAS, A GARCIA, F PUCHULU, LD FEDES, N DARGAINS, A GALLARDO, S CAGIDE, L KRZISNIK, C PAPAIZIAN, M CERGNEUX, J LUPPO, F ENZINI, M DÍAZ, R RODRÍGUEZ, E FRINGES, C PELLEGRINI, L BIANCHI, JM ALÚ, JM OCHOA, M GUAYMAS, P PARDO, F LOIACONO, A ARRUBIA, F JANSMA, M SETTEN
- 0132 OXIGENO HIPERBÁRICO ADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES COVID-19 GRAVE: REPORTE DE CASOS**  
V CHEDIACK, CV DOMINGUEZ, N CHACON, M CANNELLOTTO, PA SAUL, JM FERNANDEZ, R GREGORI SABELLI, A BOCCASSI, ER CUNTO
- 0133 BOTULISMO INFANTIL, A PROPÓSITO DE UN CASO**  
MV LEGUINA, Y PEDRAZA, A AYBAR, F JEREZ, I NICASTRO
- 0134 PROFILAXIS ANTICOMICIAL EN PACIENTES CON HEMATOMA SUBDURAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO**  
JJ RUIZ MARTÍNEZ, AN MATARRESE, MC CAPUTO, A VILARIÑO, B HUNTER
- 0135 INFECCIONES PREVALENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS POR PATÓGENOS POCO FRECUENTES**  
M SANCHEZ CUNTO, R ROLLET, I PRIETO, A GONZALEZ, J MEDINA, YF ANDROSZCZUK, ME IBARRA, R LOMAS FLORES, D PLACENTI, K NAVIA VEGA, C LANDONI, D VAUSTAT, JM FERNANDEZ, E CUNTO
- 0136 VARIABLES CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS ANTES DEL INICIO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR**  
E NAVARRO, G PLOTNIKOW, J NUÑEZ, L URANGA, L PRADO, L BÁRCENA, E CARABAJAL, C BAEZ, ME NUÑEZ, G QUISPE REYES, M LOMPIZANO, A BRATOS, D CHIACCHIARA, J TIRANTI, S CHAVEZ, P GIMENEZ, D LOPEZ ANARE, V MONROY, M BADANO, J BOURNISEN, B FILIPPON, B FRADIN, G SANTAMARÍA, E PEREZ, A FERNANDEZ, V CEVOLI, D RAFFAULTE, G CARDOSO, F GENESINI, P AYALA
- 0138 MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO GRANDE EN PEDIATRIA**  
C AVILA, G KALTENBACH
- 0139 CRISIS ESCLERODERMICA: UNA RARA CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA**  
JJ RUIZ MARTINEZ, AN MATARRESE, MM KLEINERT, GO CESAR, FE ALANIZ
- 0140 DECÚBITO PRONO PROLONGADO EN PACIENTE VENTILADOS CON SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA MODERADA A SEVERA POR ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019**  
TA TURRUBIATES HERNANDEZ, AE RAMIREZ GUTIERREZ
- 0142 RECLUTABILIDAD Y MECÁNICA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON SDRA POR SARS-COV-2**  
E STEINBERG, G AVACA, M BERTÉ, DC JULIETA, G GARCÍA, G MARÍA MERCEDES, G MARÍA LUCÍA, G PRÓSPERO, G MARÍA ADELA, N DIEGO, G NAHMÍAS, M OJEDA, A SANTAMARÍA, N SEGURA, N TIRIBELLI, S FREDAS, S ILUTOVICH
- 0144 SEPARACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON COVID-19**  
MM GUTIERREZ OCAMPO, JP KLEIN, C GIMENEZ VILLALBA, JP DIAZ VELASQUEZ, JL CHOQUEVILQUE VARGAS, D PIEZNY, F LOIACONO, F VILLAREJO, ED PEZZOLA, J SAGARDIA
- 0145 NIVELES ELEVADOS DE PROCALCITONINA AL INGRESO A UTI EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 SE ASOCIAN A UN MAYOR REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA**  
A SOLARTE, D VASQUEZ, D CASTRO, V RUA
- 0146 TRATAMIENTO CON PLASMA DE CONVALESCIENTE DE COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS**  
E CUNTO, V CHEDIACK, L DE VEDIA, JM FERNÁNDEZ, A RODRÍGUEZ, M PERALTA, A BOCCASSI, G DE LARRAÑAGA, P SAUL, N CHACON, F ARANDA, L MAMMANA, I ZAPIOLA, L GUZMAN, P CINI, P SPINELLI, D FERRARI, N PORTEIRO, MB BOUZAS, C GONZALEZ
- 0147 IBUPROFENO INHALADO PARA TRATAR COVID-19**  
NH GARCIA, PA DORESKEI, O SALVA, C GILER, DC QUINODOZ, LG GUZMAN, SE MUNOZ, MN CARRILLO, G AMBASCH, M MALDONADO, F FOURNIER, CA MARTINEZ PICCO
- 0148 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTES CON COVID-19**  
R CORELLA CADENA, J SAGARDÍA, JP HIDALGO, P CAPECE, C ARIAS, G POSSE, ML CUESTAS, MF BENEDETTI
- 0150 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN PEDIATRIA. REPORTE DE UN CASO**  
J PEDRAZA CORONEL, NA AYBAR, FM JEREZ, PF GALLARDO, MV LEGUINA
- 0151 FALLO HEPÁTICO EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA**  
M HERRAN, F SEQUEIRA, D DURAN, V JORGELINA, P CASTELLANI, C LUTKEVICIUS
- 0152 COVID 19 EN POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGIA DE GLENN. QUILOTORAX. A PROPOSITO DE UN CASO**  
MC CHAVEZ, L RAMASCO, PR PEREZ CARAM, RA TOLEDO
- 0153 ESCORPIONISMO GRAVE A PROPOSITO DE UN CASO**  
NA AYBAR, FM JEREZ, PF GALLARDO, MV LEGUINA, J PEDRAZA CORONEL
- 0155 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA EN EL TRAUMA GRAVE DE CRÁNEO PEDIÁTRICO: ANÁLISIS DE DECISIÓN**  
P CAPORAL, MT CABALLERO, E RODRIGUEZ BACA, D ALMADA, CA ROJAS ROQUE

- 0156 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO PERINATAL ASOCIADO A MUTACIÓN MTHFR C677T HOMOCIGOTA. ¿UN CASO POCO FRECUENTE?**  
AR COSCI, LG LAMAS HERNÁNDEZ, RM ARIAS, G QUINTEROS, SL PONCE
- 0158 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA**  
L DE VEDIA, E CUNTO, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, A RODRIGUEZ, N LISTA, P SAUL, N CHACÓN, J FERNÁNDEZ, I PRIETO, M PERALTA, M FLORES MONTES, S GREGORI, MI CALDERÓN
- 0160 RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, UTILIDAD PRONOSTICA DE DIMERO-D Y TERAPIA ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19**  
D CASTRO, D VÁSQUEAZ, V RÚA, A SOLARTE, V APHALO, S CARLA
- 0161 COMPORTAMIENTO DE LA AMIKACINA EN EL PACIENTE CRÍTICO: MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS**  
SE ITURRY MONTELLANO, RF CORELLA, J SAGARDIA, F LOIACONO, MF BENEDETTI, C ARIAS
- 0162 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN PACIENTE CRÍTICO**  
JM BERNASCONI, L IGLESIAS, E ZWENGER, C ROJAS, C AMBROSI, Y LOMBI, B NOSOTTI, E MANRIQUE, E GARCIA CHIPLE, I LEDESMAR, R ÁVILA
- 0163 MIOCARDITIS POR ADENOVIRUS A PROPÓSITO DE UN CASO**  
LSORROCHE, Y ACUÑA, GN MAITA LENIS, L MOREDA MARTÍNEZ, A FINOCCHI, O BARRIOS SANABRIA, E CHIOSSONE, M RODRIGUEZ SILVA, S APARICIO, P CASTELANI, A BORDOGNA
- 0164 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES COVID-19: ESTUDIO PROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL**  
R MATTEI, M BEZZI, S BORELLO, S CARROLL, V MANDRICH, J DELLI CARPINI, V MENDOZA, JM CARBALLO, C MARTÍN
- 0165 SÍNDROME HEPATOPULMONAR Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN PEDIATRÍA. EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PARA PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS**  
I CASTAGNOTTI, G GHIBAUDI, M HERRERA, S BRUSCA, C LOPEZ, B BALZI, D BUAMSCHA
- 0166 EL ÍNDICE NEURÓFILO-LINFOCITO, SU RELACIÓN ENGAÑOSA CON VARIABLES PRONÓSTICAS Y SU FUERTE CORRELACIÓN CON UNA VARIABLE INDEPENDIENTE. ESTUDIO PACIENTES CON COVID-19 GRAVE EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PIROVANO**  
DN GAUNA, G QUATROCCHI
- 0167 SHOCK CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A TAQUICARDIA ECTÓPICA DE LA UNIÓN CONGÉNITA**  
O BARRIOS SANABRIA, W TAPIA VEINTEMILLAS, GN MAITA LENIS, Y ACUÑA, L MOREDA MARTÍNEZ, E CHIOSSONE, MF RODRIGUEZ SILVA, L SORROCHE, A FINOCCHI, S APARICIO, P CASTELLANI, A BORDOGNA
- 0168 SHIGELOSIS GRAVE A PROPÓSITO DE UN CASO**  
M RODRIGUEZ SILVA, Y ACUÑA, GN MAITA LENIS, O BARRIOS SANABRIA, L MOREDA MARTÍNEZ, L SORROCHE, A FINOCCHI, E CHIOSSONE, S APARICIO, S FABIAN, P CASTELLANI, A BORDOGNA
- 0169 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INMUNOCOMPROMETIDOS - REPORTE DE CASOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA "JUAN P. GARRAHAN"**  
MDP TOMASELLO CUENCA, M HERRERA, I CASTAGNOTTI, ME GALVÁN, D BUAMSCHA
- 0170 DETECCIÓN DE SECUELAS Y SU EVOLUCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUE RECIBIERON ASISTENCIA MECÁNICA VENTILATORIA POR DIAGNÓSTICO GRAVE POR COVID 19 Y REQUIRIERON ASISTENCIA KINÉSICA EN SALA GENERAL**  
A RESGUARDO, L VANZETTI, S GONZALEZ, C ROJO, V SORZZONI, A COMPALATTI, M PIERI, E BLANCO, L COLAUTTI, A AYALA, C TORDO, A GERARDI, J FERRANDEZ, M GOÑI
- 0172 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN PACIENTE COVID 19 POSITIVO**  
V MANDICH, F PEREZ
- 0173 TRATAMIENTO CON PLASMA CONVALECIENTE EN PACIENTES CRÍTICOS SARS-COV-2**  
MC PALACIO, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, R SANTOS, N AGUILAR, V MURILLO, G FRANCINI, O MARTINEZ, J CAMARGO, C AVILA, P TORRES, N VERON, N TARABAY, D QUIROGA, A BUONO
- 0174 MORBILIDAD MATERNA GRAVE/NEAR MISS: A PROPOSITO DE UN CASO. SHOCK SEPTICO OBSTETRICO**  
G SORIA, E BARROZO, N BLINT, MJ CHACON, A ESCODA, A MARTORINA
- 0176 COVID EN TERAPIA INTENSIVA: QUÉ PACIENTES TIENEN MÁS RIESGO DE REQUERIR VENTILACIÓN MECÁNICA?**  
N LISTA, A RODRIGUEZ, E DI VIRGILIO, G PIOVANO, FM MARCO, D DOMINGUEZ, M RODRIGUEZ LLANOS, N DE GRAZIA, MJ EUSEBIO, V AMAYA, MV AUTERI, M BARATELLI, M CIELIKOVSKY, G CABRERA, L DE VEDIA
- 0177 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DE MEDIANA EDAD CON NEUMONÍA SEVERA POR COVID-19 QUE REQUIRIÓ INGRESO A UTI**  
D VASQUEZ, V APHALO, D CASTRO ORTEGA, V RÚA ARISTIZABAL, A SOLARTE, C SANTILLÁN, N FERMÍN, G PLOTNIKOW, C SANCHEZ, JL SCAPELLATO, AD INTILE
- 0178 EMBOLIA PARADOJAL EN PACIENTE ANCIANO CRITICO. A PROPOSITO DE UN CASO**  
JJ CARDOZO BURGOS, R DOMINGUEZ, MB VAZQUEZ, JC GALARZA MENOSCAL, OF FERREIRA ABAN, NC POZO, N GRUBISSICH, D PINA
- 0179 TROMBOSIS DEL SENO VENOSO: ¿SÓLO 5% DE LOS STROKE?**  
R CORELLA CADENA, F PALOMINO, J SAGARDIA, M VALENZUELA, ED PEZZOLA, A SAENZ VALIENTE
- 0180 FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD AL ALTA DE UTI EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA SEVERA POR COVID-19 QUE REQUIRIÓ INGRESO A UTI**  
D VASQUEZ, G PLOTNIKOW, V APHALO, V RÚA ARISTIZABAL, D CASTRO ORTEGA, A SOLARTE, C SANTILLÁN, N FERMÍN, C SANCHEZ, JL SCAPELLATO, AD INTILE
- 0182 INDICACIONES E IMPACTO DE LA TRANSFUSIÓN DE PLASMA DE CONVALECIENTE EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA POR COVID-19**  
D VASQUEZ, G PLOTNIKOW, V APHALO, V RÚA ARISTIZABAL, D CASTRO ORTEGA, A SOLARTE, C SANTILLÁN, N FERMÍN, C SANCHEZ, JL SCAPELLATO, AD INTILE, A PANIZO, G DALLASTA, V FARÍAS, L HERRERA, M MENDEZ
- 0183 VALORACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL EN LOS TRABAJADORES DE SALUD DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL POSADAS TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19**  
RW AGUILAR HUARITA
- 0184 FACTORES DE RIESGO DE INTERNACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS**  
I CASTAGNOTTI, I CASTAGNOTI, H MATIAS, B LATTINI, ME GALVAN, D BUAMSCHA
- 0185 CASO CLINICO**  
C ROJAS, E MANRIQUE, C AMBROSI, E ZWENGER
- 0186 CRIOAGLUTININAS EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2. REPORTE DE DOS CASOS**  
LD ALTAMIRANO, G LIQUIN, M ERAZO, A NOELIA, M MARIANELA, S PATRICIA, G PIERONI
- 0187 MARCADORES DE HIPOPERFUSION TISULAR COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO EN TERAPIA INTENSIVA**  
AB ROJAS, S POMA TORRES, JC VERGOTTINI
- 0188 COARTACIÓN DE AORTA EN NEONATOS. SERIE DE CASOS EN HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS 2016 - 2020. DESAFÍOS PERMANENTES**  
MC CHAVEZ, P CASTILLO, G FAGALDE, P JUAREZ, H PEREA, PR PEREZ CARAM, L RAMASCO, A REARTE, G SANCHEZ, RA TOLEDO
- 0189 MANIFESTACIONES SEVERAS EXTRAPULMONARES ASOCIADAS A INFLUENZA A H1N1**  
P VATTIMO, C MENA, A BOTTARO, M BRITOS, M NOGUEIRA, P MEDICI, A CARRANO

- 0190 SINTOMAS PERSISTENTES DE LA COVID-19 AGUDA. ESTUDIO PILOTO DE UNA POBLACION DE PACIENTES POST ALTA DE NUESTRA UNIDAD RESPIRATORIA**  
A TAMAYO, A BARRA MONTES DE OCA, O GONZALEZ, W VELIZ, C CLAROS, R GARNICA, O FLORES, T HUANCA, J MORALES, B FERNANDEZ, M WILCHEZ, G RODRIGUEZ, S CARABAJAL, W VIDETTA, H COLLAZOS, A FERIOI, M ARAMAYO
- 0193 COVID-19 Y DENGUE: ¿COINFECCIÓN O REACTIVIDAD CRUZADA?: REPORTE DE UN CASO**  
O PIERUCCI, JS TORRES, W DÁVALOS
- 0194 PARÁMETROS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA POR COVID-19**  
V MENDOZA, M BEZZI, S BORELLO, JM CARBALLO, S CARROLL, J DELLI CARPINI, V MANDICH, C MARTÍN, R MATTEI
- 0195 ESÓFAGO NEGRO: UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE**  
M ROMERO, EJ MORENO, L PERALTA, L MAGNIFICO, C ARIAS, MF BENEDETTI, F FERNANDEZ CAMPOS, J SAGARDIA
- 0196 SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS: A PROPOSITO DE UN CASO**  
E CHIOSSONE, L SORROCHE, A FINOCCHI, S APARICIO, Y ACUÑA, O BARRIOS SANABRIA, M RODRIGUEZ SILVA, GN MAITA LENIS, P CASTELANI, L MOREDA MARTINEZ, A BORDOGNA
- 0197 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS**  
M RODRIGUEZ SILVA, A FINOCCHI, L SORROCHE, E CHIOSSONE, S APARICIO, A BORDOGNA, P CASTELANI, Y ACUÑA, L MOREDA, O BARRIOS, GN MAITA LENIS
- 0198 INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN UTI DE UN HOSPITAL GENERAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. COMPARACION ENTRE PACIENTES CRITICOS INTERNADOS CON SARS-COV-2 Y ENFERMOS CON OTRAS PATOLOGIAS**  
W PAREDES, O BALDERRAMA, D PEZZOLA, J SAGARDIA, A LAURENT, V FREIRE, L PERALTA, MF BENEDETTI
- 0199 SÍNDROME INFLAMATORIO SISTÉMICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO**  
E CHIOSSONE, L SORROCHE, A FINOCCHI, S APARICIO, W TAPIA VEINTE MILLAS, O BARRIOS SANABRIA, Y ACUÑA, GN MAITA LENIS, M RODRIGUEZ SILVA, L MOREDA MARTINEZ, A BORDOGNA, P CASTELANI
- 0200 SINDROME HEMOFAGOCITICO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS**  
E SOLANO CHARRY, V GOMEZ, D PIEZNY, MF BENEDETTI, ED PEZZOLA, J SAGARDIA
- 0201 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE CASOS COVID-19**  
AB PAEZ, LO GALLARDO, S ZIDARICH, R LIGARDA, TI LUNA, LJ URANGA
- 0202 EPIDEMIOLOGIA DE LOS PACIENTES COVID-19 EN EL HOSPITAL PIROVANO**  
C BALASINI, B CECILIA, A SIRINO, A FELDMAN, F RÍOS, D DENIS, MDP MOLTRASIO, D GAUNA, L MACCHIAVELLO, J MORALES, P FALVO, M RAGAZZOLI, JG VALIDO
- 0203 HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR COVID-19 Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LA MECÁNICA PULMONAR AL INICIO DEL SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO**  
S ITURRI, R CORELLA, W PAREDES, C ARIAS, L ARGUELLES, J LAPADULA, D PIEZNY, O BALDERRAMA, J SAGARDIA
- 0204 MORTALIDAD SEGÚN INICIO DE INFUSIONES DE VASOPRESORES A TRAVES DE ACCESO VENOSO PERIFERICO VERSUS ACCESO VENOSOS CENTRAL EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO TEMPRANO**  
M VEGA, N FIGUEROA, D SITTONI, N LUNA
- 0205 PERFIL DE CONSUMO DE DROGAS PARA ANALGOSEDACIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19 EN VENTILACIÓN MECÁNICA**  
M GARCIA SARUBBIO, MJ MESCHINI, CI LOUDET, G SAENZ, A BARBIERI, C COLAVITA, V ARAMENDI, C TROVATO, G CARRATELLO, J DI CRISICIO, C PAEZ, MA MAZZOLENI, V PAZOS, R REINA, E ELISA
- 0206 BOTULISMO DEL LACTANTE**  
M HERRAN, MS APARICIO, E CHIOSSONE, M PICHINENDA, A BORDOGNA, P CASTELLANI
- 0207 PSEUDOANEURISMA AORTICO**  
C ROJAS, E ZWENGER
- 0208 SIMULACION COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD DE BAÑO EN CAMA**  
I OUTI, J DORADO, A GUZMAN, Y OUTI
- 0209 OCUPACIÓN DE TERPIAS INTENSIVAS EN EL CONURBANO DE LA PCIA DE BS AS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**  
C BALASINI, M DEHEZA, S MARISSI, G DOMENICONI, P PRATESI, P CENTENO, P MACHARE, R BERNARDI, G IZZO, C PEREYRA, M QUINTEROS, L KUMAR, G FERRARA, N FUNES NELSON, M GILLI, M COSTILLA, A CHALCO, J MESTRE, R RODRIGUEZ CASSO, MG RODRIGUEZ ALVAREZ, JC MEDINA, V TUCHBAUM, M ANCHORENA, G CARDONATTI, C ZARIAS, G RODRIGUEZ, M PAZ, P FALVO
- 0210 ICTUS ISQUÉMICO Y COVID-19**  
V MANDICH, H AREVALO
- 0211 LA VALIDEZ DE LA PROCALCITONINA (PCT) COMO PREDICTOR DIAGNÓSTICO Y DE SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DEL PACIENTE CON FALLO RENAL Y SHOCK SEPTICO**  
WL MARIN, A PICCINNINI, S ZIDARICH, L URANGA, T LUNA, R LIGARDA, L GALLARDO, A GRAMAGLIA, M ALVAREZ, K CASTRO, L SCHALLER, A MARCOLINI
- 0212 IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS LESIONES POR PRESIÓN EN UNA TERAPIA INTENSIVA MEDICO QUIRÚRGICA**  
I OUTI, L GOMEZ, F OROZ, M ALVAREZ, M ACCOCE
- 0213 THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM28 Y NURSING ACTIVITIES SCORE PARA VALORAR CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON COVID-19 EN VENTILACION MECANICA INVASIVA**  
S FERNÁNDEZ, V ARCEAU, A PELO, R ROCHI, I HERRERA, S ROJAS, R REINA, AL GONZÁLEZ, CI LOUDET
- 0214 DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ADQUIRIDAS EN LA UCI EN PACIENTES CON COVID-19 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**  
J VILCA, A PAGLIA, B FRANCO, CB LOGIODE, V COSIO, AL PIÑAS, L GUTIERREZ, T JUHASZ, P TAPIA, Y PEREZ, C LOUDET, L TUMINO, M LARES, MC GARCIA, AL GONZÁLEZ
- 0215 SINDROME POST COVID: PERICARDITIS**  
A MAMANI, C MARTINEZ, M CUELLO
- 0217 EDEMA ACRAL AGUDO POR COVID-19**  
D CAMPS
- 0218 PERFORMANCE DE UNA UNIDAD REFUNCIONALIZADA PARA WEANING PROLONGADO EN NEUMONÍA POR COVID-19**  
MA TORRES BODEN, CM FRANCESCHINI, M WYSOCKI, JR RODRIGUEZ, G NACIF, G RAMOS, J GIORGINI, S GUICHARD, C PAPPALLETTERE, T MONDOCORRE, V FERNÁNDEZ, O SAIQUE, G VALDIVIESO, E SANTILLI, L CIAPONI, B STANICIO, D NAHMIA, B FRIAS, L OLAVE
- 0220 IMPORTANCIA EN EL DIAGNOSTICO CLINICO Y ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA: PRESENTACION DE CASO CLINICO**  
M GUTIERREZ, Y MANNBACH, Y FORTINI, E SAGARNAGA
- 0222 VERIFICACION DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN DE LA VESTIMENTA UTILIZADA POR UN LABORATORIO ELABORADOR DE MEZCLAS DE NUTRICION PARENTERAL**  
FDV SÁNCHEZ, A ELÍAS, J ASSA, J FAEDDA, H PRETTE, E ROMERO, R DE PIERO, B KOLTON
- 0223 TERAPIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTERNADOS CON FÍSTULAS GASTROINTESTINALES**  
FDV SÁNCHEZ, A ELÍAS, J ASSA, J FAEDDA, H PRETTE, E SARRALDE, B KOLTON
- 0224 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: COQUELUCHE EN EL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS**  
FDV SÁNCHEZ, A ELÍAS, J ASSA, J FAEDDA, M LUNA, S SANCHEZ, B KOLTON

## RESÚMENES

### 0004 ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICA SECUNDARIO A ANEMIA DREPANOCÍTICA

LE ORIHUELA ROCHA(1), JJ LIRA GARCIA(1), J QUINTEROS GONZALES(1), J FIORANELLI(1)  
(1) Carlos G. Durand

**Resumen:** La anemia de células falciformes es una hemoglobinopatía hereditaria producida por la presencia de hemoglobina S, que disminuye la solubilidad y a través del proceso de polimerización da lugar a hematíes en forma de hoz que obstruyen la red microvascular. Se caracteriza por episodios de daño por isquemia-reperusión que contribuyen a la disfunción de órganos vitales.

**Caso clínico:** Paciente de 25 años, con antecedentes de anemia drepanocítica y beta talasemia diagnóstico de la infancia, poli-trasfundido, múltiples internaciones por crisis y secuestro óseo lumbar, artritis séptica en patela derecha, abandono de tratamiento prolongado con hidroxiurea y ácido fólico. Acude a nuestro hospital por cuadro clínico de 4 días con cefalea 10/10, fiebre, malestar general, que evoluciona con foco neurológico, leve paresia braquiorumal derecha y afasia de expresión, interpretado como síndrome confusional, con TC encéfalo con hipodensidad frontal izquierda, Punción lumbar que evidencio presencia de drepanocitos en líquido cefalorraquídeo, PCR en tiempo real para herpes 1 y 2, varicela zoster y enterovirus: todos negativos. Cultivos sin desarrollo bacterias, cumplió tratamiento empírico para foco meníngeo.

Paso a terapia intensiva y evoluciona coma, descerebración, hiperreflexia, hipotonía de extremidades superiores, insuficiencia ventilatoria, con requerimiento asistencia respiratoria. Se realizó electroforesis de hemoglobina que indico: Hemoglobina S de 86%, por lo cual se realiza eritroaféresis con recambio de volemia de 70%; electroforesis control de hemoglobina S posterior a recambio de 22%. TAC de encéfalo observándose en topografía cortico subcortical frontoparietal izquierda área hipodensa difusa y mal definida que determina borramiento de los surcos subyacentes, fosa posterior sin lesiones por este método de imágenes (Figura 4). EEG cuyo informe concluye sin descargas patológicas. Evoluciona con traqueotomía por weaning dificultoso, sin mejoría neurológica, hiperreflexia y crisis focales que no mejoraron con anti comiciales, Angiotomografía de encéfalo control con leve mejoría de reperusión a nivel corteza cerebral, pasa a UTIM donde presento leve mejoría neurológica, óbito en internación domiciliaria.

**Conclusión:** Debido a que es una condición clínica infrecuente en adultos, con manejo multidisciplinario y prolongado, se llegó al diagnóstico microbiológico de Crisis isquémica vaso oclusivo secundario a anemia drepanocítica en una forma atípica de presentación en LCR.



### 0005 POLINEURORRADICULOPATÍA DESMIELINIZANTE AGUDA POR EPSTEIN BARR

NF VILCHEZ(1), M MARTINEZ(1), D VALENTINUZZI(1), L AVILA(1), L MANEIRO(1), CE RODRIGUEZ(1), A FABBRO(1)  
(1) IMRC

**Introducción:** EL 1% de los pacientes infectados por Epstein Barr sufren de patologías neurológicas y tan solo el 10% de los pacientes que intercurrentes con Guillain Barre son por causa de este agente. Discutiremos sobre el diagnóstico, tratamiento, sostén multidisciplinario y rehabilitación de este caso.

**Caso Clínico:** Paciente masculino, de 60 años de edad, ingresa por cuadro de diarrea, dolor abdominal y fiebre, asociado a debilidad en miembro inferior izquierdo de 7 días de evolución. Laboratorio sin alteraciones. Angio-RMN de cerebro y columna sin alteraciones. A las 12 hs: progreso de plejía a ambos miembros inferiores asociado a mal manejo del piso de la boca.

A las 24 hs: cuadriparesia. PL: hiperproteínoorragia con escasa celularidad, Ac. Láctico 2.53. Cultivo (-). Pimax: -10 MmHg, Pemax: 15 MmHg, PF: 280 Lts/Min. IOT. ARM. Sedación. EMG: prolongación de lat. F. Gammaglobulina 0.2 Gr/kg por 5 días. Inestabilidad hemodinámica.

2° día: EMG: aumento de prolongación de ondas F.

3° día: Se comienza con alimentación enteral. HIV (-).

4° día: Sin tolerancia al soporte ventilatorio. TC de tórax: infiltrados pulmonares bibasales, fiebre. Hemo y urocultivo. MINIBAL. PTZ + Vancomicina (0°). CPK: 3135.

5° día: Serología para Epstein Barr IgG e IgM (+).

6° día: Traqueostomía percutánea.

10° día: Microcultivo y urocultivo (-). Fibrobroncoscopia. MINIBAL Y BAL: K. Pneumoniae BLEE. Meropenem (0°) + Vancomicina (10°).

26° día: Cuadriparesia severa; 2° ciclo con Gammaglobulina 0.4 Gr/Kg por 5 días. KTM Y KTR.

40° día: Biopsia muscular sin alteraciones.

53° día: Gastrotomía percutánea.

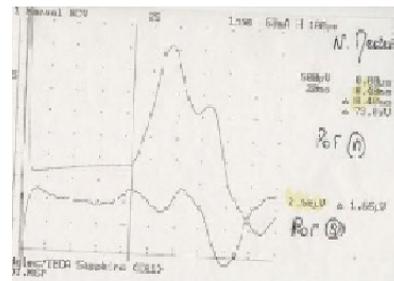
69° día: Urocultivo (+) K. Pneumoniae. Meropenem.

73° día: Traqueo en T luego de weaning dificultoso.

83° día: Fibrobroncoscopia; decanulación traqueal. Pase a sala común.

**Discusión:** En este caso se nos presenta un desafío diagnóstico y terapéutico por la escasa evidencia que relacionan al EB con las polineurorradiculopatías. El tratamiento farmacológico oportuno asociado a trabajo multidisciplinario continúa siendo la clave para la correcta rehabilitación y reinserción del paciente con esta patología.

**Conclusión:** Se ha comprobado que en pacientes tratados con gammaglobulina intravenosa o plasmaféresis disminuye la discapacidad e intercurrentes a las cuatro semanas post-tratamiento, en este caso luego de 2 ciclos con gammaglobulina no se observaron beneficios, lo que hace replantear y profundizar los estudios sobre los esquemas terapéuticos.





**0006 BOTULISMO ALIMENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

F COMETTO, M GARCIA KEIM(1), S DIPENTE(1), C SALCEDO(1), G SQUAGLIA ACOSTA(1)  
 (1) Hospital Militar Regional Córdoba

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad con antecedentes de poliquistosis ovárica presenta mientras vacacionaba cervicalgia, mareos, diplopía y dificultad en la marcha de 12 horas de evolución. Al examen se constata: ptosis palpebral bilateral, disfagia mixta, náuseas y vómitos, ingresa a sala común.

Tomografía computada y resonancia magnética de cerebro negativa para lesiones isquémicas, hemorragia, o lesiones desmielinizantes.

A las 6 horas es ingresada a Terapia Intensiva, con disartria, disnea, taquipnea, mala mecánica ventilatoria excitación psicomotriz, GSC 14/15 (O 4; V 4; M 6), pupilas intermedias simétricas reactivas, debilidad 2/5 en miembros superiores, sialorrea, ortopnea, se intuba y conecta a ARM.

Signos vitales: TA 153/91 mmHg FC 115/min FR 24 /min T 36.5°C SatO2 96%. APACHE II: 8

Laboratorio de ingreso (Tabla 1).

ECG: ritmo sinusal, sin alteraciones del trazado.

A las 24 horas del ingreso al Hospital, un familiar refiere sintomatología neurológica similar, obteniéndose el dato de ingesta de conservas. Se notifica a epidemiología de la provincia, tomándose muestras de sangre y materia fecal para análisis de toxina botulínica. Se administra antitoxina botulínica A-B.

Tras 24 horas de ingreso a Terapia Intensiva presenta taquiarritmia supraventricular, con respuesta farmacológica, seguido de desadaptación a la ventilación mecánica, desaturación, fiebre e hipotensión refractaria a fluidos. El control radiológico muestra infiltrado con broncograma aéreo en base derecha, se cultiva e inicia tratamiento con Noradrenalina a 0.17 gammas y antibióticos.

Se confirma toxina botulínica tipo A en suero y alimento.

Cumple antibioticoterapia con buena evolución clínica.

Al séptimo día persiste con ptosis palpebral bilateral, diplopía, visión borrosa a predominio derecho, hiporreflexia y paresia proximal 3/5 simétrica en los 4 miembros, tos inefectiva, comunicándose por escritura y señas.

Es sometida a traqueostomía quirúrgica al día 15 de ARM.

A los 24 días de internación presenta neumonía asociada a ventilación mecánica con respuesta al tratamiento, persiste con destete prolongado, tos inefectiva, ptosis palpebral bilateral leve, paresia 4/5 simétrica de miembros, con poca tolerancia a prueba de respiración espontánea (Tabla 2).

A los 35 días de internación la paciente es trasladada a Institución de Buenos Aires para continuar su tratamiento.

**Tabla 1.** Laboratorio de ingreso

	Resultados
Globulos Rojos (/mm3)	4.300.000
Hemoglobina (g/dl)	12.4
Hematocrito (%)	37
Leucocitos (k/ul)	9000
Formula:	
- Neutrofilos (%)	79
- Linfocitos (%)	15
- Monocitos (%)	6
- Basófilos (%)	0
- Eosinófilos (%)	0
Glucemia (mg/dl)	108
Urea (mg/dl)	13
Creatinina (mg/dl)	0.6
Sodio (mmol/l)	139
Potasio (mmol/l)	3.8
EAB:	
- pH	7.35
- pCO2 (mmHg)	39
- pO2 (mmHg)	82
- HCO3- (mEq/l)	21
- EB (mEq/l)	-4.1
- SatO2 (%)	95
Creatinina fosfocinasa(U/l)	91
Creatinina fosfocinasa MB (U/l)	11
GOT (U/l)	18
GPT (U/l)	27
FAL (U/l)	156
Bilirrubina total (mg/dl)	0.5
Bilirrubina directa (mg/dl)	0.1
Plaquetas (k/ul)	198000
Tiempo de protrombina (%)	90
Tiempo de tromboplastina parcial activado (seg)	30

**Tabla 2.** Predictores de tolerancia a prueba de respiración espontánea.

Días de internación	P0,1 (cmH2O)	Pimax (cmH2O)	Capacidad vital (ml)
9°	0.2	0.8	73
10°	0.1	4.5	88
11°	0.3	4	216
12°	0.3	7.5	260
14°	0.4	7.0	212
16°	0.4	9.1	212
25°	1.4	11.5	280

**0007 GOLPE DE CALOR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

F COMETTO, M GARCIA KEIM(1), C SALCEDO(1), S DIPENTE(1), G SQUAGLIA ACOSTA(1)  
 (1) Hospital Militar Regional Córdoba

Paciente de sexo masculino de 20 años de edad, con antecedentes de actividad física militar intensa asociado a condiciones de temperatura ambiental elevada presenta desorientación, conducta extraña y autoagresión, seguido de episodio de convulsión tónica clónica, ingresa a guardia médica de nuestra institución en período postictal, GSC 6/15 (O 1; V 2; M 3), TA 80/40 mmHg, FC 130/min FR 12/min T° 41°C, se reanima con cristaloides y se inician medios físicos para descenso de temperatura. El paciente repite episodio convulsivo, con depresión de sensorio postictal y desaturación; se decide intubación orotraqueal. La tomografía computada de cerebro no evidenciaba hemorragia ni lesiones ocupantes de espacio.

Ingres a terapia intensiva hipotenso, se continúa expansión de volumen, iniciándose noradrenalina a 0.08 gammas, manteniéndose medidas antitérmicas, se pancultiva y conecta a ARM.

Signos vitales: TA 100/49 TAM 65mmHg FC 117 FR 15 T° 37.3°C SatO2 99% FIO2 50% PVC 7.5 cmH2O. APACHE II 30 SOFA 7 SAPS II 50

Laboratorio de ingreso (Tabla 1).

ECG: taquicardia sinusal, BCRD.

Al examen físico pupilas mióticas divergentes hiporreactivas, sin meningismo, RASS -5, GSC 3/11, mucosas secas, no rash, excoriación en región supraciliar derecha y dorso de manos.

A las 24 horas evoluciona con rabdomiolisis e insuficiencia renal que responde sin tratamiento dialítico. Se suspenden vasoactivos, sedación y se extuba. Se realiza ecografía abdominal que muestra vesícula biliar de paredes difusamente engrosadas, riñones con cortical hiperecogénica, alteración de la diferenciación cortico medular y banda líquida perirrenal sugestiva de pielonefritis-nefritis, con leve cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas.

A las 36 horas evoluciona con insuficiencia hepática (MELD 37), somnoliento con coagulopatía sin evidencia de sangrado con requerimiento de 5 UPFC y 2400 UI de CCP. Panel autoinmune y viral negativo.

Fue evaluado por Hepatología, se decide derivación a centro de mayor complejidad. El paciente permaneció en lista de emergencia de trasplante hepático durante 48 horas, presentó buena evolución clínica y mejoría de laboratorio de fallo renal y hepático. Es dado de alta al 7° día, con control clínico por consultorio de hepatología, con buena evolución.

Tabla 1. Laboratorio de ingreso

	Resultados
Glóbulos Rojos (/mm <sup>3</sup> )	4200000
Hemoglobina (g/dL)	12.9
Hematocrito (%)	38
Leucocitos (/mm <sup>3</sup> ):	7200
Neutrófilos Segmentados (%)	68
Eosinófilos (%)	0
Basófilos (%)	0
Linfocitos (%)	26
Monocitos (%)	0
Glucemia (mg/dl)	86
Urea (mg/dl)	59
Creatinina (mg/dl)	1.72
GOT 119 (U/l)	119
GPT 30 (U/l)	30
FAL 359 (U/l)	359
Bilirrubina total 0.6 (mg/dl)	0.6
Bilirrubina directa 0.2 (mg/dl)	0.2
Bilirrubina indirecta 0.4 (mg/dl)	0.4
Sodio (mEq/L)	139
Potasio (mEq/L)	4.0
Cloro (mEq/L)	106
APP (%)	67
KPTT (segundos)	36
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )	187000
EAB	
pH	7.32
pCO <sub>2</sub> (mmHg)	34
pO <sub>2</sub> (mmHg)	311
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (mEq/L)	17
EB (mEq/L)	-7.8
Saturación de Oxígeno (%)	99
Ácido Láctico (mmol/L)	0.8
CPK (U/L)	407
LDH (U/L)	602
Orina	
Color	Amarillo ambar
Aspecto	Turbio
densidad 1020,	1020
pH 6,	6
Hemoglobina +++,	+++
hematíes > 50/campo,	> 50/campo
leucocitos 3-4/campo,	3-4/campo
células 4-5/campo	4-5/campo

### 0009 IMPACTO DE LA NECESIDAD DE HEMODIÁLISIS SOBRE LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO

MC POHLEMANN TARNOVSKI, M ARGÜELLO(1), R VILLALBA(1), D ACOSTA(1), A ALARCON(1), M KAECHHELE(1), R OSTROWSKI(1), AE CARRERA(1), S RIBAK(1), C CORREIA DA SILVA(1), C FARQUARSON(1), N BARRETO(1), JP ROMERO(1)  
 (1) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramón Madariaga

**Introducción:** El síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) entidad con alta mortalidad entre un 27 a 47 %. Diversos estudios han mostrado resultados contradictorios sobre si el fallo renal con necesidad de terapia de reemplazo por hemodiálisis afecta el resultado final.

El objetivo primario comparar la mortalidad entre pacientes con diagnóstico de SDRA que requirieron hemodiálisis con aquellos con igual diagnóstico en quienes la terapia de reemplazo renal no fue necesaria.

**Materiales y método:** Estudio retrospectivo, observacional, se revisaron todos los pacientes entre 18 y 65 años en un periodo de 24 meses 01/01/2017 y 31/12/2018 con diagnóstico de SDRA según definición modificada de Berlín e internados en UTI por más de 48 horas.

Se incluyeron 134 pacientes con diagnóstico de SDRA que desarrollaron fallo renal divididos en 2 grupos, un grupo con SDRA con fallo renal que requirió TRR por hemodiálisis y el grupo con SDRA y fallo renal que no requirió TRR.

**Resultados:** De los 134 pacientes 33 (24,62%) requirió TRR, y 101 pacientes no requirió hemodiálisis. En el primer grupo la edad promedio fue 46 años, 11 pacientes eran femenino y 22 masculinos, el promedio de APACHE II fue 23,39 (44,8%); 17 pacientes desarrollaron SDRA severo, 13 moderado y 3 leve, 31 pacientes requirió el uso de drogas inotrópicas, la mortalidad en este grupo fue del 90.9%, fallecieron 30 pacientes y 3 sobrevivieron a los 90 días.

En el segundo grupo la edad promedio fue 41 años, 36 femenino y 65 masculinos, el promedio de APACHE II fue 22,64 (41,8%); 50 pacientes desarrollaron SDRA severo, 40 moderado y 10 leve, 91 pacientes requirió el uso de drogas inotrópicas, la mortalidad en este grupo fue del 67,43%, fallecieron 68 pacientes y 33 sobrevivieron a los 90 días.

**Conclusión:** La mortalidad entre pacientes con diagnóstico SDRA que requirieron hemodiálisis fue significativamente mayor en comparación con aquellos con igual diagnóstico pero en quienes la terapia de reemplazo renal no fue necesaria.

### 0010 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMATISMO ENCEFALO-CRANEANO EN UTI DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR RAMÓN MADARIAGA

MD ARGUELLO, R VILLALBA(1), M POHLEMANN(1), D ACOSTA(1), A ALARCON(1), M KAECHHELE(1), R OSTROWSKI(1), AE CARRERA(1), S RIBAK(1), C CORREIA DA SILVA(1), C FARQUARSON(1), N BARRETO(1), A ALVAREZ(1)  
 (1) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramón Madariaga

**Introducción:** En el Traumatismo Encéfalo-Craneano (TEC), ocurre con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, relación hombre: mujer 3:1. En Argentina se relaciona principalmente con accidentes viales, y causa de muerte e incapacidad en menores de 40 años. La carencia de datos en nuestra Provincia de Misiones, unido a los cambios en el perfil epidemiológico del TEC nos motiva al presente estudio. Describir las características de los pacientes con TEC que ingresaron a UTI del Hospital Escuela de Agudos Dr Ramón Madariaga (HEADRM), identificar la etiología más frecuente y determinar la mortalidad por TEC.

**Método:** Estudio retrospectivo, información obtenida a partir de historias clínicas, de paciente mayores a 15 años, ingresados con diagnóstico de TEC a UTI del HEADRM en el periodo entre el 01/01/2017 y el 31/12/2018. Se clasificó al TEC como leve, moderado

y grave. Se recolectaron datos demográficos, sexo edad, motivo de ingreso, días de internación y días de avm, y mecanismo lesional.

**Resultado:** Se evaluaron 78 pacientes, con predominio del sexo masculino 68 pacientes y 10 femeninos, con una media de edad de 32 años. El mecanismo lesional más frecuente fueron los accidentes viales 75 casos (96.15%), 2 fueron por caída de altura y 1 por lesión de arma de fuego. El TEC grave fue el más frecuente 60 casos (76.9%), TEC moderado 11.5% y leve 11.5%, la lesión más frecuente fue HED 30 casos, seguidos de HSD 23 casos. El promedio de estadía en UTI fue de 24.9 días, y los días de AVM de 20.4 días. La mortalidad por TEC grave fue 30.7% (23) y por TEC moderado 1.2% (1).

**Conclusión:** La incidencia de TEC en nuestra UTI es inferior a otra serie publicada, con un predominio de TEC grave. Los accidentes viales fueron el primer agente causal, afectando sobre todo al sexo masculino. La mortalidad se encuentra dentro de los rangos actualmente admitidos. Finalmente, los datos aportados, nos ofrecen una información valiosa, porque en nuestra provincia no existen datos al respecto.

#### 0011 ADMISION DE PACIENTES ONCOLOGICOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

AJ ALARCON MARINONI(1), M ARGÜELLO(2), R VILLALBA(2), M POHLEMANN(2), D ACOSTA(2), M KAEHELE(2), R OSTROWSKI(2), AE CARRERA(2), S RIBAK(2), C CORREIA DA SILVA(2), C FARQUARSON(2), N BARRETO(2), M BALEIRON(2)  
(1) Hospital Escuela De Agudos Ramon Madariaga. (2) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramón Madariaga

**Introducción:** El pronóstico de los pacientes oncológicos internados en la UTI ha progresado considerablemente. Esto hace que la admisión a dicha unidad deba ser discutida en forma sistemática entre el oncólogo y el internista.

Analizar las características de los pacientes oncológicos no neurológicos que ingresan a UTI en un lapso de 1 año

**Materiales y métodos:** Se revisaron las historias clínicas durante un periodo de 12 meses, y se identificaron los pacientes oncológicos no neurológicos ingresados en este periodo. Se correlacionó edad, sexo, días de UTI, mortalidad, score de gravedad y mortalidad presunta con APACHE II.

**Resultados:** Se hallaron 36 pacientes, 29 con tumores sólidos y 7 oncohematológicos

El orden de frecuencia fue Tumores sólidos pulmón 6; (20,6%), colorrectal 5; (17,24%), páncreas 4, renal 3, carcinomatosis peritoneal 2, Ca metastásico de origen desconocidos 3, laringe 1, esófago 1, mediastinal 1, tumor abdominal no especificado 1. Oncohematológicos Linfoma de Hodking 2, LLA 2, LMA 2 y mieloma múltiple 1. Predominó el sexo masculino 28; (77,7%), La edad promedio fue 54,4 años, el promedio de día de internación fue 7,17 (1 a 54 días). La mortalidad fue de 36,1% (n=13) con APACHE II de ingreso promedio de 26,69 (mortalidad esperada 54,3%)

Con una tendencia a mayor sobrevivencia a mayor días de internación en UTI.

**Conclusión:** En nuestra UTI predominan los tumores sólidos en los pacientes oncológicos con predominio del sexo masculino. La mortalidad fue similar a distintas series descriptas en la literatura.

#### 0012 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RA VILLALBA(1), M POHLEMANN(2), M ARGÜELLO(2), D ACOSTA(2), A ALARCON(2), M KAEHELE(2), R OSTROWSKI(2), AE CARRERA(2), S RIBAK(2), C CORREIA DA SILVA(2), C FARQUARSON(2), N BARRETO(2), G ROMAN(2)  
(1) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramón Madariaga. (2) Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga

**Introducción:** La estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se asocia con mayores tasas de mortalidad, y con-

sumo de recursos asistenciales. En los estudios publicados, la estancia prolongada no está definida de forma uniforme, autores que la definen como estancia de 10 a 14 días y otros de 28 a 30 días. Una mayor duración de la estancia en la UCI afecta la mortalidad. Nuestro objetivo es determinar las características de los pacientes con estancia prolongada en una UCI polivalente y determinar la mortalidad de los pacientes con estancia prolongada.

**Método:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes de 15 años o más hospitalizados en la UCI desde 01/01/2016 al 31/12/2018, definiendo como estancia prolongada 30 días o más. Se registraron edad, sexo, motivo principal de ingreso, APACHE II, duración de la ventilación mecánica, días de estancia en UCI y mortalidad.

**Resultados:** Se registraron 1495 ingresos de los cuales 226 (15.11%) tuvieron 30 días o más de estadía, el 69.46%(157) fueron hombres, y 30.53% mujeres. La duración media de la estancia para pacientes con  $\geq 30$  días fue de 47.91 días, los días de ventilación mecánica fue de 41.26 días, el APACHE II fue 22.67 (42.4%). La categoría principal de la enfermedad que requirió estancias prolongadas fue el politraumatismo 45 pacientes ( 19.91%), 36 (15.92%) con sepsis a foco respiratorio, 22 con sepsis a foco abdominal, 22 TEC, 12 HSA, 14 con ACV, el resto se distribuyó entre patologías diversas.

La mortalidad fue del 36.72%, con predominio en el sexo masculino, y la causa más frecuente fue la sepsis a foco pulmonar con 44.4%, mientras que los politraumatizados tuvieron una mortalidad de 11.11%.

**Conclusión:** Los pacientes con una estancia prolongada en la UCI constituyeron un pequeño porcentaje de todos los ingresos en la UCI. Los pacientes ingresados por indicaciones respiratorias o traumáticas tienen más probabilidades de tener una estadía prolongada. La mortalidad de los pacientes con estancia prolongada en la UCI no fue diferente a lo esperada para nuestra UCI.

#### 0015 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO Y SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA EN ACCIDENTE OFÍDICO DEL GÉNERO BOTHROPS

MM KAEHELE(1), M ARGÜELLO(2), R VILLALBA(2), M POHLEMANN(2), D ACOSTA(2), A ALARCON(2), R OSTROWSKI(2), AE CARRERA(2), S RIBAK(2), C CORREIA DA SILVA(2), C FARQUARSON(2), N BARRETO(2), G DELSSIN(2)  
(1) Madariaga. (2) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramón Madariaga

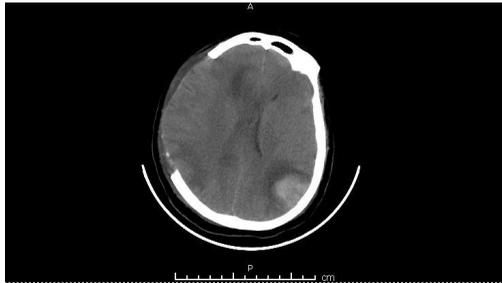
**Introducción:** El accidente ofídico por *Bothrops alternatus* es poco frecuente en nuestro país aproximadamente 850 casos al año, es una patología prevalente en Misiones y puede cursar con severos trastornos de la coagulación si no reciben tratamiento específico dentro de las primeras horas. El accidente cerebrovascular hemorrágico y la hipertensión endocraneana son manifestaciones poco frecuentes. Se presenta el caso de una paciente que desarrolló ACV hemorrágico e HTE. El objetivo es elevar el índice de sospecha de esta complicación

**Presentación del caso:** Femenina de 54 años, hipertensa, derivada por accidente ofídico (*Bothrops alternatus*), recibió tratamiento específico suero antiofídico dentro de las 2 primeras horas, a las 8 horas evoluciona con ACV hemorrágico, a las 24 horas con hipertensión endocraneana sin respuesta a la primera línea de tratamiento, al 4º día se realizó craneotomía descompresiva, y por persistencia de HTE coma barbitúrico con mejoría el día 15. Evolucionó con internación prolongada, múltiples interurrencias infecciosas, neumonía asociada a la ventilación, destete prolongado y secuela neurológica. El día 36 se deriva a un centro de rehabilitación neurológica.

**Discusión:** Las complicaciones neurológicas específicas derivadas del accidente ofídico dependen del tipo de serpiente involucrada y de las condiciones propias del paciente. El ACV hemorrágico puede ser una manifestación frecuente en pacientes con factores de riesgo como hipertensión o diabetes, en el caso de los accidentes por *bothrops* que no recibieron tratamiento en tiempo y forma,

pero la hipertensión endocraneana persistente no es una de las manifestaciones reportada en la bibliografía.

**Conclusión:** El ACV hemorrágico debe ser tenido en cuenta en pacientes con factores de riesgo que sufrieron un accidente ofídico, el tratamiento específico deber realizarse dentro de las primeras horas. Una vez diagnosticado el ACV deben tomarse todas las medidas para evitar complicaciones y mayor morbimortalidad en estos casos. Queremos resaltar la atención sobre una etiología poco común de accidente cerebrovascular y de HTE.



#### 0016 ARTERITIS DE TAKAYASU, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA M FORMAGGIO(1), A APARICIO(1) (1) Hospital De Niños Vj Vilela

**Introducción:** La arteritis de Takayasu es considerada como una rara enfermedad que afecta principalmente a mujeres. Es una enfermedad crónica, idiopática, inflamatoria y obliterativa de los vasos de gran calibre, como la aorta y sus principales ramas. Esta vasculitis tiene su sustento epidemiológico en la inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos lo que determina la intensidad y severidad de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

**Objetivo:** El objetivo de esta presentación es describir las características del cuadro clínico y los exámenes complementarios de un paciente pediátrico con presentación atípica de la enfermedad, debido a los síntomas iniciales inespecíficos con los que se manifiesta la misma.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente de 11 años de edad, el cual es derivado por cuadro de 48 horas de evolución de cefalea y vómitos, que presenta dos episodios de convulsión tónico clónica. Por clínica, se realiza TAC de cráneo donde se evidencia hemorragia intraparenquimatosa frontal derecha.

Al examen físico el paciente presenta como datos positivos hipertensión arterial diferencial en miembros inferiores y superiores, con pulsos femorales débiles.

Se realiza angiografía por hemodinamia, con imposibilidad de progresar desde las arterias femorales a la aorta abdominal. Por lo cual se realiza angio-TAC aorto-iliaca evidenciándose engrosamiento mural circunferencial de aorta torácica descendente y abdominal con obstrucción total a nivel de la bifurcación iliaca, además de estenosis de tronco celiaco, arterias mesentéricas, renales. Por clínica y exámenes complementarios compatibles se diagnostica arteritis de Takayasu. Se asume ACV hemorrágico secundario a crisis de hipertensión arterial, causada por arteritis de takayasu. Se inició

tratamiento con corticoides e inmunosupresores.

**Conclusiones:** Las manifestaciones habituales y poco específicas de la arteritis de Takayasu dificultan su diagnóstico y tratamiento temprano de esta enfermedad. Los esteroides e inmunosupresores son los grupos farmacéuticos más utilizados en el tratamiento de la AT. -en estadio avanzado de esta enfermedad pueden ser necesarios los tratamientos con angioplastia, presentando un porcentaje importante de reestenosis e incluso pueden requerir tratamiento quirúrgico de derivación.

#### 0017 TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO EN LAS COMPLICACIONES DEL TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

M MARTINEZ(1), LC AVILA(1), N VILCHEZ(1), L MANEIRO(1), E MARTINEZ(1), G REBAUDINO(1), EC RODRIGUEZ(1), A FABBRO  
(1) Instituto Médico Rio Cuarto

**Introducción:** Biliomas y fistulas, son las complicaciones más comunes en el trauma abdominal con lesión hepática y de vía biliar. Actualmente se prefieren conductas conservadoras como: abordajes percutáneos o endoscópicos. Se presenta un caso de paciente con trauma toracoabdominal cerrado, inicialmente laparotomizado, con posterior ERCP y drenajes percutáneos.

**Presentación del caso:** Masculino de 37 años, sin app, ingresa a UTI en shock hipovolémico, postoperatorio inmediato de laparotomía exploradora, Packing Hepático y Ligadura de arteria hepática. En ARM. Sostén hemodinámico y politransfusiones. AMS (0°). DIA 2: Colectomía, se retira packing y cierre abdominal, drenaje en lecho vesicular y Douglas.

DIA 3: Hemotórax, tubo pleural, muestra para Físico-Químico y cultivo.

DIA 4: Fiebre. Pancultivo. Se rota antibiótico a PTZ + Vancomicina. Físico-químico de drenaje pleural: bilitórax.

DIA 6: Extubación; MINIBAL: Cocos Gram + y cocobacilos.

DIA 9: Drenajes: debito bilioso 1600cc. TAC: colección subfrenica derecha de 10mm, y líquido peritoneal libre. ERCP: Papilotomía, VB intrahepática derecha con fistula en accesorio de hepático derecho. DIA 14: Por persistencia del colapso pulmonar derecho, VATS con decorticación pleural.

DIA 16: TAC: licuefacción del territorio Hepático del lóbulo derecho, de aspecto evolutivo. Drenaje percutáneo por TAC, de bilioma subhepático entre segmentos IV y V, muestra para cultivo. Se retiran drenajes peritoneales y pleurales.

DIA 19: febril; TAC: líquido a nivel subfrenico derecho en relación con coleperitoneo. Drenaje percutáneo de colección subfrenica, muestra para cultivo, (+) levaduras, fluconazol.

DIA 21: afebril, pase a sala común.

**Discusión:** La dificultad diagnóstica de la lesión de la VB en laparotomizados hace imperativo la utilización de métodos complementarios ante la sospecha de nuevas complicaciones.

**Conclusión:** El manejo del traumatismo hepático debe individualizarse según la lesión y estabilidad hemodinámica, siendo los procedimientos mínimamente invasivos (ERCP y drenaje) indicadores de éxito en el manejo no operatorio al disminuir la mortalidad asociada.

#### 0018 MORBIMORTALIDAD MATERNA INUSUAL ASOCIADA A SÍNDROME DE HELLP

M MARTINEZ(1), L MANEIRO(1), N VILCHEZ(1), LC AVILA(1), EC RODRIGUEZ(1), A FABBRO(1)  
(1) Instituto Médico Rio Cuarto

**Introducción:** El síndrome de HELLP o angiopático gestacional tiene una incidencia de 0, 2 a 0, 6%. Se desarrolla como complicación del DPPNI, en el 0,4-1% de los casos, con elevada morbimortalidad. Origina daño endotelial y depósito intravascular de fibrina que culmina en disfunción multiorgánica (disfunción renal, hemorra-

gias intracraneales, hepáticas y coagulopatía). Se presenta un caso clínico concerniente.

**Presentación del caso:** Primigesta de 36 años y 31 semanas de gestación. Antecedentes personales negativos y embarazo controlado. Se realizó cesárea de urgencia por hipertonia uterina, ingresando a UTI en shock hipovolémico y CID (APACHE II: 22 y SOFA: 11 puntos) bajo ARM y sedoanalgesia. Inicio resucitación hemodinámica y politransfusión (GRS: 5, PFC: 8, crioprecipitado: 6 y plaquetas: 4) por anemia, trombocitopenia, hiperlactacidemia, hipofibrinogenemia (<50%) y coagulopatía de consumo.

Día 1: se realizó ecografía FAST por ginecorragia, inestabilidad hemodinámica y elevación de transaminasas, objetivando liquido libre en parietocólico derecho y fondo de saco de Douglas, ameritando laparotomía exploradora por hemoperitoneo y hematoma subcapsular hepático de 322 mm, dejándose abdomen abierto y contenido con second look a las 48hs sin particularidades más transfusión postoperatoria (GRS: 5, plaquetas: 5 y PFC: 4). Ante fallo renal agudo inició hemodiálisis durante 17 sesiones. Se mantuvo con antibioticoterapia profiláctica por 72 horas.

Día 3: destete de ventilación invasiva. Día 5: íleo paralítico y TAC con distensión de asas intestinales delgadas más hematoma residual suprapúbico con hepato-arquitectura normal; inició neostigmina y supresión de dieta enteral.

Día 17: Inició antihipertensivos por encefalopatía hipertensiva con lesión corticosubcortical frontal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y Flair sin restricción a la difusión de etiología vascular.

Día 19: alta a sala común sin secuelas.

**Discusión:** La mayoría de las CID obstétricas se deben a hemorragia masiva por lo que el tratamiento de elección inicial es controlar la hemorragia. La incidencia de insuficiencia renal es del 7,3% secundaria a necrosis tubular aguda con requerimiento de HDI. Menos del 1 % desarrolla hemorragia hepática espontánea cuya conducta se individualizará acorde al estado hemodinámico, reservando la cirugía para: rotura con hemoperitoneo, pérdida hemática continua, aumento del volumen e infección del hematoma.

**Conclusión:** La identificación precoz y manejo multidisciplinario del shock hemorrágico y el hematoma hepático en el síndrome HELLP aumentan la sobrevida como en nuestro caso, siendo estas complicaciones de prevalencia baja (35.2%) y gravedad extrema.



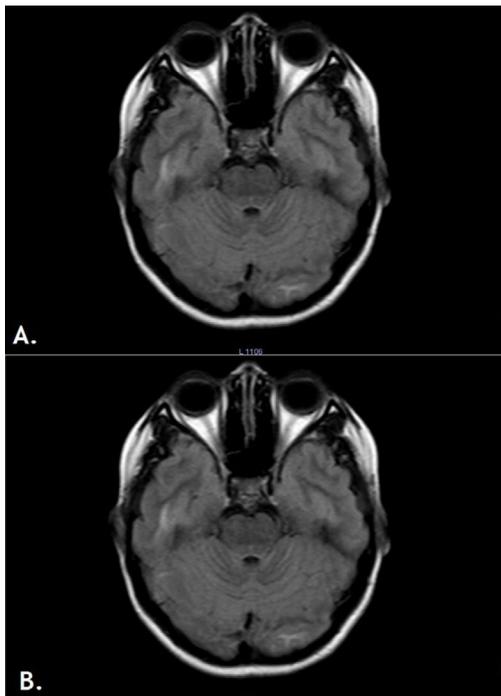
**0019 DÉFICIT DEL FACTOR XIII. PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
A APARICIO(1), M FORMAGGIO(1)  
(1) Hospital De Niños Vj Vilela

**Introducción:** La deficiencia de factor XIII (FXIII) es poco común y se calcula en 1 o 2 personas por millón en la población general. Afecta por igual a hombres y mujeres y a todas las etnias. La presentación clínica es muy variable, dependiendo de la actividad del factor XIII en la sangre. Los pacientes con deficiencia congénita grave del factor podrían presentar hemorragias potencialmente mortales.

**Objetivo:** El objetivo de esta presentación es describir las características del cuadro clínico y los exámenes complementarios, en este tipo de trastornos de la coagulación, presentando un caso clínico de un paciente pediátrico, que presentaba antecedentes de prematuridad e internación en UCIN, teniendo como complicación, HIC GI, donde no se sospecha algún trastorno de la coagulación, atribuyendo la causa de la hemorragia a etiología multifactorial, tan frecuente en los niños pretérminos.

**Caso Clínico:** Se presenta un paciente de 3 meses de edad cronológica, con antecedentes de prematuridad (30 semanas/PN 1.485 Kg) cursando internación en UCIN durante 42 días, con múltiples complicaciones (EMH, hiperbilirrubinemia, DAP, Sepsis a SAMR, HIC grado I). Es derivado a UCIP por presentar cuadro de 36 hs de evolución caracterizado por vómitos, rechazo del alimento y convulsiones. Realizan TAC de cerebro donde informan "liquido en espacio subdural con densidad de lcr sin efecto de masa sobre el cerebro". Ingresa a quirófano para colocación de drenajes subdurales, asumiendo el cuadro como Hematoma subdural crónico. Presenta luego estatus epiléptico que requiere goteo de midazolam y ARM. Por presentar KPTT alterado se consulta con hematología, detectándose factor IX por debajo del valor normal y déficit del factor XIII. Durante la determinación de los factores presenta nueva hemorragia intraparenquimatosa.

**Conclusiones:** Este trastorno es difícil de diagnosticar. Las pruebas de coagulación sanguínea habituales no detectan la deficiencia y muchos laboratorios no cuentan con pruebas más especializadas que midan la cantidad de factor XIII en una muestra de sangre o qué tan bien funciona el factor XIII. La alta tasa de hemorragias en el nacimiento (cordón umbilical, circuncisión) usualmente lleva al médico a sospechar de un trastorno hemorrágico.



### 0020 ENFERMEDAD TROMBÓTICA Y CONSUMO DE COCAÍNA

J LIRA GARCIA(1), L ORIHUELA ROCHA(1), J QUINTEROS GONZALEZ(1), A FIORANELLI(1)  
(1) Dr. Carlos G. Durand

**Resumen:** Un considerable y preocupante incremento en el uso de cocaína en Argentina la ubican por primera vez con una relación porcentual cercana a la de Estados Unidos con 2.6% en la población de entre 15 y 64 años.

Es por ello que, paralelamente al incremento de las tasas de prevalencia del consumo de cocaína, se ha multiplicado el registro de las lesiones orgánicas a todos los niveles que son atendidas diariamente de manera urgente. Estos pacientes, como en nuestro caso, suelen ser en su mayoría varones adultos menores de 50 años, que suelen solicitar atención por problemas vasculares agudos o subagudos a cualquier nivel de la anatomía.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un hombre de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial, trombosis venosa profunda femoropoplítea derecha, tabaquista 40pack/years y consumidor de sustancias ilícitas; que fue intervenido de urgencia por abdomen agudo secundario a isquemia intestinal segmentaria múltiple. Se realizó íleo enterectomía +ileostomía con fistula mucosa tras resección de 40 cm de asa intestinal con sufrimiento. La anatomía patológica del segmento describió hallazgos compatibles con necrosis transmural y flebitis necrotizante producida por el efecto de drogas o tóxicos, y la AngioTC un importante defecto de relleno adherido a la pared posterior de la aorta torácica descendente con una extensión de D8 a D10, además de defecto de relleno en el 1/3 posterior distal de la arteria mesentérica superior y tercio proximal de las arterias yeyunales, y ateromatosis a nivel infrarrenal. Evolución tórpida, excitación sicomotriz con delirio hiperactivo, TEP con requerimiento de colocación de filtro de vena cava, imposibilidad de anticoagulación por hemorragia digestiva y descompensación hemodinámica y videocolonoscopías que evidenciaron colitis isquémica generalizada que agotó las medidas terapéuticas.

**Conclusión:** Las complicaciones asociadas al consumo de cocaína con repercusión cardiovascular son bien conocidas. En cambio, las referencias a afectación intestinal aguda o crónica continúan siendo un hallazgo esporádico dentro de la literatura. Debemos aumentar el nivel de sospecha de isquemia intestinal en los pacientes consumidores de cocaína. El tratamiento médico debe tener un nivel de prioridad similar al quirúrgico en esta patología.

### 0023 MAL DE POTT - ESPONDILITIS TUBERCULOSA

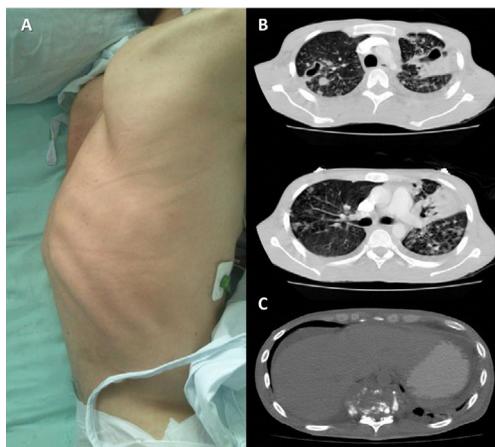
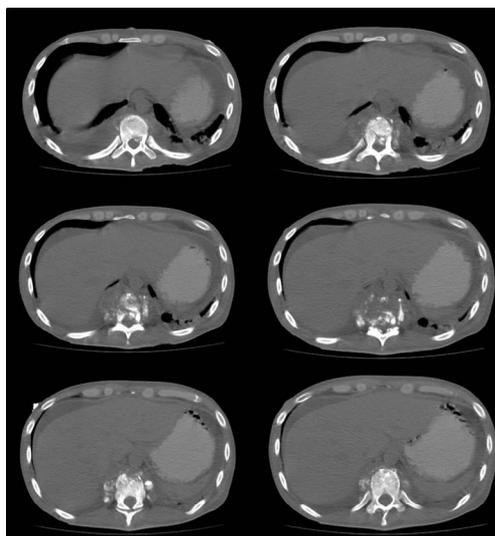
L VALENCIA CHICUÉ(1), I CARBONI BISSO(1), C VIDELA(1), M LAS HERAS(1)  
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

La Espondilitis Tuberculosa o "Mal de Pott" es la forma más frecuente y seria de tuberculosis esquelética. Fue por primera vez reportada en el año 1799 y representa aproximadamente menos del 1% de todos los casos de TBC en el mundo. El curso clínico generalmente es indolente y la primera manifestación es la dorsalgia intensa acompañada de cifosis. El diagnóstico frecuentemente es retardado y difícil de establecer. Cuando la enfermedad es muy avanzada se manifiesta con destrucción, pérdida del soporte estructural y deformidad del cuerpo vertebral. A continuación se presenta un caso clínico concerniente a esta patología en un paciente inmunocompetente.

**Presentación del caso:** Paciente de 25 años, farmacodependiente; con historia de reclusión en centro penitenciario 9 meses antes de consultar. Ingres a Terapia intensiva por somnolencia, fiebre, hipotensión y dorsalgia intensa (FIG. A); además de antecedente de tos seca y hemoptisis en el último año. Test de ELISA negativo para VIH, Baciloscopia en jugo gástrico: BAAR +++, líquido cefalorraquídeo con glucosa de 25 mg/dL y PCR negativa para mycobacterias. Tomografía toraco-abdominal que evidencia cavernas apicales en lóbulos superiores (FIG. B); además de destrucción vertebral de T10 - T11 con compresión medular (FIG. C). Evolucion a pariestesias

y paresia progresiva de miembros inferiores (Síndrome compresivo medular). Se decide vertebroplastia y fijación, con cultivos óseos positivos para Mycobacterium tuberculosis. Recibe tratamiento con Isoniacida, Pirazinamida, Rifampicina y Etambutol con adecuada respuesta clínica.

**Discusión:** En general, el compromiso músculo esquelético ocurre entre el 10 a 35% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, viéndose afectadas con más frecuencia las vértebras torácicas inferiores y lumbares superiores. La deformidad en Giba conlleva a un alto riesgo de compresión medular, resultando en trastornos neurológicos como pariestesias, paresias y hasta paraplejas. La confirmación diagnóstica se realiza con cultivo de aspirado obtenido por biopsia asociado a los hallazgos clínicos y radiológicos. En general, la terapia con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol en casos de tuberculosis no MDR asociado a un adecuado soporte nutricional son las piedras angulares del tratamiento, con mejoría de los síntomas hasta en un 90% de los casos tratados de manera multimodal (Tratamiento farmacológico y quirúrgico).



### 0025 EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19

I CARBONI BISSO(1), C LOCKHART(1), C VIDELA(1), A MASÓ(1), J GONZÁLEZ ANAYA(1), M HORNOS(1), E SAN ROMÁN(1), I HUESPE(1), M LAS HERAS(1)  
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

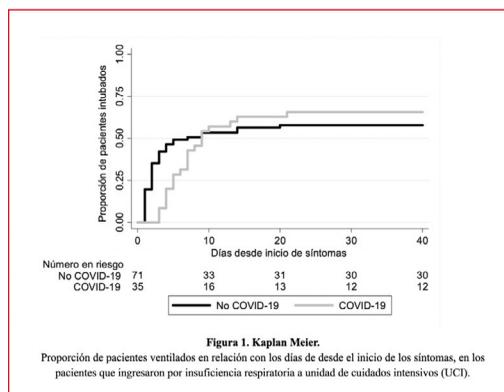
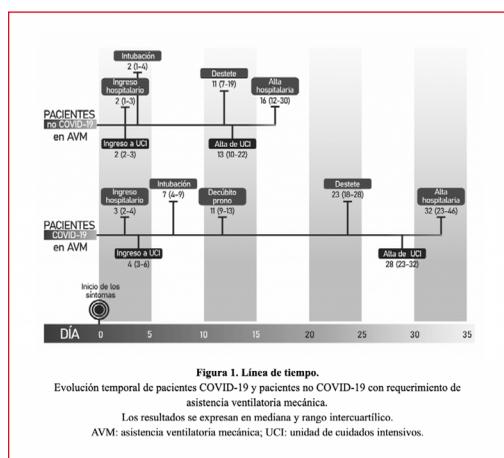
**Introducción:** El objetivo de este estudio fue analizar la evolución

temporal de la insuficiencia respiratoria en enfermedad por coronavirus (COVID-19).

**Métodos:** Estudio observacional, de un único centro. Se incluyeron todos los casos con sospecha de COVID-19 internados en un hospital universitario de alta complejidad. Se valoró la evolución temporal desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron los resultados de 106 pacientes con insuficiencia respiratoria. 35 casos COVID-19 confirmados y 71 pacientes sin COVID-19. El 71,4% (23) de los pacientes con COVID-19 requirieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM) vs 57,7% (41) en los pacientes sin COVID-19. Los pacientes con COVID-19 presentaron una mediana de 4 días (3 - 6) hasta el ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 7 (4 - 9) hasta el inicio de AVM vs 2 (2 - 3) y 2 (1 - 4), en los pacientes sin COVID-19. Los pacientes con COVID-19 presentaron más días de AVM [23 (18 - 28) vs 11 (7 - 19)], más días de UCI [28 (23 - 32) vs 13 (10 - 22)] y más días de hospitalización [32 (26 - 43) vs 16 (12 - 30)], respecto de los pacientes no COVID-19.

**Conclusión:** La insuficiencia respiratoria por COVID-19 presenta un inicio lento e indolente, sin embargo, evoluciona con un franco empeoramiento clínico entre el día 3 a 9, con un aumento de la tasa de intubación e ingreso a UCI, y tiempos prolongados de internación.



### 0029 PURPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA : A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

G PAZ ROJAS(1), J CEDEÑO(1), A OROSCO(1), C VEGA(1), E BOSSA(1), A MAMANI(1), M CUELLO(1), G TUTIVEN(1), A ORTIZ(1), R PEREZ(1), L BUCETA(1), A LUQUETTI(1), M FLORES(1), J MORENO(1), M NAHARA(1)

(1) Sociedad Benéfica Hospital Español

**Introducción:** La púrpura trombocitopénica trombótica, es una patología poco frecuente de presentación pleomórfica, caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, fiebre,

afectación renal y neurológica, afecta principalmente a mujeres, es de mal pronóstico, con una mortalidad cercana al 90% sin tratamiento.

**Reporte de caso:** Paciente masculino de 73 años con antecedentes de cáncer de colon, cáncer de próstata, tromboembolismo pulmonar anticoagulado con acenocumarol, artritis reumatoidea en estudio, ex tabaquista.

Presenta cuadro consistente en pérdida del tono postural y del estado de conciencia, con posterior trauma craneoencefálico y de rodillas, medico de ambulancia constata hipotension derivándolo a nuestro nosocomio, al ingreso deposiciones melénicas, laboratorios hematocrito: 21 hemoglobina: 6.2 tiempo de tromboplastina parcial: 133 tiempo de protrombina: menor a 10. se transfunden hemocomponentes y se revierte anticoagulación; evoluciona hipotenso, con deterioro del estado de conciencia, requiriendo intubación orotraqueal y noradrenalina, pasa a unidad de terapia intensiva, video endoscopia alta informa gastropatía crónica sin signos de sangrado activo y video colonoscopia sin particularidad. Evoluciona con plaquetopenia, coagulopatía, persistencia de anemia pese a soporte transfusional acompañado de lesiones tipo equimóticas en miembros superiores y tórax, sospecha diagnóstica de púrpura trombocitopénica, síndrome anémico hemolítico y vasculitis.

Tomografía de abdomen informa hígado aumentado de tamaño y adenomegalias retroperitoneales, prueba de coombs directa negativo.

Frotis de sangre periférica: plaquetas 102.000, hipocromía positiva, esquistocitos 4-6 por campo, recuento de reticulocitos 5 %, lactato deshidrogenasa 1210, producto de degradación de la fibrina: menor 20 mg/ml, dímero d 3.0, urea 172, creatinina 3.90, anti- adams 13 pendiente.

Realizamos tratamiento con metilprednisolona 500 mg sin mejoría e inmediatamente inicia plasmaféresis diaria por 6 días y alopurinol con buena evolución, se progresa en el weaning es extubado con posterior alta de la unidad.

**Conclusión:** La purpura trombocitopénica trombótica es de variable presentación. Debe considerarse siempre ante un paciente con anemia hemolítica microangiopática (test de Coombs directo negativo y esquistocitos en sangre periférica), trombocitopenia, afectación renal y neurológica sin otra causa que lo justifique.

Nuestro paciente tuvo un diagnóstico oportuno gracias al entendimiento de la fisiopatología y al tratamiento específico de la misma con plasmaféresis precoz.

### 0030 EFECTOS ADVERSOS DE RITONAVIR / LOPINAVIR EN COVID-19

G VECCHIO(1), V ZAPICO(1), A CATANZARITI(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1)

(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** Durante el transcurso de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 se han utilizado diferentes fármacos como potenciales tratamientos específicos con el objetivo de lograr mejoría clínica y/o disminuir la mortalidad en los pacientes afectados por ésta patología, pero al tratarse de una enfermedad desconocida hasta el momento, la evidencia acerca de su seguridad y eficacia se va construyendo a medida que se los prescribe. La farmacovigilancia intensiva en este contexto permite detectar tempranamente eventos adversos, y mediante el reporte y análisis de los mismos inferir el perfil de seguridad en esta indicación.

**Objetivos:** Describir la cantidad y tipo de los eventos adversos detectados en pacientes adultos críticos que recibieron lopinavir/ritonavir como tratamiento empírico de enfermedad severa por SARS-Cov-2.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en un único centro, en el cual se relevaron los eventos adversos detectados en pacientes adultos críticos que recibieron lopinavir/ritonavir como tratamiento empírico de enfermedad severa por SARS-COV-2, entre el 15 de marzo de 2020 y el 15 de junio de 2020, durante su

internación en una Unidad de Cuidados Intensivos. Se describe el tipo de eventos adversos, su gravedad y si fueron motivo de suspensión del tratamiento.

**Resultados:** Durante el período de estudio 18 pacientes iniciaron lopinavir/ritonavir como tratamiento empírico de enfermedad grave por SARS-CoV-2. El 55,5% (n=10) presentó algún evento adverso: intolerancia gastrointestinal, elevación transitoria de enzimas hepáticas, diarrea, bradicardia o farmacodermia, que determinó en la mayoría de los casos la suspensión del tratamiento antes de los 10-14 días estipulados.

**Conclusión:** Aún con las limitaciones propias del reducido número de pacientes objeto de este análisis, la divulgación de dichos resultados aporta evidencia para definir el perfil de seguridad de la combinación lopinavir / ritonavir usado en enfermedad severa por SARS-Cov-2.

	n = 23
Sexo masculino, % (n)	56,5% (13)
Edad	73 (69 - 77)
Score APACHE II	10 (7 - 13)
Score Charlson	4 (3 - 5)
Score SOFA día 1	2 (1 - 3)
Días de tratamiento antiviral	5 (2 - 10)
Días UCI	19 (11 - 29)
Días de internación	28 (21 - 36)

**Tabla 1.** Características generales de los pacientes.

Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico excepto donde se indica, que se expresan como % (n). APACHE II: Acute physiology and chronic health evaluation II; SOFA: Sequential organ failure assessment score; UCI: unidad de cuidados intensivos.

TABLA 2.- Efectos adversos registrados agrupados según órganos y sistemas afectados

Órganos y sistemas afectados	Tiempo entre la administración del fármaco y la aparición de RAM		
	≤ 3 días	4-6 días	≥ 7 días
Trastornos gastrointestinales	1	2	1
Trastornos hepatobiliares	2	1	
Trastornos cardiovasculares	2		
Trastornos de la piel		1	
Total	5	4	1

RAM: Reacciones Adversas Medicamentosas

Los resultados se expresan como n de pacientes que presentaron efectos adversos en los diferentes periodos de tiempo

### 0031 MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19): REPORTE DE UN CASO

Y AYALA(1), I CARBONI BISSO(1), M GARBARINI(1), C LOCKHART(1), S VILLARROEL(1), J CHAS(1), V KOTOWICZ(1), N BERTOIA(1), C VIDELA(1), E SAN ROMÁN(1), M LAS HERAS(1)  
 (1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** El uso de membrana de circulación extracorpórea (ECMO) en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una medida de rescate que busca optimizar la oxigenación como puente a la rehabilitación pulmonar. Su rol en la enfermedad por coronavirus (COVID-19) no está definido, sin embargo, en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica refractaria, y con potencial de recuperación, su uso podría resultar beneficioso. Las indicaciones clásicas de ECMO veno-venoso son hipoxemia severa, hipercapnia descompensada y presiones plateau elevadas (> 30 cm H<sub>2</sub>O) a pesar de una modalidad ventilatoria óptima. Sin embargo, es fundamental que la condición causante sea potencialmente reversible.

Reportamos el caso de un paciente de 31 años con COVID-19 que requirió ECMO.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes patológicos, consultó por fiebre y odinofagia, de 3 días de evolución.

Al ingreso se encontraba lúcido, hemodinámicamente estable, saturando 95% aire ambiente. Se internó y confirmó infección por SARS-CoV-2. Evolucionó desfavorablemente con requerimiento de oxígeno suplementario por máscara de reservorio y progresión de infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax, por lo fue trasladado a Terapia Intensiva para iniciar asistencia ventilatoria mecánica. Ingresó a un protocolo ciego y randomizado de plasma de convalecientes y recibió dexametasona 6 mg/día. Por presentar hipoxemia severa (paO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <120) a pesar de sedación profunda, bloqueo neuromuscular, ventilación protectora y dos ciclos de decúbito prono, se decidió iniciar soporte con ECMO veno-venoso al 8vo día desde el inicio de los síntomas. No presentó complicaciones asociadas al uso de la membrana ni a la canulación. Por presentar mejoría de la oxigenación se retiró el ECMO luego de 7 días de soporte. En las 24 horas siguientes se logró una extubación exitosa. Se otorgó el alta hospitalaria luego de 32 días de internación.

**Discusión:** En pacientes críticamente enfermos con hipoxemia refractaria, pero con potencial de recuperación, el soporte con ECMO debe tenerse en cuenta como una medida de salvataje. Se trata de una técnica invasiva, no exenta de complicaciones y un alto costo monetario. Requiere de centros especializados de alta complejidad, un equipo multidisciplinario altamente entrenado y un adecuado juicio clínico-bioético.

El caso presentado se trata de la primera experiencia en Argentina usando ECMO en esta enfermedad, su reporte puede ayudar a determinar la utilidad de este método de soporte vital en COVID-19.



Figura 1. Radiografías de tórax.

Radiografía de tórax al ingreso (izq.): nótese la relativamente bien conservada aireación pulmonar, con presencia de infiltrados alvéolo-intersticiales difusos a predominio subpleural.

Radiografía de tórax día 8 (der.): se evidencia progresión bilateral de los infiltrados pulmonares que ocupan todos los campos pulmonares. Punción por Escala Radiológica para Valorar Ingreso (ERV) 7. Nótese la presencia de las cánulas de ECMO de ingreso yugular y por vena cava inferior.



Figura 2. Equipo del programa ECMO-HIBA durante la decanulación.

**0032 TEMPORADA DE INFLUENZA 2019: ANÁLISIS CLÍNICO DE 143 PACIENTES HOSPITALIZADOS**

J CANTOS(1), I CARBONI BISSO(1), E PRADO(1), A MASSÓ(1), I STANELONI(1), C VIDELA(1), I HUESPE(1), E SAN ROMÁN(1), M LAS HERAS(1)  
 (1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La infección por el virus de la influenza es un problema latente de salud pública que afecta a millones de personas a través del planeta, y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. En Argentina, hay un déficit significativo de datos con respecto a la enfermedad respiratoria grave por influenza y, por lo tanto, una falta de conocimiento sobre el impacto de esta enfermedad en las instituciones de salud, mortalidad hospitalaria y el perfil de los pacientes que requieren cuidados intensivos.

**Objetivos:** Análisis de características clínicas, hallazgos de imagen y variables de laboratorio en pacientes con virus influenza durante 2019.

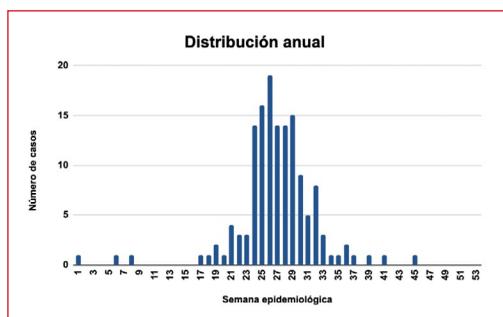
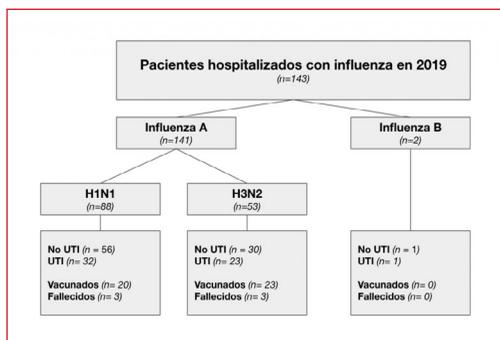
**Métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico, analizamos todos los casos confirmados de influenza en un hospital de alta complejidad de Buenos Aires del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. Los casos fueron confirmados por reacción en cadena de la polimerasa.

**Resultados:** 143 pacientes con virus influenza fueron hospitalizados en este período. El 98.6% fueron por influenza tipo A, de los cuales 61.5% eran del subtipo H1N1.

La mediana de edad fue de 71 años (IQR 60-82), el 77.6% tenía más de 70 años y el 88.1% tenía

al menos una enfermedad coexistente El 39,1% de los pacientes requirieron cuidados intensivos, el 11,1% ventilación mecánica y 4.1% murieron durante la hospitalización.

**Conclusión:** La mortalidad y la gravedad fueron similares a las series anteriores de influenza no pandémica. El análisis de los datos anuales serían valiosos para documentar la gravedad de las hospitalizaciones por influenza por edad, grupo y comorbilidades según los virus de influenza circulantes.



**0034 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HALLAZGOS RADIOLÓGICOS, VARIABLES DE LABORATORIO Y DATOS DE LA MECÁNICA RESPIRATORIA DE LOS PACIENTES CON COVID-19 EN TERAPIA INTENSIVA**

I CARBONI BISSO(1), C LOCKHART(1), A MASSÓ(1), J GONZÁLEZ ANAYA(1), M HORNOS(1), R FAMILIETTI(1), JM NUÑEZ SILVEIRA(1), M DI GRAZIA(1), P CORIA(1), M DUCREY(1), C VIDELA(1), I HUESPE(1), E SAN ROMÁN(1), M LAS HERAS(1)  
 (1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La pandemia por enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha afectado a más de 215 países a nivel global. A pesar que existe evidencia que describe la evolución de estos pacientes en otras regiones no contamos con datos epidemiológicos locales. El objetivo de este trabajo fue conocer las características clínicas, hallazgos radiológicos, variables de laboratorio y datos de la mecánica respiratoria de pacientes críticos con COVID-19 en nuestro medio.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico, prospectivo y observacional, en un único centro, entre marzo y agosto de 2020. Fueron incluidos todos los pacientes consecutivos mayores de 18 años con COVID-19 internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital universitario de alta complejidad. El virus SARS-CoV-2 se detectó en todos los casos por los reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa por hisopado nasofaríngeo o aspirado traqueal.

**Resultados:** Durante el período en estudio 4542 pacientes fueron diagnosticados con COVID-19 en nuestro centro, de los cuales 136 fueron incluidos en el análisis por haber requerido internación en UCI. La mediana de edad fue 69 años, 70,5% de sexo masculino. La comorbilidad más común fue obesidad (38,9%) seguida de hipertensión arterial (38,2%), ver Tabla 1.

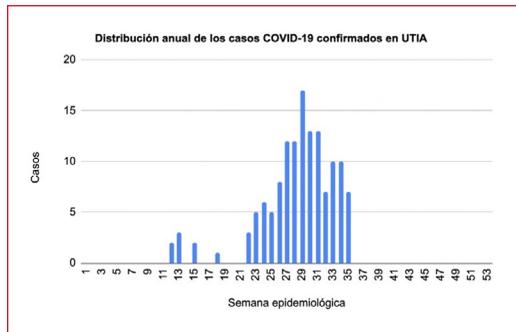
La alteración de laboratorio más frecuentemente observada fue linfopenia (44,1%), con una mediana 782 células por mm<sup>3</sup> (491 - 1007). La radiografía de tórax reveló que la mayoría presentaba infiltrados intersticiales bilaterales (84,5%), ver Tabla 2.

73 pacientes (53,6%) requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI). Entre ellos, el 83,4% necesitó bloqueo neuromuscular y el 31,5% decúbito prono como estrategias para mejorar la oxigenación. Asimismo, el 20,5% presentó hipoxemia moderada a severa con paO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 150 durante las primeras 24 horas de VMI, ver Tabla 3.

La mortalidad hospitalaria fue del 19,1% (26).

**Conclusión:** Este estudio, si bien cuenta con un limitado número de casos de un único centro, puede dar una idea de la presentación clínica de COVID-19 en nuestro medio. Al igual que otras series reportadas, la mayoría de los pacientes críticamente enfermos atendidos fueron hombres mayores a 60 años.

n=136		n=136		n=136	
Historia de salud		Características demográficas		Medicación preadmisión	
Edad (años)	69 (60-82)	Sexo	70,5% masculino	Comorbilidades (%)	Obesidad 38,9%
Edad > 70 años	88 (64,7%)	Comorbilidades (%)	Obesidad 38,9%	Hipertensión arterial 38,2%	Diabetes 11,1%
Edad > 80 años	53 (39,0%)	Comorbilidades (%)	Diabetes 11,1%	Enfermedad cardíaca 10,3%	Enfermedad pulmonar crónica 9,5%
Sexo	70,5% masculino	Comorbilidades (%)	Enfermedad pulmonar crónica 9,5%	Enfermedad renal crónica 8,8%	Enfermedad hepática 8,1%
Comorbilidades (%)	Obesidad 38,9%	Comorbilidades (%)	Enfermedad renal crónica 8,8%	Enfermedad hepática 8,1%	Enfermedad neurológica 7,4%
Obesidad 38,9%		Comorbilidades (%)	Enfermedad neurológica 7,4%	Enfermedad hematológica 6,6%	Enfermedad autoinmune 5,9%
Hipertensión arterial 38,2%		Comorbilidades (%)	Enfermedad hematológica 6,6%	Enfermedad autoinmune 5,9%	Enfermedad infecciosa 5,2%
Diabetes 11,1%		Comorbilidades (%)	Enfermedad infecciosa 5,2%	Enfermedad oncológica 4,5%	Enfermedad inmunodeficiente 3,8%
Enfermedad cardíaca 10,3%		Comorbilidades (%)	Enfermedad oncológica 4,5%	Enfermedad inmunodeficiente 3,8%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad pulmonar crónica 9,5%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad renal crónica 8,8%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad hepática 8,1%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad neurológica 7,4%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad hematológica 6,6%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad autoinmune 5,9%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad infecciosa 5,2%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad oncológica 4,5%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad inmunodeficiente 3,8%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%
Enfermedad genética 3,1%		Comorbilidades (%)	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%	Enfermedad genética 3,1%



### 0035 ASPIRADO TRAQUEAL CON SISTEMA CERRADO: UNA TÉCNICA MODIFICADA DESARROLLADA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

S SCHVERDFINGER(1), I CARBONI BISSO(1), R FAMIGLIETTI(1), M DI GRAZIA(1), C VIDELA(1), S DI STEFANO(1), M LAS HERAS(1)

(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

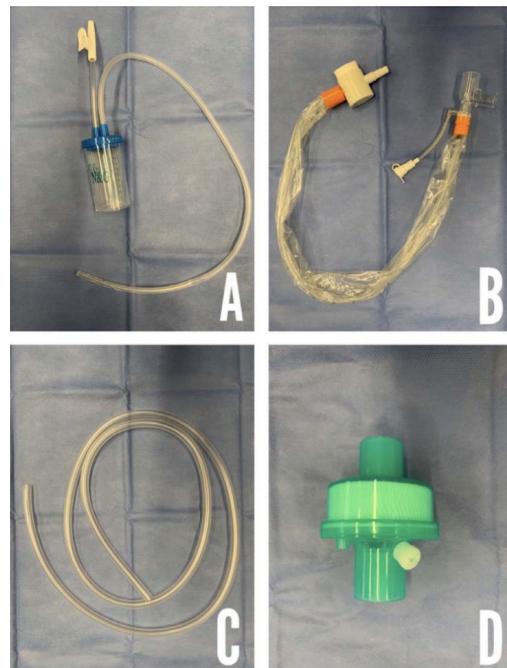
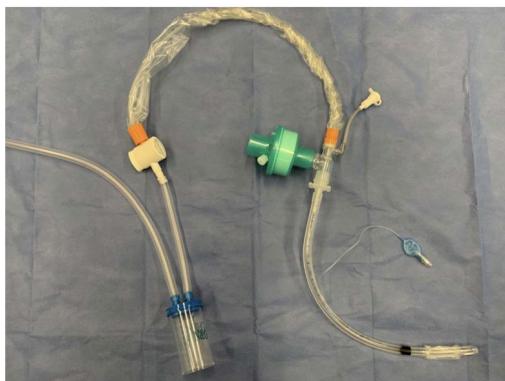
**Introducción:** La neumonía asociada a la ventilación y la sobreinfección bacteriana son eventos frecuentes en los cuidados críticos. Durante la pandemia por COVID-19, las prácticas que se realizan usualmente, tales como el lavado broncoalveolar y el aspirado traqueal se encuentran limitadas debido al alto riesgo de exposición para el operador. Con el objetivo de priorizar la protección del personal de salud, desarrollamos una técnica modificada para la realización de aspirado traqueal para adquirir muestras del tracto respiratorio inferior con un sistema de aspiración cerrado.

**Materiales y métodos:** Desarrollamos un estudio observacional retrospectivo, en un único centro, un hospital universitario de alta complejidad. Se incluyeron los datos de todos los pacientes mayores de 18 años en quienes se obtuvo una muestra de aspirado traqueal con sistema cerrado (ver Figuras 1 y 2).

El estudio obtuvo aprobación por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación y por el Comité de Control de Infecciones de nuestro centro.

**Resultados:** Analizamos un total de 33 muestras de aspirado traqueal. En un 66,6% de los casos, los resultados llevaron a un cambio en la conducta médica. Se logró un 100% de precisión respecto al diagnóstico de COVID-19 y una tasa de crecimiento bacteriano del 56% en cultivos en los que se sospechaba neumonía asociada a ventilación mecánica. Ningún integrante del equipo de salud desarrolló síntomas o fue diagnosticado con COVID-19 durante o después de la toma de muestras.

**Conclusión:** La técnica de aspirado traqueal presentada puede ser considerada como un procedimiento seguro y efectivo con bajo porcentaje de complicaciones.



### 0036 UTILIZACIÓN DE LA INFUSIÓN GLUCOSA-INSULINA-POTASIO EN EL TRATAMIENTO DEL SHOCK SÉPTICO CON DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

MF ESTEGUY(1), NL SERRANO(1), ML DIANO(1), L GARCIA(1)  
(1) Garrahan

**Introducción:** El shock séptico es una de las patologías más frecuentes de manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). La mortalidad oscila entre el 4-50%. Los pacientes con mayor mortalidad son los que presentan shock refractario y disfunción múltiple de órganos. La Infusión de Glucosa-Insulina-Potasio (GIK) fue descrita inicialmente para el tratamiento del síndrome coronario, existiendo evidencia actual de posibles beneficios en el shock séptico refractario con compromiso miocárdico por sus efectos metabólicos y antiinflamatorios.

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente con shock séptico refractario con compromiso miocárdico en el que se optó por utilizar como coadyuvante la Infusión GIK obteniéndose un resultado favorable.

**Caso Clínico:** Paciente de 15 años de edad, constipado crónico, que cursaba internación en nuestra institución para desimpactación fecal. Evoluciona con perforación intestinal por lo que es ingresado a quirófano de urgencia. Ingres a la UCIP postquirúrgico con cuadro de shock séptico a foco abdominal con requerimiento de inotrópicos a altas dosis. Evoluciona con shock refractario y disfunción miocárdica por lo que se agrega al tratamiento milrinona y se coloca catéter de monitoreo invasivo mediante termodilución transpulmonar con sistema PICCO®. Evoluciona crítico, con severa inestabilidad hemodinámica que no responde a la terapéutica estándar. Debido a la criticidad del paciente y el bajo reporte de efectos adversos, se decide iniciar la Infusión GIK ( Glucosa 250 gr/lit, Insulina 40 U/lit, Potasio 60 meq/lit) a 1,5 ml/kg/hs, 12 horas posteriores al inicio de la infusión se logran descender inotrópicos, suspender vasopresina y goteo de calcio, constatándose mejoría del gasto cardíaco tanto por PICCO® como por ecocardiograma. Recibió la infusión durante 72 hs, descendiendo la dosis progresivamente hasta suspender al 5to día.

**Conclusión:** Si bien hay evidencia de los posibles efectos beneficiosos de la Infusión GIK a nivel miocárdico en adultos, no existen al momento trabajos reportados en la literatura que avalen su utilización en el shock séptico refractario con compromiso miocárdico.

Dado el perfil seguro de la droga y la criticidad de nuestro paciente consideramos prudente su utilización compasiva en este caso. Se requiere más evidencia con estudios prospectivos para recomendar su utilización segura sobre todo en la población pediátrica.

### 0037 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PIAL, MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA POCO FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO

MF ESTEGUY(1), AH BELLOCCHIO(1), DA BRANDONI(1), L GARCIA(1), M TRUSZKOWSKI(1)  
(1) Garrahan

**Introducción:** Las Fístulas Piales (FP), son lesiones vasculares raras, que consisten en la presencia de una o más arterias aferentes que se conectan directamente al sistema venoso, en ausencia de un nido. Representan el 1.6% de las malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAVC), entre el 4 al 7.3 %, 21% de las lesiones vasculares cerebrales en niños y un 22% en neonatos. La presentación clínica puede ser como falla cardíaca, convulsiones o hemorragia cerebral o síntomas focales. Libradas a su libre evolución con tratamiento conservador la mortalidad asciende hasta un 63 %. La Angio Tomografía Computada y la Angio Resonancia Magnética son los estudios diagnósticos más recomendados ya que permiten el diagnóstico del tipo de malformación arteriovenosa cerebral y diagramar su eventual tratamiento.

**Objetivo:** Presentar un paciente con FP, como causa de hemorragia cerebral en un paciente de 45 días de vida.

**Caso Clínico:** Presentamos un paciente nacido a término con peso adecuado para edad gestacional, de 45 días de vida con Ecografía neonatal compatible con malformación de vena de Galeno. Ingresó derivado de otro centro asistencial por hemorragia cerebral a nivel de ganglios de la base con volcado intraventricular, diagnosticada en contexto de convulsiones tónico clónico generalizadas. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos posterior a la colocación de un drenaje ventricular externo, como parte del tratamiento. Se diagnostica FP por Angio-Tomografía de sistema nervioso central.

A las 12 horas de su ingreso se decide realizar Angiografía Cerebral más embolización de la fístula con resultado satisfactorio. Requiere una segunda embolización al mes y medio de la primera también sin complicaciones.

La paciente evolucionó en primera instancia post Angiografía con hemiparesia facio braquio-crural derecha que fue mejorando a lo largo de su internación, quedando al alta con una leve paresia facial.

**Conclusión:** Las FP son una entidad rara pero con elevada morbimortalidad. El diagnóstico y tratamiento temprano son muy importantes para prevenir e incluso evitar complicaciones a nivel de sistema nervioso central y cardíacas, que pueden llevar a secuelas neurológicas permanentes, o incluso a la muerte. El tratamiento endovascular es posible de una manera segura y efectiva en las FP.

### 0038 PAPILOMATOSIS LARÍNGEA RECURRENTE: SERIE DE CASOS

AH BELLOCCHIO(1), MF ESTEGUY(1), M VICTORIA(1), M RODRÍGUEZ D'AQUILA(1)  
(1) Garrahan

**Introducción:** La Papilomatosis Laríngea Recurrente (PLR) es una enfermedad infrecuente causada por el Virus del Papiloma Humano (VPH), de presentación variable, con elevada morbilidad. La evolución de la enfermedad es impredecible, llegando en algunas situaciones a requerir múltiples intervenciones quirúrgicas.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas del Hospital Juan P. Garrahan en pacientes con diagnóstico de Papilomatosis Laríngea Recurrente, intervenidos endoscópicamente entre Noviembre de 2014 a Octubre de 2019.

**Objetivos:** Describir la demografía, evolución clínica y tratamientos instaurados en los pacientes con PLR en el Hospital Garrahan.

**Resultados:** Entre Noviembre de 2014 a Octubre de 2019 se recolectaron 99 historias clínicas de las cuales 45 (45.4%) son masculinos y 54 (54.5 %) femeninos, la mediana de edad al diagnóstico fue de 46.5 meses (3.9 años).

Del total de pacientes 36 (36.4%) requirieron internación en sala y 10 (10.1%) en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de estos 9 requirieron Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), la mediana de días en ARM de estos pacientes fue de 7, con un máximo de días en ARM de 27. La mediana de intervenciones endoscópicas por paciente es de 9 (RIC 5-18) con un máximo de 70. El total de pacientes que requirió intervención quirúrgica (no endoscópica) fue de 10 (10.1%). Con respecto al tratamiento adyuvante, 46 pacientes (46.5%) requirieron tratamiento con Bevacizumab local, 5 (5.1%) pacientes requirieron Bevacizumab local más sistémico y 43 pacientes (43.4%) recibieron tratamiento local con Cidofovir.

**Conclusión:** En concordancia con las publicaciones previas esta es una enfermedad con baja mortalidad y elevada morbilidad, con requerimiento de múltiples intervenciones endoscópicas, que llevan a una elevada carga económica y social.

En Argentina se incorporó la vacuna cuadrivalente contra el VPH en el Calendario Nacional de Vacunación en el año 2014 para mujeres y en 2017 para hombres, cubriendo de esta manera a los serotipos más frecuentes que generan papilomas genitales. Con esta estrategia de salud pública se espera reducir la prevalencia de papilomatosis genital en las mujeres gestantes y de este modo disminuir los casos de papilomatosis respiratoria asociados.

### 0039 CUIDADOS QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE UTI OBSTETRICA DE UN HOSPITAL PUBLICO. POSADAS, MISIONES MARZO- MAYO 2019

RM BENITEZ(1), JR MULLER(1)  
(1) Materno Neonatal Nivelii

El objetivo de la presente investigación fue describir de qué manera se realizan los cuidados de enfermería dirigidos a las gestantes con preeclampsia, para ellos se efectuó un estudio de tipo cuantitativo de corte transversal observacional, donde la población de estudio estuvo conformada por 12 profesionales de enfermería en el servicio de UTI obstétrica del hospital público nivel III de la ciudad de Posadas Misiones período marzo-mayo 2019. La variable de estudio fue cuidados de enfermería para la recuperación de las gestantes con preeclampsia, para su abordaje se plantearon las siguientes dimensiones: cuidados de enfermería para la administración del protocolo del sulfato de magnesio y labetalol, procedimiento de toma de presión arterial y control del volumen de diuresis horaria, como medidas se utilizó una escala de categoría como ser SI-NO. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una guía de observación no participante. De los resultados del estudio, se pudo observar que la totalidad las unidades de análisis utilizaron correctamente tanto accesos periféricos de gran calibre, como bombas volumétricas de infusión para la administración de ambos protocolos; lo que se pudo observar negativamente fue que la gran mayoría no explicó, los síntomas que podrían sentir las gestantes durante la administración del protocolo de sulfato de magnesio, como tampoco se controló los signos de intoxicación de este medicamento. Se puede resaltar en cuanto al control de la tensión arterial que durante la administración de labetalol, no se cumplió en su gran mayoría el control cada 15 minutos. En cuanto al procedimiento para el control de la presión arterial, se observó que la mayoría de las unidades de análisis no explica a la usuaria el procedimiento antes de realizar, pero si utilizaron el brazaletes adecuado para la circunferencia de las gestantes. Para finalizar con el cuidado en el control de volumen de diuresis horaria, la mayoría de las unidades de análisis desecho y registro cada 120 minutos, pero solamente lo realizaban visualizando los mililitros desde la graduación de la bolsa colectora.

#### 0040 SÍNDROME DE ASMA CRÍTICO CON REQUERIMIENTO DE ECMO: REPORTE DE UN CASO

J GONZÁLEZ ANAYA(1), N GEMELLI(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), E SAN ROMÁN(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1)

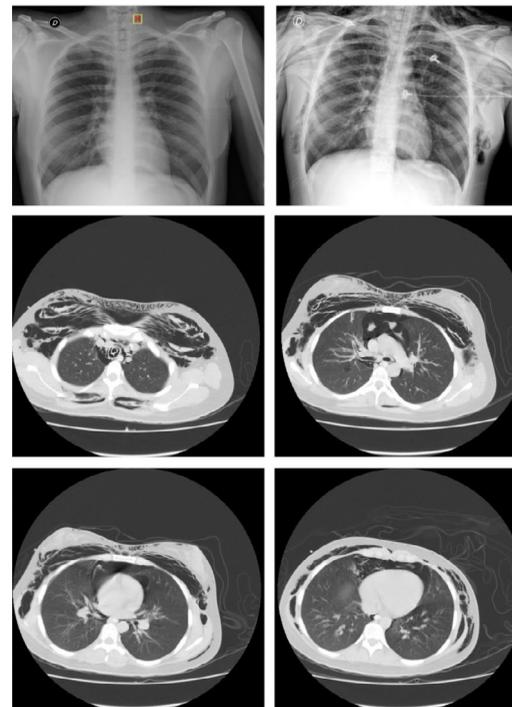
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** El síndrome de asma crítico es una emergencia médica que amenaza la vida y que se caracteriza por presentar insuficiencia ventilatoria aguda. Dada a su gravedad, la ventilación mecánica invasiva (VMI) constituye uno de los pilares terapéuticos, sin embargo, en pacientes que evolucionan con severa hiperinsuflación dinámica secundaria al aumento de las resistencias de la vía aérea, puede desarrollarse lesión pulmonar por barotrauma. En ese contexto, el uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) supone una estrategia adicional para mejorar el intercambio gaseoso y prevenir el daño inducido por la ventilación mecánica en pacientes refractarios al tratamiento estándar.

**Caso clínico:** Mujer de 20 años con antecedente de asma leve persistente, consultó por cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por disnea progresiva hasta clase funcional IV y taquipnea con uso de músculos accesorios.

Se interpretó como asma crítico por lo que inició tratamiento con broncodilatadores y corticoides, sin respuesta por lo que se progresó a VMI. En las horas siguientes se constató enfisema subcutáneo masivo en cuello, neumotórax bilateral, neumomediastino y neumoperitoneo con repercusión hemodinámica y requerimiento de drenaje pleural bilateral de urgencia. Evolucionó con hipercapnia persistente, con resistencia elevada y alteración de la complacencia pulmonar en la mecánica ventilatoria. Con el objetivo evitar el barotrauma generado por el severo atrapamiento aéreo se decidió colocar ECMO veno-venoso con una ventilación a bajo volumen corriente (4 ml/kg de peso teórico), una frecuencia respiratoria menor y un tiempo espiratorio marcadamente aumentado, al tiempo que aseguró la oxigenación y la remoción de CO<sub>2</sub> por la membrana. La paciente evolucionó favorablemente con reabsorción del enfisema subcutáneo, y mejoría de la mecánica ventilatoria en las primeras 24 horas. Requirió ECMO por 6 días sin complicaciones. Se otorgó el alta hospitalaria tras 23 días de internación, en buen estado general.

**Discusión:** La posibilidad de optar por estrategias ventilatorias con bajos volúmenes corrientes redujo el trabajo respiratorio y el daño asociado a la ventilación mecánica por hiperinsuflación pulmonar, al tiempo que permitió un adecuado intercambio gaseoso por la membrana.



**Figura 1:** Radiografía de tórax al ingreso (arriba a la izquierda): se evidencian signos de perinsuflación (hemidiafragmas aplanados, horizontalización costal, aumento de los espacios intercostales, hiperlucidez de los pulmones), y falta de marcas vasculares. Radiografía de tórax a las 24 horas (arriba a la derecha): se evidencian signos de enfisema subcutáneo.

#### 0041 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19): EXPERIENCIA EN 20 PROCEDIMIENTOS

C LOCKHART(1), I CARBONI BISSO(1), N BERTOIA(1), C VIDELA(1), D SMITH(1), J MONTAGNE(1), A DIETRICH(1), M RAÍCES(1), G GARCÍA FORNARI(1), M FIGARI(1), I STANELONI(1), E SAN ROMÁN(1), M LAS HERAS(1)

(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La traqueostomía (TQ) es una estrategia de weaning útil en pacientes con destete dificultoso de la ventilación mecánica (VM). En el contexto de enfermedad por coronavirus (COVID-19) la confección de la TQ es procedimiento potencialmente riesgoso tanto para el paciente como para el personal de salud expuesto(1). **Objetivos:** Medir la eficacia y seguridad de la realización de TQ en COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, en un único centro. Se evaluaron los resultados de todas las TQ percutáneas realizadas en pacientes adultos con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital universitario de alta complejidad, entre marzo y agosto de 2020.

Para la confección de TQ se siguieron las guías de práctica clínica publicadas por Smith et al(2).

**Resultados:** Durante el período de estudio 140 pacientes con COVID-19 confirmado fueron atendidos en UCI. Se incluyeron los resultados de 20 pacientes que requirieron TQ como estrategia de weaning (14,2%). La mediana de edad fue 72 (66 - 77), 55% de sexo masculino. La mediana de los días en VM previos a la TQ fue de 24 (18 - 29) días.

Se registró un alto porcentaje de complicaciones (50%) siendo la más frecuente de ellas la hipoxemia transitoria (40%) durante la desconexión de la VM. Ningún procedimiento tuvo que ser suspendido.

	Configuración Inicial	Segunda configuración	Configuración con ECMO
Modo ventilatorio	VCV	VCV	VCV
Volumen corriente (ml)	420	350	200
VT/Peso teórico (ml/kg)	7,5	6,3	3,6
PEEP extrínseca (cm H2O)	7	8	5
PEEP intrínseca	4	2	5
FiO <sub>2</sub> (%)	30	45	40
Frecuencia respiratoria (rpm)	12	12	8
Tiempo inspiratorio (seg)	0.84	0.65	0.65
Relación I:E	1:5	1:6	1:10
Presión pico (cms H2O)	38	38	34
Presión Plateau (cms H2O)	18	16	22
Resistencia (cm H2O/L/seg)	33	31	39
Compliance (ml/cm H2O)	60	43	16
Delta Presión (cms H2O)	7	6	12
pH	7.15	7.14	7.46
CO <sub>2</sub> (mmHg)	64	65	47
Bicarbonato (mmol/L)	18	18	33
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	103	102	124
Ácido Láctico (mmol/L)	2.78	2	1.23

VT: volumen corriente; PEEP: presión positiva al final de la espiración; FiO<sub>2</sub>: fracción inspirada de oxígeno; CO<sub>2</sub>: dióxido de carbono; PaO<sub>2</sub>: presión arterial de oxígeno; VCV: modo controlado por volumen

**Tabla 1:** Variaciones clínicas y bioquímicas en función de los diferentes parámetros ventilatorios.

**Discusión:** Encontramos una mayor tasa de complicaciones que en series reportadas por el mismo centro con iguales operadores(3). Esto puede deberse a cambios en la técnica utilizando breves ciclos de apnea para evitar la aerosolización así como una población de pacientes diferente, con una única patología con profunda repercusión en la oxigenación. Sin embargo, todas las TQ pudieron ser realizadas satisfactoriamente, y ningún operador desarrolló síntomas o tuvo resultado para COVID-19 positivo.

**Conclusión:** La técnica descrita resulta eficaz y segura tanto para el paciente como para el personal de salud, sin embargo, debe prestarse especial atención a la oxigenación durante el procedimiento.

Características	n=20
Sexo, % (n)	55% (11)
Edad en años	72 (66-77)
score APACHE II	12 (10-15)
COVID-19 activo*	20% (5)
COVID-19 recuperado**	80% (15)
Días de AVM previos a la TQT	24 (18-29)

**Tabla 1.** Características generales de los pacientes que requirieron traqueostomía. Las variables numéricas se expresan en mediana e intervalos intercuartílicos. Las variables dicotómicas se expresan con el n total.  
\* COVID-19 activo: definido por hisopado nasofaríngeo con reacción en cadena de la polimerasa positiva para SARS-CoV-2 en las 48 horas previas.  
\*\* COVID-19 recuperado: definido por hisopado nasofaríngeo con reacción en cadena de la polimerasa negativa para SARS-CoV-2 en las 48 horas previas.  
APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II; AVM: asistencia ventilatoria mecánica; TQT: traqueostomía.

Complicaciones	n=20
Hipoxemia transitoria	50% (10)
Hipotensión arterial	40% (8)
Sangrado tipo 1	5% (1)
Sangrado tipo 2	0
Sangrado tipo 3	0
Arritmia	0
Neumotórax	0
Lesión o pérdida de la vía aérea	0
Tiempo quirúrgico en minutos	6 (5-9)
Tiempo anestésico en minutos	15 (10-15)

**Tabla 2.** Resultados. Las variables numéricas se expresan en mediana e intervalos intercuartílicos. Las variables dicotómicas se expresan con el n total.

## 0042 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON OXIGENACIÓN EXCLUSIVA CON ECMO: REPORTE DE UN CASO

N BERTOIA(1), C LOCKHART(1), I CARBONI BISSO(1), C VIDELA(1), E SAN ROMÁN(1), M LAS HERAS(1)  
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La indicación de traqueostomía (TQ) es una estrategia de weaning frecuentemente utilizada en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (2). Sin embargo, en el contexto de la pandemia por enfermedad por Coronavirus (COVID-19), su confección y cuidado son procedimientos que generan dispersión viral, con el consiguiente aumento del riesgo de contagio para el personal expuesto(3). Presentamos el caso de una paciente con COVID-19 y soporte con membrana de circulación extracorpórea (ECMO) en la que se realizó TQ sin asistencia ventilatoria mecánica (AVM) durante el acto quirúrgico con el objetivo de proteger personal involucrado.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años, trabajadora esencial de la salud, consultó por presentar síntomas compatibles con COVID-19. Se confirmó infección por SARS-CoV-2 por hisopado nasofaríngeo. Evolucionó desfavorablemente con requerimiento de AVM al 8vo día. Por presentar hipoxemia severa ( $paO_2/FiO_2 < 120$ ) persistente a pesar de sedación profunda, bloqueo neuromuscular, ventilación

protectiva y dos ciclos de decúbito prono, se decidió iniciar soporte con ECMO veno-venoso al 15to día desde el inicio de los síntomas, con franca mejoría.

Se propuso realizar TQ percutánea el día 24 desde el inicio de los síntomas. La paciente se encontraba en proceso de destete del ECMO con flowmeter apagado hacia 48 horas. Se volvió a encender el flowmeter con el objetivo de realizar el procedimiento en apnea, con el ventilador en "modo espera". No se registraron complicaciones. Una vez finalizado el acto quirúrgico se volvió a iniciar la AVM con la misma fracción inspirada de oxígeno previa. Requirió mantener el flowmeter del ECMO encendido durante 3 horas, reiniciando luego el proceso de destete del ECMO, con flowmeter apagado. Se logró decanular de ECMO luego de 7 días de soporte, sin complicaciones. Actualmente la paciente se encuentra desvinculada de AVM, en rehabilitación.

**Discusión:** En pacientes críticamente enfermos con hipoxemia refractaria, pero con potencial de recuperación, el soporte con ECMO debe tenerse en cuenta como una medida de salvataje. El soporte con ECMO presta la posibilidad de mantener al paciente en apnea durante procedimientos de alto porcentaje de aerosolización, reduciendo así, el riesgo de contagio del personal de salud presente durante dicho procedimiento.

## 0043 COVID-19 SEVERITY INDEX: UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA ESPECÍFICO

I HUESPE(1), I CARBONI BISSO(1), N GEMELLI(1), SA TERRAS(1), S DI STEFANO(1), V BURGOS(1), JF SINNER(1), MR RISK(1), E SAN ROMÁN(1), M LAS HERAS(1)  
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La actual pandemia por enfermedad por coronavirus (COVID-19) representa un desafío para el sistema de salud en términos de gestión sanitaria y coordinación de las diferentes áreas hospitalarias para brindar contención a los pacientes en un contexto de alta demanda asistencial. La identificación temprana y precisa de los pacientes con alto riesgo de deterioro clínico es de vital importancia para planificar y hacer un uso adecuado de los recursos disponibles.

**Objetivo:** El propósito del proyecto fue crear un sistema de alerta temprana específico para COVID-19 que pudiera usarse de manera efectiva en triaje intrahospitalario.

**Métodos:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura con el objetivo de identificar variables predictivas de deterioro clínico en COVID-19. A partir de su lectura se identificaron una lista de potenciales variables predictivas. Dicha lista de variables fue analizada por un grupo de expertos de diferentes centros mediante un proceso Delphi con el fin de generar un sistema de alerta temprana.

**Resultados:** Se analizaron de 651 artículos disponibles. Después de la selección, 10 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. El grupo de expertos identificó 16 variables predictivas que se utilizaron para construir una escala de severidad nombrada COVID-19 Severity Index. Posteriormente se evaluó el desempeño de la herramienta diseñada con otros sistemas de alerta temprana como National Early Warning Score (NEWS-2) y la escala NEWS COVID-19 propuesta por Liao et al. Un análisis comparativo del área bajo la curva (AUC) para los diferentes scores evidenció que COVID-Severity Index tiene una mejor capacidad para predecir la necesidad de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Conclusión:** Diseñado específicamente para la pandemia actual, COVID-19 Severity Index podría utilizarse como una herramienta confiable para la planificación estratégica, organización y administración de recursos al identificar tempranamente a los pacientes hospitalizados con mayor riesgo de transferencia a UCI.

PUNTAJE	RIESGO	NIVEL DE ALERTA	FRECUENCIA DE MONITORIZACIÓN	RESPUESTA CLÍNICA REQUERIDA	SOLUCIÓN
0-2	Bajo	Verde	Cada 12 horas	Monitoreo rutinario por enfermería	Control de piso
3-5	Moderado	Amarillo	cada 6 horas	Monitoreo rutinario por enfermería con mayor frecuencia	Control en piso con frecuencia moderada
6-7	Alto	Naranja	cada 2-3 horas	Aumentar frecuencia de monitoreo, notificación al médico a cargo y sólo a unidades cerradas	Control en piso con alta frecuencia o pasar a unidad de cuidados intermedios
8 o más	Critico	Rojo	Continúa en Unidad de Cuidados Intensivos	Notificación inmediata al médico del Unidad de Cuidados Intensivos	Control en Unidad de Cuidados Intensivos

PARÁMETROS	3	2	1	0	1	2	3
Edad				<60	61-64	>65	
Sexo masculino			si	no			
ICV			si	no			
SPOC			si	no			
Ruidos con dolor de garganta			si	no			
Radiografía de tórax*				Sin infiltrados o infiltrado unilateral	Infiltrado bilateral		
Frecuencia respiratoria (ciclos por minuto)	<8		9-11	12-20		21-24	>25
Saturación de oxígeno (%)	<91	92-93	94-95	>96			
Intensidad de soplo en pulmones (RCC)	<83	84-85	86-87	>88			
Oxígeno suplementario	si			no			
Presión sistólica (mmHg)	<90		91-219				>220
Frecuencia cardíaca (beats por minuto)	<40		41-50	51-90	91-110	111-130	>131
Temperatura (°C)	<35		35,1-35,5	35,6-37,9	38-39	>39,1	
¿Reflexo Babinski?				no			
Dinero D7 (log/seg)				>1000	>1000		
Linfocitos* (por mm <sup>3</sup> )				>1000	>1000	<500	
Neutrofilos** (por mm <sup>3</sup> )				>10000	>10000		

Tabla 1. Puntaje individual de cada uno de los variables. El score está diseñado para que se pueda realizar automáticamente dentro el análisis de la historia clínica electrónica, sólo cambiando variables seleccionadas. \*Sin valores de laboratorio se analizará automáticamente sólo la historia clínica electrónica, sólo se analizarán los variables que tienen hasta 48 h, si el valor de laboratorio hace más de 48 h no se tendrá en cuenta. \*\*Sin valores de laboratorio se analizará automáticamente sólo la historia clínica electrónica, sólo se analizarán los variables que tienen hasta 48 h, si el valor de laboratorio hace más de 48 h no se tendrá en cuenta.

### 0044 PROTOCOLOS DE DECANULACIÓN EN PEDIATRÍA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

M CELIZ ALONSO(1), M PERALTA(1), ME MONTES(1)  
 (1) Hospital de Niños Ricardo Gutierrez

**Antecedentes:** Hay un aumento en el mundo en la prevalencia de pacientes en ventilación mecánica prolongada y con necesidades médicas complejas. Hay escasa evidencia acerca de protocolos, algoritmos para toma de decisiones que sirvan de apoyo en el proceso de decanulación del paciente pediátrico.

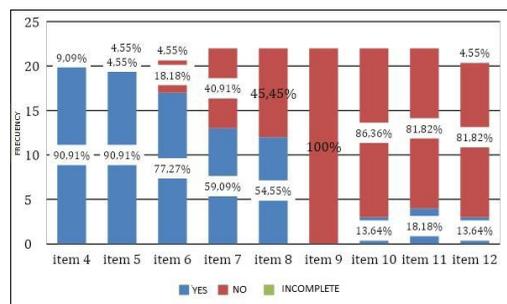
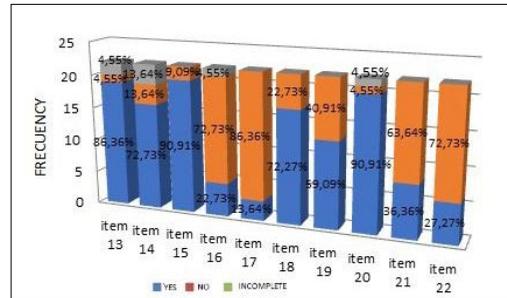
**Objetivos:** Realizar una revisión sistemática de la literatura disponible de protocolos de decanulación en pediatría.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda en las bases de datos electrónicas más relevantes de estudios en los que se aplicó un protocolo o algoritmo de decanulación en pacientes pediátricos de 1 a 18 años con traqueostomía. Se aplicaron los criterios de elegibilidad en forma independiente por 2 evaluadores para incluir los estudios en la revisión y se evaluó el riesgo de sesgo mediante la Guía crítica de estudios observacionales STROBE por 2 estadísticos en forma independiente.

**Resultados:** Se incluyeron en la revisión un total de 22 estudios. Todos fueron descriptivos. El diseño fue acorde al objetivo del estudio en el 90%. En el 76% se informó la causa de la misma siendo la mayoría por alteraciones de vía aérea superior y faciales. El outcome primario, decanulación exitosa, fue definido sólo en 4. La frecuencia de éxito de la decanulación fue de más del 70% en la mayoría (entre 70 a 100% por protocolo y en el primer intento). Parámetros clínicos, monitoreo como la saturación parcial de oxígeno fueron las variables más utilizadas para definir la decanulación.

**Conclusión:** Dentro de las indicaciones más importantes están la ventilación mecánica prolongada y la obstrucción de la vía aérea superior. La polisomnografía podría ser un buen predictor de éxito o un parámetro que podría ayudar en la toma de decisión de la decanulación. Se necesitan más estudios de nivel II de evidencia para poder evaluar efectividad.

La presente revisión posibilitará el posterior desarrollo de un protocolo que podría conducir a una variabilidad sustancial en la duración de la hospitalización y representar una oportunidad para mejorar el uso de los recursos.



### 0045 SÍNDROME DE GUILLÁN-BARRÉ Y SARS-COV-2: REPORTE DE UN CASO

J GONZALEZ ANAYA(1), A MASSO(1), CG VIDELA(1), NM CIARROCCHI(1), E SAN ROMAN(1)  
 (1) Hospital Italiano

**Introducción:** El Síndrome de Guillain Barré es una polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda, cuya fisiopatología involucra fenómenos inmunomediados responsables de la destrucción de mielina a nivel periférico. La característica clínica sobresaliente es la debilidad progresiva, bilateral y simétrica en un lapso de 12 horas hasta 28 días. Si bien el diagnóstico incluye criterios clínicos, el gold standard es el estudio electrofisiológico.

Se han reportado casos de pacientes con síndrome de Guillain Barré e infección por SARS-CoV-2, con una relación variable entre la temporalidad de la infección por COVID-19 y la sintomatología neurológica.

Se reporta un caso de una paciente con Guillain Barré secundario a una infección viral por SARS-CoV-2.

**Resultados:** Paciente de 60 años que ingresó a la guardia con cuadro de 72 horas de evolución, caracterizado por parestesias en manos y pies con progresión a debilidad muscular en miembros inferiores asociado a trastornos de la marcha.

Al examen físico se encontraba lúcida, con paresia de cuatro miembros. Reflejos osteotendinosos disminuidos. Presentaba tos, sin desaturación ni disnea. Tomografía de tórax con áreas parcheadas de aumento de la opacidad en vidrio esmerilado con distribución periférica bilaterales y zonas de consolidación con broncograma aéreo en segmentos posterobasales y apicales (Figura 1).

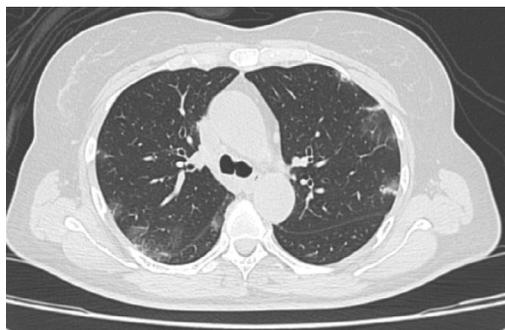
Se realizó hisopado nasal con PCR para SARS-CoV-2, resultando negativo, y serologías con resultado positivo, interpretándose como cuadro resuelto de COVID-19.

Se realizó electromiografía con compromiso motor de tipo desmielinizante multifocal, hallazgos sugestivos de polirradiculoneuropatía motora con signos de desmielinización.

Antes estos hallazgos, se interpretó cuadro de Síndrome de Guillain Barré secundario a infección viral por SARS-CoV-2, por lo que se

inició tratamiento con gammaglobulina.

**Conclusión:** Se han reportado varios casos de Guillain Barré asociado a infección por SARS-CoV-2, con una relación variable entre la temporalidad del COVID-19 y la sintomatología neurológica. La gravedad del cuadro infeccioso respiratorio varía desde casos leves con tos y anosmia hasta graves con requerimiento de internación en unidades cerradas. El tratamiento además del sosten, incluye el uso de gammaglobulina con respuesta variable. Reportamos un nuevo caso de COVID-19 y Síndrome de Guillain Barré, con la particularidad de presentar la infección viral resuelta, con hisopado nasal negativo.



#### 0049 SOBREVIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SDRAP EXTRAPULMONAR

L BALDASSARRE(1), M HERRERA(1), C VIQUEIRA(1), F DIAZ(1)  
 (1) Garrahan

**Introducción:** El síndrome de distress respiratorio agudo pediátrico (SDRAP) es una entidad heterogénea y con elevada morbimortalidad. Puede originarse por lesión pulmonar directa o por una noxa extrapulmonar con repercusión pulmonar en un segundo tiempo. Estos pacientes representan un 3,2% de todos los ingresos a UCIP con una Mortalidad del 18% a 27% llegando a 46% a 51% en inmunosuprimidos(1). Apuntamos a evaluar las diferencias entre el Sdrap pulmonar y extrapulmonar.

**Objetivos:** Evaluar si hay diferencias en la mortalidad intra UCI entre Distress pulmonar y extra pulmonar. Describiendo como objetivo secundario la epidemiología de este cuadro en nuestro Hospital. **Materiales y métodos:** Estudio Retrospectivo, empleando la base de datos del servicio de cuidados intensivos pediátricos polivalente en el periodo 2018-2019, para pacientes que cumplieran el criterio diagnóstico Palic para SDRAP. Se realiza análisis estadístico con tests de Fisher y Wilcoxon.

**Resultados:** Para una N=53, se observa una sobrevida total del 84,9% con 86% en pulmonar y un 80% en secundario con una P = 0.63, en días de internación se observa una mediana de 18 para pulmonar y 20.5 para extrapulmonar con una p=0.20, por último en días de AVIM se observa una mediana de 11 en pulmonar y 19 en extrapulmonar con una p=0.13. Comparación completa en tabla 1, descripción de epidemiología en tabla 2.

**Conclusion:** No se encontró diferencia significativa a nivel estadística en sobrevida, días de AVIM y días totales de uci entre los dos grupos. Se sugiere ahondar en estudios sobre este tema ya que la evidencia en pediatría sobre SDRAP es aun poca.

	SDRAP Primario (n=43)	SDRAP Secundario (n=10)	p Valor
Edad (meses), md (RIC)	13 (7,5-91,5)	93 (27,75-116,75)	0,11
Mujeres, n(%)	21 (48,84)	4 (40)	0,73
Sobrevida, n(%)	37 (86,05)	8 (80)	0,63
Días de Internación, md (RIC)	18 (11-36)	20,5 (17,25-51)	0,20
Días de AVIM, md (RIC)	11 (7-25)	19 (12,75-33,75)	0,13

TABLA 2	Total pacientes (N=53)
Edad (Meses)MD (RIC)	24(8-100)
Mujeres, N(%)	25(47.17)
Peso, N (%)	20.3
Sobrevida, n(%)	45(84.91)
Días de internación en UCI,MD (RIC)	12(7-16.75)
Días de AVM, MD (RIC)	12(7-16.75)
<b>Etiología, N(%)</b>	
IRAB	37(69.81)
Shock Séptico	6(11.32)
Neumonía	4(7.55)
Hemorragia Pulmonar	2(3.77)
Otros	4(7.55)
<b>Incidencia, n (%)</b>	
Pulmonar	81.1%
Extrapulmonar	18.9%
<b>Agente Etiológico Sdrap pulmonar ,n(%)</b>	
Viral (Único germen),n(%)	
VSR	11(25.58)
Adenovirus	6(13.95)
Influenza	4(9.3)
Rhinovirus	3(6.98)
Metapneumovirus	2(4.65)
Otros ,n(%)	2(4.65)
Sin rescate de germen, n(%)	8(18.6)
Coinfecciones, n(%)	7(16.8)
<b>Agente Etiológico Sdrap Extrapulmonar ,n(%)</b>	
Sepsis ,n(%)	70%
Falla Hepática, n(%)	20%
Otros, n(%)	10%

#### 0050 DIARREA Y FÓRMULAS LISTAS PARA USAR EN PACIENTES CRÍTICOS

SP CHAPELA(1), MJ REBERENDO(1), PI MARTINEZ(1), G ERNST(1)  
 (1) Hospital Británico

**Introducción:** La diarrea es una de las complicaciones más comunes del soporte nutricional por el tubo digestivo en los pacientes críticos. Las causas son multifactoriales, como el uso de antibióticos, disbiosis, infección por clostridium difficile, entre otras. El objetivo de este trabajo es analizar las características intrínsecas de 5 fórmulas listas para usar y su influencia en la incidencia de diarrea

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional. Se tomaron los datos de la base de datos del servicio de soporte nutricional del Hospital Británico de Buenos Aires. El volumen de deposiciones diario es descrito por enfermeras entrenadas. Se tomó como punto de corte para la definición de diarrea 350ml. Las fórmulas analizadas fueron: Nutricia Nutrison®, Nutricia Nutricia Multifibra®, Nutricia Peptisorb®, Nutricia Protison®, Fresenius Supportan®. Todas, salvo Nutricia Peptisorb®, fueron usadas como fórmulas de inicio.

**Resultados:** Se incluyeron 315 pacientes en un periodo de 2 años. En la Tabla 1 se describen las características de la población. Se analizó la correlación entre el volumen aportado y el volumen de las deposiciones siendo: Nutricia Nutrison® (R: 0.159; P: 0.053), Nutricia Nutricia Multifibra® (R: 0.296; <0.001), Nutricia Peptisorb® (R: 0.323; P<0.001), Nutricia Protison® (R: 0.108; P<0.001), Fresenius Supportan® (R: 0.152; P<0.001).

Se realizó regresión lineal y posterior regresión logística múltiple con variables de ajuste la presencia de fibra y el aporte proteico con módulo de caseinato de calcio, se descartó por no ser fórmula de inicio. Los resultados se expresan en la Tabla 2.

**Conclusiones:** El volumen aportado de las fórmulas guarda baja correlación con el volumen de la diarrea. El uso de fórmula polimérica con densidad 1.28kcal/ml y 0.075gr/ml de proteínas con fibra mixta es un factor independiente para la presencia de diarrea.

Tabla 2: Se describen los resultados del análisis multivariado, siendo la fórmula Nutricia Protison® una variable independiente para la presencia de diarrea.

Fórmula	Odds Ratio	IC 95%
Fresenius Supportan®	0.3887	0.2083 - 0.7253
Nutricia Protison®	2.1385	1.1455 - 3.9920
Nutricia Peptisorb®	1.5462	0.3860 - 6.1932
Nutricia Nutrison®	1.7981	0.3204 - 10.0917
Nutricia Multifibra®	1.3972	0.3204 - 10.0917

Tabla 1: Se describen las características de la población analizada.

Condición	
Sexo (Femenino/Masculino)	41.3%/58.7%
Edad (Media (SD))	63.17 (16)
Peso (Media (SD))	75.9 kg (20.63)
Altura (Media (SD))	167.8 cm (8.99)
BMI (Media (SD))	26.8 (6.7)
Condición BMI (Bajo peso/Peso Normal/Sobrepeso/Obeso)	4.49%/36.86%/37.82%/20.83%
Tipo de Ingreso (Médico/Quirúrgico/Trauma/Quemado)	61.9%/33.7%/2.6%/1.9%
NRS 2002 >3	74.53%
VSG (A/B/C/Sin Dato)	32.05%/31.73%/24.36%/11.86%
APACHE II (Media (SD))	17.02 (7.2)
Cirrosis	10.5%
Dislipemia	20.83%
Enfermedad Inflamatoria Intestinal/Diverticulosis	5.47%
Enfermedad Neuromuscular	3.53%
Enfermedad Oncológica	31.1%
Enfermedad Oncohematológica	9.29%
Enfermedad Reumatológica	5.45%
EPOC	11.54%
HIV	2.24%
Hipertensión Arterial	46.79%
Insuficiencia Renal Crónica	12.86%

0051

### COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE EXTUBACIÓN EN ADULTOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

M ANDREU(1), M BERTOZZI(1), M BEZZI(1), S BORELLO(1), D CASTRO(1), V DI GIORGIO(1), M AGUIRRE(1), K MIRALLES(2), D NOVAL(2), E WILHELM(3), M ZAKIMCHUK(3), M BERNARDINI(4), L REY(4), P D'ANNUNZIO(5), G PLOTNIKOW(5), M LOMPIZANO(6), M GUAYMAS(6), M ACCOCE(7), J DORADO(7), P TORRES(8), V PAVLOTSKY(9), C PALACIOS(10), M RUFFO(11), V LEON(11), S FREDDES(2), J BUFFARINI CIGNOLI(3) (1) Santojanni. (2) Sanatorio Mitre. (3) Sanatorio Colegiales. (4) El Cruce. (5) Sanatorio Anchorena Recoleta. (6) Churrucá Visca. (7) Sanatorio Anchorena San Martín. (8) Sanatorio Itoiz. (9) Clínica Bazterrica. (10) Sanatorio San Cayetano. (11) Dr. Guillermo Rawson

**Objetivo:** Determinar si la técnica de EOT a presión positiva disminuye la incidencia de complicaciones mayores post extubación (hasta 60 minutos) en comparación a la técnica de EOT tradicional en pacientes adultos críticamente enfermos.

**Métodos:** Ensayo clínico controlado aleatorizado realizado en 13 centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Provincia de San Juan. Se incluyeron sujetos >18 años con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI) mediante TET y que cumplieron los criterios de EOT. La asignación aleatoria a las dos intervenciones fue centralizada, en bloques de 6 y estratificada por centro participante y riesgo de falla de EOT. La variable de estudio principal fue complicación mayor post EOT definida por la evidencia clínica de al menos una de las siguientes: desaturación, obstrucción de vía aérea superior, edema pulmonar post-obstructivo o vómitos. El análisis principal fue por protocolo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, se encuentra registrado en Clinicaltrials.gov y se reporta según los lineamientos de las guías CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

**Resultados:** Se aleatorizaron 725 participantes a los grupos extubación tradicional (n=358) y presión positiva (n=367). Diecisiete

fueron eliminados y no se incluyeron en el análisis por protocolo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las características basales y previas a la extubación. Se observó al menos una complicación mayor en 185 de 708 pacientes (26.1%). La incidencia en el grupo tradicional fue 27.8% (96/345) comparada con 24.5% (89/363) en el grupo presión positiva. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Diferencia absoluta de riesgo 3% [IC 95% -3% a 10%]; Riesgo Relativo, 0.88 [IC 95% 0.69 a 1.13]; p=0.32).

**Conclusión:** Si bien se observó una tendencia a favor del grupo de presión positiva las diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas en las variables estudiadas. Estos resultados conciden con lo reportado previamente en la literatura de que es una técnica segura, por lo que ambas técnicas podrían ser utilizadas durante la extubación de adultos críticamente enfermos.

### 0052 LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE ADN LIBRE CIRCULANTE Y LOS DE HISTONA H3 CITRULINADA PREDICEN LA MORTALIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS

M MOIANA(1), E CUNTO(2), F ARANDA(2), C DOMINGUEZ(2), V CHEDIACK(2), R REINA(3), S PERES(2), G DE LARRAÑAGA(2) (1) F.J. Muñiz. (2) Hospital De Infecciosas "francisco J. Muñiz. (3) Hospital San Martín de La Plata

A pesar de los avances en el manejo de los pacientes en las unidades de terapia intensiva (UTI) y en la comprensión de su fisiopatología, la sepsis sigue siendo un problema grave. En los pacientes con sepsis, la formación de trombos es una complicación que aumenta el riesgo de muerte y la gravedad de la disfunción orgánica. Debido a las limitaciones del score SOFA, sería imperativo encontrar biomarcadores confiables para mejorarlo.

El objetivo del trabajo fue estudiar 2 biomarcadores plasmáticos derivados de diferentes tipos de muerte celular: ADN libre circulante (cfDNA por sus siglas en inglés cell-free DNA) e histona H3 citrulinada (H3cit). Los mismos fueron medidos durante las primeras horas de ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI) para evaluar su valor predictivo en la prognosis de la sepsis.

Se reclutaron un total de 203 pacientes sépticos (mediana de edad: 45 años [33,5-54,5]; 37,1% eran mujeres) de los que 94 sobrevivieron (mediana de edad: 42,5 años [28,75-53,50]; 35,72% eran mujeres) y 109 fallecieron (mediana de la edad: 46 años [35-55]; 42,18% eran mujeres). Como referencia, se midieron niveles plasmáticos de cfDNA y H3cit en 85 controles sanos (mediana de edad: 30 años [25-39]; 56,5% eran mujeres).

Se observó que tanto los niveles plasmáticos de cfDNA como los de H3cit fueron significativamente superiores en pacientes sépticos que fallecieron en UTI en comparación con los pacientes que sobrevivieron (figuras 1 y 2). Además, los niveles de cfDNA y H3cit mostraron una correlación positiva entre ellos (coeficiente de rho Spearman p=0,445; p<0,01).

Mediante una regresión logística binaria se determinó que tener niveles de cfDNA mayores a 2,27 ng/ul (valor correspondiente al percentil 75 de los pacientes) incrementaría significativamente la probabilidad de muerte en pacientes sépticos (OR=3,08 [1,53-6,10]; p=0,002).

Finalmente, realizamos un análisis preliminar comparando el score SOFA tradicional, los niveles plasmáticos de cfDNA y H3cit como predictores de mortalidad en sepsis. Hasta el momento, el score SOFA parecería ser un mejor predictor (AUC=0.780 vs AUC=0.732 vs AUC=0.683, respectivamente). Sin embargo, adicionando los niveles plasmáticos de estos biomarcadores al score SOFA, se vería un ligero incremento en su capacidad predictiva (AUC=0.796)

Nuestros resultados resultan promisorios y permitirían considerar la incorporación de cfDNA y H3cit al score SOFA con el fin de mejorar la predicción del agravamiento de los cuadros de sepsis.

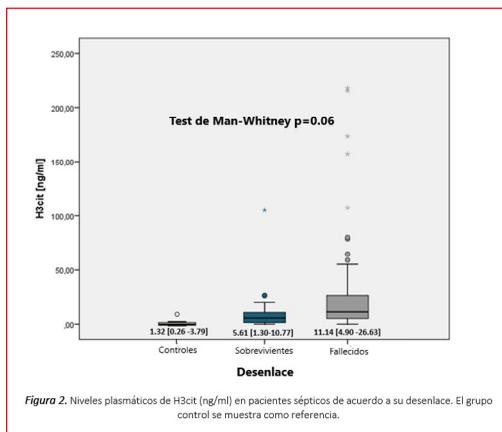


Figura 2. Niveles plasmáticos de H3cIct (ng/ml) en pacientes sépticos de acuerdo a su desenlace. El grupo control se muestra como referencia.

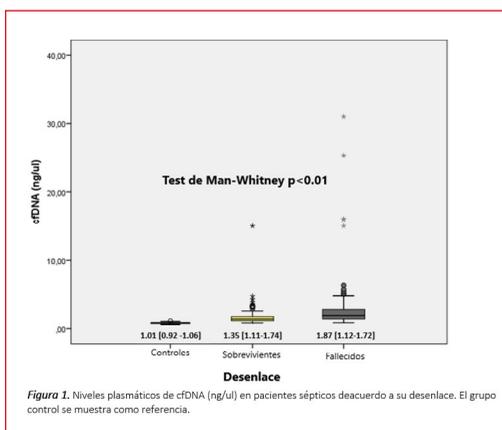
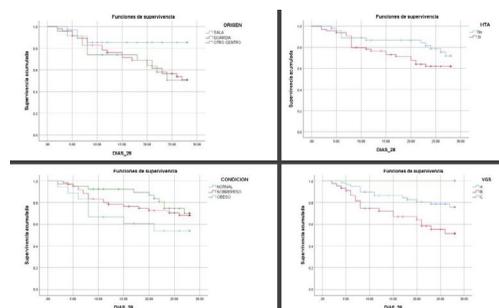


Figura 1. Niveles plasmáticos de cfDNA (ng/ul) en pacientes sépticos de acuerdo a su desenlace. El grupo control se muestra como referencia.

de todo el país. Criterios de inclusión: Paciente > 18 años, internado en terapia intensiva, con diagnóstico de infección por virus SARS-COV 2, mediante PCR. Criterios de exclusión: limitación del esfuerzo terapéutico. Al ingreso se registraron datos demográficos, scores nutricionales, de severidad y de comorbilidades, variables bioquímicas, objetivos nutricionales al ingreso a la unidad. Además, se registró tiempo de ventilación mecánica (AVM), días en UTI, días totales de internación, mortalidad total, a 28-90 días. Análisis estadístico mediante SPSS-IBM25°.

**Resultados:** Durante el estudio ingresaron 187 pacientes, de los cuales 155 cumplieron criterios de inclusión. Las características de la población se resumen en la Tabla 1. En la misma tabla se observan las características de los sobrevivientes y fallecidos. Persistían internados al cierre del estudio 36 pacientes. Se observó que los pacientes que provenían de la guardia, con mayor Apachell y NUTRICSCORE, o que presentaban desnutrición moderada (VSG B), menores valores de albumina, junto con diagnóstico de HTA tenían mayor mortalidad (tabla 1 y curvas Kaplan-Meier). No hubo diferencias respecto al IMC, u otras comorbilidades. Como dato interesante se observó al ingreso valores mayores de Urea y creatinina en los que fallecieron que en los que no, sin relación con el diagnóstico previo de IRC. El 72% de la mortalidad se presentó dentro de los primeros 28 días.

**Conclusiones:** Los pacientes más graves, con HTA, con un curso de enfermedad rápido (pase de guardia directo a UCI), en riesgo de desnutrición por NUTRIC, o desnutrición moderada, presentaron mayor mortalidad a los 28 días, siendo la mortalidad posterior baja.



### 0053 CARACTERÍSTICAS METABÓLICO-NUTRICIONALES Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS ASISTIDOS POR ENFERMEDAD COVID-19 UCIS ARGENTINAS

AL MARTINUZZI(1), S CHAPELA(2), I AVERSA(3), MJ REBERENDO(4), D BOLZICCO(5), L PERALTA(6), L MAGNIFICO(6), V GONZALEZ(7), C GALETTI(7), P NAVARRETE(8), M RODRIGUEZ(8), C LUNA(8), A DIETRICH(9), E QUESADA(9), MF CASCARON(9), F BACCARO(10), N BARAGLIA(11), ML CAPRIA(11), C KECSKES(12), J ASPARCH(12), E MANRIQUE(13), Y LOMBI(13)

(1) USN NHA. (2) Hospital Britanico Buenos Aires. (3) Hospital Fernandez/Clinica San Lucas. (4) Hospital Britanico Buenos Aires. (5) Hospital Zapala Juan José Pose. (6) Hospital Nacional Dr. Posadas. (7) Sanatorio Allende. (8) Hospital Santa Isabel de Hungría. (9) Sanatorio Juan XXIII. (10) Hospital Fernández. (11) Hospital Aeronáutico Central. (12) Hospital Italiano de Buenos Aires. (13) Hospital Privado Universitario de Córdoba

**Introducción:** La pandemia de la enfermedad COVID-19 ha puesto a la población mundial en riesgo. COSONUME y CALINU conformaron un equipo multidisciplinario para análisis de opciones terapéuticas, a fin de brindar recomendaciones respecto a intervenciones metabólicas/nutricionales, tendientes a la necesaria conservación y/o recuperación de la masa muscular y prevención de complicaciones relacionadas a esta patología. Lo cual hizo evidente la necesidad de realizar un estudio observacional para determinar las características de dicha patología en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en Argentina.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional multicéntrico conducido entre marzo/agosto 2020. Se incluyeron pacientes de 12 UCIs

TABLA 1	TOTAL PACIENTES (n=155)	SOBREVIVIENTE (n=69)	ORBITOS (n=50)	P < IC95%
Edad años	61.54/-15.1	58.84/-15.9	66.64/-15.3	P = 0.008
SEXO	M 37.4% H 62.6%	M 42% H 58%	M 48.0% H 52%	NS
ORIGEN				
SALA GUARDIA	34.1%	49.1%	14.6%	P = 0.0001
OTRO CENTRO	25.5%	15.8%	29.2%	P = 0.008
Peso actual (Kg)	86.14/-18.1	85.4/-16.2	82.84/-18.1	NS
IMC promedio	30.34/-6.22	29.94/-5.4	29.64/-6.6	NS
CONDICIÓN				
BAJO PESO	-	-	-	
NORMAL	12.9%	11.6%	20.0%	P = 0.2
SOBRE PESO	49%	55.1%	46.0%	P = 0.28
OBESO	38.1%	33.3%	34.0%	P = 0.96
VSG				
A	47.7%	60.9%	34.0%	P = 0.0039
B	40.6%	24.6%	56.0%	P = 0.0005
C	1.9%	4.3%	-	NA
No evaluable	9.7%	10.1%	10.0%	NS
NIS 2002	3.88/-1.3	3.44/-1.29	3.74/-1.3	P = 0.21
NUTRIC SCORE	3.54/-1.8	3.14/-1.8	4.34/-1.9	P = 0.0006
APACHE II	15.14/-6.6	13.34/-5.9	17.84/-7.1	P = 0.0003
L.C. CHARLSON	2.44/-2.3	2.64/-2.6	2.64/-2.3	NS
HTA	52.9%	46.4%	66.0%	PhD:034
ONCOLOGICO	6.5%	8.7%	8.0%	NS
EPOC/ASMA	11%	13.0%	10.0%	NS
DBT	29%	34.8%	26.0%	PhD:308
IRC	7.7%	10.1%	6.0%	PhD:4
AVM	91.6%	85.5%	98.0%	PhD:02
PRONO	53.2%	52.2%	54.0%	NS
DÍAS AVM	21.4/-18	25.14/-21.3	16.24/-12.5	PhD:0094
DESTETE				
SIMPLE	15.5%	32.2%	2.0%	P < 0.0001
DIFÍCIL	13.4%	27.1%	-	NA
PROLONGADO	13.4%	40.7%	-	NA
FALLECIO EN AVM	38.7%	NA	98.0%	NA
PERSISTE EN AVM	19%	NA	NA	NA
MORTALIDAD 28 Días	23.2%	NA	72.0%	NA
MORTALIDAD 90 Días	6.5%	NA	20.0%	NA
RESULTADOS				
OBITO	32.3%	NA	100%	NA
ALTA	39.3%	87.3%	NA	NA
C. Rehabilitación	5.2%	12.3%	NA	NA
SIGUE INTERNADO	23.2%	NA	NA	NA
DÍAS UCI	21.964/-15.9	25.44/-16.7	17.44/-12.8	PhD:0054
DÍAS TOTALES	26.94/-18.2	33.74/-18.4	18.4/-13.5	P < 0.0001
LABORATORIO				
ALBUMINA	3.024/-0.49	3.24/-0.42 (n57)	2.854/-0.52 (n40)	PhD:004
COLESTEROL TOTAL	153.94/-52.8	156.44/-59.4(n25)	138.34/-41.2 (n21)	PhD:24
UREA	55.34/-34	44.84/-34.5 (n62)	63.94/-34.5 (n43)	PhD:0063
CREATININA	1.264/-1.3	1.14/-1.1 (n63)	1.64/-1.6 (n43)	PhD:059
CALCIO	3.914/-0.46	3.94/-0.43 (n52)	3.84/-0.57 (n28)	NS
FOSFORO	3.54/-1.3	3.34/-1.3 (n33)	3.84/-1.7 (n27)	PhD:2
MAGNESIO	2.174/-0.38	2.24/-0.4 (n34)	2.034/-0.28 (n21)	PhD:092

#### 0054 LES DE INICIO TARDIO

A DE GIORGIS(1), MP ZALAZAR(1)  
(1) Hospital Italiano Rosario

**Caso clínico:** Paciente (F -51). Ant: anemia en tto con metilprednisona (estudios previos: coombs + y aumento LDH – pendiente PAMO). Ingres a guardia médica por depresión del sensorio y registros febriles. TAC de cráneo (-) y Lab.: hto 8% hb: 2.4gr/dl MCV 112 fL MCH 35.1 pg MCHC 31.2 g/dl. Se decide el ingreso a UTI.

Examen físico: SME constitucional y mialgias. GW 11/15; TA 70/40mmHg; FC 95 lat/min; FR 20 resp/min; SatO<sub>2</sub> 94%; Temp 36.7°C. Lista de problemas: Agudos GW 11/15, TA 70/40mmHg y hb 2.4mg/dl hto 8%. Crónicos a lipotimia, anemia en estudio, tto con metilprednisona coombs + y LDH aumentada.

Plan de estudio: GB16.4000 (N 84% - L 11%) hto 8% hb 2.4mg/dl Brr T 3.7 I 1.24 D2.46; LDH 551; Función tiroidea normal; perfil de hierro normal; serologías negativas.

Diagnostico presentivo: anemia hemolítica autoinmune

Tratamiento: 5UGR + 3UPFC Metilprednisona 1-2mg/kg/d por 5 días Hidroxicloroquina 400mg/d. INTERCURRE con TRAIL se vincula a AMR.

Estudios complementarios: Cultivos: Hemocultivos x 2 y urocultivo negativos. Rx tórax: sobrecarga e infiltrados en cuatro cuadrantes. Ecocardiograma: derrame pericárdico leve. Ecopleura: derrame bilateral leve. Estudios inmunológicos C3 59; C4 8; CH50 29; FR: 4; Ac anticardiolipina IgM 2.5 (-); Ac anticardiolipina IgG 3.4 (-); FAN 1/640 homogéneo; ANTI ADN NATIVO (-); Ac anti Beta 2 Glicoprot IgM 4.1 (-); Látex AR: 2; Antic Antiena: 2.5 (-); Ac anti Beta 2 glicoprot IgG 3.7 (-). PxE: disminución de proteínas totales, albumina y Alfa 2 globulina. Orina de 24hs: proteinuria 1.56 mg. Biopsia real: Glomerulonefritis proliferativa difusa LUPICA tipo IV.

Diagnóstico: LES tardío. Criterios: serositis + nefropatía + alteraciones hematológicas

**Tratamiento:** Leucovorina + EPO + Inmunoglobulinas IV 1.5g/kg + Rituximán semanal

**Evolución:** Alta hospitalaria, adherente al tratamiento mejoría clínica y analítica.

**Discusion:** Los posibles diagnósticos diferenciales planteados fueron en base ANEMIA SEVERA HEMOLITICA (+) coomb + = AUTOINMUNE ANTICUERPOS CALIENTES por COLANGIOPATIA.

**Conclusión:** Hemos revisados casos clínicos similares donde se observa que el inicio del LES después de los 50 años es poco frecuente (6-18 %). Y esta relacionado con la senescencia inmunológica lo cual predispone al desarrollo de enfermedades autoinmunes y neoplasias en el adulto mayor.

#### 0055 UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PARA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ESTUDIO PILOTO CUASI-EXPERIMENTAL

M OLMOS(1), M ESPERATTI(1), H KAKISU(1), N FUENTES(1), ME GONZALEZ(1), C NAVARRO MORENO(1), JM PINTOS(1), A MIRANDA(1), V BARBARES(1), A VILLOLDO(1), G TUSMAN(1)  
(1) Hospital Privado de Comunidad

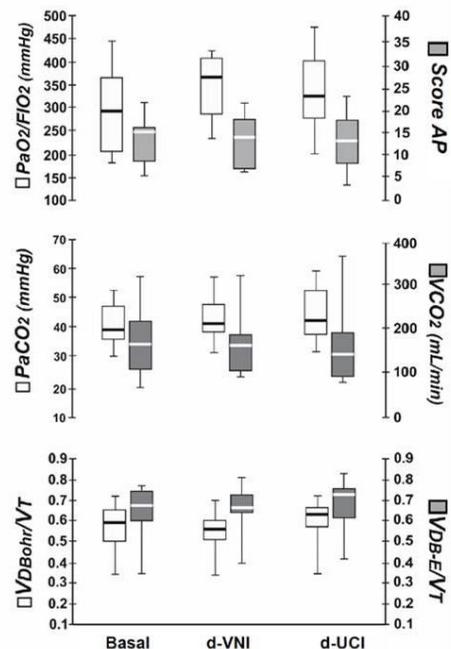
La pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 condicionó la sobrecarga de los sistemas de salud. Una proporción de pacientes con COVID-19 requieren soporte ventilatorio invasivo prolongado condicionando una falta de respiradores para pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva (VMI) por otras razones. Recientemente se ha propuesto el uso de dispositivos de ventilación no invasiva (dVNI) para proporcionar VMI. El objetivo del presente estudio fue evaluar el rendimiento de un dVNI utilizado para VMI en el contexto de cuidados críticos.

Diez pacientes con requerimiento de soporte ventilatorio invasivo fueron incluidos de manera consecutiva. Los pacientes fueron ventilados con un respirador de UCI (d-UCI) en modo VC con un seteo estándar de ventilación protectora. Se mantuvo un período de estabilidad clínica utilizando este patrón ventilatorio durante 6 horas ("basal"). Luego, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a una hora de ventilación en modo presión control (PCV) con un d-UCI o con dVNI (modo "T", Bipap/ST) siguiendo un diseño cruzado. Luego de un período de 15 minutos de washout los ventiladores se cambiaron de acuerdo con la aleatorización. El nivel de presión inspiratoria en PCV se ajustó para obtener un VC similar al modo basal. Al final de cada período ("basal", "d-VNI" y "d-UCI") se evaluaron variables clínicas, gasométricas, mecánica respiratoria, mecánica transpulmonar (balón esofágico), score de aireación pulmonar por ultrasonido y capnografía volumétrica evaluando el volumen de CO<sub>2</sub> espirado/min (VCO<sub>2</sub>) y los espacios muertos de Bohr y Enghoff.

Fueron incluidos 10 pacientes, edad [mediana (P25-75)] 76 (52-77) años, puntaje APACHE-II= 29 (22-27), puntaje SOFA=9 (5-11) e IMC=25 (23-26). Los motivos de ingreso a UCI fueron insuficiencia respiratoria hipoxémica (n=3), shock séptico (n=3), shock hipovolémico (n=1), hemorragia intra-cerebral (n=2) y pancreatitis aguda (n=1). Los principales resultados se muestran en la tabla 1 y la figura 1. Tomando el modo PCV d-UCI como referencia, no hubo diferencias estadísticas en la comparación con d-NIV, en ninguna de las variables evaluadas.

En este estudio piloto, un dispositivo para VNI aplicado a pacientes intubados no mostró diferencias en su comparación con un respirador de UCI en la eficiencia ventilatoria, el intercambio de gases, la mecánica respiratoria y la aireación pulmonar.

Figura 1: Variables gasométricas y score de aireación pulmonar



Abreviaturas: d-UCI: dispositivo (respirador) de UCI. d-VNI: dispositivo para ventilación no invasiva. PaO<sub>2</sub>/F<sub>i</sub>O<sub>2</sub>: cociente entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno. Score AP: score de aireación pulmonar (puntuación posible de 0 a 36 indicando menor nivel de aireación con valores mayores). VCO<sub>2</sub>: CO<sub>2</sub> espirado. VDBohr/VT: cociente entre el espacio muerto y el volumen corriente medido por la fórmula de Bohr. VDB-En/VT: cociente entre el espacio muerto y el volumen corriente medido por la fórmula de Enghoff.

Tabla 1: Variables clínicas, ventilatorias y mecánicas respiratorias durante el protocolo

	Basal	dVNI	d-UCI	Valor de p*
PAM (mmHg)	78 (67-91)	71 (74-84)	80 (68-88)	0.82
FC (lpm)	71 (64-86)	72 (64-84)	73 (64-88)	0.65
SaO <sub>2</sub> (%)	98 (98-100)	99 (97-99)	98 (98-100)	0.79
pH	7.34 (7.34-7.37)	7.33 (7.30-7.39)	7.33 (7.29-7.41)	0.49
<b>VENTILACION</b>				
VC (mL)	387 (378-415)	388 (344-400)	393 (360-442)	0.82
FR (bpm)	22 (17-23)	19 (20-24)	19 (17-23)	0.65
PEEP (cmH <sub>2</sub> O)	10 (9-11)	9 (8-11)	9 (7-10)	0.49
PIP (cmH <sub>2</sub> O)	21 (19-28)	20 (19-25)	22 (19-24)	0.44
VE (L/min)	8.8 (6.2-9.0)	7.7 (6.3-7.6)	8.0 (7.0-8.5)	0.70
VA (L/min)	2.9 (2.5-3.5)	3.0 (2.9-3.8)	2.6 (2.2-3.7)	0.28
VD (L/min)	5.0 (4.2-4.9)	4.8 (3.8-5.3)	4.7 (4.4-5.7)	0.38
<b>MECÁNICA RESPIRATORIA</b>				
Cdyn (mL/cmH <sub>2</sub> O)	27 (19-32)	32 (21-36)	28 (22-35)	0.65
Ptp <sub>insp</sub> (cmH <sub>2</sub> O)	8 (6-12)	11 (7-12)	10 (8-13)	0.88
Ptp <sub>exp</sub> (cmH <sub>2</sub> O)	-0.5 (-4-1)	-0.8 (-1.5-2.5)	-0.6 (-4.3-0.5)	0.97
E <sub>tot</sub> (cmH <sub>2</sub> O/mL)	30 (22-34)	29 (25-35)	30 (23-34)	1
E <sub>c</sub> (cmH <sub>2</sub> O/mL)	22 (22-27)	25 (22-35)	28 (20-37)	0.87
E <sub>cw</sub> (cmH <sub>2</sub> O/mL)	11 (10-15)	8 (10-13)	10 (9-12)	0.82

Abreviaturas: Cdyn: distensibilidad dinámica del sistema respiratorio; d-VNI: dispositivo de ventilación no invasiva; d-UCI: dispositivo (respirador) de UCI; E<sub>cw</sub>: elasticidad de la pared torácica; E<sub>c</sub>: elasticidad pulmonar; E<sub>tot</sub>: elasticidad total; FC: frecuencia cardíaca; FR: frecuencia respiratoria; PAM: presión arterial media; PEEP: presión positiva al final de la espiración; PIP: Presión inspiratoria pico; Ptp<sub>insp</sub>: presión transpiracional al final de la inspiración; Ptp<sub>exp</sub>: presión transpiracional al final de la espiración; SaO<sub>2</sub>: saturación arterial de oxígeno; VA: ventilación alveolar; VC: volumen corriente; VD: ventilación del espacio muerto; VE: ventilación / minuto.

\* Test de Kruskal-Wallis test. Comparaciones entre d-VNI y d-UCI. Datos expresados como mediana (percentilo 25-75).

## 0056 ASISTENCIA KINÉSICA MOTORA EN CUIDADOS CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19. ENCUESTA ARGENTINA

M BERTOZZI(1), S CAGIDE(1), M ACCOCE(1), E NAVARRO(1)  
 (1) Anchorena San Martín

**Introducción:** El enfoque del paquete de medidas ABCDEF ha ponderado a la movilización temprana como una de las estrategias de tratamiento en el paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos (UCI). En Argentina, es una de las funciones y competencias establecidas por el kinesiólogo. Actualmente y en contexto de pandemia COVID 19, desconocemos la práctica habitual desde el aspecto motor de los kinesiólogos en nuestro país. El objetivo fue describir la práctica habitual de asistencia kinésica motora en las UCIs de adultos en Argentina sobre pacientes con y sin COVID-19.

**Materiales y Método:** Se realizó un estudio observacional transversal de tipo encuesta online del 1 de junio al 30 de junio 2020. Se incluyeron kinesiólogos que trabajen en UCIs de adultos en Argentina. Se realizaron 16 preguntas de respuesta múltiple o simple agrupadas en 3 apartados. El primero caracterizado por datos personales, profesionales o del ámbito laboral. El segundo, destinado a conocer el accionar habitual y un tercero enfocado en las prácticas bajo la pandemia COVID-19.

**Resultados:** 351 kinesiólogos respondieron la encuesta. El 76,1% reportó que la movilización de los pacientes estaba a cargo exclusivamente de ellos. El objetivo máximo a alcanzar desde el aspecto motor fue variable según cuatro escenarios: Pacientes en asistencia ventilatoria mecánica (AVM), desvinculados de la AVM, los que nunca estuvieron asociados a la AVM y pacientes con COVID-19 en AVM. En el primer y último escenario el objetivo máximo fue optimizar valores de fuerza muscular. En los restantes fue realizar actividades de la vida diaria. Por último, la mayor limitante en el abordaje motor de un paciente con COVID-19 fue la falta de elementos de protección personal. Ver Tabla 1 y 2.

**Conclusión:** Los kinesiólogos en Argentina reportaron ser los encargados mayormente de la movilización de los pacientes en la UCI. El objetivo de máxima desde el aspecto motor varió según el escenario en el cual se encontraba el paciente. La mayor limitación a la hora de movilizar a pacientes con COVID-19 fue el aislamiento respiratorio y de contacto.

Tabla 1. Apartado 2. Sobre su accionar habitual

Variables	N (%)
<b>Mayor limitación a la hora movilizar a un paciente</b>	
Aislamiento respiratorio y/o de contacto	26 (7.4)
Contenciones físicas, catéteres, sondas e interfaces paciente ventilador	66 (18.8)
Dolor	89 (25.4)
Ninguna de las anteriores	132 (37.6)
Requerimiento de oxígeno suplementario	2 (0.6)
Sedación profunda	36 (10.2)
<b>Objetivo máximo con un paciente que se encuentra en ARM</b>	
Bipedestación	11 (3.1)
Marcha	24 (6.8)
Optimizar valores de fuerza muscular	150 (42.7)
Realizar actividades de la vida diaria	42 (12)
Sedestación al borde de la cama	94 (26.8)
Sedestación fuera de cama	30 (8.6)
<b>Objetivo máximo a alcanzar con un paciente DESVINCULADO de la ARM</b>	
Bipedestación	23 (6.6)
Marcha	82 (23.4)
Optimizar valores de fuerza muscular	25 (7.1)
Realizar actividades de la vida diaria	159 (45.3)
Sedestación al borde de la cama	34 (9.6)
Sedestación fuera de cama	28 (8)
<b>Objetivo máximo a alcanzar con un paciente que NUNCA estuvo asociado a ARM</b>	
Bipedestación	7 (2)
Marcha	71 (20.2)
Optimizar valores de fuerza muscular	20 (5.7)
Realizar actividades de la vida diaria	241 (68.7)
Sedestación fuera de cama	4 (1.1)
Sedestación fuera de la cama	8 (2.3)
<b>¿Utiliza herramientas objetivas para valorar la condición física?</b>	
No	198 (56.4)
Si	153 (43.6)

Tabla 2. Apartado 3. Sobre su accionar en contexto de COVID-19

Variables	N (%)
<b>Intervención motora en pacientes COVID 19 / sospecha</b>	
Aumentó	18 (5.1)
Disminuyó	201 (57.3)
No se modificó	132 (37.6)
<b>Sensaciones frente a pacientes COVID 19/ sospecha</b>	
Atemorizado, si pudiera evitaría atenderlos	16 (4.6)
Atento, selecciono los momentos e intervenciones necesarias	232 (66.1)
Tranquilo, cuento con los materiales de protección	103 (29.3)
<b>¿Mayor debilidad adquirida en COVID 19 / sospecha?</b>	
No	50 (14.2)
No lo sé	174 (49.6)
Si	127 (36.2)
<b>Limitación a la hora movilizar a un paciente con COVID 19 / sospecha</b>	
Aislamiento respiratorio y/o de contacto	109 (31.1)
Contenciones físicas, catéteres, sondas e interfaces paciente ventilador	19 (5.4)
Creo que no hay limitación	81 (23.1)
Dolor	9 (2.6)
Falta de elementos de protección personal	108 (30.8)
Requerimiento de oxígeno suplementario	3 (0.9)
Sedación profunda	22 (6.1)
<b>Objetivo máximo en paciente con COVID 19 / sospecha en ARM</b>	
Bipedestación	8 (2.3)
Marcha	22 (6.3)
Optimizar valores de fuerza muscular	174 (49.6)
Realizar actividades de la vida diaria	65 (18.5)
Sedestación al borde de la cama	61 (17.3)
Sedestación fuera de cama	21 (6)



## 0057 ADECUACIONES EN LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA PANDEMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DEL HIBA (UTIA): ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO DE LOS CAMBIOS ORGANIZATIVOS Y LAS VIVENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

J ESPEJO(1), E PEDROZO(1), I CARBONI(1), M DIAZ(1), A DIAZ(1), J SINNER(1), A DAWIDOWSKI(1)

(1) Hospital Italiano

**Introducción:** La pandemia COVID-19 plantea el desafío de extemar los cuidados del personal manteniendo un buen ambiente laboral y humano. Debido al escaso conocimiento disponible sobre mecanismos virales de transmisión, las áreas de cuidados críticos fueron paulatinamente encontrando estrategias para proteger al personal y simultáneamente mejorar la usabilidad de los equipos de protección personal (EPP).

**Objetivos:** Describir y evaluar los cambios en las estrategias para mejorar la seguridad del personal y el confort con los EPPs que se implementaron en la UTIA del HIBA durante la epidemia de COVID-19.

**Materiales y métodos:** Triangulación de datos cuali y cuantitativos. Para la descripción se construyó prospectivamente (abril-agosto 2020) un registro de cambios implementados para mejorar la seguridad del personal y la usabilidad de los EPPs. Para evaluar el proceso se realizaron una encuesta y entrevistas cualitativas sobre vivencias y percepciones durante la pandemia. La encuesta (junio 2020) fue administrada a todo el personal profesional y no profesional de la UTIA. Las entrevistas (agosto 2020) fueron realizadas a una muestra por conveniencia de 7 perfiles profesionales diferentes.

**Resultados:** A medida que aumentaron los casos COVID-19 se fueron intensificando los niveles de protección para atender pacientes COVID-19 y no COVID-19. También se generaron estrategias para facilitar la colocación y retiro de los EPPs (Tabla 1). Según las entrevistas cualitativas el personal valora estas iniciativas institucionales, y también el apoyo de los compañeros para colocarse y quitarse el equipo, y la colaboración de los niveles jerárquicos, porque generan un ambiente de contención a nivel práctico y emocional.

La encuesta arrojó una disminución del porcentaje del personal que no se sentía protegido en junio respecto de marzo (Figura 1) También disminuyó el porcentaje que sentía transpiración y calor al usar el EPP (43% y 19% respectivamente), en tanto no se modificaron las percepciones de presión, dolor, lesión cefalea y sofocación.

**Conclusiones:** Durante la pandemia en la UTIA del HIBA se fueron intensificando las medidas de protección del personal. La contención y colaboración de compañeros y jefatura resulta relevante para sobrellevar la carga laboral y afectiva que genera la pandemia, a nivel laboral y personal.

Figura 1: Percepción de Protección con el EPP, al inicio y al momento de la encuesta

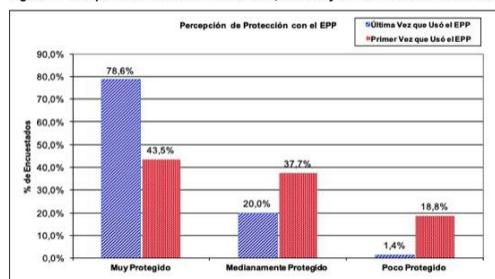


Tabla 1: Adecuaciones organizativas y en el equipamiento de la UTIA durante la pandemia

Fecha	Provisión de Equipos	Descripción de Cambios
2da quincena Marzo	Provisión de Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se proveen camisolines hidropelentes, barbijos quirúrgicos, barbijos N95, mascarinas faciales.</li> <li>Nivel 3 médicos, enfermeros y kinesiólogos.</li> <li>Nivel 2 personal de limpieza.</li> </ul>
2da quincena Abril	Provisión de Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se provee mascarinas faciales para cada área.</li> </ul>
	Cambios organizativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se adecúa el guardado y reciclado de barbijos N95.</li> <li>Se colocan equipos al ingreso y a la salida de cada área covid-19 para permitir la correcta colocación y el retiro del EPP.</li> <li>Se colocan carteleras con instructivos para recordar la correcta colocación y retiro de los EPP.</li> <li>Se colocan capones, correctamente rotulados e identificados para depositar barbijos N95 de todo el personal.</li> <li>Se colocan portales para tener a disposición las mascarinas faciales en cada área.</li> <li>Se disminuyó la temperatura ambiente de los equipos de aire acondicionado.</li> <li>Se proporcionaron parchos de silicona para disminuir el dolor y la presión que genera el uso del N95 y las mascarinas faciales.</li> <li>Se puso a disposición detergente y otros productos similares para disminuir el empujamiento de las antiparras que dificultan la visión.</li> </ul>
	Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hubo 2 semanas de entrenamiento para la correcta colocación y retiro de los EPP.</li> </ul>
	Cambios edilicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizaron modificaciones para optimizar la atención de pacientes priorizando la división por "diagnóstico" y mantenimiento zonas de circulación y desechos limpios. Esto permitió separar pacientes con sospecha o confirmados los que requieren internación en la UTIA por otros motivos.</li> <li>Se realizó la separación de las áreas A, B, C, D por medio de paredes de DURLLOCK.</li> </ul>
1er quincena Mayo	Provisión de Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquisición de mampelucos.</li> </ul>
	Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en la utilización de mampelucos para la atención de los pacientes confirmados de COVID.</li> </ul>
	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de mascarinas faciales para cualquier procedimiento que involucre contacto con la vía aérea del paciente.</li> </ul>
2da quincena Mayo	Provisión de Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se comienza a entregar antiparras herméticas individualizadas al personal profesional de UTIA.</li> </ul>
1er quincena Junio	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se empieza a utilizar el mampeluco para ingresar a los sectores de trasplante e hiperférica (es opcional, si se dispone el camisolín hidropelente).</li> </ul>
	Provisión de Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Comité de Control de Infecciones (CCI) después de varias pruebas, detectó que al descontaminar los mampelucos disminuía su grado de efectividad, por lo que se determinó descartarlos después de cada uso.</li> </ul>
2da quincena Junio	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toda persona que ingrese a la habitación de pacientes No Covid debe usar EPP NIVEL 1.</li> </ul>
	Logística	<ul style="list-style-type: none"> <li>El camisolín deberá ser dejado en un tacho blanco ubicados en cada sala (como prueba piloto). Esto no fue efectivo y se decidió descartar cada camisolín después de cada uso.</li> </ul>
1er quincena Julio	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se deternó para la atención de pacientes con sospecha, que se encuentra en área Covid, atenderlos con NIVEL 3, agregando un camisolín desdorsable sobre el mampeluco, realizando una desinfección previa a su atención.</li> </ul>
1er quincena Agosto	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe utilizar barbijo N95 con todos los pacientes internados, para aumentar la protección personal.</li> </ul>
	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de aerosolización se debe poner además la mascarina facial.</li> </ul>
	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes con cánula de alto flujo (CAF) también se consideran pacientes con aerosolización.</li> </ul>
	Provisión de Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solo se encuentran disponibles mampelucos talle XXL. El servicio reemplaza las medidas para gestionar la provisión de los mismos.</li> </ul>
2da quincena de Agosto	Provisión de Equipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingresan nuevos mampelucos de otras marcas.</li> </ul>
	Normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>El CCI recomienda usar camisolín hidropelente encima de los nuevos mampelucos.</li> </ul>

## 0058 HIPOFOSFATEMIA ASOCIADA AL SINDROME DE REALIMENTACION EN EL PACIENTE INFECCIOSO CRÍTICO

V FERNANDEZ ABELLO(1), M ABOT(1), C DOMINGUEZ(1), L GONZALEZ(1), S CACERES(1), P SAUL(1), N CHACON(1), J FERNANDEZ(1), MB DELLA PAOLERA(1), MDLM NANO(1), M GALINDO(1), R GREGORI SABELLI(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)

(1) Muñiz

**Introducción:** El síndrome de realimentación (SRA) es un desarreglo metabólico potencialmente letal. La hipofosfatemia es determinante para monitorear en el paciente crítico, teniendo incidencia hasta del 100 % en aquellos de riesgo. Se recomienda evitar el ayuno prolongado para disminuir el riesgo de desorden metabólico en el paciente crítico.

**Objetivos:** Primario: Identificar pacientes con hipofosfatemia asociada al SRA

Secundarios:

- Clasificarlos según Riesgo Nice. Apache II >= 13 puntos, fósforo sérico al ingreso < 2.5 mg/dl, Inicio de soporte nutricional (SN) < a 48 hrs.

- Asociar variables y mortalidad con hipofosfatemia asociada al síndrome.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se evaluaron 50 pacientes internados en cuidados intensivos (CI) periodo Marzo 2019 -Septiembre 2020. Se registró laboratorio al ingreso y entre el primer y quinto día posterior al inicio del SN. Clasificación Nice: s/ riesgo o c/riesgo leve (0-1) y c/ riesgo moderado a severo (2-3). Se clasificó inicio del SN en precoz (a 48hrs) Se realizó estadística descriptiva usando porcentaje (%), media (M), mediana (Me), rango (mínimo-máximo).

**Resultados:** Edad: M 47.14 Me 43.5 (18-82 años) Según patología infecciosa HIV+42%, TBC 24%, COVID19+ 22%, otras 22%. Riesgo Nice 0-1 52% Riesgo 2-3 48% Hipofosfatemia: 60.7%. El 20% presentó signos compatibles con SRA. Mortalidad 20%. Con Apache >= 13: 66% de los cuales un 63.6% sufrió hipofosfatemia. C/inicio de soporte tardío el 62.5% la desarrolló y con fósforo disminuido al in-

greso solo un 14.28%. De los pacientes con signos de SRA el 80% también inició SN tardío y el 80% obtuvo APACHE>o=13. El grupo c/Nice 0-1 presentó 19.2% más de pacientes c/ hipofosfatemia que aquellos con mayor riesgo de padecerla.

**Conclusiones:** Pacientes con SN tardío y APACHE II>o=13 demostraron mayor presencia de hipofosfatemia y SRA. En cambio, el fósforo disminuido al ingreso y la clasificación Nice no mostraron tener una relación clara con la misma. El elevado porcentaje de pacientes que desarrollaron hipofosfatemia asociada al SRA resaltan la importancia de aplicar un protocolo preventivo e iniciar Soporte Nutricional precoz y poco agresivo en su ingreso a CI.

#### 0060 CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE LAS FÓRMULAS ENTERALES Y LAS SUPERFICIES DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE PARAGUAY

C KENNEDY(1), G ESTIGARRIBIA(1), L RÍOS(2), A ORTÍZ(1), L SANABRIA(1)

(1) Hospital Regional De Coronel Oviedo "Dr. José Ángel Samudio". (2) Universidad Nacional de Asunción

**Introducción:** La modalidad recomendada de soporte nutricional para pacientes críticos es la nutrición enteral. Sin embargo, si las fórmulas enterales se contaminan la nutrición enteral puede asociarse a complicaciones infecciosas. La contaminación de fórmulas enterales puede darse por factores relacionados a manipulación humana y a contacto con superficies contaminadas.

**Objetivo:** Evaluar la calidad microbiológica de las fórmulas enterales y las superficies de una Unidad de Terapia Intensiva en un Hospital Público de Paraguay.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional de corte transversal, se recolectaron 300 muestras (129 de las fórmulas enterales, 80 de la superficie ambiental, 66 de las superficies inertes y 25 de las superficies vivas). Las variables analizadas fueron: tipo de fórmula, tipo de día, tipo de microorganismo, tipo de profesional, tipo de superficie, zona de recolección, patógenos aislados y calidad microbiológica de cada clase de muestra.

**Resultados:** La calidad microbiológica de las fórmulas enterales fue aceptable en 80,6% de las muestras. El ambiente fue seguro en el 85% de los casos. Las superficies inertes estuvieron limpias en 83,3% de las muestras. Las manos poseían higiene satisfactoria en 92% de los sujetos. Se aislaron patógenos en los cuatro tipos de muestra y las especies identificadas fueron: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*.

**Conclusiones:** La calidad microbiológica fue favorable en la mayoría de las muestras, pero se constató presencia de patógenos en las fórmulas enterales y las superficies analizadas. Por ende, se aconseja que se apliquen medidas correctivas, para controlar la contaminación bacteriana.

Palabras clave: microbiología, nutrición enteral.

#### 0061 MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19): SERIE DE 6 CASOS

Y AYALA(1), I CARBONI BISSO(2), C LOCKHART(2), N BERTOIA(2), C VIDELA(2), S VILLARROEL(2), J CHAS(2), V KOTOWICZ(2), E SAN ROMÁN(2), M LAS HERAS(2)

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

**Introducción:** La pandemia por enfermedad por coronavirus (COVID-19) tiene una mortalidad reportada de aproximadamente el 2,3% al 3,83% en pacientes críticos.

En los pacientes críticos con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) por COVID-19 con hipoxemia refractaria, donde se han utilizado todas las estrategias de cuidados estándares, una medida de salvataje aprobada por la Organización Mundial de la Salud es el

soporte vital con membrana de circulación extracorpórea (ECMO), siempre y cuando el paciente tenga potencial de recuperación. Reportamos a continuación 6 casos de pacientes con COVID-19 que requirieron ECMO.

**Casos clínicos:** Se presentan 6 casos, 4 hombres y 2 mujeres, con una edad mediana de 49,5 años (35,3 - 51). La mayoría de los pacientes requirieron intubación orotraqueal para asistencia ventilatoria mecánica (AVM) dentro de las 48 horas de ingreso al hospital (excepto un caso al día 8 de internación), así como sedación profunda, relajantes neuromusculares y ventilación protectora, sólo uno recibió como terapia coadyuvante óxido nítrico inhalado, sin respuesta terapéutica. En los seis casos se realizó maniobra de pronación (entre 1 y 4 ciclos), con persistencia de la hipoxemia (paO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <130), razón por la cual se decidió la utilización de ECMO veno-venoso. La mediana de tiempo de AVM fue de 29.5 días, la mediana de tiempo de ECMO fue de 15.5 días, presentaron neumonía asociada a la ventilación mecánica 5 de los casos, y la mortalidad de la serie fue del 50%. Las complicaciones asociadas al ECMO fueron sangrado menor (1 paciente tuvo sangrado de los catéteres asociado, 2 pacientes tuvieron sangrado menor de la vía aérea, en todos los casos asociado a la anticoagulación), y evento neurológico (1 paciente presentó midriasis bilateral).

**Discusión:** En nuestra serie de casos se observa una mortalidad del 50% que coincide con las estadísticas generales reportadas en otras series de centros de referencia. En conclusión, el uso de ECMO en COVID 19 debe ser tenida en cuenta en pacientes cuidadosamente seleccionados, que sean refractarios a los tratamientos estándares, siendo una medida de salvataje.

#### 0062 EL LABORATORIO CRÍTICO AL LADO DEL PACIENTE: ES POSIBLE? EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GARRAHAN

AM VILCHE JUAREZ(1), A BARBIERI(1), E KUTASZ(1), G D'ISA(1)

(1) Hospital de Pediatría Garrahan

**Introducción:** Las pruebas de laboratorio en la cabecera del paciente (POCT) reducen el tiempo para la toma de decisiones clínicas. El laboratorio debe ser quien lidere y gestione este tipo de pruebas. El Hospital de Pediatría Garrahan, es la primera institución pública en la Argentina, con un sistema de manejo y control de POCT.

**Objetivo:** Definir y evaluar indicadores de desempeño de los equipos multiparamétricos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y quirófanos (CQ) durante el 2019.

**Materiales y métodos:** Se analizaron 117953 mediciones provenientes de 13 equipos ABL Serie 800 distribuidos en el laboratorio de Área Crítica (LAC), UCI y CQ.

Se utilizó el sistema de gestión integral (Radiance).

Se plantearon como Indicadores de desempeño de muestras: % rechazos (%R) <15%, controles de calidad internos (CCI) %R del LAC y calibraciones cantidad, tomándose como referencia los equipos del LAC.

**Resultados:** 117953 muestras totales, 2650 fueron abortadas automáticamente o interrumpidas por el usuario, 15001 rechazadas, 100302 aceptadas.

Del total de muestras procesadas y aceptadas en equipos POCT (49,53%) se vio que en solo dos equipos el %R fue <15%.

Luego de analizar las causas de rechazos, 3 equipos continúan superando el 15% y el resto cumplen con el indicador.

El 68,80% de los CCI realizados en los POCT tuvieron un rechazo entre 4.74% a 9.68%, mientras en el LAC oscilo de 4.08% a 6.18%. El promedio de las calibraciones realizadas en los POCT fue de 3025 y en los equipos del LAC de 4113.

**Conclusión:** Un 50% de las muestras fueron analizadas en POCT agilizando la toma de decisiones en situaciones críticas. Los indicadores de desempeño definidos permitieron conocer a partir de los datos del CCI que la calidad analítica de las muestras en ambas situaciones está asegurada y que las diferencias en las calibraciones de los equipos POCT son debido a la monitorización continúa pero no exclusiva del personal del laboratorio.

Esto llevó a crear un grupo de trabajo multidisciplinario liderado por el laboratorio para continuar midiendo estos indicadores y definir nuevos que nos permitan monitorear la calidad de las pruebas para garantizar la seguridad del paciente.

### 0063 RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA: ANÁLISIS DE ENCUESTA DE AUTOCATEGORIZACIÓN

R GILARDINO(3), A GALLESIO(1), MDP ARIAS LOPEZ(2), N BOADA(3), J SAGARDIA(4), V MANDICH(5), J CHAPARRO(6), S COSENZA(7), A FERNÁNDEZ(8), ME RATTO(3), G COMITÉ, SADI CALIDAD Y SCORES

(1) Hospital Italiano. (2) Hospital de Niños Dr Ricardo Gutierrez. (3) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Comité de Gestión. (4) Alejandro Posadas. (5) Hospital Donación Francisco Santojanni. (6) Hospital El Cruce. (7) Hospital Universitario Austral. (8) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Programa SATI-Q. (9) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

**Introducción:** Conocer los recursos físicos, humanos y tecnológicos disponibles en una institución o en una región es fundamental para definir iniciativas de mejora y adecuadas políticas sanitarias. Es por ello que desde la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva se promovió la construcción de una Encuesta de Autocategorización (EA) de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que permitiera contar con una descripción de las características de las UCI de acuerdo a los lineamientos propuestos por las directrices del Ministerio de Salud de Argentina (MSal).

**Objetivos:** Describir la estructura (física y tecnológica) disponible en las UCI que respondieron la EA comparando los recursos según localización y características de las unidades.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, encuesta transversal. Se analizaron las EA recibidas entre 12/2018 y 07/2020. Se usó estadística descriptiva; las variables categóricas se presentan como frecuencias y porcentajes, las continuas como mediana y rango intercuartilo [RIC]. La disponibilidad de recursos se describe mediante ratio dispositivo/cama. Se usaron test no paramétricos para comparar variables continuas y  $\chi^2$  para variables categóricas. Se consideró p Resultados: Se analizaron 244 EA. El 77% (187/244) eran UCI adultos (UCIA) y 23% (57/244), pediátricas (UCIP). La muestra representó 34740 camas institucionales; 2537 correspondían a UCI (1981 UCIA; 586 UCIP). Tabla 1: Análisis de las características de las unidades y recursos [camas, ratio dispositivo/cama considerando monitor multiparamétrico, ventilador mecánico (VM) y oxímetros] comparando UCI vs. UCIP. Tabla 2: Análisis de recursos disponibles según región y financiador. Si bien las UCIP mostraron mejor ratio VM/cama (p=0.004), esta asociación desaparece al ajustarse por ubicación en ámbito público. Ninguna unidad cumplió con 100% de los requisitos exigibles por el MSal.

**Conclusiones:** En la muestra analizada observamos claro predominio de Unidades en Bs. As. y Región Central, con oportunidades de mejora en alocación de recursos y equipamiento a nivel institucional y regional ya que ninguna de las Unidades alcanzó el 100% de los exigibles sugeridos por el MSal.

Tabla 1. Análisis de las características de las unidades y recursos [camas, ratio dispositivo/cama considerando monitor multiparamétrico, ventilador mecánico (VM) y oxímetros] comparando UCI vs. UCIP.

Características	Total (n244)	UCIA (n187)	UCIP (n 57)	Valor de p	OR (IC 95%)
<b>Distribución Geográfica (n,%)</b>					
Buenos Aires	107 (43.85)	75(40.11)	32 (56.14)		
Centro (n41)	41 (16.80)	35 (18.72)	6(10.53)		
Cuyo	22 (9.02)	16 (8.56)	6 (10.53)	0.23	
Noreste	17 (6.97)	14(7.49)	3 (5.26)		
Noroeste	27 (11.07)	24(12.83)	3(5.26)		
Patagonia	30 (12.29)	23(12.30)	7(12.28)		
<b>Financiador(n,%)</b>					
Público	121(49.59)	81(43.32)	40(70.18)	p<0.001	3.08 (1.57-6.21)
Hospital Universitario(n,%)	108(44.26)	73(39.04)	35(61.4)	0.003	2.49 (1.30-4.80)
Hospital Complejidad III (n,%)	188(77.05)	140(74.87)	48(84.21)	0.34	
<b>Recursos</b>					
Número de Camas (mediana, RIC)	10 (7-15)	10 (7-16)	8 (6-14)	0.15	
Ratio MM/cama (mediana, RIC)	1 (1-1.1)	1 (1-1.07)	1 (1-1.17)	0.056	
Ratio VM/cama (mediana, RIC)	1 (0.66-1.1)	1 (0.67-1.08)	1 (0.87-1.17)	0.0044	
Ratio Oxímetro/cama (mediana, RIC)	1(1-1.07)	1 (1-1)	1(1-1.2)	0.05	

OR Odds Ratio; IC95% Intervalo de confianza 95%;RIC: rango intercuartilo ; MM monitor multiparamétrico; VM ventilador mecánico

Tabla 2. Análisis de recursos disponibles según región y financiador

Localización Geográfica y Financiador	Camas (mediana, RIC)	Valor de p	Ratio MM/Cama (mediana, RIC)	Valor de p	Ratio VM/cama (mediana, RIC)	Valor de p	Ratio Oxímetro/cama (mediana, RIC)	Valor de p
<b>Región</b>								
Buenos Aires (n107)	11(7-18)		1 (1-1.14)		1(0.79-1.08)		1(1-1.12)	
Centro (n41)	9 (7-12.5)		1 (1-1.08)		1(0.6-1.17)		1(1-1)	
Cuyo (n22)	6(5-16)	0.24	1(1-1.17)	0.19	1.00(0.83-1.2)	0.27	1(1-1.23)	0.42
Noreste (n17)	10(9-14)		1(0.63-1)		1(0.86-1.25)		1(0.85-1)	
Noroeste (27)	10(6.5-15.5)		1(1-1.12)		0.7(0.41-1.16)		1(0.8-1.08)	
Patagonia (n30)	9(6-12)		1(1-1.11)		1(0.66-1.04)		1(0.67-1.04)	
<b>Financiador</b>								
Público (n121)	8(6-14)	0.028	1(1-1.17)	0.018	1(0.9-1.17)	<0.001	1(1-1.15)	0.84
No Público (n123)	10 (7.5-16.5)		1(1-1.02)		0.8(0.62-1)		1(1-1)	

RIC rango intercuartilo ; MM monitor multiparamétrico; VM ventilador mecánico

### 0064 COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA VÍA DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL Y NASOTRAQUEAL EN PEDIATRÍA E WALTER, G KALTEMBACH(1)

(1) Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón

**Introducción:** La intubación traqueal se puede realizar por vía oral o nasal. Ambas presentan ventajas y desventajas. No existe al día de la fecha un sustento bibliográfico que favorezca una u otra vía de intubación, por lo que se decide realizar este estudio descriptivo y poder determinar si existe algún beneficio de usar una u otra vía de intubación en pediatría.

**Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes menores de 14 años que ingresan al Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica y que requieren ventilación mecánica (VM) por diferentes causas desde abril del 2017 hasta Marzo 2020. El grupo estudiado se intubo por vía nasal u oral según la decisión del médico tratante, y se analizó el diagnóstico de neumonía asociada al ventilador (NAV) y las extubaciones accidentales.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 152 pacientes, 102 con intubación oral y 50 con intubación nasal. Se realizó el análisis de forma cruzada entre NAV en pacientes con intubación oral y nasal. De los 50 pacientes dentro del grupo de intubación nasal 3 tuvieron NAV y del otro grupo de 105, 14 tuvieron NAV, con RR 1.97 (IC 0.68 - 5.65) y OR 2.49, por lo que no arrojó datos estadísticamente significativos. Lo mismo ocurrió con las extubaciones accidentales, en el grupo de intubación nasal 2 presentaron dicha complicación, y del grupo de intubación oral 9 de un total de 102, con un RR 1.51 (IC 0.43 - 5.23) y OR 1.76, por lo que tampoco fueron datos estadísticamente significativos.

**Conclusión:** En base al análisis del estudio descriptivo y con la revisión bibliográfica realizada, se puede establecer que aún faltan muchos datos para poder sugerir una u otra vía de intubación en el paciente pediátricos. El estudio realizado no arroja datos estadísticamente significativos para poder sugerir una u otra vía de intubación que permita disminuir los riesgos de NAV y extubación accidental. Por lo que, con estos resultados podemos continuar investigando los beneficios que otorgan las diferentes vías de intubación en la población pediátrica.

### 0065 PACIENTES CON ESTADIA PROLONGADA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS : ANÁLISIS SECUNDARIO DE BASE DE DATOS SATI-Q

MDP ARIAS LOPEZ(1), ME RATTO(2), A SIABA SERRATE(3), C MEREGALLI(4), I MARINELLI(5), S CHUCHUY(6), D BERGNA(7), K CINQUEGRANNI(8), F JORRO BARON(9), A FERNANDEZ(2), SP GRUPO(10)

(1) Hospital de Niños Dr Ricardo Gutierrez. (2) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Programa SATI-Q. (3) Hospital Universitario Austral. (4) Hospital Elizalde. (5) Hospital Notti. (6) Hospital Materno Infantil de Salta. (7) Hospital de Niños Sor María Ludovica. (8) Hospital El Cruce. (9) Sanatorio Trinidad Mitre. (10) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

**Introducción:** Los pacientes con estadía prolongada ( EP) representan un pequeño porcentaje de los ingresos en las unidades de

cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Sin embargo, consumen el mayor porcentaje de los recursos.

**Objetivo:** Describir las características y resultados de los pacientes con EP ingresados en las UCIP participantes del Programa SATI-Q y compararlos con aquellos con estadía habitual.

**Material y métodos:** Análisis secundario de la base de datos SATI-Q. Período 1-1-2010 to 31-12-2018. Se definió EP como estadía >21 días (percentilo 90 de estadía de la población general).

Se usó estadística descriptiva: mediana y rango intercuartilo RIC (variables continuas), frecuencias y porcentajes (variables categóricas); análisis univariado (test no paramétricos y  $\chi^2$  para comparar variables continuas y categóricas respectivamente); análisis multivariado de regresión logística para ajustar por factores confundidores. Se consideró valor p Resultados: analizamos 45480 admisiones; 4495 pacientes tuvieron EP; prevalencia 9.9 (IC95% 9.6-10.2). Estos niños utilizaron 258517 días cama (52.8% de los días cama utilizados en el período). La mediana de estadía de los niños con EP fue 35 días (RIC 27-54) vs 4 días (RIC2-8) en aquellos sin EP ( $p<0.001$ ). Los pacientes con EP presentaron mayor severidad de enfermedad al ingreso [PIM2 5.7 (1.8-11.7) vs 1.5 (0.6-6.3),  $p<0.001$ ], eran menores [edad 13 meses (4-51) vs 23 meses (6-83),  $p<0.001$ ] y con mayor frecuencia presentaban Condiciones Crónicas Complejas [48.6% vs 37.6%,  $p<0.001$ , OR 1,57 (1.47-1.67)].

La mediana de uso de asistencia respiratoria mecánica en pacientes con EP fue 27 días (19-44) vs 4(2-8) en aquellos sin EP;  $p<0.001$

La presencia de EP se asoció con mayor mortalidad (OR: 1.43 (1.28-1.60), necesidad de cuidados intermedios o internación domiciliaria al alta [OR 1.5 (1.14-1.36) y 5.13 (4,25-6.20)]

**Conclusiones:** 10% de los ingresos utilizaron el 52.8% de los días cama del periodo. Estos pacientes presentaron mayor mortalidad que los pacientes sin EP y con mayor frecuencia necesitaron cuidados especiales al alta. Es necesario conocer sus características y definir sus necesidades para optimizar su cuidado.

#### 0066 ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL EN CUIDADOS CRITICOS

R CASTOR(1), F REPETTO(1), ML CAMPASSI(1), L BOIXADERA(1), P GUSTAVO(1), B DAVID(1), I BORONI(1), R BERTOLA(1), G GOMEZ(1), B TISEYRA(1)

(1) La Pequeña Familia

**Introducción:** Se denomina Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) a un grupo de desórdenes malignos y premalignos derivados del trofoblasto o tejido placentario. Se pueden desarrollar luego de cualquier tipo de gesta como mola hidatiforme (60%), aborto previo (30%), embarazo normal o embarazo ectópico (10%). También pueden presentarse, en mujeres no embarazadas y en hombres, a partir de restos trofoblásticos embrionarios.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional en cuidados críticos.

**Materiales y métodos:** Se analizó el caso de una mujer de 26 años con antecedente de mola hidatiforme 4 años antes, que requirió legrado uterino como tratamiento y luego fue monitoreada con niveles séricos de GCh hasta su normalización. Posteriormente cursó embarazo a término con parto vaginal, que a los dos meses del puerperio comienza con expectoración hemoptoica y disnea progresiva evolucionando con mayor hipoxemia y mala mecánica ventilatoria por lo que requiere intubación orotraqueal. Evoluciona con shock distributivo y falla multiorgánica. Al quinto día profundizó la falla multiorgánica con posterior paro cardiorespiratorio.

**Resultados:** Se observó dosaje de la GCh de 166.000 mU/ml y alfa feto proteína, 1.3 ng/ml.

La tomografía de tórax evidenció múltiples imágenes nodulares en ambos campos pulmonares (Figura 1). La ecografía abdominal y ginecológica mostraron útero con algunos miomas, resto sin particularidades.

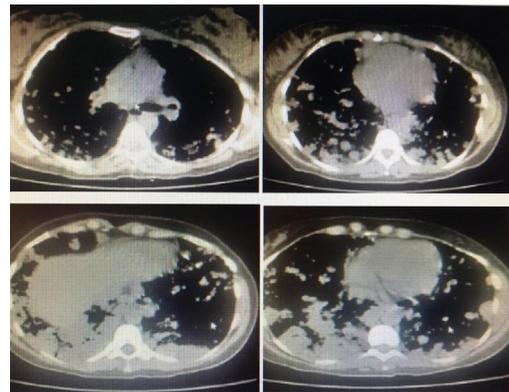
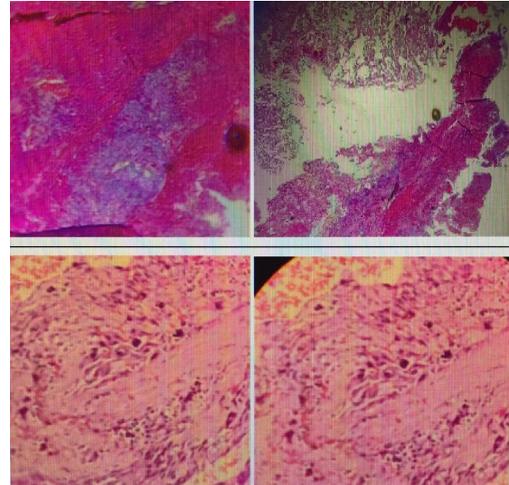
Se practicó necropsia parcial pulmonar transtorácica informando

“parénquima pulmonar con infiltración por células atípicas de aspecto trofoblástico (sincitiotrofoblasto y citotrofoblasto), vinculables a coriocarcinoma” (Figura 2).

Figura 1. TAC de tórax con múltiples imágenes nodulares en ambos campos pulmonares.

Figura 2. Anatomía patológica de biopsia pulmonar con tinción hematoxilina eosina.

**Conclusión:** La enfermedad trofoblástica gestacional en su forma maligna que evoluciona rápidamente con síndrome de distrés respiratorio agudo y falla multiorgánica es de presentación infrecuente en cuidados críticos y se debe plantear como diagnóstico diferencial.



#### 0067 SÍNDROME DE MUTISMO CEREBELOSO EN POSTOPERATORIO DE TUMORES DE FOSA POSTERIOR. SERIE DE CASOS

N ZANCOCCIA(1), F TABACCO(1), MG GUTIÉRREZ(1), MJ VILARIÑO(1), R MIEREZ(1)

(1) Sanatorio de Niños Rosario

**Introducción:** El síndrome de mutismo cerebeloso (SMC) comprende signos y síntomas neurológicos y neurocognitivos, siendo una complicación posible de la cirugía tumoral de la fosa posterior.

**Objetivos:** Describir características clínicas de pacientes pediátricos con SMC en postoperatorio de tumores de fosa posterior diagnosticados en nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI), y su evolución.

**Material y métodos:** Se analizaron historias clínicas de 30 pacientes pediátricos cursando postoperatorio de tumor de fosa posterior, seleccionando SMC en un periodo de 5 años (junio 2015 – junio 2020). Variables analizadas: edad, sexo, tipo de tumor, presencia de hidrocefalia, tiempo de aparición del SMC y recuperación.

**Resultados:** 5 episodios de SMC en 4 pacientes, dado que 1 paciente repitió el cuadro en una recidiva del tumor

- edad media: 4 años (2 años- 7 años)
- 3/4 sexo masculino
- 3/4 con diagnóstico de meduloblastoma
- tiempo de aparición de síntomas: 24- 72 hs de postoperatorio inmediato
- 4/4 presentaron hidrocefalia que requirió cirugía (3 pacientes tercer ventriculostomía, 1 paciente válvula de derivación ventrículo-peritoneal)
- 3/4 pacientes se recuperaron completamente del mutismo y trastornos del lenguaje en un lapso de tiempo entre 1 semana a 6 meses. Todos superaron los trastornos deglutorios y motores

**Conclusión:** El SMC puede presentarse en el postoperatorio de tumores de fosa posterior, siendo muy importante su sospecha para un correcto diagnóstico y abordaje multidisciplinario.

#### 0068 ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA TIPO III. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

F TABACCO(1), N ZANCOCCIA(1), MG GUTIÉRREZ(1), L BORDINO(1)

(1) Sanatorio de Niños Rosario

**Introducción:** La estenosis traqueal congénita (ETC) es una malformación poco frecuente, que se caracteriza por la presencia de anillos traqueales completos, que causan un estrechamiento estructural de la vía aérea, generalmente de resolución quirúrgica. Es frecuente la asociación con otras malformaciones, principalmente cardiovasculares.

**Objetivo:** Reportar un caso de ETC tipo III, diagnosticado en nuestra Unidad de Terapia Intensiva, sus características clínicas, tratamiento y evolución.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 6 meses, a quien se le diagnostica ETC (microtráquea distal con bronquio puente) luego de episodio de bronquiolitis de difícil resolución asociado a estridor. Un ecocardiograma y una TAC de tórax mostraron la presencia de CIA + DAP + sling de la arteria pulmonar izquierda.

Se realizó tratamiento quirúrgico: sección y ligadura de DAP, cierre de CIA, reinserción de rama pulmonar izquierda anómala (sling pulmonar) en tronco pulmonar (en posición anatómica) y plástica traqueal (resección de anillos completos y microtráquea con anastomosis termino-terminal con técnica de deslizamiento). Presentó un episodio de obstrucción aguda resuelto con dilatación endoscópica de urgencia.

Permaneció internada durante 2 meses, 16 días en ARM y 20 días con VNI.

Actualmente tiene 18 meses, buen progreso ponderal y presenta estridor leve y disnea de esfuerzo.

**Discusión:** El diagnóstico se realizó por sospecha basada en la sintomatología presentada y certificado con el estudio endoscópico e imagenológico. Así se determinó la presencia de malformaciones cardiovasculares asociadas, realizándose la clasificación correspondiente. La decisión de la intervención quirúrgica fue basada fundamentalmente por el grado de la sintomatología respiratoria. Las técnicas quirúrgicas seleccionadas fueron determinadas principalmente de acuerdo al largo de la estenosis y para corregir malformaciones asociadas.

**Conclusión:** ETC es una malformación muy poco frecuente, potencialmente grave, cuyo diagnóstico obliga a descartar otras malformaciones asociadas.

#### 0069 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR S. LUGDUNENSIS. REPORTE DE UN CASO

R FERRERO(1), T LUJAN(1)

(1) Clínica Modelo Parana (ER)

**Introducción:** Staphylococcus lugdunensis es un estafilococo coagulasa negativo (SCN) que como otros SCN, en humanos varía desde

un comensal cutáneo inofensivo hasta un patógeno potencialmente mortal (como en el caso de la endocarditis infecciosa). Sin embargo, a diferencia de otros SCN, S. lugdunensis puede causar graves enfermedades que recuerda a las infecciones virulentas frecuentemente atribuibles a Staphylococcus aureus. Es reconocido como un SCN que tiene comportamiento de coagulasa positivo.

El objetivo del presente trabajo es presentar el reporte de un caso de endocarditis infecciosa por dicho microorganismo ya que no se trata de una forma habitual de endocarditis infecciosa debida a este agente etiológico y sin embargo tiene un curso agresivo y rápidamente evolutivo que debe ser tenido en cuenta en caso de hemocultivos positivos a SCN.

Ingresa a nuestro servicio de UTI paciente masculino de 69 años de edad, con antecedentes de mielofibrosis, en tto. quimioterápico, receptor de transfusiones sanguíneas frecuentes, HTA, FA crónica anticoagulada, presentando cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por equivalentes febriles, astenia, adinamia e hipotensión severa. Evoluciona con cuadro séptico, sin foco evidente, obteniéndose posteriormente hemocultivos positivos a Staphylococcus coagulasa negativo. Se solicitó ecocardiograma doppler transtorácico y transesofágico, evidenciándose imágenes compatibles con vegetaciones en válvula aórtica. La identificación bacteriológica del germen fue fundamental para instaurar el tratamiento ATB dirigido. Posteriormente el paciente evoluciona con requerimiento de intubación y ARM progresando con shock séptico, FMO y finalmente fallece.

En nuestro caso, fue llamativa la forma oligosintomática con la que se presentó el paciente a nuestro servicio y la manera rápidamente evolutiva hacia la gravedad del cuadro, el cual no obstante el tratamiento antibiótico adecuado no pudo prevenir la evolución al fallo multiorgánico y posteriormente el óbito.

#### 0071 NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A INHALACIÓN DE DROGAS

J CAMARGO(1), MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), R SANTOS(1), JE CAMARGO(1)

(1) Sanatorio Itoiz

**Introducción:** El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente, definida como la presencia de aire o gas en el mediastino, sin una causa traumática o iatrogénica desencadenante. El mecanismo fisiopatológico consiste en la ruptura de los alveolos producto de un gradiente de presión, lo que genera diseminación del aire por la vaina broncopulmonar hasta el hilio, llegando al mediastino.

La incidencia es aproximadamente de 1/25.000, suele afectar a pacientes con edades comprendidas entre los 19 y 35 años, y predominantemente al sexo masculino respecto al femenino con una relación 4:1. El consumo de drogas inhaladas como la cocaína se ha relacionado con la aparición de neumomediastino espontáneo. El curso clínico de esta enfermedad es habitualmente benigno y auto limitado.

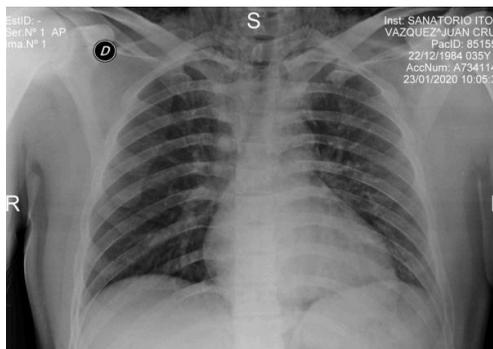
**Caso clínico:** Paciente masculino de 35 años de edad, cocainomano. Ingresa a guardia, por cuadro clínico de 12 horas de evolución dado por disnea, disfonía, edema en cuello, tos y fiebre. Inicio síntomas posterior al consumo de cocaína; al examen físico signos vitales normales, enfisema subcutáneo en cuello, tórax anterior, fosa supraclavicular; con TC Torax: Con extenso neumomediastino y enfisema subcutáneo que se extiende en la región del cuello diseccionando planos muscular aponeuroticos y vasculares tanto del cuello como del mediastino alcanzando el sector bajo de la cavidad torácica. Además, se extiende hacia el hueco axilar izquierdo y músculo aponeurotico de la región dorsal alta, con Banda de atelectasia laminar en lóbulo inferior izquierdo asociado al neumomediastino posterior referido.

En UTI Se realiza estudios complementarios: Laboratorio dentro de límites normal, Doppler cardíaco normal, toxicológico: cocaína, Fenciclidina .

Se realizó TC cuello y torax con contraste oral descartando perforación esofágica.

El paciente transcurre con adecuada evolución clínica por lo que se decide paso a sala general.

**Conclusión:** El neumomediastino es una complicación inducida y reconocida por la insuflación intranasal de cocaína. El diagnóstico del neumomediastino generalmente requiere radiografía de tórax y Tomografía computarizada; la mayoría de los casos revisados en la literatura evolucionaron sin complicación, con resolución espontánea y manejo conservador.



### 0072 A PROPÓSITO DE UN CASO. PROLONGACIÓN DE QT POR ANTIBIÓTICO ASOCIADO A SÍNDROME QT PROLONGADO TIPO 3 CONGÉNITO

E WALTER(1)

(1) Hospital Provincial de Neuquen

**Introducción:** El síndrome de QT largo (SQTL) puede obedecer a factores genéticos por mutaciones de los canales iónicos responsables del potencial de acción de las células cardíacas, o puede ser adquirido, habitualmente en relación con la ingesta de ciertos fármacos; ambos tipos provocan un intervalo QT corregido prolongado, asociado a mayor predisposición de arritmias ventriculares que pueden ser transitorias o progresar a fibrilación ventricular y a su vez conducir al paro cardíaco y muerte súbita en pacientes jóvenes sin cardiopatía estructural. Hasta la actualidad se han identificado 13 variantes genéticas de SQTL, dentro de las cuales el más frecuente son los SQTL tipo 1. Existe una fuerte asociación entre las formas genéticas y adquiridas del SQTL. La prolongación del intervalo QT corregido asociado a fármacos tiene que ver con múltiples factores de la farmacocinética del

medicamento y a la predisposición genética del hospedador (formas clínicas y subclínicas de SQTL congénito). Los antibióticos más prescritos como levofloxacina, eritromicina, claritromicina y azitromicina son los que más se asocian con prolongación del QT.

**Caso:** Niño de 4 años de edad, previamente sano, que presentó durante el sueño PCR, recibiendo RCP a cargo de familiar. Ingresó con diagnóstico de fibrilación ventricular por lo que se desfibriló logrando ritmo sinusal. Único antecedente de relevancia la ingesta de Azitromicina durante 72 hs previas por cuadro de faringitis aguda. Se constata en el electrocardiograma (ECG) QT corregido prolongado y se realiza diagnóstico genético de SQTL tipo 3. Con Holter con intervalo QT y QT corregido prolongado en todos los rangos de frecuencia cardíaca se decide la colocación de cardioestimulador implantable.

**Conclusión:** Hasta la actualidad se conocen más de 70 medicamentos que prolongan el QT, este efecto adverso con una elevada incidencia de mortalidad hace que cobren especial importancia. Evitar el uso de estos fármacos en pacientes con SQTL congénito o en pacientes que presentan en el ECG un intervalo QT ligeramente prolongado es fundamental para evitar desenlaces que generalmente son fatales. La realización de un ECG previo a iniciar la administración del fármaco y el correcto interrogatorio de antecedentes familiares, disminuiría la posibilidad de complicaciones asociadas.

Dependiendo de la afectación genética, del ECG basal y de su comportamiento clínico, se divide en:

- **Síndrome de QT largo tipo 1:** arritmias ventriculares al hacer ejercicio o ante estímulos simpáticos. ECG con onda T ancha y de duración prolongada.
- **Síndrome de QT largo tipo 2:** arritmias ventriculares relacionadas con estrés emocional o estímulos auditivos (despertador, teléfono, etc.). El ECG suele tener una onda T bifida, con muescas, de baja amplitud.
- **Síndrome de QT largo tipo 3:** arritmias ventriculares más frecuentes en reposo o durante el sueño. Relacionadas con mutaciones en el gen SCN5A. ECG con onda T acuminada, con alargamiento del segmento ST.

Tipo	Contenido	Efecto funcional	Frecuencia entre los SQTL	ECG	Desarrollo de evento cardíaco letal	Penetrancia
SQTL1	Potasio	↓	30-35%		Ejercicio (80%) Emociones (14%) Sueño, desmayos (6%) Otros (19%)	62%
SQTL2	Potasio	↓	25-30%		Ejercicio (29%) Emociones (49%) Sueño, desmayos (22%)	75%
SQTL3	Sodio	↑	5-10%		Ejercicio (4%) Emociones (12%) Sueño, desmayos (84%) Otros (29%)	90%

### 0073 INCIDENCIA DE FALLA INTESTINAL AGUDA EN UCIS ARGENTINAS

A MARTINUZZI(1), E MANRIQUE(2), P ROEL(1), Y LOMBI(2), M CORNU(1)

(1) Cmic. (2) Hospital Privado Universitario de Cordoba

**Introducción:** Falla Intestinal (FI) es “la reducción de la función intestinal por debajo del mínimo necesario para la absorción de macronutrientes y/o agua/electrolitos, que requiere nutrición parenteral (NP) para mantener la salud y/o crecer”. Hay 3 tipos de FI tipo I y II son agudas (FIAI-II), y tipo III crónica (FIC). La incidencia de FIAI-II en unidades de cuidados críticos(UCI) de la Argentina no está documentada y se extrapolan los datos de otros países. Este estudio se condujo para determinar la incidencia en dos UCIs de la Argentina.

**Materiales y métodos:** Estudio bi-centrico, observacional, prospectivo y analítico, objetivo determinar incidencia en UCI de FIA. Criterios ingreso(CI): >18 años, con FIA y NP. Desde el 01/11/2019-30/06/2020. Se registraron datos demográficos, tipo FIA, scores nutricionales, de severidad y de comorbilidades, variables bioquímicas, objetivos nutricionales al ingreso a la unidad, días en NP y tipo, y resultado. Se utilizó el SPSS-IBM25 para análisis estadístico.

**Resultados:** Ingresaron 677 pacientes a UCI, con diagnóstico de FIA n33(4.8%), cumplieron CI 27(3.9%) véase figura-1. En la tabla-1 están los datos de la población general de UCI vs FIA. Los pacientes con FIA eran más jóvenes, más graves y presentaban más disfunciones orgánicas(DOM). Así mismo tuvieron internaciones más prolongadas y mayor mortalidad.

Motivos de ingreso de la FIA: patologías quirúrgicas, patología médica, y trauma. Estos pacientes presentaban riesgo nutricional

(NRS2002), y desnutrición 88.9% de los casos y pérdida de peso >10%. Datos de laboratorio objetivaron hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, hipotransferrinemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia.

FIAI (n17-62.9%) fue más frecuente que FIAII (n10-37.1%). Las causas de FIAI y FIAII se ven en la Figura 1. Presentaron diferencias significativas: mayor hipocalcemia e hipomagnesemia en FIAI. FIAII PCR más alta y mayor tiempo internación (UCI/SALA). No hubo diferencia de mortalidad entre FIAI-II, la causa habitual fue DOM. No se observaron diferencias respecto a la NP brindada entre FIAI-II (Tabla 1). Aquellos pacientes con aporte proteico >1.25gr/kg/día tuvieron menor mortalidad (Figura 1).

**Conclusiones:** FIA es una entidad poco prevalente en las UCIs, pero que condiciona una mayor morbilidad, en pacientes jóvenes y demanda un manejo medico más complejo. Es probable que una NP que logre aportes proteicos adecuados mejore los resultados.

**0075 TORMENTA INFLAMATORIA ASOCIADA A COVID-19 EN PEDIATRÍA**

M SIERRA(2), F PAPTERRA FERNANDEZ(1), N PAGANINI(2), M ABREGU(2), G PAZ(1)

(1) Clínica y Maternidad del Sol. (2) Hospital Infantil Municipal

**Introducción:** En los niños, el COVID-19 crítico es poco frecuente. Sin embargo, en otros países se reportaron casos con respuesta inflamatoria sistémica, compartiendo características con afecciones, como Enfermedad de Kawasaki (KD), síndrome de choque tóxico y Síndrome de Activación Macrofágica (1). Denominados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) MIS-C, en julio de 2020 el Ministerio de Salud Argentino lo incorporó como criterio de caso de pediatría (2) (Tabla1).

**Objetivo:** Describir los primeros casos reportados hasta la fecha de MIS-C en pediatría en la Provincia de Córdoba.

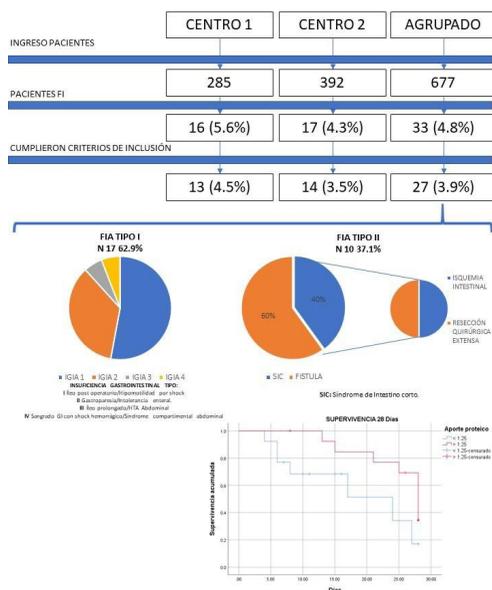
**Métodos:** Caso 1: 1 año, masculino, previamente sano ingresa por invaginación intestinal para terapéutica quirúrgica, requiere reintervención. Diagnóstico postoperatorio: Isquemia intestinal generalizada. Shock séptico refractario a catecolaminas, Fallo Multiorgánico e hiperinflamación (ferritina, PCT, CPK, PCR, fibrinógeno, dímero-D elevados), febril, rabdmiolisis severa, coagulopatía, hipoalbuminemia, disfunción miocárdica severa. Al 5° día se diagnostica MIS-C por rtPCR SARS Cov-2 positiva, familiares niegan epidemiología compatible. Óbito a las horas del diagnóstico.

Caso 2: 7 años, femenino, previamente sano, fiebre de 4 días de difícil manejo, dolor abdominal, cefalea, erupción cutánea, lengua aframbuesada, labios agrietados y conjuntivitis no supurativa bilateral. rtPCR negativa pero bioquímica compatible con MIS-C (ferritina, PCR, dímero-D, Pro BNP, fibrinógeno, troponina aumentados e hipoalbuminemia). Se trata con Inmunoglobulina, aspirina y esteroides. IgG positiva SARS Cov-2, IgM negativa. Sin complicaciones con buena evolución.

**Resultados:** El análisis identifico dos subtipos del síndrome, caso 1 MIS-C superpuesto con COVID-19 agudo severo presenta desenlace fatal; caso 2, MIS-C superpuesto con KD evolucionando favorablemente (3-4).

**Conclusión:** El pronóstico de MIS-C es incierto, se trata de una nueva entidad clínica, aún no está clara la frecuencia de cada presentación y los factores de riesgo para su progresión. La detección de la tormenta de citocinas es prioritaria (5). Aunque quedan estudios por delante creemos que nuestro trabajo aportaría datos al índice de sospecha de pacientes COVID-19 grave y así instaurar la terapia antiinflamatoria oportuna.

	Población General UCI (n677)	Pacientes FIA (n27)	P	
Edad	67.4±13.1 años	56.2±15.2	P=0.0001	
Sexo	F 42%; M 58%	F 29.6%; M 70.4%	P=0.2	
Apache	9.6±7.15	18.9±7.5	P=0.0001	
SOFA	4.1±3.8	7.29±3.9	P=0.0001	
ESTADIA PROMEDIO	6.6±5.6	20.2±15.5	P=0.0001	
MORTALIDAD	12.1% (82)	55.6% (15)	P=0.0001	
	FIA TODAS (n 27)	FIA TIPO I (n 17)	FIA TIPO II (n 10)	P
EDAD	56.2±15.2	58.7±14.3	52.4±16.7	P=0.2
SEXO	F 29.6% M 70.4%	F 41.2% M 58.8%	F 10% M 90%	P=0.09
MOTIVO DE INGRESO				
PATOLOGIA MEDICA	25.9% (7)	35.3% (6)	10% (1)	P=0.35
TRAUMA	18.5% (5)	11.8% (2)	30% (3)	P=0.22
PATOLOGIA QUIRURGICA	55.6% (15)	52.9% (9)	60% (6)	P=0.72
APACHE II	18.9±7.5	17.2±7.5	21.9±7.1	P=0.12
SOFA	7.29±3.9	6.8±3.9	8.1±4.1	P=0.41
ICC	2.56±2.4	3.4±2.7	1.8±1.8	P=0.22
NRS 2002	4.1±0.89	4.1±0.9	4.2±0.9	NS
VGS				
A	11.1% (3)	5.9% (1)	20% (2)	P=0.26
B	70.4% (19)	76.5% (13)	60% (6)	P=0.37
C	18.5% (5)	17.6% (3)	20% (2)	P=0.87
PESO ACTUAL	69±15	68.8±14.4	71.8±15.1	NS
PESO HABITUAL	78.6±15.2	77.4±15.2	81.3±18.7	NS
Pérdida de peso	9.6±0.2 (12.2%)	8.3±0.8 (10.7%)	10.5±3.6 (12.9%)	P=0.06
ALBUMINA	2.39 gr/dl ±0.5	2.4±0.63	2.29±0.31	P=0.61
COLESTEROL TOTAL	107.8 mg/dl ±41	124.4±51	85.3±26.8	P=0.08
TRANSFERRINA	140.5 mg/dl ±32	129.3±17	147.2±39.9	NS
PCR	79.2 ±132	27.6±16	91.2±132	P=0.05
CALCIO	3.12 ±1.87	2.82±1.7	3.61±1.5	P=0.22
FOSFORO	3.7 ±1.6	4.02±1.9	3.18±1.7	P=0.22
MAGNESIO	1.63 ±0.89	1.47±0.87	1.89±0.92	P=0.21
BIL T	2.13 ±3.9	1.35 ±1.3	3.5±6.1	P=0.16
BIL D	1.67 ±3.6	0.98±1.1	2.84±3.7	P=0.06
DÍAS UCI	20.2±15.3	16.2±14.5	27±16	P=0.17
DÍAS INTERNACIÓN	28.2±23.5	21.4±16.5	40.4±29	P=0.039
RESULTADO				
ΔLEA	44.4% (12)	47.1% (8)	40% (4)	NS
FI TIPO III				
OBITO	55.6% (15)	52.9% (9)	60% (6)	NS
CAUSAS OBITO				
Inf. Respiratoria	26.7% (4)	33.3% (3)	16.7% (1)	P=0.35
Muerte encefalica	13.3% (2)	22.2% (2)	0%	P=0.11
Dist. Orgánica múltiples	60.0% (9)	52.9% (4)	83.3% (5)	P=0.11



**Tabla 1. Definición de caso (adaptada de la OMS por el Ministerio de Salud)**

Niños y adolescentes de 0 a 18 años con fiebre mayor a 3 días;  
 Y dos de los siguientes:

- Erupción cutánea o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación Mucco-cutánea (oral, manos o pies).
- Hipotensión o shock.
- Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluidos los hallazgos ecográficos o elevación de Troponina / NT-proBNP).
- Evidencia de coagulopatía (elevación de PT PTT Dímero D)
- Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal)

Y Marcadores elevados de inflamación, como entrosedimentación, proteína C reactiva o procalcitonina.  
 Y Ninguna otra causa evidente de inflamación (incluida la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócicos o estreptocócicos)

**La definición del caso confirmado COVID-19 en Pediatría por Ministerio de Salud es:**

Toda persona que cumpla con criterios de caso sospechoso que presente resultados positivos por rtPCR para SARS CoV-2.  
 Toda persona que cumple con criterio 5 (síndrome inflamatorio multisistémico) y que presenta resultado positivo por rtPCR y/o serología positiva para SARS CoV-2.

Referencias:

- Ramcharan, T., Nolan, O., Lai, CY et al. Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico: asociado temporalmente con el SARS-CoV-2 (PIMS-TS): características clínicas, manejo y resultados a corto plazo en un hospital pediátrico terciario del Reino Unido. *Pediatr Cardiol* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00246-020-02391-2>
- Ministerio de salud Argentina. Manejo inicial del síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes relacionados temporalmente al covid-19 (SIM-C). 31/08/2020. <http://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/covid19-manejo-inicial-del-sindrome-inflamatorio-multisistémico-en-ninos-y-adolescentes-relacionados-temporalmente-al-covid19-sim-c.pdf>
- Mary Beth F Hijo, MD Kevin Friedman, MD. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) relacionado con la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): características clínicas, evaluación y diagnóstico. *UpToDate*. 25 de septiembre de 2020. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Mary Beth F Hijo, MD Kevin Friedman, MD. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) relacionado con la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): manejo y resultado. *UpToDate*. 25 de septiembre de 2020. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Henderson LA, Canna SW, Schuler GS, et al. En alerta por tormenta de citocinas: inmunopatología en COVID-19. *Artritis reumatol*. 2020; 72 (7): 1059-1063. doi: 10.1002/art.41825

### 0076 PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS CON ENFERMEDAD POR COVID-19: COHORTE PROSPECTIVA OBSERVACIONAL

M MONTENEGRO(1), A FERRERO(1), P OKURZATY(1), S GALCERAN(1)  
(1) Hospital Materno Infantil Ramon Sarda

**Introducción:** La información sobre pacientes obstétricas críticas afectadas por Enfermedad por Coronavirus-19 (COVID-19) es escasa, en particular en América Latina.

El objetivo del presente estudio es describir las características generales y evolución clínica de las pacientes obstétricas críticas afectadas por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda (CABA).

**Resultados:** Se reclutaron un total de 18 pacientes. La media de edad fue de 28.3 años (Rango 18-43). La edad fue significativamente mayor al comparar pacientes con cuadros leves y moderados-severos (24 vs 31.8 años; p0.033).

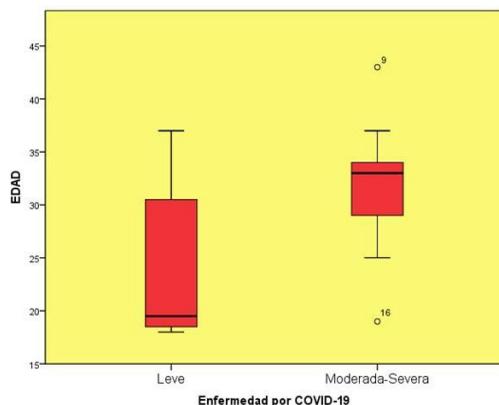
Trece pacientes (72%) ingresaron estando embarazadas, 4 (22%) cursando el puerperio inmediato y 1 (5.5%) con embarazo molar. En cuanto a los motivos de ingreso, solamente 8 (44%) presentaron síntomas sugestivos de COVID-19 moderada-severa. El resto (10 pacientes, 56%) se detectaron mediante el hisopado de rutina. El número de hisopados positivos en pacientes sintomáticas asciende a 13 (72%), si consideramos a la enfermedad preecláptica como posible manifestación de COVID-19.

Tres pacientes (16.6%) requirieron AVM, 2 de ellas por falla respiratoria progresiva y 1 en contexto de shock hipovolémico. Una paciente (5.5%) sufrió un episodio de eclampsia a las 72 horas de la cesárea por preeclampsia grave. Un total de 4 pacientes presentaron hiperbilirrubinemia, 3 falla hemodinámica y solamente hubo un caso de falla renal y uno de plaquetopenia.

La mediana global de score APACHE II al ingreso fue de 4, aunque resultó de 2.5 en pacientes leves y de 5 en pacientes con enfermedad moderada/severa (p0.025). La mediana global de score de SOFA al ingreso fue de 1 punto. No se registró mortalidad en toda la cohorte.

La media global de días de internación en UTI fue de 7.75 días (IC95 4.6-10.8), extendiéndose a 10 días al considerar sólo los casos moderados-severos y 18 días para los casos severos exclusivamente. De las pacientes que ingresaron embarazadas, se finalizaron 5 embarazos (4 cesáreas) y 7 continuaron la gestación, incluyendo las 2 pacientes ventiladas por COVID-19 (26 y 27 semanas EG). De las cesáreas realizadas, 3 fueron por deterioro de la mecánica ventilatoria, lográndose evitar la AVM y el requerimiento de O2 al día 7 de ingreso a UTI en todos los casos.

**Conclusión:** La fisiopatología, las formas de presentación y la evolución de los pacientes con COVID-19 aún es incierta. Resulta de gran interés la descripción de forma exploratoria de su comportamiento en poblaciones especiales como las pacientes obstétricas.



### 0080 SÍNDROME INTERMEDIO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS: REPORTE DE UN CASO

J NIEVES MARQUEZ(1), K SIVILA MARQUEZ(1), MDLÁ RUIZ(1), L RUEDA SANTIVANEZ(1), R ALTAMIRANO(1), R MÉRIDA MALDONADO(1)  
(1) San Juan de Dios

**Introducción:** Los organofosforados constituyen unos de los pesticidas más utilizados en el campo de la agricultura. Su toxicidad se debe a la inhibición de la acetilcolinesterasa (AChE), lo que provoca un exceso de actividad colinérgica con la aparición de síntomas muscarínicos, nicotínicos y afectación del SNC.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos, consulta a SEM por náuseas, vómitos y deterioro del estado de conciencia. Familiares refieren consumo de veneno para hormigas hace 3 hs aproximadamente (clorpirifos, prince®). Al examen físico se presenta diaforética, taquicárdica, somnolienta, desorientada globalmente, pupilas intermedias reactivas, nistagmus horizontal y fasciculaciones generalizadas. Se realiza en SEM higiene corporal, lavado gástrico e inicia infusión de atropina EV. Se interna en UTI con diagnóstico de intoxicación por órganos fosforados continuando tratamiento con atropina, se solicita laboratorio completo con dosaje de AChE plasmática, ECG con taquicardia sinusal y Rx de tórax con infiltrados bibasales. Evolución favorablemente y a las 48 horas se externa de UTI. A las 24 horas de su egreso, evoluciona en sala de Clínica Médica con insuficiencia ventilatoria con mal manejo de secreciones, deterioro del estado de conciencia y parálisis del 6to par craneal, reingresa a UTI requiriendo IOT y conexión a ARM. Se interpreta el cuadro como síndrome intermedio. Reinicia infusión de atropina EV, laboratorio con leucocitosis y acidosis metabólica, dosaje de AChE (1.320 U/L) con reducción del más del 75% de su actividad. TC de encéfalo sin evidencia de lesiones patológicas. Durante su internación intercorre con NAV por SAMR cumpliendo tratamiento con vancomicina, weaning dificultoso por presencia de delirio hiperactivo controlado con psicofármacos y dexmedetomidina. Logra extubarse a los 10 días de ARM externándose a CM 48 hs más tarde.

**Conclusión:** El síndrome Intermedio es una complicación frecuente de la intoxicación por órganos fosforados, aparece a las 24 a 96 hs después de la exposición como consecuencia de una inhibición sostenida de la AChE y una terapia subóptima. En los casos más graves se caracteriza por debilidad de los músculos respiratorios con necesidad de ARM.

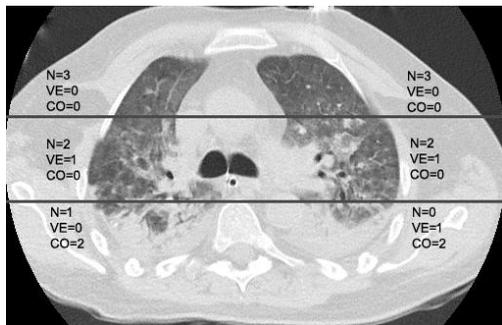
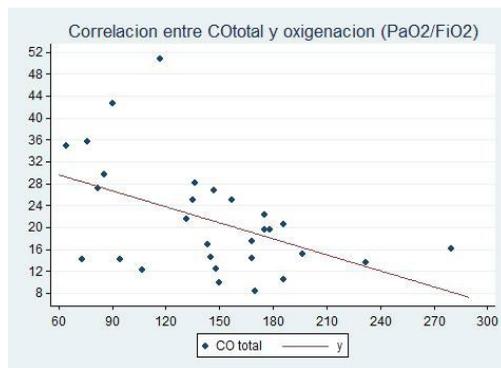
### 0082 ALTERACIONES MORFOLÓGICAS BASALES EN LA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO. ESTUDIO DE CORRELACIÓN

R SANTA CRUZ(1), C FAVOT(2), SAN ISIDRO, G DOMENICONI(2), SAN ISIDRO, M CHOI(4), UBA-CONICET  
(1) Hospital Ramos Mejía. (2) Sanatorio De La Trinidad. (3) San Isidro. (4) Instituto Alberto C. Taquini de Investigaciones en Medicina Traslacional. (5) UBA-Conicet

El uso de la tomografía pulmonar (Tc) basal en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) permite evaluar alteraciones morfológicas (AM): consolidación (CO) y vidrio esmerilado (VE) mezcladas con tejido sano. La presencia de CO podría estar relacionada con alteraciones fisiopatológicas. Este estudio prospectivo (NCT02799940), en pacientes con SDRA en estadio temprano (primeras 72 horas) bajo ventilación mecánica (VM), tuvo como objetivo determinar, la relación entre CO con oxigenación (PaO2/FiO2), variables respiratorias y clínicas, la comparación de CO total y enfermedad pulmonar total (EPT: suma de VE total y CO total) entre SDRA pulmonar (SDRAp) y SDRA extrapulmonar (SDRAe) y otros resultados clínicos. La Tc fue evaluada en 3 niveles (a su vez dividido en 3 regiones), determinando el tipo de AM, su

distribución y cuantificando su extensión (Figura 1). También fueron evaluadas otras AM. Fueron incluidos 29 pacientes (69% con SDRa pulmonar), 47 años (16.9), 79% masculino, APACHE II: 17 (13-25); LIS: 2.25 (0.5); SOFA: 8.5 (3.1). Neumonía asociada a la VM (31%), días libres de VM (DLVM): 12 (RIQ: 0-19). Los datos muestran una correlación entre CO total con oxigenación (-0.47,  $p=0.008$ , figura 2). También se encontró correlación con: compliance estática (-0.38,  $p=0.04$ ), driving pressure (0.43,  $p=0.019$ ) y DLVM (-0.42;  $p=0.02$ ). CO total y EPT entre SDRAp y SDR Ae:  $p=0.42$  y  $p=0.9$  respectivamente. AM secundarias: broncograma aéreo: 93% de los pacientes, derrame pleural (incluido laminar): 86%, neumotórax secundario a VM: 10%, neumomediastino: 7%, mortalidad en UCI: 31%, mortalidad hospitalaria: 38%.

**Conclusiones:** Este estudio muestra que el grado de consolidación en la Tc basal, como expresión de llenado y/o colapso alveolar, se encuentra en relación a la oxigenación arterial, el volumen pulmonar y los días libres de la ventilación mecánica. Por tal motivo su valoración podría ser un determinante en relación a la gravedad del SDRa.



### 0083 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN CONTEXTO DE SEPSIS EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE

V MARTINEZ PERALTA(1), C VILLAVICENCIO(1), C ARELLANO(1), M ALVAREZ RETONDO(1)  
(1) Simplemente Evita

La encefalopatía séptica se define como daño cerebral difuso secundario a respuesta inflamatoria sistémica provocada por una infección extracerebral, que afecta hasta el 76% de los pacientes y es factor independiente de mortalidad. El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), definido como un patrón de difusión incrementado de edema vasogénico severo con distribución predominante en región parietal/occipital, siendo la sepsis la segunda más común donde se observa. Convulsiones junto a hipertensión arterial deberían levantar sospecha. Tomografía hay cambios en la sustancia blanca en estas regiones pero la Resonancia magnética tiene mayor sensibilidad. No cuenta con tratamiento específico más allá del que el de la sepsis y de sostén.

**Caso clínico:** Mujer de 34 años, antecedentes de litiasis vesicular, consulta por dolor epigástrico de 7 días de evolución. Laboratorios con leucocitosis y alteración de enzimas hepáticas y pancreáticas.

**Diagnóstico:** Pancreatitis aguda grave BISAP 1, Tomografía de abdomen Balthazar E. Ingres a lúcida, estable, se realiza tratamiento de sostén. fiebre y tomografía evidencia colecciones pancreáticas, que se colocan dos catéteres percutáneos, toma de cultivos con rescate de Klebsiella pneumoniae sensible a ampicilina/sulbactam, hemocultivos negativos. Día 14 presenta distensión abdominal y fiebre se decide necrosectomía de cuerpo y cola, drenaje de colección peripancreática y cultivo de líquido, presenta sangrado en napa, packing, necrosectomía por lumbotomía. Día 88 presenta absceso hepático, se punza se rescata Klebsiella multiresistente. Inicia meropenem, vancomicina y fluconazol. Evolución con shock, se intuba y conecta a ventilación mecánica. Día 95, en ventana de sedación presenta convulsión tónico-clónica, pupilas isocóricas. TC de encéfalo con edema cerebral, sin patología estructural, se realiza Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo no inflamatorio. Persiste en coma, TC evidenciando áreas hipodensas occipitales sugestivas de edema de territorio posterior compatible con PRES. Día 123 obita

**Comentario:** El caso que presentamos de una paciente joven que ingresa con diagnóstico de pancreatitis aguda grave, termina presentando sepsis de origen abdominal, intercorre con convulsiones. Tomografía donde se evidencia imágenes sugestivas de PRES, que serían secundaria al cuadro séptico, ya que logramos descartar que no hubo otra causa de la encefalopatía.

**Conclusión:** El diagnóstico de PRES, suele ser dificultoso debido a que su diagnóstico por resonancia tiene mayor sensibilidad y su acceso suele ser complicado. Es importante tener en cuenta esta entidad, ya que cambia el pronóstico de estos pacientes por su alta mortalidad.

### 0084 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

E BRAVO SOLARTE(1), E RODAS MONTER(1), C VILLAVICENCIO(1), NE ZAMORA MENDIZÁBAL(1)  
(1) Simplemente Evita

La Pielonefritis Enfisematosa (EPN) es una emergencia urológica, caracterizada por necrosis, abscesos y gas en el parénquima renal, sistema colector o tejido perirrenal. El agente microbiológico causal más frecuentemente Escherichia coli (70-75%) y en menor frecuencia Cándida Albicans (<3%). Los factores de riesgo son diabetes, inmunodepresión, edad avanzada y sexo femenino. Como clínica característica se encuentra dolor lumbar y fiebre. Los determinantes de mortalidad incluyen: Diabetes, disnea al ingreso, alteración de la conciencia, hipotensión, entre otras. Su diagnóstico de elección es la tomografía computada, permite la clasificación propuestos por Huang y Tseng de clase 1-4 según la extensión del gas y/o presencia de absceso, que ayudo a guiar el tratamiento que redujo la mortalidad.

**Caso clínico:** Femenina de 46 años, diabética en tratamiento. Consulta por dolor lumbar derecho de una semana de evolución y fiebre en las últimas 12 horas. Ingres a con hipotensión arterial que responde a fluidoterapia, laboratorios: Leucocitosis, sedimento urinario inflamatorio y disfunción renal. Pasa a unidad de terapia intensiva, TAC de abdomen con presencia de gas en el parénquima renal derecho, se interpreta como pielonefritis enfisematosa Clase 2, inicia tratamiento empírico con meropenem. Urología realiza drenaje percutáneo con débito purulento con rescate bacteriológico Candida Albicans en material quirúrgico sensible a fluconazol y E. Coli en urocultivo sensible a meropenem, iniciado tratamiento. Quinto día buena evolución clínica, pasa a sala de clínica médica completa antibioticoterapia, dan alta médica. Reingresa a las 72 horas por fiebre y shock. Evolución con paro cardíaco, se realiza maniobras de reanimación cardiopulmonar retornando a circulación espontánea con hiperlactacidemia e

hipotensión arterial, se interpreta cuadro como shock séptico a probable foco urinario, inicia Meropenem-Vancomicina. En urocultivo Pseudomona Aeruginosa, sensible a ceftazidime, se decala antibiótico. Evolución favorable, se extuba y pasa a sala de clínica médica al día 30.

**Comentario:** En el caso que analizamos, el antecedente de diabetes, hallazgos clínicos como dolor lumbar, sedimento urinario inflamatorio, oliguria, con falla renal, deterioro de la conciencia, disnea y shock, hallazgos tomográficos que demuestran la acumulación de gas en el parénquima renal, nos lleva a un diagnóstico temprano y eventual tratamiento de Pielonefritis Enfisematosa.

**Conclusión:** La pielonefritis enfisematosa es una emergencia urológica, por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno debe ser realizado en forma precoz, basándose en antecedentes del paciente, clínica y estudios complementario para de esta manera poder disminuir la mortalidad de los pacientes con esta patología.

#### 0086 HEMANGIOMA HEPATICO GIGANTE DURANTE LA GESTACION

MF PULGAR(1), C VILLAVICENCIO(1), A FLORES(1), G FIGUEROA(1)  
(1) Simplemente Evita

Los hemangiomas hepáticos son tumores benignos de hallazgo incidental por ser asintomático o síntomas inespecíficos, prevalencia de 1-20% entre 30 y 50 años. El 10% corresponde a hemangiomas gigantes (>4cm), siendo común en mujeres, su riesgo de ruptura es del 1-4% con alta mortalidad. Su patología no está clara, posiblemente sea un trastorno con influencia hormonal, se desconoce su evolución en el embarazo por los pocos casos reportados. Se sospecha con hallazgos en ultrasonografía. Su diagnóstico de certeza es TAC con contraste, RMN o anatomía patológica. En los casos no complicados se propone la abstención terapéutica y seguimiento. En pacientes sintomáticos por hemangiomas gigantes con riesgo de rotura espontánea; se opta por tratamiento activo a través de enucleación, resección hepática, embolización arterial transcátera o radiofrecuencia.

**Caso clínico:** Mujer de 20 años, con 23 semanas de embarazo controlado; consulta por presentar dolor abdominal de 48 horas evolución en hipogastrio e hipotensión arterial que responde a expansión con cristaloides, ruidos cardiacos fetales presentes, ecografía abdominal donde se evidencia líquido libre en cavidad, laboratorio que informan anemia, plaquetopenia, coagulopatía, transaminasas elevadas. Se interpreta el cuadro clínico al ingreso como Síndrome de HELLP complicado por ruptura de hematoma hepático. Cirugía general realiza laparotomía exploratoria, observan hemoperitoneo, hematoma hepático subcapsular en segmento VIII y masa con aspecto heterogeneo, se transfunde y colocan packing. Pasa a terapia intensiva, dada la duda diagnóstica se realiza TAC con contraste evidencia imagen hipodensa de 11x10cm en segmento VIII que refuerza de forma irregular al contraste. Se realiza angiografía y embolización en la rama de la arteria hepática afectada. Se retira packing, legrado uterino por latidos fetales ausentes. Evolución favorable pasa a sala.

**Comentario:** Analizamos el caso de una joven embarazada sin antecedentes, que por clínica, laboratorio y ultrasonografía se interpreta inicialmente como Síndrome de HELLP con ruptura de hematoma hepático. Ante la duda diagnóstica se realiza de TAC de abdomen y posterior arteriografía para confirmación diagnóstica y terapéutica, arrojando el diagnóstico de certeza de hemangioma hepático. Que la llevo a un estado crítico y pérdida del embarazo.

**Conclusión:** El hemangioma hepático debe considerarse como diagnóstico diferencial de ruptura de hematoma hepático de síndrome de HELLP en pacientes embarazadas, debido a su baja incidencia y complicaciones graves. La realización de exámenes complementario

para su diagnóstico y eventual tratamiento disminuyendo el riesgo de vida para la paciente y su producto de concepción.

#### 0090 TOMA DE MUESTRA MINI-BAL, EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO-MÉDICO DE NEUMONÍA NOSOCOMIAL

M CINI(1), J ZABALLA(1), G GIGLIO RUSSO(1), S DALMASO(1)  
(1) Hospital El Carmen

**Objetivos específicos:** Determinar cuál es la prevalencia de la neumonía según el sexo y el turno de recolección de la muestra. Cuantificar la frecuencia de los patógenos en cada mes, cuatrimestre y año.

Señalar la etiología de la neumonía documentada por la técnica de mini BAL.

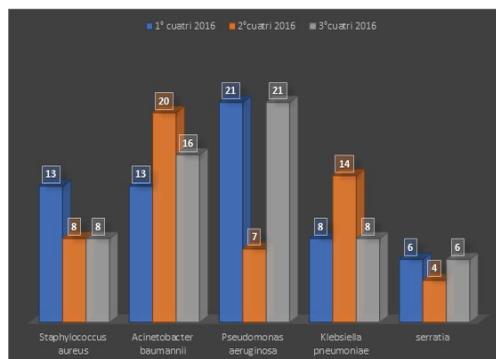
Dar a conocer el germen más representativo

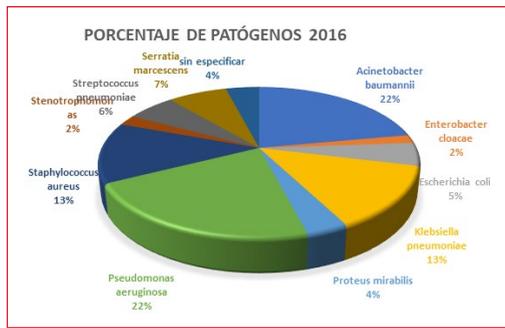
**Objetivos generales:** Comparar los hallazgos de 2016 con 2017. Nuestro análisis está representado durante el año 2016 y 2017 donde pudimos ver que el sexo masculino represento más del 50% (63% año 2016 - 56% año 2017) del muestreo.

Los patógenos más representativos aislados en la muestra del mini BAL fue, Pseudomona aeruginosa, acinetobacter baumannii y klebsiella pneumoniae simbolizando en ambos años el 50% de las muestras obtenidas y analizadas. Pero en ambos años el patógeno más presente en los ya mencionados fue el Acinetobacter Baumannii. Otro dato a remarcar en el análisis fue que el comparativo entre los cuatrimestres de cada año, la cantidad de Mini-BAL que se realizaron por cuatrimestre, en el año 2016 (primer cuatrimestre), el mes de abril, fue donde se obtuvieron la mayor cantidad de muestras positivas comparado con el primer cuatrimestre del 2017 mes de marzo.

Durante el segundo cuatrimestre del 2016 (mes de agosto) y 2017 (mes julio) fueron los meses que más muestras positivas se obtuvieron, y durante el tercer cuatrimestre de octubre de 2016 y 2017. Siendo la provincia de Mendoza una zona de bajas temperaturas, representado por el segundo cuatrimestre (mayo, junio, julio, agosto) se observó una disparidad ya que uno de los meses junio 2016 y agosto del 2017 la cantidad de muestras positivas fueron muy diferentes.

Podemos asegurar que la técnica de mini-BAL asegura una gran efectividad en obtener una muestra efectiva para su análisis bacteriológico, obtener un patógeno y poder ser tratado efectivamente con el antibiótico correcto, considerando todo esto, un rápido y exacto diagnóstico como una terapéutica acorde a los tiempos de evolución de la patología del paciente, disminuye considerablemente los efectos deletéreos sobre el paciente y un aumento en el porcentaje de sobrevida como de calidad de vida del mismo





### 0903 SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA GO CESAR(1), JJ RUIZ MARTINEZ(1), FE ALANIZ(1), MM KLEINERT(1) (1) Aleman

**Introducción:** La Strongyloidiasis es una parasitosis endémica, producida por la infección de la larva filariforme a través de la piel humana y su ciclo incluye el paso por vía hematógena, hacia pulmones y aparato digestivo. En general produce síntomas gastrointestinales leves, pero en caso de inmunodeficiencia puede originar el síndrome de Hiperinfección, falla multiorgánica y muerte.

**Presentación de caso clínico:** Mujer de 66 años con antecedentes de leucemia linfoblástica aguda B, bajo tratamiento con Ponatinib. Consultó por astenia, hiporexia, disnea CF II, de una semana de evolución, y deposiciones blandas con estrías sanguíneas. Presentaba rash generalizado con prurito de predominio abdominal y muslo. Laboratorio con anemia y leucopenia, sin eosinofilia.

Evolucionó con peoría de cuadro abdominal, íleo paralítico, distensión abdominal, con rápido deterioro del estado general con requerimiento de ARM, shock séptico bacteriémico a Escherichia coli para la cual completó tratamiento con cefepime.

Se realizó tomografía tóraco-abdominal que evidenció infiltrados pulmonares bilaterales con patrón de árbol en brote y tendencia a consolidar. Abdomen con engrosamiento parietal difuso asociado alteración de planos grasos, con presencia de ganglios reactivos, sugestivo de colitis.

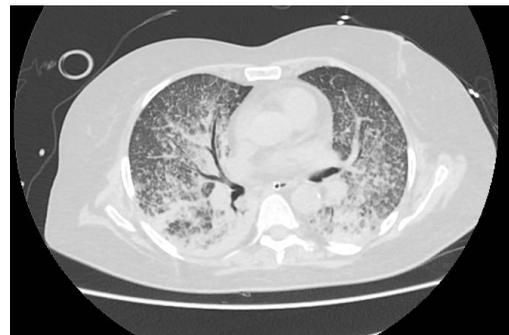
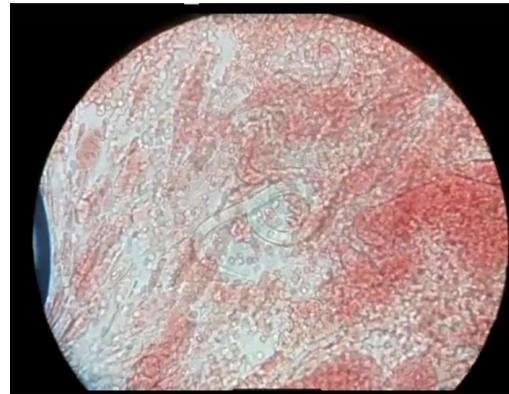
Se realizó lavado broncoalveolar con evidencia de Strongyloides stercoralis para la cual completó tratamiento con ivermectina. Punción de LCR el cual fue normal.

Se realizó traqueostomía por weaning dificultoso, con decanulación exitosa posteriormente.

Evolucionó favorablemente otorgándole el egreso hospitalario.

**Discusión:** La hiperinfección por *S. stercoralis* en inmunocomprometidos es un cuadro inusual, pero extremadamente grave y potencialmente mortal. Las formas diseminadas incluyen el compromiso de múltiples órganos (además de intestino y pulmón). Está descrita la asociación entre hiperinfección por Strongyloides e infecciones bacterianas secundarias, principalmente por gérmenes Gram-negativos provenientes de la mucosa intestinal lesionada.

Consideramos que la ausencia de comorbilidades, la corta edad, el reconocimiento y tratamiento precoz, como así también los cuidados críticos brindados, fueron factores determinantes para su favorable evolución y recuperación. Nuestro país es zona endémica para *S. stercoralis*. La eosinofilia es un dato categórico al momento de la sospecha, aunque no siempre presente, por lo tanto es importante reconocer su preexistencia en inmunocomprometidos con cuadro de sepsis y shock en UTI.



### 0904 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR

GA PLOTNIKOW(1), I GARCIA(2), P LOVAZZANO(3), MJ SAKUGAWA(4), G CHAPARRO(5), M PIATTI(6), S BAGNOLO(7), E P. ZAMORA(8), F IGLESIAS(9), L AYALA NOGUEIRA(10), R STRATTA(11), M DI IORIO(12), I CASTRO(13), A SOSA(14), MV PUCHETA(15), S NASIF(16), J LASSAGA(17), G RICHTER(18), A MATARRESE(19), JA ARAQUE(20), JL FERNANDEZ CALUIMONTES(21), X GAMBETTA(22), L DANANGELO(11), L PERAZZI(23), MF VERRELLÉN(24), FAMIGLIETTI

(1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Sanatorio de la Ciudad SRL. (3) Cemic Hu Saavedra. (4) Hrga M. Y L. De La Vega. (5) Instituto Médico Platense. (6) Htal San Roque-UTI 1. (7) Clínica Modelo de Lanus. (8) Htal E. Vera Barros. (9) Htal Italiano de La Plata. (10) Htal Militar Regional de Paraná. (11) Sanatorio Santa Fe. (12) Htal Sirio Libanés. (13) Htal Central. (14) Htal San Luis. (15) Sanatorio de La Trinidad San Isidro. (16) Clínica de los Virreyes. (17) Sanatorio Español. (18) Sanatorio Norte Srl. (19) Htal Alemán. (20) Htal Regional de Usuahia. (21) Htal Prof. Dr. L. Güemes. (22) Clínica Del Valle. (23) Htal Ramón Santamarina. (24) Htal Escuela Gral. J. de San Martín. (25) Htal Italiano de Buenos Aires. (26) Htal Del Carmen. (27) Instituto Médico de Alta Complejidad. (28) Htal Municipal De Agudos Dr. P. Ecay. (29) Htal Priv. Dr. Raul Matera. (30) Higa L. C. De Gandulfo

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VM) es una herramienta fundamental para el apoyo de los pacientes críticos. Sin embargo, su aplicación se asocia a complicaciones a menudo directamente relacionadas con su duración. El destete representa un paso crucial para todos los pacientes en VM, con el objetivo de acortar el proceso, sin embargo no posee una definición rigurosa lo que dificulta la interpretación de estudios epidemiológicos y, lo que es aún peor, entorpece la interpretación del impacto de su

retraso. Nuestro objetivo fue describir el proceso de desvinculación de la VM (destete) en la Argentina de acuerdo a la definición del estudio WIND y la mortalidad asociada a este proceso.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VM durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se incluyeron 949 pacientes de 142 UTIs con una edad promedio de 58 años, 58.9% hombres y con un SAPS II de 46.8. El motivo de VM en el 58% de los casos fue falla respiratoria aguda. La mediana de días de VM fue de 6 [2-13]. Dentro del proceso de destete el 38.5% de los pacientes se alcanzó el éxito dentro de las primeras 24 horas de prueba de ventilación espontánea, con éxito en el 89% de los casos. Se registró una reintubación del 22.8%. La mortalidad global en UCI y hospitalaria fueron del 44.6% y del 47.9% respectivamente (Tabla 1). La mortalidad correspondiente para cada grupo de destete fue del 93%, 8.8%, 24.3% 36.2% para los grupos 0, 1, 2 y 3 respectivamente (Figura 1).

**Conclusión:** El primer intento de desvinculación es crucial durante la internación en UCI de los pacientes ventilados. Los tres grupos de destete definidos por el retraso entre el primer intento de separación y la finalización del destete generan grupos con mortalidad muy diferentes. La mortalidad comienza a aumentar después del primer intento de separación fallido.

**0095 MÉTODOS DE DESVINCULACIÓN Y FALLA DE EXTUBACIÓN EN EL PROCESO DE DESTETE EN LA ARGENTINA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN WIND. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR**

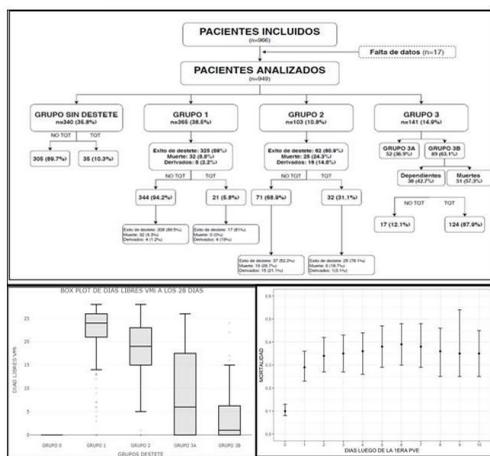
GA PLOTNIKOW(1), F DI VRUNO(2), N IEZZI(3), J G. NIZZO(4), A BAQUEIRO(5), D VARELA(6), M SETTEN(7), D GILGADO(8), A MAZZOLA(9), G LEITES(10), M GIL(11), A VALLEJOS(12), C AGUERO(13), E CUNTO(14), DF GELABERT(15), AI B. GOMEZ(16), J VELAZQUEZ(17), S GOMEZ(18), D CALDERÓN(19), N CERQUANOL(20), N CALDERON(21), W ANDALUZ(22), M ARIAS(23), ME BORDÍN(24), RS GOMEZ(1), D GARCÍA  
 (1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Htal Ramón Carrillo. (3) Instituto de Investigaciones Med. A. Lanari. (4) Sanatorio Adventista del Plata. (5) Htal Artemides Zatti. (6) Htal Univ. Fund Favalaro-uti2. (7) Cemic Hu Pombo. (8) Sanatorio Anchorena San Martín. (9) Htal San Felipe. (10) Sanatorio San José. (11) Hpgd San Bernardo. (12) Htal Dr. D. Velez Sarsfield. (13) Clínica Adventista Belgrano. (14) Htal F. J. Muñiz. (15) Higa Dr. O. Alende. (16) Htal Español De Rosario. (17) Htal Dr. Ramon Madariaga. (18) Sanatorio Ntra Sra del Rosario. (19) Clínica Sta Maria. (20) Htal Central De Formosa. (21) Htal Eva Perón. (22) Policlínica PAMI 1. (23) Centro De Cuidados Intensivos. (24) Clínica La Pequeña Flia.. (25) Clínica 25 de Mayo. (26) Clínica Soc. Española de Socorros Mutuos Mendoza. (27) Htal Público Decentralizado Dr. M. V. Quiroga. (28) Clínica y Maternidad Suizo Argentina. (29) Clínica Bazterrica. (30) Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento

**Introducción:** La implementación de la ventilación mecánica (VM) se asocia a complicaciones a menudo directamente relacionadas con su duración. El fracaso de la extubación contribuye con peores resultados: mayor tiempo de ventilación, estadía en UCI y hospitalaria, y mortalidad. Por lo tanto, el destete representa un paso crucial para todos los pacientes en VM, con el objetivo de acortar su duración. Nuestro objetivo fue describir los métodos de desvinculación utilizados y la falla de extubación en el proceso de destete de la VM en la Argentina de acuerdo a la clasificación del estudio WIND.

**Material y métodos:** Estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VM durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se incluyeron 949 pacientes de 141 UTIs con una edad promedio de 58 años, 41.1% mujeres, con un SAPS II de 46.8. El motivo de VM en el 58% de los casos fue falla respiratoria aguda. Durante el proceso de desvinculación el método más utilizado fue el "tubo en T" (72.4%). En el análisis multivariado el uso de CPAP como método de destete se asoció a mayor mortalidad (OR:3.28 IC95%:1.06-07;p=0.027), al igual que el fracaso de extubación (22.8%) con un OR:12.82 IC95%:3.00-68.43;p=0.001. La causa más habitual de fracaso fue el aumento de trabajo ventilatorio (66.7%) (Tabla 1). La mediana de días de VM general fue de 6 [2-13], y de 5, 4, 9 y 27 días para el grupo 0, 1, 2 y 3 según la clasificación WIND respectivamente (Figura 1).

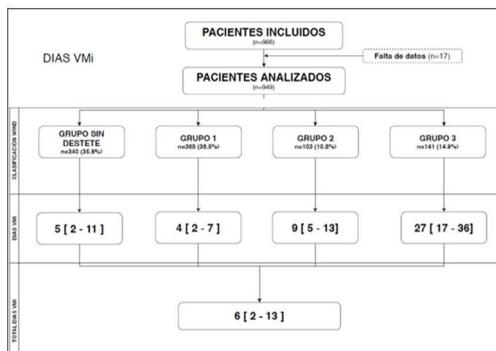
**Conclusión:** El método de destete más utilizado para todos los grupos fue la prueba de ventilación espontánea en tubo en "T". Se registró un porcentaje de fracaso de la extubación algo más elevado que el del resto de los reportes internacionales publicados a la fecha lo cual se asoció a mayor mortalidad. Dentro de las múltiples causas de fracaso descriptas el empeoramiento de la mecánica ventilatoria fue la más habitual.



**Figura 1.** Pacientes agrupados por grupo de desvinculación según la definición WIND con descripción de variables de resultados. Grupo 0: nunca se sometió a una prueba de ventilación espontánea (PVE); Grupo 1: finalización del weaning durante las primeras 24 horas de comenzada la 1ª PVE; Grupo 2: finalización del weaning entre el 2º día y la 1ª semana de la 1ª PVE; Grupo 3: sin finalización del weaning a los 7 días de la 1ª PVE; TQT: traqueostomía

**Tabla 1.** Variables relacionadas con los resultados de la desvinculación de la ventilación mecánica invasiva de los pacientes agrupadas por grupo de desvinculación según la definición WIND.

Variables	Todos los pacientes		Vivo		Muerto		UNIVARIADO		MULTIVARIADO				
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	
Destete (n=919)													
GRUPO 1, n (% total)	369	(38.5)	322	(84.3)	32	(7.5)	1	NA	1	NA			
GRUPO 2, n (% total)	103	(10.9)	78	(14.9)	25	(5.9)	3.34	(1.86-5.94)	<0.001	0.25	(0.04-1.50)	0.091	
GRUPO 3, n (% total)	141	(14.6)	98	(17.1)	51	(12.0)	6.99	(3.60-9.80)	<0.001	0.33	(0.05-1.94)	0.117	
GRUPO 0, n (% total)	340	(35.8)	24	(4.6)	316	(74.5)	NA	NA	NA	NA	NA		
Días VM, mediana (RQ) (n=949)			6 [2-13]		5 [2-11]		7 [2-12]		1.00	(0.99-1.01)	0.445	1.03	0.106
Método de destete (n=370)													
TT, n (% total)	419	(72.5)	355	(74.9)	64	(81.5)	1	NA	1	NA			
CPAP, n (% total)	28	(4.8)	19	(4.0)	9	(8.7)	2.63	(1.09-5.92)	0.024	3.28	(1.06-10.6)	0.027	
PC-GSV, n (% total)	120	(28.0)	91	(19.2)	29	(27.9)	1.77	(1.07-2.80)	0.024	1.47	(0.85-2.52)	0.148	
Otros, n (% total)	11	(1.9)	8	(1.9)	2	(1.9)	1.23	(0.18-8.82)	0.792	NA	NA		
Re intubación, n (% (n=454)	166	(27.8)	73	(18.0)	33	(49.9)	6.67	(3.16-16.83)	<0.001	2.82	(1.00-7.72)	0.001	
TQT, n (% (n=950)	213	(22.4)	143	(22.7)	70	(19.5)	0.93	(0.38-0.73)	<0.001	0.93	(0.30-2.60)		
Días de internación en UCI, mediana (RQ) (n=950)	19	[5-20]	12	[6-22]	9	[2-16]	0.90	(0.97-0.89)	<0.001				
Días de internación hospitalaria, mediana (RQ) (n=914)	17	[9-30]	21	[13-36]	12	[8-20]	0.87	(0.86-0.87)	<0.001				
VNI como prevención de falla de extubación, n (% (n=950)	65	(6.8)	54	(13.3)	11	(2.6)	0.23	(0.11-0.43)	<0.001				
VNI como tratamiento de IRA, n (% (n=950)	19	(2.0)	11	(2.1)	8	(1.9)	0.80	(0.35-2.24)	0.623	2.32	(0.72-7.72)	0.133	
VNI como cambio de interfac, n (% (n=950)	23	(2.5)	19	(2.6)	4	(1.4)	0.30	(0.14-0.82)	0.042				



**Figura 1.** Días de ventilación mecánica en los pacientes agrupados por grupo de desvinculación según la definición WIND. Grupo 0: nunca se sometió a una prueba de ventilación espontánea (PVE); Grupo 1: finalización del weaning durante las primeras 24 horas de comenzada la 1ª PVE; Grupo 2: finalización del weaning entre el 2º día y la 1ª semana de la 1ª PVE; Grupo 3: sin finalización del weaning a los 7 días de la 1ª PVE; VM: ventilación mecánica invasiva

**Tabla 1.** Descripción de los tipos de prueba de ventilación espontánea y del fracaso de la extubación PVE: prueba de ventilación espontánea

Tipo de PVE	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Total n (%)
Tubo en T	249 (43.2%)	77 (13.3%)	92 (15.9%)	418 (72.4%)
CPAP	19 (3.3%)	4 (0.7%)	5 (0.9%)	28 (4.9%)
PC-CSV	65 (11.3%)	19 (3.3%)	36 (6.2%)	120 (20.8%)
Otros	6 (1%)	2 (0.3%)	3 (0.5%)	11 (1.9%)
<b>Reintubación</b>				
Fracaso de Extubación	6 (1.3%)	43 (9.3%)	57 (12.2%)	106 (22.8%)
<b>Causa de Fracaso</b>				
Aumento trabajo ventilatorio	28 (12.3%)	38 (16.7%)	86 (37.7%)	153 (66.7%)
Desaturación/Hipoxemia	5 (2.2%)	3 (1.3%)	4 (1.7%)	12 (5.2%)
Deterioro Sensorio	7 (3.1%)	16 (7%)	6 (2.7%)	29 (12.8%)
Deterioro Hemodinámico	2 (0.9%)	4 (1.8%)	4 (1.8%)	10 (4.5%)
Otros	13 (5.7%)	4 (1.8%)	8 (3.6%)	25 (10.9%)

PVE: prueba de ventilación espontánea; CPAP: presión positiva continua en la vía aérea; PC-CSV: presión de soporte ventilatorio

### 0097 ÍNDICE PAO2/FIO2 EN EL PRIMER DÍA DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y SU RELACIÓN CON LA SOBREVIDA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR 2019

GA PLOTNIKOW(1), JA GRUCCI(2), CA MORALES(3), F RIOS(4), VN KOSAKA(5), D FERNÁNDEZ(6), AA ZACCO(7), V GALENDE(8), P STAFFOLANI(9), M VERDUGUEZ(10), J LEBUS(11), F PUZZO(12), G CHIAPPERO(13), GN ESCALIER(14), G CASTRO(15), G RUFFO(16), A BAQUERIZO(17), S FERNÁNDEZ(18), S LASDICA(19), O CUELLO(20), M BOTTO(21), R GIMENEZ(22), L RAPELA(23), G BAI(24), S BELTRAMINO

(1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Htal Madre Catalina. (3) Sanatorio Lavalle. (4) Sanatorio Las Lomas. (5) Htal De Autogestión Samic Iguazu. (6) Clínica Pasteleros. (7) Htal Nodal Dr Alejandro Gutierrez. (8) Htal Púlsico Provincial San Roque-UTI 2. (9) Htal Santa Isabel de Hungría. (10) Htal Simplemente Evita. (11) Htal Central Reconquista. (12) Clínica Monte Grande. (13) Htal Juan A. Fernández. (14) Clínica La Sagrada Familia. (15) Sanatorio Juncal. (16) Sanatorio Parque. (17) Htal de Alta Complejidad Cuenca Alta Samic. (18) Htal Alvarez. (19) Htal Italiano Regional del Sur. (20) Clínica Santa María. (21) Htal Italiano de San Justo. (22) Htal Eva Peron. (23) Htal Municipal del Carmen de Chacabuco. (24) Htal Cullen de Santa Fe. (25) Instituto de Transplante y Alta Complejidad. (26) Htal Privado de Córdoba. (27) Higa Petrona V. de Cordero de San Fernando. (28) Htal Universitario UAI. (29) Clínica Olivos. (30) Htal Español. (31) Policlínico Modelo Cipolletti

**Introducción:** La falla respiratoria aguda hipoxémica (FRAH) es una entidad común en la unidad de cuidados intensivos (UCI) que se asocia a una elevada tasa de mortalidad entre los pacientes críticos. Sin embargo, la información de la sobrevida en relación a la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de los pacientes con requerimiento de ventilación mecánica (VM) en nuestro país es escasa. Nuestro objetivo fue describir a los pacientes ingresados a la UCI estratificados según el índice PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> y a su vez determinar su sobrevida.

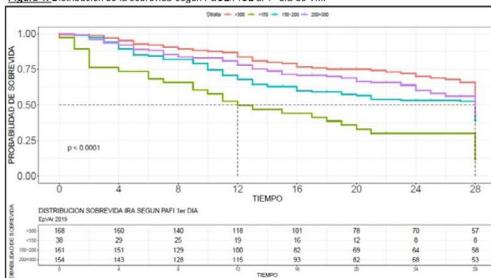
**Material y métodos:** Se trata de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pa-

cientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VM durante al menos 12 horas y registro de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> en el primer día durante una ventana de tiempo comprendida entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre del 2019. Para el análisis se dividieron a los pacientes en 4 grupos al día uno de VM: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>>300, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>≤300 y >200, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>≤200 y >150 y PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>≤150.

**Resultados:** Se incluyeron 521 pacientes de 142 UCIs. Los pacientes del grupo con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 150 fueron en su mayoría hombres con un promedio de edad de 56 años, una mediana de Charlson de 6 y un SAPS II de 51.4. En este grupo se registró mayor uso de VNI previo a la VM (28.9%) y se evidenció mayor porcentaje de uso de bloques neuromusculares y decúbito prono posteriormente durante la VM, 31.6% y 33.7% respectivamente. También fue el grupo en el cual se registró mayor número de fracaso de extubación (50%) (Tabla 1). La mediana de sobrevida fue diferente entre los grupos (p<0.001), siendo la menor para el grupo con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor a 150 con una mediana de 12 [4-28] días (Figura 1). A su vez este grupo en el análisis univariado se asoció con mayor mortalidad (OR 3.08 IC95%:2.09-4.58;p<0.001)

**Conclusiones:** La presencia de hipoxemia al ingreso, definida por PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor a 300, se asoció con mayor mortalidad. Los pacientes con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor a 150 al día uno de ventilación mecánica presentaron una mayor morbi-mortalidad en relación al resto de los grupos.

**Figura 1.** Distribución de la sobrevida según PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> al 1º día de VM.



**Tabla 1.** Descripción de las variables cuali-cuantitativas estratificadas según PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>.

	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> > 300	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≤ 300 y > 200	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≤ 200 y > 150	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≤ 150
Edad, media (ds)	57.1 (20.5)	59.5 (17.8)	60.9 (16.4)	56.2 (16.8)
n	168	154	161	38
IMC, media (ds)	26.1 (4.7)	27.4 (6.1)	28.5 (7.1)	30.4 (9.9)
n	136	122	138	30
Índice de Charlson, mediana [RIQ]	5 [2-8]	6 [3-8]	6 [3-8]	6 [2.5-8]
n	158	142	153	35
SAPS II, media (ds)	41.1 (18.1)	45.6 (18.1)	47.6 (17.8)	51.4 (21.4)
n	155	140	152	38
Género femenino, n (%)	71 (42.3)	56 (36.4)	66 (41.0)	18 (47.4)
Uso de VNI previo a VMI, n (%)	14 (8.3)	21 (13.6)	21 (13.0)	11 (28.9)
Decúbito Prono, n (%)	1 (0.6)	5 (3.3)	16 (9.9)	9 (23.7)
Uso de BNM, n (%)	11 (6.6)	19 (12.4)	25 (15.5)	12 (31.6)
Re-intubación, n (%)	103 (61.0)	77 (50.0)	69 (42.8)	6 (15.8)
Uso de VNI como prevención falla, n (%)	10 (6.0)	13 (8.4)	14 (8.7)	2 (5.2)
Uso de VNI como tratamiento de falla, n (%)	3 (1.8)	8 (5.2)	0 (0.0)	1 (2.6)
Uso de VNI como cambio de interfaz, n (%)	2 (1.2)	1 (0.6)	7 (4.3)	0 (0.0)
Traqueostomía, n (%)	31 (18.5)	31 (20.1)	43 (26.7)	6 (15.8)
Días UCI, mediana [RIQ]	9 [5-17]	12 [6-19.7]	10 [6-21]	9 [2-15]
n	168	154	161	38
Días de VMI, mediana [RIQ]	4 [2-10]	6 [3-13]	7 [3-14]	7 [2-11]
n	168	154	160	38

### 0098 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR

GA PLOTNIKOW(1), E GOGNIAT(2), M ACCOCE(3), E NAVARRRO(4), JH DORADO(3), F PUGLIESE(5), VELEZ SARFISAR, L SEPÚLVEDA(7), P SAUL(8), MDC GOROSTEGUI(9), MR MARTEAU GONZALEZ(10), C FERREYRA(11), S IRIARTE(12), B CALVET(13), EC CAÑETE(14), J VALLEJOS(15), M GRECA(16), FJ GIMENEZ(17), A REBOREDO(18), R PRATTO(1), D GELABERT(19), C RUFFO(20), D CORIA

(1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Capítulo de Kinesio-

logía Intensivista Sati. (3) Sanatorio Anchorena San Martín. (4) Clínica del Parque. (5) Htal. Dr. (6) Velez Sarsfield. (7) Clínica Adventista Belgrano. (8) 7. Hospital Francisco Javier Muñiz. (9) Higa Dr Oscar Alende. (10) Hospital Español De Rosario. (11) 10. Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. (12) Sanatorio Nuestra Sra del Rosario. (13) Clínica Santa María. (14) Hospital Central de Formosa. (15) Hospital Eva Perón. (16) Policlínica PAMI 1. (17) Centro De Cuidados Intensivos. (18) Clínica La Pequeña Familia. (19) Clínica 25 de Mayo. (20) Clínica Sociedad Española de Socorros Mutuos. (21) Hospital Dr. Marcial V Quiroga. (22) Clínica y Maternidad Suizo Argentina. (23) Clínica Bazterrica. (24) Hospital San Luis. (25) Sanatorio de La Trinidad San Isidro. (26) Clínica de los Virreyes. (27) Sanatorio Español. (28) Sanatorio Norte SRL. (29) Hospital Regional de Ushuaia. (30) Hospital Profesor Dr L. Güemes

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VM) es una herramienta fundamental para el apoyo de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que caracteriza a las unidades de cuidados intensivos (UCI). En Latinoamérica y específicamente en nuestro país, los datos epidemiológicos relacionados a la VM son escasos. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la mortalidad de los pacientes que reciben VM en la Argentina y a la vez describir la práctica clínica de la ventilación mecánica en las UCIs tanto del sector público como privado.

**Material y métodos:** Estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VM durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se incluyeron 950 pacientes de 142 UCIs con un promedio de edad de 58 años, 59% hombres, SAPS II de 46.8. El principal motivo de VM fue IRA (58%), el modo ventilatorio inicial fue VC-CMV (75%), el Vt utilizado menor a 8 ml/Kg de peso corporal predicho (75.1%) y la PEEP menor a 8 cmH2O (65%). La mediana de días de VM fue de 6.

La mortalidad en UTI y hospitalaria fueron del 44.6% y del 47.9% respectivamente. Dentro de las variables evaluadas, el fracaso de la implementación de VNI antes de la VM y la reintubación, se asociaron como variables predictoras de mortalidad con un OR 2.99 (IC95% 1.06 – 8.10; p=0.033) y de 7.55 (IC95% 3.48 – 17.16; p<0.001) respectivamente.

**Conclusiones:** El presente estudio nos permitió conocer las características y el curso clínico de los sujetos que recibieron ventilación mecánica invasiva en la Argentina, en donde la mortalidad tanto en UCI como hospitalaria fue mayor a lo reportado internacionalmente. Además, nos permitió identificar factores potencialmente corregibles relacionados a esta, lo cual podría constituir la base para el desarrollo de protocolos de atención destinados a optimizar el manejo de los pacientes en ventilación mecánica en nuestro país con el fin de mejorar los resultados.

**TABLA 2.** Análisis de regresión logística para variables asociadas a la mortalidad

Predictores	OR	Conf. Int (95%)	p
Edad 40-70	0.85	0.20 – 2.39	0.497
Edad >70	2.02	0.54 – 8.37	0.309
Índice de Charlson	1.13	0.97 – 1.31	0.104
<b>Uso de VNI antes de la VM</b>	<b>2.99</b>	<b>1.06 – 8.10</b>	<b>0.033</b>
Sepsis	2.27	0.98 – 5.15	0.051
Falla Hepática	2.91	0.89 – 8.88	0.065
<b>Reintubación</b>	<b>7.55</b>	<b>3.48 – 17.16</b>	<b>&lt;0.001</b>

**TABLA 1.** VARIABLES RELACIONADAS CON ASPECTOS DEMOGRAFICOS, INICIO DE VM Y VARIABLES RELACIONADAS CON EL PRIMER DÍA DE VM

Variables	Total pacientes (n=950)	Vivo (n=526)	Muerto (n=424)	OR (IC95%)	p-valor
Género Femenino, n (%)	390 (41.1)	221 (42.0)	169 (39.9)	0.91 (0.70-1.19)	0.502
Edad, media (ds)	58.1 (18.5)	55.0 (19.3)	62.1 (16.6)	1.02 (1.01-1.03)	<0.001
IMC, media (ds), Kg	27.8 (6.8)	27.9 (6.9)	27.7 (6.6)	1.00 (0.97-1.02)	0.681
Charlson Index, mediana [RiO] (n=882)	4 [1-6]	3 [1-5]	4 [2-6]	1.19 (1.13-1.25)	<0.001
SAPS II, media (ds) (n=879)	46.8 (16.7)	44 (17.2)	50 (17.6)	1.02 (1.01-1.03)	<0.001
Región geográfica	-	-	-	-	-
CABA, n (%)	268 (28.2)	167 (31.7)	101 (23.8)	1	N/A
Provincia de Buenos Aires, n (%)	289 (30.4)	150 (28.5)	139 (32.8)	1.53 (1.09-2.15)	0.013
Centro, n (%)	186 (19.6)	93 (17.7)	93 (21.9)	1.65 (1.13-2.42)	0.009
Cuyo, n (%)	57 (6.0)	37 (7.0)	20 (4.7)	0.89 (0.45-1.81)	0.713
Norte, n (%)	105 (11.1)	57 (10.8)	48 (11.3)	1.39 (0.88-2.20)	0.155
Patagonia, n (%)	45 (4.7)	22 (4.2)	23 (5.4)	1.73 (0.91-3.28)	0.091
Institución	-	-	-	-	-
Pública	481 (48.5)	254 (47.7)	210 (45.3)	1	N/A
Privada	469 (51.5)	273 (55.8)	216 (44.2)	0.96 (0.74-1.24)	0.789
Falla de VNI previa a la VM, n (%)	102 (10.7)	43 (8.2)	59 (13.9)	1.82 (1.20-2.77)	0.005
PaO2/FiO2 previo VM, media (ds) (n=112)	236.7 (136.0)	265.0 (142.0)	208.0 (123.8)	0.99 (0.98-0.99)	<0.001
Motivo de VMI, n (%)	-	-	-	-	-
IRA	555 (58.4)	296 (56.3)	260 (61.3)	1	N/A
IRA en IRC	79 (8.3)	39 (7.4)	41 (9.7)	1.17 (0.73-1.88)	0.509
Coma	301 (31.7)	162 (30.8)	120 (28.6)	0.76 (0.57 – 1.01)	0.056
Enfermedad neuromuscular	15 (1.6)	10 (1.9)	5 (1.2)	0.57 (0.18 – 1.83)	0.313

## 0100 USO DE MODOS VENTILATORIOS CONVENCIONALES EN UCI EN UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)

J DORADO(1), I LEDESMA(2), M DI MARIA(3), M CONDE(4), M BUSICO(5), J GELMETTI(6), H NUNIA(7), F CAMELLI(8), NO GRAZZIANI(9), MB CANIL(10), L BERGALLO(11), MG ALONSO(12), LA CHALCO(13), A ZURERIEK(14), J VEGA(15), N PEREZ(16), C SALGUERO(17), P CAUSTELLUCCIO(18), W WUMRS(19), L HUBER(20), A FERRA DE BRITO(21), ME MALCUN(22), S BURGOA

(1) Sanatorio Anchorena de San Martín. (2) Hospital Privado de Córdoba. (3) Higa Petrona V. De Cordero de San Fernando. (4) Hospital Universitario UAI. (5) Clínica Olivos. (6) Hospital Español. (7) Sanatorio Allende Nueva Córdoba. (8) Sanatorio Finochietto. (9) Clínica Santa Clara de la Provincia de San Juan. (10) Clínica Zabala. (11) Sanatorio Mapaci. (12) Clínica Pasteur. (13) Hiza Mariano y Luciano De la Vega. (14) Instituto Médico Platense. (15) Hospital Público Provincial De La Ciudad De Córdoba San Roque - UTI 1. (16) Clínica Modelo de Lanus. (17) Hospital Enrique Vera Barros. (18) Hospital Italiano de La Plata. (19) Hospital Militar Regional de Paraná. (20) Sanatorio Santa Fe. (21) Hospital Sirio Libanes. (22) Hospital Central. (23) Hospital Area Programa Bariloche Ramón Carrillo. (24) Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. (25) Sanatorio Adventista del Plata. (26) Hospital Artemides Zatti. (27) Hospital Universitario Fundación Favaloro-UTI 2. (28) Cemic H.u. Pombo. (29) Hospital Carrillo de Ciudadela.

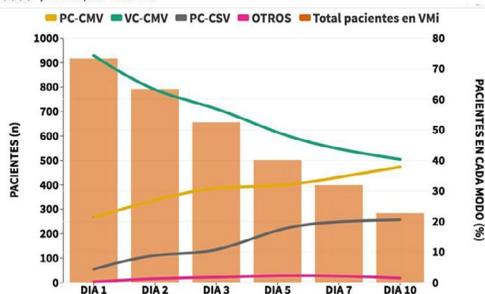
**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una herramienta de soporte vital para pacientes con insuficiencia respiratoria. Los modos ventilatorios (MV) representan el patrón de interacción entre el paciente y el ventilador. No existe evidencia que demuestre la superioridad de un MV sobre otro, siendo la recomendación utilizar el MV que mejor conozca el equipo de salud, asegurando estándares de protección pulmonar. Un estudio epidemiológico mundial reportó que los modos espontáneos son los más frecuentemente utilizados a partir del sexto día de VMI. El objetivo del presente estudio es describir el uso y los resultados de los diferentes MV.

**Material y método:** Estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años con requerimiento de VMI durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se obtuvo descripción sobre MV en 916 (96,42%) pacientes incluidos en EpVAR2019. El MV más utilizado al inicio de la VMi es volumen control (VC-CMV) 74,2%, seguido por presión control (PC-CMV) 21,3% y presión de soporte (PC-CSV) 4,3%. Ventilación mandatoria intermitente sincronizada se utilizó en un 0,1%. Considerando el MV utilizado el día 1, utilizar PC-CMV no modifica la mortalidad con respecto a VC-CMV (OR=0.97(0.70-1.34) p=0,86), sin embargo, los pacientes que se encuentran en condiciones de iniciar fase de soporte parcial el día 1 de VM presentan menor riesgo de muerte (OR=0.35(0.15-0.71) p<0,05). VC-CMV continuó siendo el MV más utilizado aún al 10mo día. En uno de cada cinco (20,1%) pacientes que permanecen ventilados al día 10 se utiliza PC-CSV. Figura 1.

**Conclusiones:** El MV más utilizado durante los primeros 10 días de VMi es VC-CMV, el uso de PC-CSV como marcador de transición del soporte ventilatorio total a parcial no fue identificado aun extendiendo el análisis a más de una semana. La selección del MV el día 1 de VMi no afecta la mortalidad. Por otro lado, los pacientes que se encuentran en condiciones de iniciar el soporte ventilatorio en PC-CSV donde el riesgo de muerte es menor.

**Figura 1.** Distribución de uso de modos ventilatorios (VC-CMV= ventilación mandatoria continua controlada por volumen; PC-CMV: ventilación mandatoria continua controlada por presión y PC-CSV ventilación espontánea continua controlada por presión) en función del número de pacientes bajo asistencia ventilatoria mecánica invasiva, el día 1,2,3,5,7 y 10 de soporte ventilatorio.



### 0101 PROGRAMACIÓN DE VOLUMEN CORRIENTE Y PEEP EN ESTRATOS DE FIO2 Y CSR. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)

J DORADO(1), M BRIZUELA(2), I KUNZI(3), MV MIGUELES(4), A CHENA(5), V LOZANO(6), J ARGANARAZ(7), ML BRACCINI(8), N TIRIBELLI(9), M MOGADOURO(10), J SAGARDÍA(11), M AGUIRRE(12), E MINOLDO(13), C ESTELITA(14), S AGUILAR(15), E RODRIGUEZ(16), GF ESCALANTE(17), MP FREYTES(18), A LORO(19), AA PEREYRA(20), P GOMEZ(21), I CABALLERO

(1) Sanatorio Anchorena de San Martín. (2) Sanatorio Privado del Intenterio SRL. (3) Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. (4) Centro Integral de Salud Banda. (5) Hospital Luis C. Lagomaggiore. (6) Hospital Público Autogestión Samic El Dorado. (7) Hospital Centro de Salud Zenón Santillán. (8) Instituto de Cardiología Juana Francisca Cabral. (9) Complejo Médico Pfa Churruca Visca. (10) Sanatorio Trinidad de Palermo. (11) Hospital Nacional A. Posadas. (12) Hospital Santojanni Srs. (13) Sanatorio Allende Nueva Córdoba. (14) Higa San Martín de La Plata. (15) Sanatorio Finochietto. (16) Clínica Santa Clara de la Provincia De San Juan. (17) Clínica Zabala. (18) Sanatorio Mapaci. (19) Clínica Pasteur. (20) Sanatorio Lavalle. (21) Sanatorio Las Lomas. (22) Hospital de Autogestión Samic Iguazú. (23) Clínica Pasteleros. (24) Hospital Nodal Dr. Alejandro Gutierrez. (25) Hospital Público Provincial de la Ciudad De Córdoba San Roque - UTI 2. (26) Hospital Santa Isabel de Hungría. (27) Hospital Simplemente Evita. (28) Hospital Central Reconquista. (29) Clínica Monte Grande

**Introducción:** La selección del volumen corriente (VC) y PEEP durante la ventilación mecánica invasiva (VMi) tiene por objetivo asegurar

un adecuado intercambio gaseoso y minimizar el riesgo de lesión pulmonar. El VC seleccionado con base en el peso corporal predicho (PCP) podría ser potencialmente lesivo si no se considera el tamaño funcional del pulmón (compliance del sistema respiratorio, Csr). En cuanto a PEEP, existen diferentes estrategias de programación basadas en oxigenación, Csr, etc. No hallamos datos sobre la relación entre la FIO2, la Csr y la programación de VC y PEEP en Argentina. Describiremos el uso de VC y PEEP en función de diferentes estratos de FIO2 y Csr en VC-CMV durante los primeros 7 días de VMi.

**Material y método:** Estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años con requerimiento de VMi durante al menos 12 horas. Se estratificó a los pacientes en VC-CMV según FIO2 y Csr para el análisis.

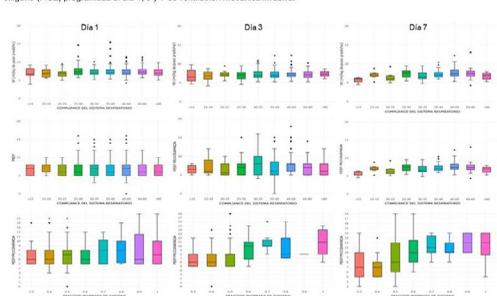
**Resultados:** Se seleccionaron subgrupos de pacientes con FIO2 0,4; 0,7 y 1; Csr: 15-19, 30-35 y 60-80ml/cmH2O. El día 1 de VMi el VC programado según estratos de Csr fue en mediana [RIC]: 6,81 [5,6-7,99]; 7,14 [6,65-7,91] y 7,32 [6,70-8,04]ml/kgPCP, respectivamente. El día 3 y 7 de VMi se obtuvieron VC similares independientemente de la Csr (tabla 1 y figura 1). La programación de PEEP según estratos de Csr en mediana fue, 8 [6-8]; 7 [5-8] y 6 [5-8]cmH2O respectivamente. Los días 3 y 7 presentaron niveles similares independientemente de la Csr. La estratificación por FIO2: 0,4;0,7 y 1 arrojó los siguientes niveles de PEEP (cmH2O) para el día 1 de VMi: 6 [5-8]; 8 [5-10] y 7 [5-10], día 3 de VMi: 6 [5-8]; 10 [10-11,5] y 11 [8-14] y 7mo día: 7 [5-8]; 11 [10-13,5] y 12 [9,5-14].

**Conclusiones:** La programación del VC es similar en todas las categorías de Csr, dicha variable no influye del nivel de PEEP seleccionada durante la VMi en VC-CMV. En cuanto a la FIO2, principalmente más allá del primer día de VMi se relaciona con niveles más altos de PEEP.

**Tabla 1.** Niveles de volumen corriente en ml por kg de peso corporal predicho (VC/PCP) y PEEP de acuerdo a estratos de compliance del sistema respiratorio (Csr) y fracción inspirada de oxígeno (FIO2)

Modo Ventilatorio	Día 1			Día 3			Día 7		
	15-19	30-35	60-80	15-19	30-35	60-80	15-19	30-35	60-80
VC/PCP	6,8 [5,6-7,9]	7,1 [6,6-7,9]	7,3 [6,7-8]	6,7 [5,9-7,8]	7 [6,3-7,9]	7,1 [6,4-7,9]	7 [6,6-7,8]	6,9 [6,1-7,8]	7,3 [6,7-8,1]
PEEP	8 [6-8]	7 [5-8]	6 [5-8]	6 [5-8]	7 [5-8]	6 [5-8]	7 [5-8]	6 [5-8]	7 [5-8]
FIO2	0,4	0,7	1	0,4	0,7	1	0,4	0,7	1
PEEP	6 [5-8]	8 [5-10]	7 [5-10]	6 [5-8]	10 [10-11,5]	11 [8-14]	7 [5-8]	11 [10-13,5]	12 [9,5-14]

**Figura 1.** Relación entre variables de programación: volumen corriente en ml por kg de peso corporal predicho (Vl del inglés= total volume), PEEP y estratos de pacientes según compliance del sistema respiratorio (Csr) monitorizada y fracción inspirada de oxígeno (FIO2) programada el día 1, 3 y 7 de ventilación mecánica invasiva.



### 0102 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR BOCAVIRUS HUMANO-1 (BOVH1) EN LACTANTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA

G BOGGIO(1), G ABBIATTI(1), A MONTAÑEZ SANDOZ(1), L JORDAN(1), L PROVENZANI(1), T GUZMAN(1), P SOTOLA(1), O GLORIEUX(1), L MORENO(2), FCM. UNC

(1) Clínica Privada Velez Sarsfield. (2) Catedra de Pediatría. (3) FCM. UNC

**Introducción:** Las IRAB representan una de las causas más frecuentes, hospitalización y mortalidad en menores de 5 años. El virus respiratorio sincicial es el principal agente asociado a IRAB en lactantes, aunque habitualmente se identifican otros virus como parainfluenza, metapneumovirus humano, adenovirus, rinovirus, influenza, entre otros. Bocavirus humano 1 (BoVH1) ha sido recientemente incorporado a la lista de "nuevos" virus involucrados tanto en bronquiolitis como neumonía viral. Su presentación clínica

en menores de 5 años aún no ha sido completamente definida en nuestro medio.

**Objetivos:** Describir características clínicas presentes en menores de 5 años con infección por BoVH1 hospitalizados por IRAB.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo, analítico transversal. Fueron incluidos menores 5 años, hospitalizados por IRAB (2019), en nuestra institución, en quienes se realizó detección de virus habituales (IF) y HBoV1 por PCR en secreciones nasales. Para el análisis se excluyeron pacientes con co-infecciones virus/bacteria y con comorbilidades previas.

**Resultados:** Fueron incluidos 72 pacientes, 13 de los cuales fueron mono-infección por HBoV1 (18%). Entre los casos HBoV1 todos menores a 2 años (media= 7.5 meses). Femeninos 62.5%. Inicio de síntomas con CVAS 50%, fiebre 50%. Bronquiolitis: 30%, neumonía: 70%. Glóbulos blancos: 12.510 +- 4250/mm<sup>3</sup>. Hemoglobina 10.88 g/dl con DE 1.65. PCR: 33.5 con DE 33.8 mg/dl. Todos con oxigenoterapia excepto un solo paciente. Con 77% internados en sala, 3 pacientes (23%) en UTI (2 ARM y 1 VNI) con una media de 7 días de ventilación, y medias de gases capilares al ingreso de la ventilación de pH 7,30, pCO<sub>2</sub>: 38,3, pO<sub>2</sub>: 83. Fallecidos ninguno. Días de internación con una media 5 +- 2.8.

**Conclusión:** Los niños hospitalizados por IRAB asociada a HBoV1 se presenta de manera similar al ocasionado por VRS, aunque en nuestra muestra presentaron menor edad y menos días de hospitalización. La mayoría de los pacientes HBoV1 se comportaron como neumonías virales. No se hallaron diferencias en el laboratorio ni en reactantes de fase aguda. Se registraron casos graves, con mayor frecuencia de fiebre, pero ningún fallecido, ni con complicaciones al alta, sería importante ampliar el número de pacientes para sacar conclusiones más significativas acerca de días de ventilación, patrón respiratorio y oximétricos.

### 0103 ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN PULMONAR EN UCI EN UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)

J DORADO(1), MA GARCIA(2), M STEFE(3), L GARCIA IRIARTE(4), VE PERRI(5), R TEIRA(6), ML FEIJOO(7), L CORSIGLIA(8), DV MORALES(9), R GONZALEZ(10), D INCHAURRONDO(11), D ZARZA BENITEZ(12), A RISSO(13), D NOVAL(14), M MORENO(15), G ROLDÁN(16), C VILLEGAS(17), MP CORSIGLIA(18), N RONDINELLI(19), MM PERCAZ(20), K TENASCZUK(21), P BUSTAMANTE(22), J SALTO

(1) Sanatorio Anchorena de San Martín. (2) Hospital Misericordia Nuevo Siglo. (3) Trinidad Ramos Mejía. (4) Policlínico Modelo Cipolletti. (5) Higa Luisa Cravenna de Gandulfo. (6) Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. (7) Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo. (8) Ipena. (9) Clínica Universitaria Reina Fabiola. (10) Hospital Fiorito. (11) Clínica Argentina. (12) Sanatorio Trinidad Quilmes. (13) Sanatorio Otamendi. (14) Sanatorio Mitre. (15) Hospital Regional V. Sanguinetti. (16) Hospital Justo José de Urquiza. (17) Clínica San Agustín. (18) Hiea y C San Juan de Dios. (19) Sanatorio Clínica Modelo de Moron. (20) Hospital Houssay. (21) Hospital El Cruce Dr. Nestor Kirchner. (22) Hospital De Clínicas José de San Martín. (23) Sanatorio Allende Cerro. (24) Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. (25) Hospital Santojanni UCI. (26) Hospital del Señor del Milagro. (27) Higa San Roque. (28) Hospital Provincial del Centenario. (29) Hospital de Trauma y Emergencia Dr. Federico Abete. (30) Hospital Dr. Guillermo Rawson.

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMi) es una herramienta de soporte vital para pacientes con insuficiencia respiratoria. Un objetivo de VMi es proteger el pulmón de lesión pulmonar inducida por la VMi (VILI). El uso de volumen corriente (VC) bajo, presión meseta (Pm)

**Material y método:** Estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años

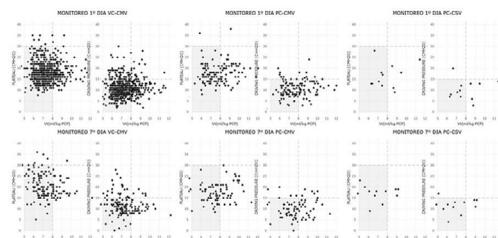
con requerimiento de VMi durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** El día 1 de VMi el 88,5% de los pacientes recibieron VC≤8ml/Kg. Sin embargo el 19,8%, 41,6% y 38% en VC-CMV, PC-CMV y PC-CSV respectivamente ventilaron VC>8ml/kg. En 787 pacientes (81,5%) se utilizó Pm y ΔP como monitoreo (92.05%, 76,4% y 30,76% en VC-CMV, PC-CMV y PC-CSV respectivamente). El 1,6% (VC-CMV), 1,4% (PC-CMV) y ningún paciente en PC-CSV presentaron Pm>30cmH<sub>2</sub>O. Un 11,8% presentaron ΔP>15cmH<sub>2</sub>O en VC-CMV, 9,5% en PC-CMV y 8,3% en PC-CSV.

Al día 7 de VMi 264 de 385 (68,57%) recibieron VC≤8ml/kg. El 20,3% en VC-CMV, 38,6% en PC-CMV y 43,3% en PC-CSV fueron ventilados con VC>8ml/kg. Se midió Pm y ΔP a 254 pacientes (63,8%), a un 87,9% en VC-CMV, 60,6% en PC-CMV, 18,98% en PC-CSV. Pm>30cmH<sub>2</sub>O se observó en 3,3% VC-CMV, ninguno en PC-CMV y PC-CSV. Por último, el 17,9%, 12,3% y 7% presentaron una ΔP>15cmH<sub>2</sub>O en VC-CMV, PC-CMV y PC-CSV respectivamente. La combinación de variables según modo en el día 1 y 7 se observan en la figura 1.

**Conclusiones:** El uso de VC bajo y monitoreo básico disminuye en función del tiempo y al utilizar modos presométricos. Aún resultando VC≤8ml/kg, PC-CMV y PC-CSV con poca frecuencia determinan el desarrollo de Pm y ΔP fuera de protección pulmonar.

Figura 1. Distribución de pacientes según modo ventilatorio (VC-CMV= ventilación mandatoria continua controlada por volumen; PC-CMV: ventilación mandatoria continua controlada por presión y PC-CSV ventilación espontánea continua controlada por presión), día de ventilación mecánica y parámetros de protección pulmonar: presión plateau, volumen corriente en función al peso corporal predicho (Vt ml/kg PCF) y Driving pressure (presión de trabajo, ΔP).



### 0106 PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO

S GARCIA SCHUSTEREDER(1), F ESPERÓN(1), P BELLÓN(1), W PRIMOSICH(1), J GAGLIARDI(1), H PAVÓN(1), J CANCINO(1), M BOSSO(1)

(1) Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica

**Introducción y objetivos:** El accidente cerebrovascular (ACV) causa frecuentes ingresos a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) e inicio de la ventilación mecánica (VM). La traqueostomía (TQT) es un procedimiento común en estos pacientes. Aquellos que no logran ser desvinculados o decanulados son derivados a Centros de Desvinculación de la Ventilación Mecánica y Rehabilitación (CDVMR).

El objetivo de este estudio fue describir los resultados de pacientes post ACV con TQT que ingresaron a un CDVMR. Secundariamente, analizar si existen variables asociadas a la decanulación.

**Material y Métodos:** Diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años de edad post ACV con TQT, que ingresaron entre el 1° de enero de 2016 y 31 de diciembre de 2019. Se excluyeron aquellos con menos de 7 días de internación en el CDVMR o con datos faltantes. Se evaluaron posibles variables asociadas a la decanulación con regresión logística simple.

**Resultados:** Se analizaron 79 pacientes (68,4% hombres), con una mediana de edad de 67 años (RIC 26-89). El 60,8% presentó ACV hemorrágico. El 73,4% fue de localización supratentorial. El 34,2% ingresó con VM con una mediana de 11 días (RIC 6-26) y el 85,2% se desvinculó con una mediana de días de weaning de 8 (4,5-15).

El 60,8% se decanuló con una mediana de días de TQT de 32 (RIC 18,75-56,25), solo un paciente se reanuló luego de 13 días de retirada la TQT. La mediana de días de internación fue de 98 (RIC 56,5-252,5). El 41,8% se derivó a un centro de agudos, mientras que el 30,4% recibió el alta. La mortalidad fue de 7,6%. El ACV isquémico (OR 0.34, IC 95% 0.13-0.87) y ser mayor de 70 años (OR 0.35, IC 95% 0.13-0.90) se asociaron con una menor probabilidad de decanulación.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes que ingresaron con ACV y TQT se pudieron decanular exitosamente. Los pacientes mayores de 70 años y con ACV isquémico tuvieron menor probabilidad de ser decanulados.

### 0107 DISTRIBUCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS Y DE UCI EN UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE ARGENTINA (EPVAR 2019)

M ACCOCE(1), F PUGLIESE(2), L SEPÚLVEDA(3), P SAUL(4), MDC GOROSTEGUI(5), MR MARTEAU GONZALEZ(6), C FERREIRA(7), S IRIARTE(8), B CALVET(9), EC CAÑETE(10), J VALLEJOS(11), M GRECA(12), FJ GIMENEZ(13), C ANDIA BERAZAIN(14), MG SANCHEZ(15), C LUCHITTA(16), L ESCALZO(17), U RIOS PÁRRAGA(18), A VAZQUEZ RISSO(19), C CAVAGNARO(20), PM GUTIERREZ FERNANDEZ(21), I SANDOVAL(22), M CONTRERAS

(1) Sanatorio Anchorena San Martín. (2) Hospital Dr D. Velez Sarsfield. (3) Clínica Adventista Belgrano. (4) Hospital Francisco Javier Muñiz. (5) Higa Dr Oscar Allende. (6) Hospital Español de Rosario. (7) Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramon Madariaga. (8) Sanatorio Nuestra Sra del Rosario. (9) Clínica Santa María. (10) Hospital Central de Formosa. (11) Hospital Eva Perón. (12) Policlínico PAMI 1. (13) Centro de Cuidados Intensivos. (14) Sanatorio Finochietto. (15) Clínica Zabala. (16) Sanatorio Mapaci. (17) Clínica Pasteur. (18) Sanatorio Lavalle. (19) Sanatorio Las Lomas. (20) Hospital de Autogestión SAMIC Iguazú. (21) Clínica Pasteleros. (22) Hospital Nodal Dr. Alejandro Gutiérrez. (23) Hospital Público Provincial de la Ciudad de Córdoba San Roque - UTI 2. (24) Hospital Santa Isabel de Hungría. (25) Hospital Simplemente Evita. (26) Hospital Central Reconquista. (27) Clínica Monte Grande. (28) Hospital Fernandez. (29) Hospital Misericordia Nuevo Siglo. (30) Sanatorio Trinidad Ramos Mejía

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una herramienta de soporte vital para los pacientes con insuficiencia respiratoria. La disponibilidad de los recursos físicos y humanos es una limitante en la atención de pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI).

**Material y método:** Estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VMI durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Participaron 142 centros de Argentina, el 53.5% correspondió al sector privado. CABA y Buenos Aires aportaron el 45% de los centros participantes. Figura 1.

La capacidad de camas hospitalarias tuvo una mediana (Md) 153 camas (rango inter cuartilo (RIQ) 100-218). La distribución de las mismas según sector privado o público fue: privado: Md 136 (RIQ 89-195), público: Md 184 (RIQ 120-293.7). Tabla 1

Cada centro informó cantidad de camas en UCI, en Md de 12 (RIQ 8-18). Según sector la distribución fue: privado: Md 14 (RIQ 9-20) y público Md: 12 (RIQ 8-15.5). Tabla 1

El número de ingresos anuales de cada centro fue Md 500 (RIQ 320-733) y según sector, privado: Md 600 (RIQ 400-890) y público: Md 380 (RIQ 289-560).

Recurso humano disponible informado: relación enfermero/paciente global Md 0.4 (RIQ 0.33-0.5) uno cada 2.5 camas. Según sector:

privado Md: 0.34 (RIQ 0.33-0.50) y público Md: 0.5 (RIQ 0.33-0.5). Relación kinesiólogo/paciente global: Md: 0.12 (RIQ 0.1-0.16) uno cada 8.3 camas y según sector: privado Md 0.12 (RIQ 0.09-0.14) y público Md 0.13 (RIQ 0.11-0.16).

Relación médico/paciente global Md 0.17 (RIQ 0.14-0.25) uno cada 5.88 camas y según sector: privado Md 0.17 (RIQ 0.14-0.25); público: Md 0.18 (RIQ 0.15-0.28).

**Conclusiones:** Los datos aportados por los centros participantes muestran centralización de los recursos humanos y físicos en torno al sector privado, quien cuenta con mayor cantidad de pacientes y mejor relación de profesionales por cama.

	Mediana	RIQ 25%	RIQ 75%
Camas en UTI	12,00	8,00	18,00
Cama HTAL	153,00	100,00	218,00
Cama Htal			
Privado	136	89	195
Público	184	120,25	293,75
Cama UTI			
Privado	14	9	20
Público	12	8	15,5
Ingreso por año en centro			
Privado	500	320	733
Público	600	400	890
Público	380	289	560

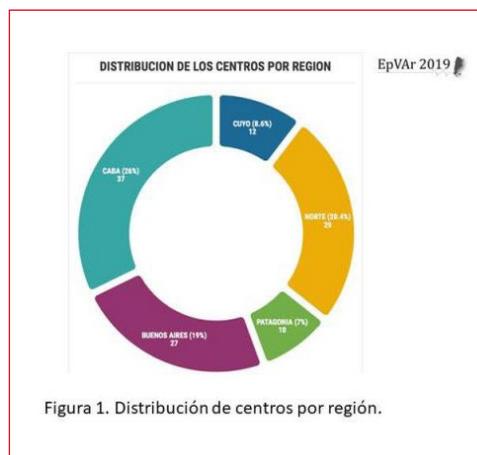


Figura 1. Distribución de centros por región.

### 0108 USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DURANTE EL DESTETE EN UN ESTUDIO NACIONAL MULTICÉNTRICO. EPVAR 2019

M ACCOCE(1), CG SOSA(2), G BONGIRONI(3), V RIENZI(4), M BEZZI(5), C ARAMAYO(6), G PARDAL(7), L MONTEJAR(8), GR BAEZ(9), MN RUFFO(10), G GARCÍA(11), D VILLALBA(12), S ZIDARICH(13), C FOSTER(14), H GINANIETTO(15), A KARACIC(16), A OBREGÓN(17), MV LÓPEZ(18), F DA FONSECA(19), MM DI PIERRO(20), B FIERRO(21), PM CAMPISTEGUY

(1) Sanatorio Anchorena San Martín. (2) Hospital de Clínicas José de San Martín. (3) Sanatorio Allende Cerro. (4) Hospital Gral. de Agudos Dr Cosme Argerich. (5) Hospital Santojanni. (6) Hospital del Sr. del Milagro. (7) Higa San Roque. (8) Hospital Provincial del Centenario. (9) Hospital de Trauma y Emergencia Dr. Federico Abete. (10) Hospital Dr Guillermo Rawson. (11) Sanatorio Colegiales. (12) Hospital de Chivilcoy. (13) Hospital Italiano. (14) Hospital Fernandez. (15) Hospital Misericordia Nuevo Siglo. (16) Sanatorio Trinidad Ramos Mejía. (17) Policlínico Modelo Cipolletti. (18) Higa Luisa Cravena de Gandulfo. (19) Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. (20) Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo. (21) Ipena. (22) Clínica Universitaria Reina Fabiola. (23) Hospital

Fiorito. (24) Clínica Argentina. (25) Sanatorio Trinidad Quilmes. (26) Sanatorio Otamendi. (27) Hospital Naval Pedro Mallo. (28) Sanatorios de Los Arcos. (29) Hospital Córdoba. (30) Hospital Publico de Auogestión Dr. Arturo Oñativia.

**Introducción:** La ventilación mecánica no invasiva (VMNi) es una herramienta de soporte ventilatorio para pacientes con insuficiencia respiratoria y muy útil en cierto grupo de pacientes en fase de weaning. Nos disponemos a describir el uso de la VMNi durante la fase de desvinculación de la ventilación mecánica invasiva en Argentina. Material y método: estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VMi durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019. Se reportó el uso de VMNi durante el destete.

**Resultados:** Sobre el total de la población que se extubó (n=464) se analizaron los diferentes escenarios de implementación de la VMNi y a su vez un subanálisis del uso según clasificación WIND.

En prevención de fallo se usó en el 14% (n=65) figura 1. En los grupos 1 y 2 WIND fueron los que más utilizados (11% y 11.7%). Del total de pacientes en este escenario se reintubó el 34% (n=22) y falleció el 16.9%. Figura 2.

En el escenario de VMNi como tratamiento del fallo se aplicó al 4% (n=19); los grupos 3A y 3B fueron los más usados (9.6% y 6.7%). Del total de este escenario el 84.2% se reintubó (16 de 19 pacientes) y falleció el 42%. Figura 2.

Por último, el uso como cambio de interfaz se usó en el 5.38% (n=25) fue similar en los grupos WIND, la reintubación del 36% (9 de 25 pacientes) y mortalidad del 24%. Figura 2.

**Conclusiones:** La VMNi fue más utilizada en el escenario de prevención de fallo seguido por cambio de interfaz. Cuando se utilizó en el tratamiento del fallo mostró los peores resultados con respecto a reintubación y mortalidad.

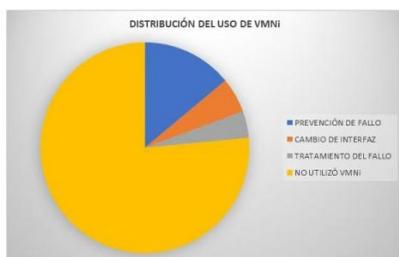


Figura 1. Escenarios de uso de la ventilación mecánica no invasiva



Figura 2. Reintubación por escenarios de uso de ventilación mecánica no invasiva.

## 0111 IMPLEMENTACIÓN DE OXIGENOTERAPIA A ALTO FLUJO EN PACIENTES EPOC CON FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPNICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

GA PLOTNIKOW(1), M ACCOCE(2), S FREDES(3), N TIRIBELLI(4), M SETTEN(5), JH DORADO(2), M GUAYMAS(4), S ILLUTOVICH(3), PO RODRIGUEZ(5), CE CESIO(2), JL SCAPELLATO(1), DN VASQUEZ(1)

(1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Sanatorio Anchorena San Martín. (3) Sanatorio de La Trinidad Mitre. (4) Complejo Médico Policial Churruca-Visca. (5) Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno"

**Introducción:** La oxigenoterapia a alto flujo consiste básicamente en la entrega de una mezcla gaseosa acondicionada con una fracción inspirada de oxígeno conocida. En la actualidad se ha demostrado su eficacia clínica en pacientes con falla respiratoria aguda (FRA) hipoxémica. El objetivo primario de este estudio piloto fue evaluar el efecto de la implementación de la oxigenoterapia a alto flujo sobre la frecuencia respiratoria como primera línea de soporte ventilatorio en pacientes con EPOC con falla respiratoria aguda hipercápnica.

**Materiales y métodos:** Estudio serie de casos, prospectivo multicéntrico, observacional y analítico que se realizó en 5 UCIs de la Argentina entre el 01 de agosto de 2018 y al 30 de septiembre 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:** Se analizaron 40 pacientes, con un promedio de edad de 68 ( $\pm 10$ ) años y un SAPS II 28 [21-36]. EPOC severos (62.5%; n = 25) con exacerbación de causa inespecífica (55%; n = 22) (Tabla 1). Transcurrida la primera hora de la implementación de oxigenoterapia a alto flujo la FR fue significativamente menor a la inicial con una reducción de la misma del 27% (29 vs 21 c/m ciclos por minuto;  $p < 0,001$ ). Del mismo modo, se encontró una reducción significativa para la PaCO<sub>2</sub> (57 vs 52 mmHg;  $p < 0,001$ ) y para el pH (7.32 vs 7.36;  $p < 0,001$ ) (Tabla 2).

Siete pacientes (17.5%) fracasaron a la implementación de la oxigenoterapia a alto flujo. En este grupo de pacientes la FR, el pH y la PaCO<sub>2</sub> no presentaron cambios significativos durante la primera hora. La mediana de días de internación en UCI y hospitalaria fue de 7 y 12 días respectivamente.

**Conclusión:** La oxigenoterapia a alto flujo es una herramienta efectiva para la reducción de la frecuencia respiratoria durante la falla respiratoria aguda hipercápnica en pacientes EPOC, como así también para el soporte no invasivo de este grupo de pacientes. El comportamiento de variables clínicas, y gasométricas de manera temprana, y a lo largo del tiempo, puede ayudar a predecir el éxito.

Tabla 1. Características de los pacientes

n=40 pacientes	
Edad (años)*	68 ( $\pm 10$ )
Género (F) n (%)	32 (80)
Altura (cm)*	158 $\pm$ 26
Peso Real (Kg)*	72 $\pm$ 24
Escore de Charlson*	2 [1-3]
SAPS II*	28 [21-36]
<b>Tipo de ingreso</b>	
Médico n (%)	37 (92,5)
Quirúrgico n (%)	3 (7,5)
<b>Clasificación de EPOC</b>	
Moderado n (%)	9 (22,5)
Severo n (%)	25 (62,5)
Muy Severo n (%)	6 (15)
<b>Causa de Exacerbación</b>	
Bacteriana n (%)	10 (25)
Viral n (%)	8 (20)
Inespecífica n (%)	22 (55)
Influidos Ra*	1 [0-2]
LOS UCI*	7 [4-10]
LOS Htal*	12 [9-15]
*Media ( $\pm$ DS). **Mediana [RQ]. F= femenino	
SAPS II = Simplified Acute Physiology Scale score II	
LOS = Estadía (del inglés "Length of stay").	
UCI= unidad de cuidados intensivos. Htal= Hospital.	

Tabla 2. Resultados del análisis estratificado según éxito/fracaso de la FR, PaCO<sub>2</sub> y pH en relación a la primera hora de utilización CNAFO<sub>2</sub> (oxigenoterapia a alto flujo a través de cánulas nasales)

Variable	Éxito			Fracaso		
	Basal	1ª Hora CNAFO <sub>2</sub>	p	Basal	1ª Hora CNAFO <sub>2</sub>	p
FR (c/m)*	29 [28-31]	22 [20-24]	<0.001	30 [25-31]	23 [22-29]	0.379
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)*	56 [51-67]	41 [44-59]	<0.001	66 [56-77]	72 [68-78]	0.392
pH <sup>†</sup>	7.32 [7.28-7.34]	7.37 [7.34-7.40]†	0.006	7.31 [7.29-7.32]	7.31 [7.28-7.35]†	0.56

\*Valores expresados en mediana [RQ]; †p = 0.022 para pH a la hora de CNAFO<sub>2</sub> (Test U de Mann Whitney)



### 0112 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD ASOCIADA A LAS MISMAS DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR

E GOGNIAT(1), A REBOREDO(2), R PRATTO(3), D GELBERT(4), C RUFFO(5), D CORIA(6), A KAMEGAWA(7), T RUIZ JALIL(8), M CAMARGO(9), MV VILASECA(10), L SEMORILE(11), SE DÍAZ(12), J LEBUS(13), P GOMEZ(14), E DUARTE AZUAJE(15), E SABADINI(16), ES RODRIGUEZ(17), F CASTRO(18), MN ANTUNEZ(19), S RADIMAK(20), M ESCOBAR(21), A BAIALARDO(22), HUNTER

(1) Capítulo de Kinesiología Intensivista SATI. (2) Clínica la Pequeña Familia. (3) Sanatorio Anchorena. (4) Clínica 25 de Mayo. (5) Clínica Sociedad Española de Socorros Mutuos Mendoza. (6) Hospital Público Descentralizado Dr. Marcial Vicente Quiroga. (7) Clínica y Maternidad Suizo Argentina. (8) Clínica Bazterrica. (9) Hospital San Luis. (10) Trinidad San Isidro. (11) Clínica de los Virreyes. (12) Sanatorio Español. (13) Sanatorio Norte SRL. (14) Sanatorio Juncal. (15) Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta Samic. (16) Hospital Alvarez. (17) Hospital Italiano Regional del Sur. (18) Clínica Santa María. (19) Hospital Italiano de San Justo. (20) Hospital Eva Perón. (21) Hospital Municipal del Carmen de Chacabuco. (22) Hospital Cullen de Santa Fe. (23) Instituto de Transplante y Alta Complejidad (itac). (24) Hospital Privado de Córdoba. (25) Higa Petrona V. de Cordero de San Fernando. (26) Hospital Universitario UAI. (27) Clínica Olivos. (28) Hospital Español. (29) Sanatorio Allende Nueva. (30) Higa San Martín de La Plata.

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una herramienta fundamental para el apoyo de los pacientes críticos. Su aplicación se asocia al desarrollo de complicaciones que pueden estar en relación directa con la misma, o con la enfermedad crítica y su entorno. Las complicaciones adquiridas en la UCI pueden impactar de manera negativa en el desenlace, o en la calidad de vida posterior. Nuestro objetivo fue describir la incidencia de complicaciones adquiridas, y su relación con la mortalidad.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VMI durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se incluyeron 950 pacientes de 142 UTIs con una edad promedio de 58 años, 58.9% hombres y con un SAPS II de 46.8. La mediana de días de VMI fue de 6 [2-13]. La mortalidad global en UCI y hospitalaria fueron del 44.6% y del 47.9% respectivamente. Encontramos que el 17% desarrolló NAVM, 1.9% barotrauma, 29.7% sepsis, 12.9% SDRA, 15% DAUCI, 17.8% delirium, 22.9% dolor, y fueron traqueotomizados 22.4% pacientes (Tabla 1). Respecto de las fallas orgánicas 22.7% presentó falla cardio-vascular, 11.1% falla hepática, 31.8% falla renal, 12.5% falla hematológica, y 14.6% falla neurológica (Tabla 1).

Los pacientes que experimentaron sepsis o SDRA tuvieron una mayor mortalidad (OR (IC95%) 2.67 (2.01-3.57), y 3.04 (2.04-4.60), respectivamente), ver Tabla 2. Por el contrario, la traqueotomía se asoció a una menor mortalidad (OR (IC95%) 0.53 (0.38-0.73). La cantidad de fallas orgánicas tuvo relación directa con la mortalidad, ver Figura 1

**Conclusion:** Encontramos una elevada incidencia de NAVM, sepsis, y falla renal respecto de lo reportado en la literatura internacional. También encontramos una elevada incidencia de dolor como complicación, algo que no se encuentra reportado en estudios similares. El desarrollo de sepsis o SDRA se asoció a una mayor mortalidad en la UCI. La mortalidad aumentó en relación a la cantidad de fallas orgánicas.

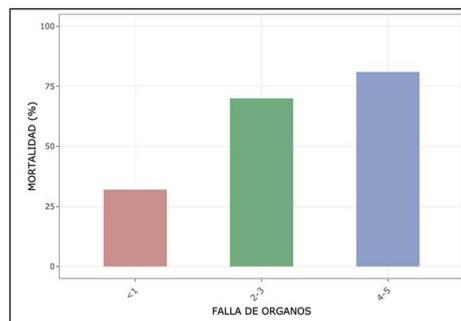


Figura 1: cantidad de falla de órganos y su relación con mortalidad

Tabla 1: incidencia de complicaciones y mortalidad asociada. NAVM: neumonía asociada a la ventilación mecánica, SDRA: síndrome de distrés respiratorio agudo, DAUCI: debilidad adquirida en UCI, TQT: traqueotomía.

Variables	Total pacientes	Vivo	Muerto	OR (IC95%)	p-valor
NAVM, n (%) (n=945)	166 (17.6)	87 (16.6)	79 (18.7)	1.15 (0.82-1.61)	0.402
Sepsis, n (%) (n=945)	281 (29.7)	108 (20.7)	173 (41.0)	2.67 (2.01-3.57)	<0.001
SDRA, n (%) (n=945)	122 (12.9)	39 (7.5)	83 (19.7)	3.04 (2.04-4.60)	<0.001
DAUCI (n=946)	-	-	-	-	-
Si, n (%)	142 (15.0)	93 (17.8)	49 (11.6)	1	N/A
No, n (%)	361 (38.2)	276 (52.8)	85 (20.1)	0.58 (0.38-0.89)	0.013
No evaluable, n (%)	351 (37.1)	96 (18.4)	255 (60.3)	5.04 (3.34-7.71)	<0.001
No registrado, n (%)	92 (9.7)	58 (11.1)	34 (8.0)	1.11 (0.64-1.92)	0.702
Delirium (n=945)	-	-	-	-	-
Si, n (%)	168 (17.8)	126 (24.1)	42 (10.0)	1	N/A
No, n (%)	360 (38.1)	266 (50.9)	94 (22.3)	1.06 (0.70-1.63)	0.786
No evaluable, n (%)	331 (35.0)	79 (15.1)	252 (59.7)	9.57 (6.27-14.86)	<0.001
No registrado, n (%)	86 (9.1)	52 (9.9)	34 (8.1)	1.96 (1.12-3.42)	0.017
Barotrauma, n (%) (n=950)	18 (1.9)	-	-	-	-
Dolor, n (%) (n=950)	216 (22.9)	-	-	-	-
Sin falla de órganos, n (%) (n=950)	410 (43.2)	323 (61.4)	87 (20.5)	0.16 (0.12-0.22)	<0.001
Falla cardiovascular, n (%) (n=950)	359 (37.8)	124 (23.6)	235 (55.4)	4.03 (3.06-5.33)	<0.001
Falla hepática, n (%) (n=950)	105 (11.1)	33 (6.3)	72 (17.0)	3.06 (2.00-4.77)	0.005
Falla renal, n (%) (n=950)	302 (31.8)	86 (16.3)	216 (50.9)	5.31 (3.95-7.20)	<0.001
Falla hematológica, n (%) (n=950)	119 (12.5)	31 (5.9)	88 (20.8)	4.18 (2.74-6.53)	0.003
Falla neurológica, n (%) (n=950)	139 (14.6)	48 (9.1)	91 (21.5)	2.72 (1.88-3.99)	<0.001

### 0113 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y MORTALIDAD. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR

E GOGNIAT(1), B SPATH(2), C PATRICIA(3), J ROBLES(4), M PETRE(5), A ABDALA(6), PA DOMENICHINI(7), MS FERNANDEZ ALTAMIRANO(8), S PICON FUSTER(9), E ROGGERO(10), A QUEREDA(11), S IZZA(12), G WERBER(13), R BARBARITO(14), F ITHURBURU(15), F GARCIA(16), C ESPINOSA(17), A RESGUARDO(18), V BOURGUIGNE(19), J BERTINAT(20), L PERALTA(21), Y BAIGORRIA, A VEGA

(1) Hospital Italiano de Bs As. (2) Clínica la Sagrada Familia. (3) Sanatorio Juncal. (4) Sanatorio Parque. (5) Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta Samic. (6) Hospital Alvarez. (7) Hospital Italiano Regional del Sur. (8) Clínica Santa María. (9) Hospital Italiano de San Justo. (10) Hospital Eva Perón. (11) Hospital Municipal del Carmen de Chacabuco. (12) Hospital Cullen de Santa Fe. (13) Instituto de Transplante y Alta Complejidad (ITAC). (14) Hospital San Felipe. (15) Sanatorio San José. (16) Hpgd San Bernardo. (17) Clínica Adventista Belgrano. (18) Hospital Francisco Javier Muñiz. (19) Higa Dr. Oscar Alende. (20) Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramon Madariaga. (21) Sanatorio Nuestra Señora del Rosario. (22) Hospital Central de Formosa. (23) Policlínico PAMI 1. (24) Centro de Cuidados Intensivos. (25) Clínica La Pequeña Familia. (26) Sanatorio Anchorena Recoleta. (27) Clínica 25 de Mayo. (28) Clínica Sociedad Española de Socorros Mutuos Mendoza.

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una herramienta universal y fundamental para el apoyo de los pacientes críticos. No existe hasta el momento en nuestro país información sobre los resultados de los pacientes en VMI de acuerdo a la región geo-

gráfica y al sector de la salud al que pertenecen. El objetivo de este estudio fue describir y analizar la mortalidad de los pacientes en VMI por región geográfica y por sector de salud (público/privado).

**Material y métodos:** Se trata de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VMI durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Participaron del estudio 142 centros de 22 provincias de la República Argentina (Figura 1), que incluyeron 950 pacientes, el 46.5% proveniente del sector público. La mayor parte de los pacientes fueron reclutados en la provincia de Buenos Aires (289 pacientes, 30.4%), ver Figura 2 y 3. Observamos variaciones geográficas significativas en los resultados. La mortalidad global en UTI fue del 44.6%. Respecto a la mortalidad por región encontramos Cuyo 35%, Norte 45%, Patagonia 51%, Centro 50%, Buenos Aires 48%, CABA 37%. La mortalidad de la región Centro y de Buenos Aires fue mas elevada que la mortalidad de CABA ( $p = 0.009$  y  $0.013$  respectivamente), ver Tabla 1. No encontramos diferencia estadísticamente significativa en mortalidad entre sector público y privado, 45.1% y 42.2% respectivamente.

**Conclusión:** Debido a la cantidad de centros reclutados y a la distribución geográfica, los resultados del estudio representan la realidad de las UCIs de la Argentina. La provincia de Buenos Aires fue la región que mas pacientes reclutó, teniendo esto relación directa con la cantidad de habitantes de esta. Existen diferencias en la mortalidad entre regiones, no así entre instituciones del sector público y privado.

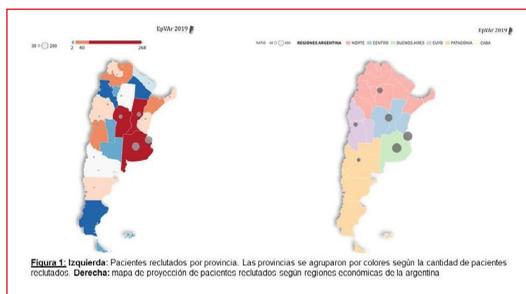


Tabla 1. variables relacionadas con aspectos demográficos

Variables	Total pacientes (n=950)	Vivo (n=526)	Muerto (n=424)	OR (IC95%)	p-valor
<b>Región geográfica</b>					
CABA, n (%)	268 (28.2)	167 (31.7)	101 (23.8)	1	N/A
Provincia de Buenos Aires, n (%)	289 (30.4)	150 (28.5)	139 (32.8)	1.53 (1.09-2.15)	0.013
Centro, n (%)	186 (19.6)	93 (17.7)	93(21.9)	1.65 (1.13-2.42)	0.009
Cuyo, n (%)	57 (6.0)	37 (7.0)	20 (4.7)	0.89 (0.48-1.61)	0.713
Norte, n (%)	105 (11.1)	57 (10.8)	48 (11.3)	1.39 (0.88-2.20)	0.155
Patagonia, n (%)	45 (4.7)	22 (4.2)	23 (5.4)	1.73 (0.91-3.28)	0.091
<b>Institucion</b>					
Pública	461 (48.5)	254 (54.7)	210 (45.3)	1	N/A
Privada	489 (51.5)	273 (55.8)	216 (44.2)	0.96 (0.74-.24)	0.769

### 0114 COMPORTAMIENTO DE ÍNDICES DE OXIGENACIÓN ANTE OBJETIVO DE SATURACIÓN CONSERVADOR VERSUS LIBERAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A CORONAVIRUS-19 BAJO ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA

J DORADO(1), J PÉREZ(1), E NAVARRO(1), E GOGNIAT(2), SATI, D GILGADO(1), G CARDOSO(1), S TORRES(1), M BERTOZZI(1), S CAGIDE(1), D RODRIGUEZ(1), M CALVO DELFINO(1), C PAPAIZIAN(1), M BERASTEGUI(1), M ACCOCE(1)

(1) Sanatorio Anchorena de San Martín. (2) Capítulo de Kineisología Intensivista. (3) SATI

**Introducción:** Un 5% de los pacientes afectados por coronavirus 2019 desarrollan síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA-

CoV2). La ventilación mecánica invasiva (VMI) tiene por objetivo evitar la progresión de la lesión pulmonar y sostener un adecuado intercambio de gases. Recientemente, guías europeas recomiendan mantener objetivos de oximetría de pulso (SpO2) mayores (92-96%) a los utilizados en estrategias conservadoras (88-92%). Los índices de oxigenación (IO) son marcadores de gravedad y determinan el uso de diferentes intervenciones (prono, bloqueo neuromuscular, entre otros). El objetivo del presente estudio fue comparar el comportamiento de IO ante un objetivo de saturación liberal y conservador en pacientes con SDRA-CoV2 en VMI.

**Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio experimental, analítico y prospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SDRA-CoV2 bajo VMI. Fueron evaluados con PEEP de 5cmH2O y se aleatorizó la aplicación de dos niveles de fracción inspirada de oxígeno (FiO2):

FiO2alta para SpO2 96%  
 FiO2baja para SpO2 88-92%

Se evaluó mecánica del sistema respiratorio y se calcularon los índices PaO2/FiO2, diferencia alveolo-arterial de O2 (A-a), cociente arterio-alveolar de O2 (a/A) y fracción de shunt funcional.

**Resultados:** Fueron incluidos 15 pacientes con una mediana de edad de 54 años (78,6% hombres), una mediana de 1 día de VMI y media de SAPS II de 32. La media de FiO2 alta y baja fue de 0,8 y 0,4 respectivamente. Tres pacientes (3/15) cambiaron de severidad de SDRA (de moderado a leve), y 3 (3/15) incrementaron su PaO2/FiO2 a más de 150mmHg al utilizar FiO2 para SpO2 entre 88-92% (Figura 1). Las variables de mecánica del sistema respiratorio no presentaron diferencias, sin embargo, los IO fueron significativamente afectados por la selección de FiO2 para objetivo de SpO2. A excepción del shunt funcional, todos se deterioraron al perseguir el objetivo de SpO2 de 96% (Tabla 1).

**Conclusiones:** La utilización de FiO2 con objetivo de oxigenación liberal generó deterioro significativo en los índices de oxigenación en comparación con objetivos conservadores con excepción del índice Qs/Qt que se redujo significativamente.

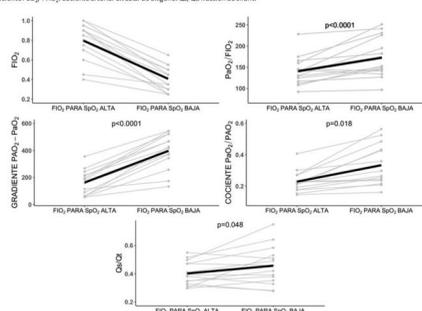
Tabla 1. Comportamiento de variables de monitoreo de mecánica respiratoria e índices de oxigenación al cambiar objetivo de saturación arterias de oxígeno SpO2 (SpO2 alta = 96% y SpO2 baja = 88-92%).

Variable	SpO2 ALTA (T1)	SpO2 BAJA (T2)	T1-T2 (IC95%)	p-valor
Delta P	9.9 (1.5)	10.0 (1.5)	-0.1 (0.2-0.5)	0.675
Delta PTP*	7.9 [7.2-8.6]	8.0 [6.9-8.4]	-0.1 (1.0-1.2)	1
PTPe	-2.6(3.2)	-3.2 (3.4)	0.6(-0.2-0.9)	0.349
Eur	25.4 (5.1)	26.2 (6.2)	-0.8 (0.6-1.1)	0.540
Ei	20.4 (5.0)	20.8 (5.5)	-0.4 (0.9-1.7)	0.585
Ei-Eur	0.80 (0.08)	0.79 (0.08)	0.01 (0.03-0.03)	0.935
Qs-Qt	0.40 (0.08)	0.45 (0.13)	-0.04 (-0.09 - 0.01)	0.048
PAET	148.9 (34.6)	165 (54.4)	32.2 (50.2 - 14.2)	<0.001
A-a	397.5 (133.6)	190.4 (139.7)	248.8 (206.3-291.3)	<0.001
a/A*	0.21 [0.18-0.25]	0.26 [0.22-0.43]	-0.04 (-0.21 - 0.01)	0.015

T1=2 de Trispan  
 Valores expresados en media (DS) y mediana (IQR)  
 n=15

Fig. 1. Comportamiento de índices de oxigenación al cambiar objetivo de saturación arterias de oxígeno SpO2 (SpO2 alta = 96% y SpO2 baja = 88-92%). Todos los índices se deterioraron significativamente al incrementar la fracción inspirada de oxígeno, a excepción del shunt que disminuyó en este escenario.

FiO2: Fracción inspirada de oxígeno. PaO2/FiO2: Relación presión arterial de oxígeno sobre fracción inspirada de oxígeno. Gradiente PaO2-PaO2: diferencia alveolo-arterial de oxígeno. Cociente PaO2/PaO2: Cociente arterio-alveolar de oxígeno. Qs/Qt: fracción de shunt.



### 0115 PROGRAMACIÓN Y MONITOREO DE LA VM DURANTE LOS PRIMEROS 10 DÍAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR

E GOGNIAT(1), R GIANNONI(2), G PARDAL(3), CA BARCELLO(4), I DEVEIKIS(5), S ROMAN(6), MM KOZ(7), J TURUN BARRERE(8), D VERÁ(9), MA FURCHE(10), MM LEDESMA(11), MA GOLDBERG(12), PN TABORDA(13), A SMIDT(14), C STOLL(15), D PONCE(16), A PATRINOS(17), M ESCOBAR(18), F PUZZO(19), L VARGAS(20), E TUNINETTI(21), E SEERY(22), VE MENDOZA(23), RE SOLANO(24), IB

(1) Hospital Italiano de Bs As. (2) Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo. (3) Ipena. (4) Clínica Universitaria Reina Fabiola. (5) Hospital Fiorito. (6) Clínica Argentina. (7) Sanatorio Trinidad Quilmes. (8) Sanatorio Otamendi. (9) Hospital Naval Pedro Mallo. (10) Sanatorio De Los Arcos. (11) Hospital Córdoba. (12) Sanatorio Mitre. (13) Hospital Regional V. Sanguinetti. (14) Hospital Justo José de Urquiza. (15) Clínica San Agustín. (16) Hiea y C San Juan de Dios. (17) Sanatorio Clínica Modelo de Moron. (18) Hospital Houssay. (19) Hospital El Cruce Dr. Nestor Kirchner. (20) Hospital de Clínicas José de San Martín. (21) Sanatorio Allende Cerro. (22) Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. (23) Hospital Santojanni. (24) Hospital del Señor del Milagro. (25) Higa San Roque. (26) Hospital Provincial del Centenario. (27) Hospital de Trauma y Emergencia Dr. Federico Abete. (28) Hospital Dr. Guillermo Rawson. (29) Hospital de Chivilcoy

**Introducción:** La ventilación mecánica (VM) es una herramienta fundamental para el apoyo de los pacientes críticos. El monitoreo continuo de las variables ventilatorias durante la misma constituye la base para guiar estrategias que aseguren el correcto intercambio de gases con el menor impacto negativo posible sobre el sistema respiratorio. En nuestro país no existen datos respecto a la programación y el monitoreo del ventilador a lo largo de la internación. El objetivo de este estudio fue describir variables de programación y monitoreo durante los primeros 10 días de VM, y buscar variables que se asocien con mortalidad.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico, prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años admitidos de forma consecutiva en la UCI con requerimiento de VM durante al menos 12 horas durante una ventana de tiempo comprendida entre 1 de septiembre 2019 y el 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se incluyeron 950 pacientes de 142 UTIs con una edad promedio de 58 años, 58.9% hombres y con un SAPS II de 46.8. En la Tabla 1 se detallan los resultados de EAB, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, modos ventilatorios, programación y monitoreo de los días 1, 2, 3, 5, 7 y 10 desde el inicio de VM. El subgrupo de pacientes vivos presentó valores de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> más altos respecto del subgrupo de los pacientes fallecidos, ver Figura 1. La presión plateau fue más baja en los pacientes vivos respecto de los fallecidos, ver Figura 1. La mortalidad fue significativamente diferente en relación a los distintos cuartiles de presión de trabajo (DP, del inglés driving pressure) (p<0.001). El número de pacientes fallecidos tuvo un comportamiento lineal en relación a los cuartiles de DP (p<0.001), ver Figura 1 "d".

**Conclusión:** En la gran mayoría de los pacientes las variables de intercambio gaseoso se encontraron dentro de lo considerado como aceptable, así como las variables de mecánica pulmonar dentro de lo que se considera como protector. Los pacientes fallecidos tuvieron valores menores de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, y niveles más altos de presión plateau. La mortalidad aumentó a medida que aumentó DP.

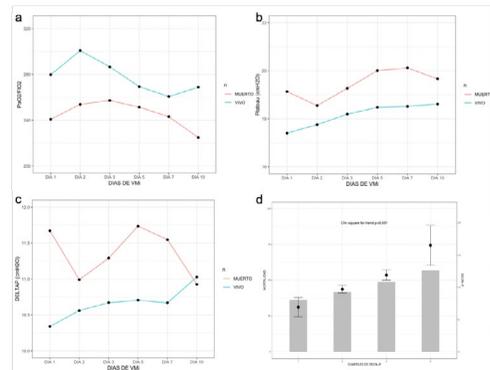


Figura 1: a) variación de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> en el tiempo, b) variación de presión plateau en el tiempo, c) variación de DP en el tiempo, d) relación entre DP y mortalidad, se ha dividido el DP en cuartiles, la altura de las barras es la mortalidad en cada cuartil de DP, los puntos son la media de DP de cada cuartil y los bigotes es 1 DS

VARIABLE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 5	DIA 7	DIA 10
ph, media (ds)	7.33 (0.10)	7.36 (0.09)	7.37 (0.08)	7.39 (0.08)	7.40 (0.08)	7.41 (0.08)
n	874	740	634	469	366	256
PCO <sub>2</sub> , media (ds)	40.5 (11.9)	39.5 (9.7)	40.3 (10)	40.4 (9.8)	40.7 (10.5)	41.7 (11.5)
n	874	740	634	469	366	256
PO <sub>2</sub> , media (ds)	119.3 (58.8)	107 (35.2)	102.8 (33.8)	100.7 (42.9)	95.6 (30)	94.3 (30.8)
n	874	740	634	469	366	256
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , media (ds)	0.49 [0.35-0.55]	0.40 [0.30-0.50]	0.40 [0.30-0.50]	0.40 [0.30-0.50]	0.40 [0.30-0.50]	0.40 [0.30-0.50]
n	874	740	634	469	366	256
SpO <sub>2</sub> , media (ds)	262.9 (121.2)	280.6 (117.4)	273.3 (114.8)	265.3 (136.6)	251.9 (109.5)	248.2 (106.8)
n	874	740	634	469	366	256
Fr, media (ds)	97 [95-99]	97 [95-98]	97 [95-98]	97 [95-98]	96 [95-98]	97 [95-98]
n	874	740	634	469	366	256
Fr, pac mediana [RIQ]	18 [16-22]	19 [16-22]	19 [17-22]	20 [17-25]	20 [18-24]	20 [18-23]
n (%)	916 (100)	791 (100)	655 (100)	500 (99.8)	398 (100)	283 (100)
Fr, prog mediana [RIQ]	18 [16-20]	18 [16-20]	18 [16-22]	18 [16-20]	18 [16-21.5]	18 [16-20]
n (%)	876 (95.6)	710 (89.7)	572 (87.2)	406 (81)	314 (78.8)	217 (76.6)
Vic, ml mediana [RIQ]	450 [400-500]	450 [400-500]	450 [400-500]	450 [400-500]	450 [400-500]	450 [380-500]
n (%)	916 (100)	791 (100)	654 (99.8)	500 (99.8)	398 (100)	283 (100)
Presión pico, (cmH <sub>2</sub> O) mediana [RIQ]	23 [20-27]	22 [19-27]	22 [19-27]	23 [19-27]	22 [18-27]	22 [18-27]
n (%)	914 (99.8)	790 (99.8)	651 (99.3)	500 (99.8)	396 (99.4)	281 (99.2)
Plateau (cmH <sub>2</sub> O), media (ds)	18.1 (4.6)	18.1 (4.6)	18.7 (4.5)	19 (5.2)	19.3 (5.3)	19.1 (4.9)
n (%)	787 (86)	646 (81.6)	488 (74.5)	339 (67.6)	254 (63.8)	170 (60)
PEEP (cmH <sub>2</sub> O), media (ds)	6.7 (2.1)	6.8 (2.2)	7.1 (2.2)	7.1 (2.4)	7.2 (2.5)	7.3 (2.3)
n (%)	916 (100)	791 (100)	655 (100)	501 (100)	398 (100)	283 (100)
PEEP, (cmH <sub>2</sub> O), media (ds)	7.1 (2.3)	7.2 (2.5)	7.6 (2.6)	7.7 (2.7)	7.8 (2.8)	7.8 (2.8)
n (%)	838 (91.4)	711 (89.8)	574 (87.6)	430 (85.8)	329 (82.6)	229 (80.9)
Driving pressure (cmH <sub>2</sub> O), media (ds)	11.3 (3.9)	10.7 (3.8)	10.9 (3.8)	11.2 (4.3)	11.5 (4.4)	10.9 (3.9)
n (%)	787 (86)	640 (81.0)	482 (73.6)	333 (66.4)	254 (63.8)	168 (59.3)
VC-CMV, n (%)	680 (74.2)	499 (63.1)	372 (56.8)	246 (49.1)	174 (43.7)	114 (40.3)
PC-CMV, n (%)	195 (21.3)	213 (26.9)	202 (30.8)	159 (31.7)	137 (34.4)	107 (37.8)
PC-CSV, n (%)	39(4.3)	69 (8.7)	70 (10.7)	85 (17)	79 (19.8)	58 (20.5)
OTROS, n (%)	1 (0.1)	9 (1.1)	10 (1.5)	9 (1.8)	7 (1.8)	4 (1.4)
SIMV, n (%)	1 (0.1)	1 (0.1)	1 (0.2)	2 (0.4)	1 (0.3)	0 (0)

Tabla 1: variables de EAB, intercambio gaseoso, programación, monitoreo, y modos ventilatorios, durante los primeros 10 días de VM. Las variables se presentan en porcentaje, media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartil según corresponda.

### 0117 CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ANÁLISIS PREDICTIVO DE MORTALIDAD DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

MM RIVAROLA(1), E LANZAVECCHIA FEMENÍAS(1), JA CARDILLO(1), M HERRERA(1), S BRUSCA(1), A PENAYO(1), B LATINI(1), C GARCIA(1), C FRIDMAN(1), DG BUAMSCHA(1), ME GALVÁN(1)

(1) Hospital Garrahan

La patología hemato-oncológica (HO) constituye la primera causa de muerte asociada a enfermedad en niños en Argentina. El avance en los métodos diagnósticos, protocolos de tratamiento ajustados por patología y el seguimiento estricto lograron mayor sobrevida asociado también a mayor requerimiento de soporte vital avanzado en UCIP. Existe escasa información estadística en Argentina respecto a los pacientes HO que requieren cuidados críticos. Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de cohorte, desde enero de 2017 a diciembre de 2019 en una UCI para pacientes inmunocomprometidos de un hospital pediátrico, en pacientes de 28 días de vida a 18 años de edad con enfermedad HO que requirieron

cuidados intensivos. Se realizó un modelo de regresión logística multivariado analizando mortalidad.

Objetivo primario: Identificar factores de riesgo de mortalidad, criterios de ingreso a UCIP y patología de base.

Objetivos secundarios: Svaluar días de internación en UCIP y los requerimientos de soporte vital; ARM, VNI, Drogas Vasoactivas y TRRC. Los pacientes admitidos fueron 302 (10% de los ingresos anuales). La mediana de edad fue 6 años, con una sobrevida en la UCIP de 85,76%.

El diagnóstico predominante en ambos grupos fue LLA, 114 (44,01%) en vivos y 24 (55,81%) en fallecidos.

No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a enfermedad de base, motivo de ingreso ni foco infeccioso entre los sobrevivientes. Se observó fuerte asociación entre mortalidad y presencia de Shock Séptico ( $p=0,01$ ) OR 2,48 (1,25-4,9). Se realizó análisis con regresión logística multivariada identificando al uso de DV OR 11,68 IC (3,74-51,88) y a la TRRC OR 14,57 IC(5,05-47,88) como principales factores asociados a mortalidad.

Los valores de PIM3, SOFA y PELOD al ingreso, evaluados mediante curvas ROC, mostraron una adecuada capacidad predictiva, presentando los scores PELOD y SOFA AUC 0,77 (IC: 0.69-0.85) y PIM3 AUC 0,74 (IC 0.66-0.82).

El diagnóstico principal fue LLA. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a enfermedad de base, motivo de ingreso ni foco infeccioso entre los sobrevivientes. El uso de DV y TRRC son factores predictores de mortalidad.

Si bien esta cohorte requirió mayor soporte vital, la mortalidad global fue del 14%, similar a lo observado en unidades polivalentes.

#### 0118 ECTIMA GANGRENOSO EN PEDIATRIA: PRESENTACION DE UN CASO

L BOZO(1), S ESQUIVEL(2), L BOZO(2), E CESPEDDES(3)

(1) Sanat F Paredes. (2) Sanatorio Privado Figueroa Paredes. (3) Sanatorio Privado Foguerroa Paredes

**Objetivo:** Presentación de un caso clínico.

Describir la características y la evolución de esta patología en un niño inmunocompetente cuya evolución fue favorable.

**Introducción:** El ectima gangrenoso es una vasculitis necrozante poco frecuente, que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos. Se manifiesta como mácula, pápula que evoluciona a la ulceración y necrosis. En una gran proporción de casos se originará en la región glútea y extremidades inferiores. En su gran mayoría es causada por pseudomona aeruginosa.

Plantea a la población pediátrica desafíos importantes para el diagnóstico y tratamiento correcto.

**Caso clínico:** Paciente de 11 meses de edad, que ingresa a UTIP con shock séptico a foco dérmico. Presentó compromiso hemodinámico con requerimientos de monitoreo invasivo. Drogas vasoactivas, antibioticoterapia EV y tratamiento por cirugía plástica.

Como dato de importancia se rescata el antecedente de una infección IM (ATB) al ser imposible el acceso venoso. El mismo se encontraba cursando IRAB grave en resolución.

Dentro de los estudios a destacar se realizaron dosajes de inmunoglobulinas y de poblaciones linfocitarias constatándose hipogamaglobulinemia la cual mejora con infusión de gamaglobulinas y en los controles de egreso normaliza los valores de la misma. Se constató la ausencia de compromiso de orden carciaco relacionado con el germen.

Al ingreso a UCIP se constata en región glútea derecha una equimosis de 2 x 2 cms que se extiende progresivamente. Evolucionando a la necrosis y extendiéndose la misma al área dorso lumbal.

Hemocultivos + cultivos de lesión positivo a para pseudomona aeruginosa sensible a meropenem resistente a ceftazidime. Requirió curaciones e injertos por cirugía plástica durante 2 meses. Evolucionando de forma favorable tanto del aspecto local como sistémico. Con egreso de la unidad a los 3 meses con indemnidad neurológica y cicatrización en evolución.

**Conclusiones:** El ectima gangrenoso es una vasculitis necrotizante de las pequeñas venas de la piel cuyo agente principal es la pseudomona aeruginosa.

Es una infección más frecuente en inmunocomprometidos.

El diagnóstico precoz y la antibioticoterapia oportuna son fundamentales para disminuir la morbimortalidad.

#### 0119 MÉTODOS DE EVALUACIÓN MUSCULAR EN PACIENTES CON CIRROSIS EN LISTA DE TRASPLANTE

SP CHAPELA, PM PEGORARO(1), M AQUINO(1), D MANGIAROTTI(1), J CORONIL(1), N AREAS(1), EJ DESCOTTE(1)

(1) Hospital Británico

**Introducción:** La sarcopenia es la pérdida de masa y función muscular. Su presencia ensombrece el pronóstico tanto de pacientes sépticos como otras patologías de alta prevalencia en terapia intensiva como los pacientes cirróticos. Los pacientes cirróticos sarcopénicos en lista de trasplante tienen mayor mortalidad.

**Métodos:** Se incluyeron 34 pacientes en evaluación para trasplante hepático en el periodo comprendido entre junio 2018 y julio del 2019. Se analizaron distintas formas de valoración muscular. Se les realizó medición a través de tomografía computada (TC) de suma de área de 2 psosas, área muscular total y Muscle Index con el programa CoreSlicer (<https://www.coreslicer.com.ar>), y medición de área total de psosas con los programas CoreSlicer (<https://www.coreslicer.com.ar>) y Synapse 3d (FUJIFILM Medical Systems U.S.A.). También se realizó ecografía y midió el área transversal de recto anterior del cuádriceps. Finalmente se midió fuerza muscular de prensión palmar (handy grip) mediante dinamometría. Tomando como Gold Estándar el Muscle Index (área muscular total/superficie corporal con punto de corte 50 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en hombres y 39 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en mujeres), se realizó prueba de Pearson para evaluar correlación entre los distintos métodos y área bajo la curva ROC y se evaluó sensibilidad y especificidad.

**Resultados:** La descripción de la población se describe en la tabla 1. Los puntos de corte de las distintas mediciones tomando Muscle Index como Gold Estándar, área bajo la curva (AUC), sensibilidad y especificidad se describe en tabla 2. Se analizó la correlación entre las distintas mediciones comparando con el área muscular total, con área de cuádriceps ( $r = 0.39$ ;  $P = 0.019$ ), con área total de psosas ( $r = 0.71$ ;  $P < 0.01$ ), con suma de área de 2 psosas ( $r = 0.72$ ;  $P < 0.001$ ) y con Handy Grip ( $r = 0.45$ ;  $P = 0.0069$ )

**Conclusiones:** Hubo muy buena correlación entre los distintos métodos de imágenes por TC con el Gold Estándar, en cambio la correlación con la ecografía y la fuerza fue buena. Al evaluar sensibilidad, especificidad y AUC, no se encontró un método que sea útil para hombres y mujeres al comparar con el Muscle Index.

Tabla 2. Se analizaron los puntos de corte de las distintas mediciones comparando con muscle index. Se indexaron las áreas musculares con la superficie corporal dado que muscle index se encuentra indexada (área muscular total/superficie corporal total). Se dividió el análisis en hombres y mujeres ya que para cada sexo hay un punto de corte distinto. AUC = Área Bajo la Curva. IC = Intervalo de Confianza.

Variable	Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad	AUC	IC	P
Ecografía de cuádriceps indexada (mujeres)	0.81 cm <sup>2</sup>	50%	100%	0.72	0.348 - 0.951	0.27
Suma de 2 Psosas Indexada (mujeres)	3.97 cm <sup>2</sup>	33%	33%	0.5	0.173 - 0.827	1
Área total Psosas Indexada (mujeres)	380 mm <sup>2</sup>	66.7%	100%	0.72	0.348 - 0.951	0.27
Handy Grip (mujeres)	16 kg	83%	66%	0.89	0.518 - 0.997	<0.001
Ecografía de cuádriceps indexada (hombres)	1.32 cm <sup>2</sup>	91.67%	53.8%	0.70	0.487 - 0.866	0.06
Suma de 2 Psosas Indexada (hombres)	6.17 cm <sup>2</sup>	91.67%	69.23%	0.82	0.616 - 0.944	<0.001
Área total Psosas Indexada (hombres)	636 mm <sup>2</sup>	83.33%	76.92%	0.8	0.602 - 0.936	0.0014
Handy Grip (hombres)	29.66 kg	91%	69.23%	0.69	0.478 - 0.860	0.11

Tabla 1: Se describen las características de la población. DS = Desvío Estándar. IMC = Índice de Masa Corporal

	Hombres	Mujeres
N	25	9
Peso - Kg Media (DS)	82.2 (16.2)	65.4 (16)
Altura - Cm Media (DS)	171 (8.5)	160.5 (9.7)
IMC - Media (DS)	27.6 (5.58)	24.6 (3.5)
MELD	13.3 (3.7)	12.8 (2.2)
Hipertensión Arterial	44%	33%
Diabetes Mellitus	52%	33%
Cardiopatía Isquémica	12%	0
Accidente Cerebro Vascular	8%	0
Causa de Cirrosis		
Alcohol	44%	11.1%
Autoinmune	4%	0
Viral	8%	33.3%
Metabólicas	28%	22.2%
Otras	16%	33.3%
Fragilidad		
Frágil	16%	33.3%
Pre-Frágil	80%	66.6%
Robusto	4%	0
Complicaciones Cirrosis		
Hepatocarcinoma	52%	22.2%
Ascitis	60%	66.7
Encefalopatía Portosistémica	16%	33.3%
Hemorragia Digestiva Alta	6%	44.4%

## 0120 MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE, PERO DE ELEVADA MORBIMORTALIDAD. TRATAMIENTO DE TÉTANOS GRAVE. A PROPOSITO DE UN CASO

LS AGUERO(1), MG LOPEZ CRUZ(1), E SAUER(1), MO CHIERCOTTI(1), M CORGNALI(1), A REGALADO(1), L TARCHINI(1), M LOPEZ(1), E KUNTO(2), D VELARDEZ(3), P ACOSTA(3), C DAVID(1)  
 (1) CEPESI Eva Peron. (2) Muñiz. (3) Prof. Dr. Juan P. Garrahan

**Introducción:** El tétanos es una enfermedad aguda producida por la toxina de Clostridium tetani, inmunoprevenible, que conlleva elevada tasa de mortalidad sin un diagnóstico oportuno y adecuado tratamiento.

**Caso clínico:** Paciente sexo masculino 14 años, cursa cuadro clínico de 3 días de evolución con dificultad para masticar, dolor y contractura muscular mandibular, de cuello, rigidez de nuca, espalda (opistótonos) y dificultad para la marcha. Oriundo de zona rural, previamente sano, vacunación incompleta. Antecedente de herida punzante con espina de vinal (planta autóctona) una semana previa a comienzo de síntomas.

Por clínica y antecedentes se asume como Tétanos. En analítica incremento de CPK por lo que comienza con hiperhidratación y alcalinización de orina, se medica con G sódica y metronidazol, Inmunoglobulina tetánica y gammaglobulina estándar. Inter consultamos con Hospital Muniz y Tele UCI Garrahan para consensuar tratamiento. Ingresa a área crítica tratado con diazepam y baclofeno, tras empeoramiento de las crisis se agrega clorpromazina y se decide realizar traqueostomía electiva. Para el control de las crisis espásticas se fue titulando benzodicepinas, morfina, relajantes musculares y coadyuvantes, llegando a recibir midazolam 0,3 mg/kg/hora, morfina 0,5 mg/kg/hora, clorpromazina 200 mg/día, baclofeno 60 mg/día, Sulfato de Magnesio 1.5 gr c/6 hs, diazepam 10 mg cada 4 hs, vecuronio 0,1 mg/kg/dosis cada 4 hs. Con lo cual se logran controlar las crisis. Tras 20 días internado comienza plan de descenso de analgesedación, 11 días después se retira ARM, suspendiendo sedación 5 días después. Alta de UTI a los 30 días. Se coloca cánula fonatoria y posteriormente se procede a la decanulación del paciente. Externación, sin secuelas.

Como complicaciones tuvo NAV por Pseudomona tratada con mero-pem con buena respuesta. Trombosis en vena mediana izquierda tratada con anticoagulantes.

**Conclusiones;** El tétanos grave requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo. En nuestro caso el tratamiento farmacológico instaurado con BZD, morfina, BNM, Fenotiazinas y Sulfato de Magnesio más la disminución de estímulos externos, permitieron el control de la disfunción autonómica y las crisis espásticas. Debido a que se trata de una patología inmunoprevenible poco frecuente en nuestro medio, no existen protocolos para su manejo. No hay muchos estudios aleatorizados por motivos éticos.

## 0121 SINDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN COVID-19

N MÉNDEZ HERNÁNDEZ(1), M JARAMILLO MORENO(1), E ESCAÑO(1), J MARTÍNEZ(1), Y HUARACHI(1), E NOBLE(1), K SOLANO(1), J CASTAÑO(1), J MARÍN(1), L VASTA(1), F LIPO-VESTKY(1)  
 (1) Sanatorio Santa Bárbara

**Introducción:** El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) tiene carácter idiosincrático, grave y con desenlace fatal sin tratamiento. Hemos encontrado a lo largo de una búsqueda bibliográfica, la existencia de un nexo etiológico muy poco descripto entre el SARS-CoV-2 y el SNM. Describimos un caso de paciente con SARS-CoV-2 y SNM asociado.

**Caso clínico:** Mujer, 32 años, antecedentes de obesidad mórbida y trastorno de ansiedad (risperidona). Internada UTI con diagnóstico de SDRA grave por SARS-CoV-2, requirió desde 1 día ARM, sedación (midazolam), bloqueo neuromuscular (atracurio por 48 hrs) y corticoides. Al día 7 de inicia con fiebre (41°C), labilidad hemodinámica, rigidez muscular, diaforesis, ausencia de leucocitosis, procalcitonina normal, CPK 7000U/L, elevación de azoados, cultivos negativos, se descarta sobreinfección asociada. Fiebre persistente, se hace diagnóstico de SNM, se administra dantrolene, bromocriptina, se suspende midazolam logrando resolución del cuadro.

**Discusión:** El diagnóstico de SNM asociado a SARS-CoV-2 es una entidad con bajo reporte de casos en los cuales se ha descripto relación con el uso de neurolépticos, antivirales y en pacientes ARM con midazolam o bloqueantes neuromusculares despolarizantes. En los casos reportados al discontinuar los anteriores y con administración de dantrolene y bromocriptina se disminuyeron los síntomas característicos y se presentó resolución del cuadro.

Se describe paciente con SARS-CoV-2 y factores de riesgo para la génesis del SNM: basado en los antecedentes se establece consumo de neurolépticos y obesidad como factor proinflamatorio, aumento de los receptores ACE2, hiperemia cerebral y degeneración neuronal. Factor gatillo, la administración de midazolam (generó desestabilización de las membranas de las células musculares periféricas). Por lo cual se cumplieron criterios DSMV y Levenson para el diagnóstico de SNM. Se descartó proceso infeccioso y autoinmune concomitante.

**Conclusión:** Es claro al día de hoy que la asociación entre COVID 19 y SNM es escasa, en nuestro caso consideramos la asociación de este con la obesidad, el uso de antipsicóticos previo y uso de midazolam en infusión continua. Sin embargo sería importante continuar con el seguimiento de reporte de casos para así poder llegar a conclusiones más contundentes.

## 0122 ASOCIACIÓN ENTRE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA POR COVID-19 Y NIVELES DE PROCALCITONINA, PROTEÍNA C REACTIVA Y FERRITINA

V RUA ARISTIZABAL(1), D VAZQUEZ(1), D CASTRO(1), A SOLARTE(1)

(1) Sanatorio Anchorena

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre los niveles de procalcitonina (PTC), proteína C reactiva (PCR) y ferritina con la mortalidad al alta de UTI en pacientes con neumonía por COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional analítico de cohorte prospectivo. Población: pacientes con neumonía por COVID que ingresaron a UTI del Sanatorio Anchorena en el periodo 20/3/20-24/9/20. **Resultados:** Ingresaron a UTI 133 pacientes, edad  $59 \pm 11$  años y sexo masculino 82 (62%). La estadía en UTI y hospitalaria fue 9 [5-19] y 16 [10-26], respectivamente. Charlson=0 (sin comorbilidad) 49%, APACHEII10 [6-16], SOFA 24h 3 [2-5] y al día 7: 4 [2-8]. Requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) 64 (48%). Mortalidad general al alta de UTI: 19/118 (16.1%) y entre pacientes en ARM 19/4 (38.7%). Los valores de PTC basal, a los 2, 5, 7 y 14 días entre sobrevivientes (SV) y NoSV (no Sobrevivientes) fueron: 0,14 [0,05-0,42] vs. 0,32 [0,15-0,51] pNS; 0,12 [0,06-0,39] vs. 31 [0,10-1,04] pNS; 0,09 [0,05-0,22] vs. 0,16 [0,06-0,93] p0.046; 0,06 [0,04-0,13] vs. 0,30 [0,08-0,64] p0,03 y 0,09 [0,04-0,51] vs. 0,57 [0,21-1,64] p0.01. Los valores de PCR basal, a los 2, 5, 7 y 14 días entre SV y NoSV fueron: 107 [58-171,5] vs. 127 [71-178] pNS; 87 [35-150] vs. 169,5 [72-270] p0.007; 43 [17,5-92] vs. 77 [60-238] p0.003; 38 [11-89,5] vs. 114 [51-143] p0.000 y 41,5 [13-73,5] vs. 72 [35-298] p0.039. La ferritina al día 14 fue 620 [488-1141] para SV y 2381 [650-4099] para NoSV p0.00; en el resto de los puntos de medición fue NS.

Los pacientes que presentaron PTC basal  $\geq 0.1$  vs PTC 24h 5/30 (17%) vs. 31/58 (53%) p0.01; shock séptico 5/30 (17%) vs. 28/58 (48%) p0.04; mortalidad UTI 2/30 (6,7%) vs. 8/57 (14%) pNS; Estadía UTI 5 [3-9] vs. 11 [7-20] p0.000.

**Conclusión:** Durante un periodo de 6 meses ingresaron a UTI 133 pacientes con neumonía por COVID (49% sin comorbilidades); de los cuales la mitad requirió ARM. La mortalidad global fue de 16% y para aquellos bajo ARM fue de 38.7%. Valores elevados de PCT al día 5, 7 y 14; de PCR durante los primeros 14 días (excepto nivel basal) y de ferritina a los 14 días se relacionaron con mayor mortalidad. Una PCT basal elevada se asoció con mayor severidad al ingreso, mayor requerimiento de ARM >24h y mayor estadía en UTI.

### 0123 DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA PERITONITIS GANGRENOSA GRAVE, EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO COVID-19 POSITIVO

B NACCARELLI(1), I CASTAGNOTTI(1), P DA BOVE(1), D LEZCANO(2), M RAMBO(2), A SANABRIA(2), C BALBUENA(2), S CISNEROS(2), M ROMERO(2), G TINTILAY(2), Y ZARATE(2), G ROMERO LIPARI(2), N OSTER(2), M PASCUTTO(2)  
(1) Juan P. Garrahan. (2) Sanatorio Antartida

**Introducción:** A causa de la pandemia del COVID 19, se registraron errores y/o demoras en los diagnósticos convencionales en todas las especialidades. El desconocimiento del comportamiento del virus y la clínica inespecífica que el mismo presenta en los distintos pacientes, causó grandes inconvenientes en el manejo de los enfermos que acudían a las guardias externas.

**Objetivo:** Reportar el caso de una paciente pediátrica que por la demora en su diagnóstico de abdomen agudo, presentó complicaciones graves en la evolución de su patología.

**Caso:** Segunda hija de una hermandad de tres, con padres en unión estable de clase media, de 6 años de edad previamente sana, cursando su primera internación consulta por cuadro de vómitos y dolor abdominal, donde recibe pautas de alarma y tratamiento sintomático. Cuatro días más tarde se agrega diarrea y en su segunda consulta se diagnostica por medio de PCR en hisopado COVID-19 (+), donde se decide aislamiento en su casa. Al décimo día de evolución la paciente ingresa por guardia séptica con cuadro de abdomen agudo peritoneal, por lo que se decide su derivación a un sanatorio especializado en dichos pacientes.

Ingresa a la UCIP posquirúrgico de videolaparoscopia con diagnóstico de peritonitis gangrenosa con múltiples abscesos en cavidad. Evoluciona de forma tórpida, con síndrome de PIMS, 6 días de VNI, derrame pleural y neumonía supurada homolateral. Requiere reintervenirse al 10° día por persistencia de fiebre con regular tolerancia oral. Se realizó laparotomía exploradora convencional con enterólisis, lavado de cavidad e ileostomía.

**Conclusión:** El desconocimiento pleno de una patología nueva, síntomas inespecíficos que se superponen con otros cuadros clínicos, el agotamiento del personal de la salud que atraviesa una pandemia y la demora en la consulta podría generar un retraso en el diagnóstico de patologías frecuentes que por tal demora se agravan y dejan grandes secuelas en los pacientes.

### 0124 UTILIZACIÓN DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2 EN DOS HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE BS. AS. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

D RODRIGUEZ, DA RODRIGUEZ, F PUZZO(1), P CENTENO(1), M PETRE(1), J GOMEZ(1), PL DIAZ(1), A MATIAS(1), F DOMINGUEZ(1), E AZUAJE(1), R CANELON(1), E MONTIEL(1), A BAQUERIZO(1), F CEOLIN(1), L VAZQUEZ(1)  
(1) Hospital Bicentenario Esteban Echeverría

**Introducción:** La ventilación mecánica invasiva (VMI) en pacientes con neumonía por SARS-COV-2 cursa con una elevada mortalidad. La falta de conocimiento sobre el virus hace que la utilización de diferentes terapéuticas, como la Cánula Nasal de Alto Flujo (CNAF), sea controvertida. En dos hospitales de la Provincia de Buenos Aires dicha terapia representa una práctica de uso habitual, por lo que el objetivo de este estudio es describir los resultados de la utilización de CNAF y comparar la evolución de los que tuvieron éxito y los que fallaron.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional y retrospectivo entre Julio y Septiembre del año 2020 en dos hospitales de la Provincia de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de neumonía por SARS-COV2, que utilizaron CNAF como tratamiento de sostén de la insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. Los datos utilizados para el análisis se obtuvieron de los registros disponibles en la historia clínica electrónica. Se dividió a los pacientes en dos grupos: éxito y falla con el fin de comparar su evolución y resultados clínicos. Se consideró falla a la necesidad de intubación orotraqueal. Se analizaron las variables IROX, Frecuencia Respiratoria (FR), SpO2/FiO2 y FiO2 entregada al inicio de la terapéutica, día 3, 5 y 7, y mortalidad. Análisis estadístico: Las variables numéricas se expresaron como media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartílico según correspondiera. Las variables categóricas se expresaron con recuento absoluto y porcentaje.

**Resultados:** 43 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. La tabla 1 resume variables demográficas de la muestra. El 48,8% no requirió VMI y la mortalidad general fue de 46,51%. La figura 1 compara los grupos en el tiempo. Aquellos que requirieron VMI fallecieron un 90% vs 0% en el grupo éxito. Se observó mejoría en IROX, FR, FiO2 y SpO2/FiO2 en el grupo éxito en contraste al grupo falla en el cual la mediana de los parámetros empeoró progresivamente en el tiempo.

**Conclusión:** Los datos obtenidos de la utilización de CNAF en pacientes con neumonía por SARS-COV2 proporcionaron información relevante sobre la evolución de los parámetros en los distintos grupos.

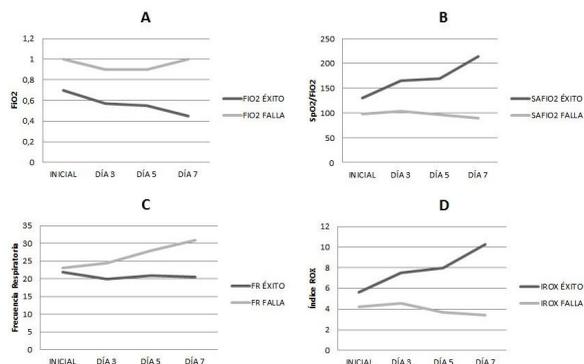


Figura 1. Comportamiento secuencial de las variables. A: FiO2 entregada. B: SpO2/FiO2. C: Frecuencia Respiratoria. D: índice IROX

	Total (n=43)	Éxito (n=21)	Falla (n=22)
Edad †	54 (12,93)	51 (11,73)	57 (13,56)
Sexo Masculino‡	27 (62,79%)	12 (57,14%)	17 (77,27%)
Apache II †	7,84 (4,28)	7,38 (4,09)	8,27 (4,51)
SAPS II †	25,63 (7,89)	25,14 (6,54)	26,09 (9,13)
IMC*	29,32 (26,09-32,11)	27,78 (25,39-31,52)	29,39 (27,68-37,12)
Mortalidad †	20 (46,51%)	0 (0%)	20 (90,91%)

Tabla 1. Variables demográficas. APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II. SAPS II: Simplified Acute Physiology Score II. IMC: Índice de Masa Corporal. †Media (desvío estándar). ‡Recuento absoluto y porcentaje. \*Mediana (rango intercuartílico)

### 0125 CRIPTOCOCOSIS DISEMINADO EN PACIENTE TRASPLANTADO DE ÓRGANO SÓLIDO

F ALANIZ(1), AN MATARRESE(1), RM JUAN JOSE(1)  
 (1) Alemán

**Introducción:** La Criptococosis diseminada es la tercera infección micótica invasiva en receptores de trasplante de órganos sólidos (TOS), siendo el trasplante de hígado un claro factor de riesgo para desarrollarla. Estas infecciones pueden clasificarse en tardías y tempranas, siendo estas últimas reactivaciones derivadas del donante que ocurren dentro de los 3 meses posteriores al trasplante. Presentamos un paciente con Criptococosis Diseminada luego de 2 meses postoperatorio de un trasplante hepático que presentó escasa respuesta a tratamiento con posterior desceso luego 30 días de internación.

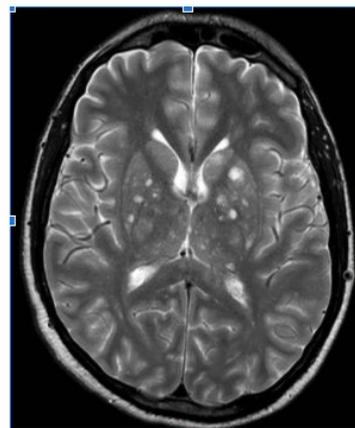
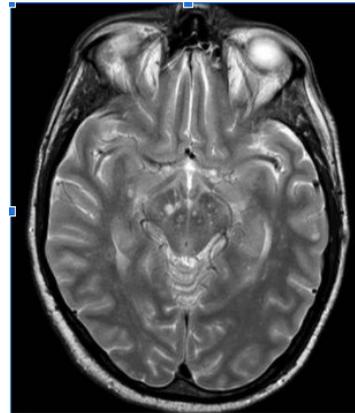
**Caso clínico:** Paciente Varón de 41 años con antecedentes de Trasplante hepático por cirrosis alcohólica con múltiples complicaciones. Consultó 2 meses posterior al trasplante por cefalea frontal intensa y pérdida de fuerza muscular de 48 horas de evolución, agregando deterioro del sensorio progresivo con requerimiento de ventilación mecánica.

Luego de realizar Tac de cerebro que no mostró alteraciones, se realizó RMN de cerebro en el que se encontró múltiples imágenes de aspecto quístico en ganglio basales (imagen 1 y 2) y punción lumbar con relevamiento de C neoformans, con posterior relevamiento en HC y biopsia lesiones cutáneas. Inició tratamiento con anfotericina y corticoides agregando después Fluconazol por escasa respuesta al tratamiento.

Finalmente evoluciona con shock séptico refractario falleciendo a los 30 días de internación.

**Discusión:** La criptococosis diseminada en receptores de TOS es un cuadro poco frecuente, con alta tasa de mortalidad y de difícil manejo clínico. En nuestro caso se comportó como una infección temprana, lo cual está descrito como una reactivación derivada del donante a pesar de no haber obtenido relevamiento de C. neoformans en cultivo del donante.

A pesar de haber iniciado tratamiento óptimo antimicótico y reducción de inmunosupresores, el paciente evolucionó desfavorablemente tal vez por la demora en el diagnóstico, lo cual nos sugiere que debemos tener un alto índice de sospecha de esta patología para poder hacer diagnóstico e instaurar un tratamiento temprano.



### 0126 SARS COV 2: ¿NUEVA ETIOLOGÍA EN GUILLAIN BARRE?

J MARTINEZ GIRALDO(1)

(1) Hospital Universitario UAI

**Introducción:** Desde el comienzo del 2020, se difundió una nueva hipótesis, el SGB asociado a la infección por SARS-CoV-2, ¿es una causalidad o una coincidencia? Hemos encontrado a lo largo de una búsqueda bibliográfica, la existencia de un nexo etiológico entre el SARS-CoV-2 y el SGB.

**Presentación del Caso clínico:** Masculino de 59 años, antecedentes de neumonía por covid-19 2 semanas previas a la internación, presenta 72 horas de evolución caracterizado por parestesias de miembros inferiores. A las 24 horas evoluciona con hiporreflexia y posterior arreflexia simétrica ascendente. La punción lumbar revela un líquido cefalorraquídeo (LCR) claro y transparente con disociación albúmino-citológica. Cultivos del LCR: Negativos. Evoluciona con trastornos deglutorios y dificultad respiratoria. Se realiza IOT con ARM. Inician tratamiento con corticoides y plasmaferesis (4 sesiones). EMG: compromiso asimétrico del nervio periférico a predominio izquierdo, con bloqueos de la conducción de carácter desmielinizante. Se realiza traqueostomía percutánea al día 14. Paciente presenta buena evolución motora y sensitiva, permanece en ARM internado en la UCI en proceso de weaning.

**Discusión:** La infección por COVID-19 presenta sintomatología diversa, cuya gravedad radica sobre todo en la afectación pulmonar, desarrollando un SDRA. Sin embargo, además de la afectación pulmonar, se ha descrito afectación a otros niveles, incluyendo diver-

Los cuadros de compromiso neurológico. Se han postulado varias teorías: El SARS-CoV-2 también utiliza ACE2 (enzima convertidora de angiotensina 2) como receptor funcional o el anclaje del virus a la ACE2 en la barrera hematoencefálica, facilitando su ingreso al sistema nervioso central.

El diagnóstico del SGB, se efectuó siguiendo criterios clínicos, análisis de líquido cefalorraquídeo y electromiograma compatible.

**Conclusiones:** Aunque todavía no es bien conocido el mecanismo fisiopatológico por el cual se produce afectación neurológica en la infección por COVID-19, parece que al igual que otros virus, este podría relacionarse como agente etiológico de SGB. En nuestro caso, la epidemiología reciente de SARS cov 2, la clínica, la disociación albuminocitológica en el LCR y el EMG apoyan el diagnóstico. En la bibliografía revisada existen descripciones similares a la relatada en distintos países.

### 0127 ALTERACIONES MICROCIRCULATORIAS EN NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19

VS KANOORE EDL(1), JF CAMINOS EGUILLOR(2), G FERRARA(3), E ESTENSORO(2), DS PÁEZ SILES(4), CE CESIO(3), D MARQUEZ(4), A DUBIN(5), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

(1) Sanatorio Otamendi. (2) Hospital San Martín. (3) Sanatorio Anchorena. (4) Hospital Fernández. (5) Facultad de Ciencias Médicas. (6) Universidad Nacional de La Plata

**Objetivos:** Evaluar la presencia de alteraciones en la microcirculación sublingual y la perfusión cutánea en neumonía grave por COVID-19.

**Materiales y métodos:** Esta es una comunicación preliminar de un estudio prospectivo y observacional, realizado en cuatro unidades de cuidados intensivos. Se estudiaron 27 pacientes, sedados y ventilados mecánicamente, con síndrome de distress respiratorio agudo secundario a COVID-19. La microcirculación sublingual fue evaluada por videomicroscopía. Los videos fueron analizados con la ayuda de un programa especializado de computación. También se midió el tiempo de relleno capilar.

**Resultados:** Los pacientes presentaban estabilidad hemodinámica con valores normales de lactato (1,8 [1,6-2,5] mmol/l) y elevados de dímero D (1,30 [0,58-2,93] µg/ml). El tiempo de relleno capilar estaba prolongado (3,5 [3,0-5,0] seg). Comparados con los valores normales, las densidades vasculares total y perfundida (21,9±3,9 y 21,0±3,5 mm/mm<sup>2</sup>) y el índice de heterogeneidad del flujo (0,91±0,24) estaban elevados; la proporción de vasos perfundidos (0,96±0,03), el índice de flujo microvascular (2,79±0,10) y la velocidad de los glóbulos rojos (1124±161 µm/seg) se encontraron disminuidos. La proporción de vasos perfundidos estuvo inversamente correlacionada con la densidad vascular total (r de Pearson = -0,41, P = 0,03).

**Conclusiones:** Los pacientes con COVID-19 mostraron una perfusión tisular alterada. La microcirculación sublingual se caracterizó por disminuciones en la proporción de vasos perfundidos y velocidad de flujo junto con densidades vasculares elevadas. Este último hallazgo podría estar relacionado con una mayor angiogénesis o un reclutamiento capilar inducido por hipoxia.

### 0128 COMPLICACIONES MECANICAS TEMPRANAS ASOCIADAS A LA COLOCACION DE CATETERES VENOSOS DE CENTRALES DE CORTA PERMANENCIA EN UTIP, HOSPITAL GUILLERMO RAWSON

J PONCE(1), C FLORES(1)

(1) Rawson

**Introducción:** En las unidades de terapia intensiva pediátrica es habitual el uso extensivo de catéteres venosos centrales (CVC) ya que permiten el acceso al monitoreo hemodinámico, administrar drogas inotrópicas de forma segura además de diversos fármaco y

hemoderivados; facilitar toma de muestras y soporte nutricional parenteral; su uso puede estar asociado con episodios adversos.

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia e identificar tipos de complicaciones mecánicas (CM) tempranas asociadas a colocación de los CVC en pacientes críticamente enfermos de la unidad de terapia intensiva pediátrica en el periodo comprendido entre el 01 mayo de 2015 al 31 de abril de 2016. Se realizó este estudio con la finalidad de crear protocolos para la colocación de CVC.

**Materiales y método:** Estudio prospectivo y descriptivo. Las variables a estudiar fueron el sitio de colocación de los mismos, personal operador; número de punciones; tipo de complicaciones; utilización de ecografía. Se excluyeron aquellos pacientes que ingresaron a UTIP con CVC colocado previamente, también aquellos intentos de colocación de CVC que no concluyeron exitosamente. Para el análisis de datos se utilizó el software Epi info 7.

**Resultados:** Se colocaron 213 CVC, obteniendo una relación catéter/paciente de 0,94. 23% CM. El sitio de inserción más frecuente fue el subclavio en un 71.83%. Operadores: 36.15% cirujano/anestesiata; Medico de planta 34.74% y Médicos residentes 29.11%. El grupo de operadores que presento mayor tasa de CM fue la variable cirujano/ anestesiata presentando un 51.02%. La frecuencia de CM no fueron mayores cuando el CVC fue colocado por el especialista de menor experiencia: de 28.57% en médicos de planta y un 20.41% en médicos residentes. Las CMs se registraron en mayor proporción en el acceso subclavio en 73.48%. Los tipos de CM: Malposición 59.18%, Neumotórax 20.41% y Punción arterial 18.37%. Sobre la utilización del ultrasonido como guía obtuvimos un porcentaje de 17.84%, CM en un 16.33%.

**Conclusiones:** Las recomendaciones que se realizan son la necesidad de que la colocación de los CVC se realice en menos de 3 intentos, y con guía de ultrasonido ya que se vio de esta forma la disminución de CM y de numero de intentos con este método de colocación.

### 0129 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES ADMITIDOS A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR

E NAVARRO(1), S BURGOS(2), MC LUGARO(3), ML QUILES(4), M DIAZ(5), A JARQUE(6), A TEVES(7), M DUCREY(8), L IMPAGLIAZZO(9), G SCHMIDT(10), S SAAVEDRA(11), F IGNISCI(12), M ESTEVES(13), N BRITO(14), MV BAUDAGNA(15), AL ALVAREZ(16), G DAVIS(17), A FERNANDEZ(18), M ALCETEGARAY(19), B LEONE(20), MJ OLMEDO(2), J GONZALEZ(21), C ENRICO

(1) Htal Carlos G. Durand. (2) Hospital Regional de Ushuaia. (3) Hospital Profesor Dr Luis Guemes. (4) Clinica Del Valle. (5) Sanatorio Santa Fé. (6) Hospital Ramón Santamarina. (7) Hospital Escuela Gral José de San Martín. (8) Hospital Italiano de Bs As. (9) Hospital del Carmen. (10) Instituto Médico de Alta Complejidad. (11) Hospital Alemán. (12) Hospital Municipal de Agudos Dr. Pedro Ecay. (13) Hospital Privado Dr Raul Matera. (14) Hospital Público Descentralizado Dr. Marcial Vicente Quiroga. (15) Clinica y Maternidad Suizo Argentina. (16) Clínica Bazterrica. (17) Hospital San Luis. (18) Trinidad San Isidro. (19) Clínica de los Virreyes. (20) Sanatorio Español. (21) Hospital Profesor Dr. Luis Guemes. (22) Hospital Escuela Gral. José de San Martín. (23) Hospital Italiano de Provincia de Buenos Aires. (24) Clinica La Sagrada Familia

**Introducción:** Las enfermedades neuromusculares (ENM) constituyen un grupo heterogéneo de entidades con mecanismos fisiopatológicos similares para desarrollar insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Esta representa la causa mas frecuente de admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI), sin embargo la prevalencia de ENM con ventilación mecánica invasiva (VMI) en la UCI es baja. El éxito de desvinculación y alta son variables, dependiendo de la patología. Hasta el momento no se han encontrado reportes de pacientes con ENM y VMI de causa conocida admitidos a UCI en

Argentina, por lo tanto nuestro objetivo fue describir las etiologías, el curso clínico y la sobrevida de pacientes con VMi y ENM admitidos a UCI en el territorio nacional.

**Material y métodos:** Análisis secundario de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico y prospectivo que incluyó pacientes con ENM mayores de 18 años admitidos consecutivamente en la UCI con VMi durante al menos 12 horas desde 1 de septiembre del 2019 al 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se incluyeron 949 pacientes durante el periodo de estudio. De ellos, 15 tenían diagnóstico de ENM al ingreso. Las variables al ingreso de UCI se detallan en la tabla 1. Solo 1 paciente tenía ventilación no invasiva (VNI) domiciliar y 2 pacientes traqueostomía (TQT) previo al ingreso. El motivo más frecuente de admisión fue Miastenia Gravis (tabla 1). La VNI se utilizó en 12/15 antes de la VMi. Se realizaron 4 extubaciones y se re intubaron 3 de ellos. En total se realizaron TQT en 7/15 pacientes. En la tabla 2 se reportan los días de VMi, estadía y los grupos de destete. Solo un paciente utilizó VNI en el proceso de desvinculación (tratamiento de falla) y se re intubó. Al momento del cierre del estudio 4 pacientes fueron dados de alta desvinculados (uno se decanuló). La sobrevida de los pacientes con TQT fue de 8/9, mayor que los pacientes sin TQT (2/6).

**Conclusión:** La etiología más frecuente fue Miastenia Gravis. Casi la totalidad de los pacientes se intubaron luego de fallar la VNI. La mayoría de los pacientes con TQT sobrevivieron.

Tabla 1: Datos demográficos y variables gasométricas al ingreso en UCI

VARIABLES	ENM (n=15)
Edad, años†	55.7 (16.5)
Género femenino, n/total	6/15
IMC†	24.8 (4.9)
Índice de comorbilidad de Charlson‡	5 [2-7]
SAPS II‡	39.0 [25.0-34.0]
Diagnostico al ingreso, n/total	
Miastenia Gravis	6/15
Síndrome de Guillain-Barré	4/15
Esclerosis Lateral Amiotrófica	3/15
Otras	2/15
Estado ácido base al ingreso de la UCI	
ph‡	7.36 [7.32-7.44]
PaCO <sub>2</sub> (mmHg) ‡	46.0 [40.0-75.5]
PaO <sub>2</sub> (mmHg) ‡	80.0 [60.0-89.7]
Bicarbonato (mEq/l) ‡	25.5 [23.0-33.1]
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> ‡	155.0 [150.0-265.7]

† Variable expresada en media (ds)

‡ Variable expresada en mediana [RIQ]

SAPS II: Simplified Acute Physiology Score

IMC: índice de masa corporal

Tabla 2: Variables de resultado

VARIABLES	ENM (n=15)
VMi (días) ‡	8 [3-18]
VMP, n/total	3/15
Estadía en UCI (días) ‡	16 [3-27]
Estadía hospitalaria (días) ‡	20 [7-30]
Clasificación WIND, n/total	
GRUPO 0	4/15
GRUPO 1	2/15
GRUPO 2	2/15
GRUPO 3	6/15

‡ Variable expresada en mediana [RIQ]

UCI: unidad de cuidados intensivos

VMi: ventilación mecánica invasiva

VMP: ventilación mecánica prolongada

### 0130 CUADRIPLEJIA AGUDA: ESPECTRO NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOS).

N TEDONE(1), MF BENEDETTI(1), J SAGARDIA(1), E MORENO(1), ED PEZZOLA(1), M VALENZUELA(1), A SAENZ VALIENTE(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas

**Introducción:** La neuromielitis óptica (NMO) es un síndrome inflamatorio del SNC asociado con anticuerpos de inmunoglobulina G de acuaporina-4 sérica (AQP4-IgG) que generan activación del com-

plemento y disfunción del astrocito y pérdida de oligodendrocitos. La nueva nomenclatura define el término unificador como trastornos del espectro neuromielitis óptica (NMOSD). El diagnóstico incluye un síndrome clínico o hallazgos de resonancia magnética relacionados con el nervio óptico, médula espinal, área postrema, del tronco encefálico, diencefálicas o cerebrales. La mayoría de los casos son esporádicos con una prevalencia <1/100 000 - 4,4 /100 000 en Europa y América del Norte. El número real de casos puede ser mayor debido al diagnóstico erróneo con Esclerosis Múltiple (30- 40%).

**Caso:** Paciente femenina de 19 años, con cuadro de 25 días de evolución caracterizado por debilidad del hemicuerpo izquierdo y dolor de tipo punzante en región torácica, dolor abdominal, náuseas, vómitos, debilidad de hemicuerpo derecho y disnea clase funcional I-II 72hs previas a la consulta. Ingresó con cuadriparesia y retención urinaria aguda. RMN órbita, encéfalo y columna: Extensa imagen heterogénea a predominio hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con probables áreas de necrobiosis, que compromete el cilindro medular aumentando sus diámetros a nivel cervical y extendiéndose hasta D7, en sentido cefálico compromete el sector posterior del bulbo (área postrema) Luego de la administración de contraste endovenoso no se observan refuerzos significativos. Encéfalo y órbitas sin hallazgos destacables. Dosaje de Ac IgG de AQP4: positivo. Inició tratamiento inmunosupresor con 5 pulsos de solumedrol sin mejoría clínica, por lo que se realizó plasmaféresis (9 sesiones) con mejoría parcial.

**Conclusiones:** La NMOS es una entidad cuya presentación clínica representa un desafío. Presenta características clínicas, patológicas, inmunológicas y radiológicas que lo diferencian de la esclerosis múltiple. Un diagnóstico temprano puede evitar recaídas y secuelas neurológicas importantes.

**Bibliografía:** - Wingerchuk DM, et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. Neurology 2015;85:177-189.

- Bruscolini A, et al. Diagnosis and management of neuromyelitis optica spectrum disorders - An update. Autoimmun Rev. 2018;17(3):195-200.

- S. Jarius, et al. Neuromyelitis optica: clinical features, immunopathogenesis and treatment. 2014 Vol 176, 149-164.

### 0131 CURSO CLÍNICO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR.

E NAVARRO(1), A BARRIENTOS(2), RA GOMEZ(3), M FERRERA(4), A QUIJANO(5), S FREDES(6), A GARCIA(7), F PUCHULU(8), LD FEDES(9), N DARGAINS(10), A GALLARDO(11), S CAGIDE(12), L KRZISNIK(13), C PAPAZIAN(14), M CERNEUX(15), J LUPPO(16), F ENZINI(17), M DÍAZ(18), R RODRÍGUEZ(19), E FRINGES(20), C PELLEGRINI(21), L BIANCHI(22), A (1) Htal Carlos G. Durand. (2) Hospital Naval Pedro Mallo. (3) Sanatorio De Los Arcos. (4) Hospital Córdoba. (5) Hospital Público de Auogestión Dr Arturo Oñativia. (6) Sanatorio Mitre. (7) Hospital Regional V Sanguinetti. (8) Hospital Justo José de Urquiza. (9) Clínica San Agustín. (10) Hiea y C "San Juan de Dios". (11) Sanatorio Clínica Modelo de Morón. (12) Hospital Houssay. (13) Hospital El Cruce Dr. Nestor Kirchner. (14) Sanatorio Colegiales. (15) Hospital de Chivilcoy. (16) Hospital Italiano. (17) Hospital Carrillo de Ciudadela. (18) Sanatorio Privado del Intenterio SRL. (19) Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. (20) Centro Integral de Salud Banda. (21) Hospital Luis C. Lagomaggiore. (22) Hospital Público Autogestión SAMIC El Dorado. (23) Hospital Centro de Salud Zenón Santillán. (24) Instituto de Cardiología Juana Francisca Cabral. (25) Complejo Médico PFA Churrucá Visca. (26) Sanatorio Trinidad de Palermo. (27) Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas. (28) Hospital Santojanni. (29) Sanatorio de la Ciudad S.r.l. (30) CEMIC H.U. Saavedra

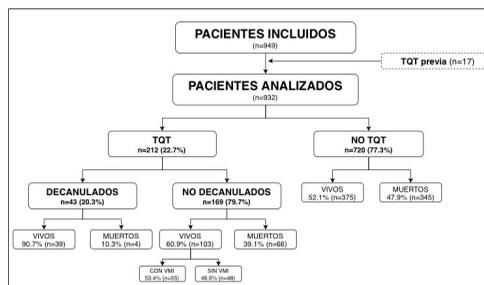
**Introducción:** La traqueostomía (TQT) es un procedimiento cada vez mas frecuente en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La prevalencia de TQT en pacientes con ventilación mecánica invasiva (VMI) en América latina es de 9.3%. Uno de los motivos mas habituales para su realización es la necesidad de ventilación mecánica prolongada (VMP) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda/crónica. Si bien la TQT puede estar asociada a diversas complicaciones durante la estadía en la UCI, como sepsis y neumonía asociada a la VMI, no necesariamente se relaciona con mayor mortalidad. La proporción de decanulación es variable. Nuestro objetivo fue describir el curso clínico y mortalidad de los pacientes traqueostomizados durante su estadía en la UCI.

**Material y métodos:** Análisis secundario de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico y prospectivo que incluyó pacientes mayores de 18 años admitidos consecutivamente en la UCI con VMI durante al menos 12 horas desde 1 de septiembre del 2019 al 31 de diciembre del 2019.

**Resultados:** Se incluyeron 949 pacientes durante el periodo de estudio. De ellos, 17 tenían TQT previo al ingreso. En total se realizaron 212 TQT (22.3%), en una mediana [RIQ] de 10 días [7-15]. En la tabla 1 se reportan las características demográficas y los motivos de VMI. La complicación mas frecuente desarrollada durante la estadía fue la sepsis (tabla 1). La mediana de VMI fue de 23 días [13-31]. El 60.4% de los pacientes con TQT cursaron con VMP. Se registró al menos 1 intento de separación del ventilador en 175 (82.5%) pacientes. La proporción de éxito de desvinculación fue de 52%. Se lograron decanular 43 pacientes (20.3%). Dos de ellos fueron reanulados. Al momento del cierre del estudio 55 permanecían con VMI y TQT. La estadía en UCI fue de 28 días [21-39]. La mortalidad en UCI para este subgrupo de pacientes fue de 33% (figura 1).

**Conclusión:** La tasa de TQT fue mayor a lo previamente descripto. El 25.9% de los pacientes permanecieron con TQT y VMI mientras que el 20.3% fueron decanulados. La mortalidad en este subgrupo de pacientes fue menor que los pacientes sin TQT.

Figura 1



TQT: traqueostomía; VMI: ventilación mecánica invasiva.

**0132 OXIGENO HIPERBÁRICO ADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES COVID-19 GRAVE: REPORTE DE CASOS**  
 V CHEDIACK(1), CV DOMINGUEZ(1), N CHACON(1), M CANNELLOTTO(2), PA SAUL(1), JM FERNANDEZ(1), R GREGORI SABELLI(1), A BOCASSI(1), ER CUNTO(1)  
 (1) Muñiz. (2) AAMHEI

**Introducción:** La pandemia por COVID-19 que afecta a la población mundial, no tiene al día de hoy un tratamiento efectivo. La hipoxemia refractaria es la causa más frecuente de ventilación mecánica (VM) y mortalidad. La incapacidad de realizar hematosis por la inflamación aguda podría ser atenuada por el tratamiento de oxígeno hiperbárico (TOHB), aumenta la cantidad de oxígeno disuelto en la sangre y mantiene una adecuada oferta de oxígeno a los tejidos e influencia los procesos inmunitarios, reduciendo la intensidad de la respuesta inflamatoria y estimula las defensas antioxidantes.

**Objetivo:** Evaluar la reducción de la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VM), mejoría de la saturación de oxígeno con THBO  
**Material y métodos:** Reporte de casos, de pacientes ingresados en la División Terapia Intensiva, durante un periodo de tres meses (julio a septiembre 2020) que recibieron THBO con una cámara Revitalair 430 monoplaza de 1.45 atmosferas. Cada paciente realizo cinco sesiones de 90 minutos con firma de consentimiento informado previo. Se realizo estadística descriptiva, media(M), mediana (Me) y rango.

**Resultados:** 6 pacientes, 4 mujeres y 2 hombres. Dos pacientes presentaban comorbilidades: diabetes mellitus y obesidad. Dos pacientes requirieron VM y falleció un paciente. Todos los pacientes presentaban neumonía con imagen en vidrio esmerilado y parches. Tratamiento concomitante: ivermectina, dexametasona (6 mg/día) y mascara con reservorio (fracción de oxígeno (FiO2) al 50%). Mejoría de la taquipnea en 4/6 pacientes.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia la THBO mejoro la oxigenación de los pacientes incluidos en la serie y fue con un tratamiento seguro y bien tolerado. Consideramos que se requiere un estudio randomizado con mayor número de pacientes para obtener conclusiones más robustas.

Tabla 1: Datos demográficos y complicaciones durante la estadía de pacientes con traqueostomía (TQT)

VARIABLES	TQT (n=212)
Edad, años†	58,3 (17,4)
Género femenino, n (%)	87 (41,0)
IMC†	28,4 (6,4)
Índice de comorbilidad de Charlson‡	5 [2-7]
SAPS II†	46,4 (16,6)
Motivo de VMI, n (%)	
IRA	116 (54,7)
Coma	66 (31,2)
IRA sobre IRC	23 (10,8)
Enfermedad neuromuscular	7 (3,3)
Sepsis, n (%)	81 (38,2)
NAVM, n (%)	80 (37,7)
SDRA, n (%)	42 (19,8)
Barotrauma, n (%)	6 (2,8)
Delirium, n (%)	
Si	55 (25,9)
No	66 (31,1)
No evaluable	73 (34,5)
No registrado	18 (8,5)
DAUCI, n (%)	
Si	68 (32,0)
No	44 (20,8)
No evaluable	78 (36,8)
No registrado	22 (10,4)
Falla de órganos, n (%)	
Falla cardiovascular	79 (37,3)
Falla renal	73 (34,4)
Falla neurológica	42 (19,8)
Falla hematológica	21 (9,9)
Falla hepática	20 (9,4)

† Variable expresada en media (ds)  
 ‡ Variable expresada en mediana [RIQ]  
 SAPS II: Simplified Acute Physiology Score  
 IMC: índice de masa corporal  
 IRA: insuficiencia respiratoria aguda  
 IRC: insuficiencia respiratoria crónica  
 NAVM: neumonía asociada a la ventilación mecánica  
 SDRA: Síndrome de distres respiratorio del adulto  
 DAUCI: Debilidad adquirida en unidad de cuidados intensivos

Tabla 1

	Media	Mediana	Rango
Edad	54	54	32-61
Días desde el inicio de síntomas	5,83	5	1-14
Saturación de O2 pre 1 sesión (FiO2:21%)	84,3%	84%	80-90%
Saturación de O2 post 1 sesión (FiO2:21%)	88,6%	88%	84-94%
Saturación de O2 pres 5 sesión (FiO2:21%)	86,5%	87%	78-93%
Saturación de O2 post 5 sesión (FiO2:21%)	90,3%	92,5%	78-96%
Días de internación	13,1	10,5	8-22

**0133 BOTULISMO INFANTIL, A PROPÓSITO DE UN CASO**  
 MV LEGUINA, Y PEDRAZA(1), A AYBAR, F JEREZ, I NICASTRO  
 (1) Hospital del Niño Jesús

**Introducción:** El botulismo del lactante es una enfermedad infecciosa rara debida a la colonización intestinal por *Clostridium botulinum*. Es de denuncia obligatoria en nuestro país, con una incidencia de 2/100.000 RN vivos. Entre 1982 y 2011 se notificaron 226 casos en Argentina de los cuales 90% eran menores de 6 meses. Este agente contiene esporas y es capaz de generar siete toxinas designadas con las letras A a G, cuyo mecanismo de acción es el bloqueo de la liberación de acetilcolina en las terminales presinápticas de la unión neuromuscular y del sistema nervioso autónomo. Las toxinas tipo A y B son las responsables del botulismo infantil. Las esporas de esta bacteria están distribuidas ampliamente en la naturaleza y son incorporadas por vía digestiva mediante cualquier objeto contaminado con el suelo, incluyendo las propias manos, o con menor frecuencia por la ingestión de ciertos alimentos contaminados (miel, hierbas medicinales). La presentación clásica se caracteriza por constipación, seguida por dificultad para alimentarse, llanto débil, debilidad muscular progresiva, hipotonía, hiporreflexia y falla respiratoria. El tratamiento específico es la administración temprana de antitoxina botulínica.

**Objetivo:** Presentar un caso de botulismo en el lactante. Caso clínico: paciente de 2 meses de edad previamente sano, presenta enfermedad de 12 horas de evolución que inicia con succión débil, llanto monótono e hipotonía generalizada. Consulta por guardia y se decide su internación en UCIP para diagnóstico y tratamiento. El cuadro clínico continúa con mala evolución, por lo que se decide a las 24 horas del ingreso colocar al paciente en asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realizan múltiples estudios complementarios. Se envían muestras para botulismo y parálisis flácida. Recibe tratamiento con gammaglobulina endovenosa (2 ciclos) sin mejoría. Se recibe resultado positivo para BOTULISMO TIPO A en suero y materia fecal. Permanece 52 días en ARM. Se extuba con buena evolución.

**Conclusión:** El botulismo infantil es una enfermedad rara pero potencialmente letal y de difícil diagnóstico ya que su presentación es similar a otros cuadros, por lo tanto la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y específico disminuyen su morbimortalidad.

**0134 PROFILAXIS ANTICOMICIAL EN PACIENTES CON HEMATOMA SUBDURAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO**

JJ RUIZ MARTÍNEZ(1), AN MATARRESE(1), MC CAPUTO(1), A VILARIÑO(1), B HUNTER(1)  
 (1) Hospital Alemán

**Introducción:** La incidencia de convulsiones asociadas a un hematoma subdural (HSD) es variable según su relación a varios factores de riesgo, principalmente en el trauma craneoencefálico (TEC) severo; donde la recomendación para el uso de profilaxis antimicrobiana es más fuerte, siendo discutida en otros escenarios.

En consecuencia, nos propusimos realizar un estudio observacional para analizar la asociación entre el uso de profilaxis antimicrobiana en pacientes con HSD y la ocurrencia de eventos convulsivos desde el diagnóstico y hasta 6 meses después.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, que incluyó a todos los pacientes dados de alta del Hospital Alemán de Buenos Aires con diagnóstico de HSD entre marzo 2015 y febrero de 2020. Se evaluó la prevalencia del uso de profilaxis antimicrobiana y su asociación con la incidencia de convulsiones durante los 6 meses posteriores al egreso hospitalario. Se excluyeron pacientes con TEC grave, con antecedentes de convulsiones, uso previo de antimicrobianos y aquellos que fallecieron durante la internación.

**Resultados:** Se encontraron 80 pacientes en total, de los cuales 55 ingresaron al análisis final, luego de aplicar los criterios de exclusión. La media de edad fue de 74.4 años, 69% eran hombres. El

APACHE II de ingreso promedio fue de 6.7 y la media del score Charlson de 4.3. El TEC fue el motivo de consulta más frecuente. La media de la escala de Glasgow fue de 14.5. El hematoma agudo fue el más frecuente. El 42% requirió drenaje quirúrgico. Solo 8 pacientes (15%), recibieron profilaxis antimicrobiana preoperatoria. Durante el seguimiento solo 1 paciente presentó convulsiones tónico-clónicas, el cual perteneció al grupo que recibió antimicrobianos profilácticos. (Tabla 1)

**Conclusiones:** En nuestro estudio observamos, que los eventos convulsivos asociados al HSD son fenómenos poco frecuentes y el rol de los fármacos antimicrobianos profilácticos es aún incierto, por lo que su indicación debe ser personalizada, evaluando riesgos y beneficios para cada paciente.

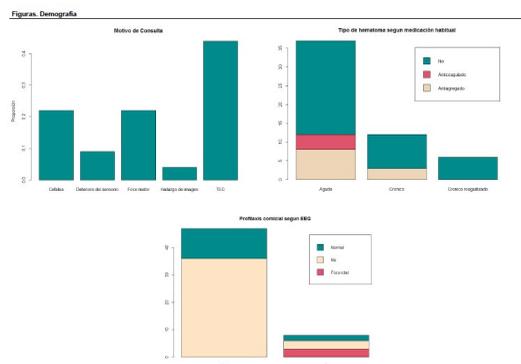


Tabla 1. Episodios convulsivos a 6 meses

	Egreso SIN antimicrobianos (n = 47)	Egreso CON antimicrobianos (n = 8)
<b>Convulsión</b>		
Sí, n (%)	0 (0%)	1 (13%)

**0135 INFECCIONES PREVALENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS POR PATÓGENOS POCO FRECUENTES.**

M SANCHEZ CUNTO(1), R ROLLET(1), I PRIETO(1), A GONZALEZ(1), J MEDINA(1), YF ANDROSZCZUK(1), ME IBARRA(1), R LOMAS FLORES(1), D PLACENTI(1), K NAVIA VEGA(1), C LANDONI(1), D VAUSTAT(1), JM FERNANDEZ(1), E CUNTO(1)  
 (1) F. J. Muñiz

*Kluyvera cryocrescens* es una bacteria Gram negativa de vida libre, que se encuentra en agua, tierra, alcantarillas, lavabos hospitalarios y productos de origen animal. En el ser humano, es parte de la flora normal del tracto digestivo; sin embargo, produce aisladamente enfermedad y se comporta también como patógeno oportunista. En este trabajo se reportan dos casos fatales de shock séptico por bacteriemia asociada a catéter (BAC) por *Kluyvera cryocrescens* en contexto de pandemia COVID-19.

Masculino de 57 años con antecedentes de diabetes insulinorequiere e hipertensión arterial, privado de su libertad. El 22/8 ingresa a cuidados intensivos (UCI) por neumonía/COVID-19, requiere ventilación mecánica invasiva (VMI) y pronóstico se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam (PTZ)/ivermectina (iv) y corticoides. Recibe plasma de convalescentes (PDC). El 25/8 evoluciona con shock séptico. Por PCR-RT múltiple (FilmArray) se detecta una enterobacteria productora de KPC (EPC) del hemocultivo (HC) por lo que se suspende PTZ y se agrega meropenem/colistin/tigeciclina. El 30/8 fallece. La EPC se aísla del HC y la punta del catéter (PC) y se identifica como *Kluyvera cryocrescens* productora de carbapenemasa, CIM colistin 1 ug/ml, sensible a amikacina, fosfomicina, tigeciclina y ceftazidima/avibactam.

Femenina de 52 años, con obesidad grado 1, ingresa a UCI el 10/8 por neumonía/COVID-19. Se inicia máscara con reservorio, pronóstico vigil y tratamiento con ampicilina-sulbactam/claritromicina/iv y corticoides. Recibe PDC. Presenta marcadores inflamatorios elevados.

A las 48 horas requiere VMI. Intercurre al 8° día de internación y al 6° día de VMI con fiebre y leucocitosis por lo que se rota a meropenem/colistin/vancomicina. Evolución persistente febril, leucocitosis en ascenso y requerimiento de vasopresores. Presenta BAC por EPC (FilmArray) por lo que se suspende la vancomicina, cumpliendo tratamiento con meropenem/colistin/tigeciclina. Se aísla e identifica *Kluyvera cryocrescens* de HC y PC, productora de carbapenemas, CIM colistin 1 ug/ml, sensible a tigeciclina, fosfomicina, ceftazidima/avibactam y gentamicina, sensibilidad intermedia a amikacina. Presenta evolución tórpida y fallece.

Es importante reportar patologías prevalentes y graves en UCI, como la bacteriemia asociada a catéter, causadas por microorganismos poco frecuentes como *Kluyvera cryocrescens*. Resulta útil concientizar a la sociedad médica acerca de estas infecciones emergentes causadas por bacterias multirresistentes.

### 0136 VARIABLES CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS ANTES DEL INICIO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EPVAR

E NAVARRO(1), G PLOTNIKOW(2), J NUÑEZ(3), L URANGA(4), L PRADO(5), L BÁRCENA(6), E CARABAJAL(7), C BAEZ(8), ME NUÑEZ(9), G QUISPE REYES(10), M LOMPIZANO(11), A BRATOS(12), D CHIACCHIARA(13), J TIRANTI(14), S CHAVEZ(15), P GIMENEZ(16), D LOPEZ ANARE(17), V MONROY(18), M BADANO(19), J BOURNISSEN(20), B FILIPPON

(1) Centro del Parque. (2) Sanatorio Anchorena Recoleta. (3) Sanatorio Colegiales. (4) Hospital Italiano. (5) Hospital Carrillo de Ciudadela. (6) Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. (7) Centro Integral de Salud Banda. (8) Hospital Público Autogestión SAMIC El Dorado. (9) Hospital Centro de Salud Zenón Santillán. (10) Instituto de Cardiología Juana Francisca Cabral. (11) Complejo Médico PFA Churruca Visca. (12) Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas. (13) Hospital Santojanni. (14) Sanatorio De La Ciudad S.r.l. (15) Instituto Médico Platense. (16) Hospital Público Provincial De La Ciudad de Córdoba San Roque - UTI 1. (17) Clínica Modelo De Lanus. (18) Hospital Enrique Vera Barros. (19) Hospital Italiano de La Plata. (20) Hospital Militar Regional de Paraná. (21) Sanatorio Santa Fe. (22) Hospital Central. (23) Hospital Area Programa Bariloche Ramón Carrillo. (24) Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. (25) Sanatorio Adventista del Plata. (26) Hospital Artemides Zatti. (27) Hospital Universitario Fundación Favaloro-UTI 2. (28) Sanatorio Anchorena de San Martín. (29) Sanatorio San José. (30) HPGD San Bernardo

**Introducción:** Las variables clínico-demográficas constituyen una importante fuente de información tanto para el pronóstico como para la severidad de los pacientes admitidos a unidad de cuidados intensivos (UCI). Hasta el momento no hemos encontrado estudios que evalúen el impacto de dichas variables relacionadas a pacientes ventilados sobre la mortalidad en nuestro medio, por lo tanto nuestro objetivo fue evaluar la capacidad predictiva de las variables demográficas antes del inicio de la ventilación mecánica invasiva (VM).

**Material y métodos:** Análisis secundario de un estudio nacional multicéntrico, observacional, analítico y prospectivo que incluyó pacientes mayores de 18 años admitidos consecutivamente en la UCI con VMI durante al menos 12 horas desde 1 de septiembre del 2019 al 31 de diciembre del 2019. Se consideraron inicialmente para la construcción del modelo las siguientes variables: edad, sexo, SAPS II, índice de Charlson, Uso de VNI previo a VM, PaCO2 previa, PaO2/FIO2 previa, Motivo de VM y región geográfica.

**Resultados:** Se incluyeron 950pacientes durante el periodo de estudio, con una edad promedio de 58 años, 58.9% hombres y con un SAPS II de 46.8. En la tabla 1 se muestran el análisis univariado. En esta población el SAPSII>60, la PaO2/FiO2<150, la falla de im-

plementación de la VNI previo a la VM y la presencia de hipercapnia antes del inicio de la VM se asociaron a mortalidad. En la tabla 2 se encuentra el modelo final multivariado, con un AUC de 0.74 (95% CI: 0.68-0.79), Hosmer and Lemeshow goodness of fit X2=10.7(df=8), p=0.219.

**Conclusión:** En nuestra población se encontraron varios marcadores de severidad al inicio de la ventilación mecánica que se asociaron a mayor mortalidad. La evaluación sistemática de dichas variables debería ser tenidas en cuentas para evaluar el pronóstico del paciente al ingreso en la UCI como así también como complemento para guiar la toma de decisiones.

Predictores	MORTALIDAD		
	OR	Conf. Int (95%)	p
(Intercept)	0.26	0.13 – 0.51	<0.001
SAPS II (<39)	1	-	-
SAPS II (40-60)	1.64	0.89 – 3.05	0.113
SAPS II (>60)	2.16	1.05 – 4.48	<b>0.037</b>
Índice de comorbilidad de Charlson	1.11	1.02 – 1.21	<b>0.018</b>
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> > 300	1	-	-
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> < 150	3.83	1.95 – 7.68	<0.001
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> 150-200	1.20	0.51 – 2.79	0.675
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> 200-300	0.88	0.45 – 1.74	0.719
Falla uso de VNI	3.06	1.40 – 7.05	<b>0.006</b>
PaCO <sub>2</sub> > 45mmHg	0.40	0.21 – 0.73	<b>0.004</b>

TABLA DE VARIABLES RELACIONADAS CON ASPECTOS DEMOGRAFICOS E INICIO DE VMI

Variables	Total pacientes (n=950)	Viva (n=526)	Muerto (n=424)	OR (IC95%)	p-valor
Región geográfica					
CABA, n (%)	268 (28.2)	167 (31.7)	101 (23.8)	1	N/A
Provincia de Buenos Aires, n (%)	289 (30.4)	150 (28.5)	139 (32.8)	1.53 (1.09-2.15)	0.013
Centro, n (%)	186 (19.6)	93 (17.7)	93(21.9)	1.65 (1.13-2.42)	0.009
Cuyo, n (%)	57 (6.0)	37 (7.0)	20 (4.7)	0.89 (0.48-1.61)	0.713
Norte, n (%)	105 (11.1)	57 (10.8)	48 (11.3)	1.39 (0.88-2.20)	0.155
Patagonia, n (%)	45 (4.7)	22 (4.2)	23 (5.4)	1.73 (0.91-3.28)	0.091
Género Femenino, n (%)	390 (41.1)	221 (42.0)	169 (39.9)	0.91 (0.70-1.19)	0.502
Edad, años					
<40, n (%)	179 (18.8)	134 (25.5)	45 (10.6)	1	N/A
40-70, n (%)	475 (50.0)	258 (49.0)	217 (52.1)	2.50 (1.72-3.70)	<0.001
>70, n (%)	296 (31.2)	134 (25.5)	162 (38.8)	3.60 (2.41-5.45)	<0.001
Índice de comorbilidad de Charlson, mediana [RQ] (n=892)	4 [1-6]	3 [1-5]	4 [2-6]	1.19 (1.13-1.25)	<0.001
SAPS II (n=879)					
<39, n (%)	311 (34.5)	210 (42.3)	101 (26.4)	1	N/A
40-59, n (%)	339 (38.6)	182 (36.7)	157 (41.0)	1.79 (1.31-2.47)	<0.001
>60, n (%)	229 (26.1)	104 (21.0)	125 (32.6)	2.50 (1.76-3.56)	<0.001
Días del ingreso al hospital a la UCI, mediana [RQ] (n=892)	0 [0-2]	0 [0-1]	0 [0-3]	1.04 (1.02-1.07)	<0.001
Falla de VNI previo a la VM, n (%)	102 (10.7)	43 (8.2)	59 (13.9)	1.82 (1.20-2.77)	0.005
pH, mediana [RQ] (n=532)	7.32 [7.25-7.31]	7.31 [7.25-7.41]	7.33 [7.26-7.43]	2.93 (0.76-11.66)	0.123
Hipercapnia, n (%) (n=532)					
Bicarbonato, media (ds) (n=532)	21.5 (6.7)	21.8 (6.6)	21.3 (6.8)	0.99 (0.96-1.01)	0.408
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> previo VMI (n=312)					
>300, n (%)	86 (27.6)	51 (32.5)	35 (22.6)	1	N/A
<150, n (%)	95 (30.4)	29 (18.5)	66 (46.6)	3.32 (1.81-6.19)	<0.001
150-199, n (%)	44 (14.1)	24 (15.3)	20 (12.9)	1.21 (0.58-2.53)	0.604
200-300, n (%)	87 (27.9)	53 (33.8)	34 (21.9)	0.93 (0.51-1.72)	0.828
Motivo de VM, n (%)					
IRA	555 (58.4)	296 (56.3)	260 (67.3)	1	NA
IRA en IRC	79 (8.3)	39 (7.4)	41 (10.3)	1.37 (0.73-1.88)	0.509
Coma	301 (31.7)	182 (34.6)	120 (32.6)	0.76 (0.57-1.01)	0.056
Enfermedad neuromuscular	15 (1.6)	10 (1.9)	5 (1.3)	0.57 (0.18-1.63)	0.313

SAPS II: Simplified Acute Physiology Score; UCI: unidad de cuidados intensivos; VNI: ventilación no invasiva; VM: ventilación mecánica invasiva

### 0138 MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO GRANDE EN PEDIATRIA

C AVILA, G KALTENBACH(1)  
(1) Hospital Provincial Neuquén

**Introducción:** Los tumores cardíacos primarios son raros en pediatría. En adultos, el mixoma es el tumor cardíaco más frecuente,

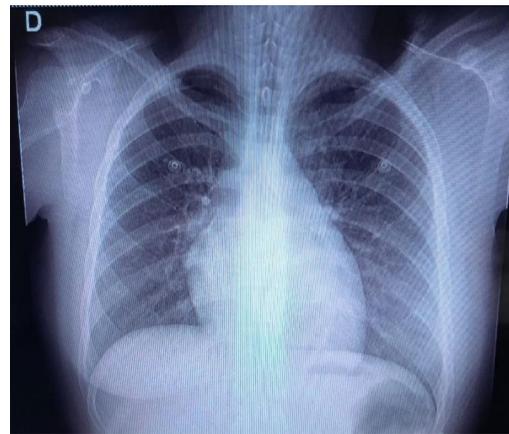
mientras que en niños; los rabdomiomas. Los mixomas se encuentran en segundo lugar. El caso presentado es inusual por el tamaño del tumor. Los síntomas de los mixomas varían ampliamente y dependen del tamaño, localización y movilidad del tumor.

**Objetivos:** Describir un caso clínico de mixoma auricular en un paciente pediátrico.

**Caso clínico:** Paciente sexo femenino, 14 años de edad, sin antecedentes relevantes, consulta en hospital local por referir desde hace 2 meses disnea progresiva, asociado a cefalea y mareos intermitentes con pérdida de peso. En último mes presentó 2 episodios de síncope sumando ortopnea. Se ausculta soplo y realiza ecocardiograma transtorácico: se observa masa tumoral en AI. La paciente fue derivada a nuestro hospital. Examen físico: CF III, posición ortopnea, sin requerir O<sub>2</sub>. R1-R2 NF, soplo holosistólico 3/6 en FM irradia a dorso. ECG sin alteraciones. Ecocardiograma mostró en AI a nivel del SP, tumoración pediculada de 6.1cmx3.9cm, en diástole atraviesa válvula mitral. IT severa Gte 63mmHg. VM fina con insuficiencia severa, Gte 71mmHg, falta de coaptación 0.3cm. IP 36 mHg con aceleración del flujo anterógrado de AP, HTP severa, con PP estimada por IT 68mmHg + aplanamiento SIV en sístole. Disfunción sistodiastólica del VI leve a moderada. AI dilatada.

Se decide escisión quirúrgica. Abordaje por esternotomía y circulación extracorpórea, se realiza apertura de AI, se observa tumoración grande adherida al SIA, impresiona macroscópicamente mixoma. Resección total del mismo. Requiere hemianuloplastia posterior con parche de pericardio autólogo. Durante postoperatorio no presentó complicaciones. Se otorgó egreso hospitalario con insuficiencia mitral leve. Se confirmó por anatomía patológica, mixoma auricular.

**Conclusiones:** Los TCP son poco frecuentes en pediatría. Alrededor del 82-90% son benignos. Se describen síntomas como dificultad para respirar, síncope, eventos embólicos, ICC, arritmias. La ecocardiografía es la imagen inicial para los mixomas porque su apariencia es muy sugestiva del diagnóstico. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa para evitar la recurrencia del tumor. La biopsia tumoral, es el estándar de oro para la confirmación del diagnóstico.



### 0139 CRISIS ESCLERODERMICA: UNA RARA CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA

JJ RUIZ MARTINEZ, AN MATARRESE(1), MM KLEINERT(1), GO CESAR(1), FE ALANIZ(1)  
(1) Hospital Alemán

**Introducción:** La crisis renal esclerodérmica es una complicación poco frecuente de la esclerodermia, pero potencialmente mortal. Generalmente se presenta en la esclerodermia cutánea difusa. Clínicamente se presenta con un inicio súbito de deterioro de la función renal, oliguria y microangiopatía trombótica. Además, puede presentarse con afectación pulmonar ya sea por edema pulmonar o hemorragia alveolar.

Comunicamos un caso de crisis renal esclerodérmica en una paciente de 66 años con antecedente de esclerodermia difusa que se presentó con insuficiencia cardíaca, respiratoria y renal aguda. Evolucionó con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica terapia de reemplazo renal y muerte.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 66 años de edad, con antecedentes de esclerodermia difusa de reciente diagnóstico complicada con miocardiopatía con deterioro de la función sistólica y derrame pericárdico moderado. Se internó por insuficiencia cardíaca, intercurriendo con deterioro de la falla renal. Se realizó nuevo ecocardiograma que mostró hipertensión pulmonar. Evolucionó con insuficiencia respiratoria con requerimiento de intubación orotraqueal. Se realizó lavado bronqueoalveolar compatible con hemorragia alveolar. Por sospecha de etiología autoinmune se realizaron pulsos de corticoides. Posteriormente presentó falla renal con requerimiento de hemodiálisis. Por empeoramiento clínico y ausencia de relevamientos en cultivos, se decidió iniciar plasmáferesis que completó 5 sesiones. Se realizó biopsia renal que evidenció crisis renal esclerodérmica. Se rotó tratamiento antihipertensivo a enalapril. Intercurrió con nuevo episodio de hemorragia alveolar y traqueobronquitis a Pseudomonas Aeruginosa. Se inició infusión de gammaglobulina. Evolucionó hemodinámicamente inestable, mecánica respiratoria no complaciente y deterioro de la oxigenación. La paciente falleció a los 35 días de internación.

**Discusión:** La piedra angular del tratamiento de paciente con crisis renal esclerodérmica se basa en inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, que ha mejorado la sobrevida. Dicho tratamiento no fue efectivo en nuestro paciente probablemente por la demora en arribar al diagnóstico, el cual fue concretado en la fase irreversible de la falla renal. Este caso clínico muestra la necesidad de considerar tempranamente esta entidad en pacientes con esclerodermia y que presenten criterios de riesgo para desarrollar crisis renal esclerodérmica.

### 0140 DECÚBITO PRONO PROLONGADO EN PACIENTE VENTILADOS CON SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA MODERADA A SEVERA POR ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019

TA TURRUBIATES HERNANDEZ(1), PEMEX, AE RAMIREZ GUTIERREZ(1), PEMEX

(1) Hospital Regional Cd. Madero. (2) Pemex

**Introducción:** Se desconoce el beneficio de extender el tiempo de posición decúbiteo prono mayor de 24 horas en pacientes ventilados con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) moderado a severo por la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

**Objetivo:** Comparar mortalidad en decúbiteo prono prolongado mayor de 72 horas vs prono menor de 72 horas en pacientes ventilados por COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes ventilados con SDRA moderado a severo por COVID-19 ingresados a la unidad de cuidados intensivos; para comparar mortalidad de 2 grupos: (a) decúbiteo prono mayor a 72 horas vs (b) decúbiteo prono menor de 72 horas; de abril a septiembre del 2020.

**Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes en 2 grupos; (a) prono mayor de 72 horas (n=8), (b) prono menor de 72 horas (n=22); grupo (a) y (b) sin diferencia en relación a genero (p 0.645), medias de poder mecánico inicial, grupo (a) 25.38 (SD ±3.81) y grupo (b) 22.55 (SD ±2.70)(p 0.410), medias de delta presión al ingreso, grupo (a) 22.38 (SD ±8.8), grupo (b) 21.09 (SD ±6.1) (p 0.196); medianas de puntuación NEWS2 al ingreso, grupo (a) de 8 (RIC 6.5-9) y grupo (b) de 9 (RIC 7-9) (p 0.565), puntuación SOFA al ingreso, grupo (a) de 4.5 (RIC 2.25-6) y grupo (b) de 6 (RIC 2.7-9) (p 0.447), puntuación MuLBSTA al ingreso, grupo (a) de 7.5 (RIC 5.25 - 9) y 8 del grupo (b) (RIC 7- 9.25) (p 0.344). La mortalidad en grupo (a) fue 75% (n=6) y del grupo (b) 68.2% (n=15) (p 0.547).

**Conclusión:** No se observó diferencia en mortalidad entre los grupos de posición prono mayor de 72 horas y menor de 72 horas.

### 0142 RECLUTABILIDAD Y MECÁNICA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON SDRA POR SARS COV-2

E STEINBERG(1), G AVACA(1), M BERTÉ(1), DC JULIETA(1), G GARCÍA(1), G MARÍA MERCEDES(1), G MARÍA LUCÍA(1), G PRÓSPERO(1), G MARÍA ADELA(1), N DIEGO(1), G NAHMÍAS(1), M OJEDA(1), A SANTAMARÍA(1), N SEGURA(1), N TIRIBELLI(2), S FREDÉS(1), S ILUTOVICH(1)

(1) Sanatorio Mitre. (2) CMPFA Churruca Visca

**Introducción:** El Ratio R/I ha sido propuesto como método de evaluación de reclutabilidad pulmonar ante el incremento de la PEEP en pacientes con SDRA. El comportamiento de los componentes del Ratio no ha sido reportado.

**Objetivo:** -Evaluar reclutabilidad y mecánica respiratoria de una cohorte de pacientes con SDRA por SARS COV-2 y comparar los diferentes componentes del Ratio R/I en pacientes reclutables (R/I ≥0.5) y no reclutables (R/I <0.5).

-Determinar que variables de mecánica pulmonar correlacionan con reclutabilidad.

**Material y método:** Se registraron variables de mecánica respiratoria y reclutabilidad con el Ratio R/I. Variables se reportan como mediana [RIQ] o número (%). Las comparaciones se realizaron mediante test de Fisher y correlaciones con test de Spearman. Se tomó un valor de significancia de p<0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes con SDRA, 16 moderados y 2 severos, edad 55,5 [52-73] años, APACHEII 10 [8-12,5]). Las variables de mecánica y reclutabilidad se reportan en la tabla 1.

El volumen exhalado ante el cambio de PEEP fue similar en los dos grupos. En pacientes reclutables el volumen predicho fue menor y el volumen reclutado fue mayor. La Compliance a PEEP baja fue menor en los pacientes reclutables y tuvo buena correlación negativa con la reclutabilidad (figura 1). No hubo diferencias en la mecánica estática a PEEP alta.

**Conclusiones:** El cambio de volumen pulmonar con PEEP fue similar en pacientes reclutables y no reclutables, pero con una distribución diferente. Los pacientes con menor tamaño pulmonar (menor compliance) tuvieron mayor potencial de reclutamiento. La respuesta de la mecánica respiratoria ante el incremento de PEEP fue igual en los dos grupos.

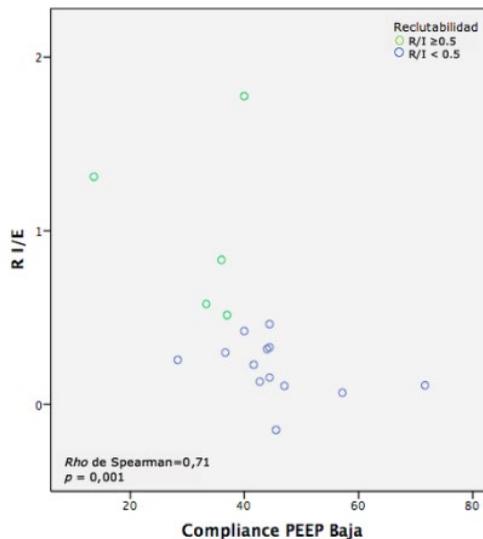


Figura 1. Correlación entre el Ratio I/E y la Compliance a PEEP baja (ml/cmH2O).

Tabla 1. Mecánica respiratoria y componentes del Ratio R/I.

Variable	Todos los pacientes (n=18)	Reclutables (n=9)	No reclutables (n=13)	p
Volumen tidal	400 [362-428]	370 [300-400]	400 [400-430]	ns
PEEP Total alta	15 [15-15]	15 [15-15]	15 [15-15]	ns
PEEP Total baja	5 [5-5]	5 [5-5]	5 [5-5]	ns
Presión plateau				
PEEP alta	26 [25-36]	28 [24-30]	26 [25-27]	ns
PEEP baja	14,5 [14-15]	15 [15-17]	14 [14-15]	ns
Delta de presión estática				
PEEP alta	11 [10-13]	13 [9-15]	11 [10-12]	ns
PEEP baja	9,5 [9-10]	10 [10-12]	9 [9-10]	ns
Compliance				
PEEP alta	35,16 [30,7-39,7]	30,76 [24,6-37,5]	36,15 [31,25-40]	ns
PEEP baja	42,19 [36,9-44,4]	36,01 [33,3-37]	44,22 [41,6-45,5]	< 0,029
Ratio R/I	0,3 [0,13-0,5]	0,83 [0,57-1,31]	0,22 [0,1-0,31]	< 0,029
Volumen exhalado	950 [864-1025]	930 [920-970]	976 [863-1030]	ns
Reclutamiento predicho	421,96 [367,5-444,4]	360,14 [333,3-370]	444,44 [416,6-455,5]	< 0,029
Volumen reclutado	124,66 [69,5-187,1]	192,66 [190-209,8]	78,33 [55,7-140]	< 0,029
Compliance pulmon reclutado	12,46 [6,9-18,7]	19,26 [19-29,9]	7,83 [5,57-14]	< 0,029
Cierre de vía aérea	0 [0-2]	1 [0-4]	0 [0-2]	ns

Las variables se reportan como mediana [RIQ]. Cierre de vía aérea: cmH<sub>2</sub>O, Volumen tidal: mL, Presión plateau: cmH<sub>2</sub>O, Delta de presión estática: cmH<sub>2</sub>O, Compliance: mL/cmH<sub>2</sub>O, Volumen exhalado mL, Reclutamiento predicho: mL, Volumen reclutado: mL, Compliance pulmon reclutado: mL/cmH<sub>2</sub>O. Los valores de p se refieren a la comparación por test de Fisher de los reclutables y los no reclutables.

### 0144 SEPARACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON COVID 19

MM GUTIERREZ OCAMPO(1), JP KLEIN(1), C GIMENEZ VILLALBA(1), JP DIAZ VELASQUEZ(1), JL CHOQUEVILQUE VARGAS(1), D PIEZNY(1), F LOIACONO(1), F VILLAREJO(1), ED PEZZOLA(1), J SAGARDIA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas

**Objetivo:** Describir el proceso de destete, definido como el comienzo de cualquier intento de separación de la ventilación mecánica (VM), y su pronóstico, de acuerdo con la clasificación WIND.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con requerimiento de VM, mayores de 18 años, con PCR positiva para COVID 19. Se estudió el proceso de desvinculación de la VM de pacientes con infección por SARS-CoV-2 internados en la terapia intensiva de adultos del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas en el período de junio a agosto de 2020. Se clasificó a los pacientes en 4 grupos según la categorización WIND: Grupo 0 o No destete (G0): compuesto por pacientes que nunca experimentan intento de separación.

Grupo 1 (G1, destete corto): el primer intento resultó en una terminación del proceso de destete dentro de 1 día (separación exitosa o muerte).

Grupo 2 (G2, destete dificultoso): la separación fue completada luego de más de 1 día pero en menos de 7 días luego del primer intento de separación (destete exitoso o muerte).

Grupo 3 (G3, destete prolongado): el destete no fue terminado a los 7 días luego del primer intento de separación (por éxito o muerte).

**Resultados:** Se incluyeron 92 pacientes. Sus características se muestran en la Tabla 1. El método utilizado como prueba de ventilación espontánea fue presión soporte. No se realizaron pruebas en tubo t. En la Tabla 2 se muestran los resultados de la clasificación WIND.

**Conclusiones:** En la mayoría de los pacientes nunca se inició el proceso de destete. Esto fue mayor al reportado en estudios pre pandemia. De los que iniciaron el destete, el Grupo 3, destete prolongado, incluyó la mayor cantidad de pacientes y tuvo mayor mortalidad. En el Grupo 2 en donde la separación fue completada luego de más de 1 día pero en menos de 7 días luego del primer intento ningún paciente falleció. En el grupo 1 la única muerte estuvo relacionada a extubación no planeada. La necesidad de traqueostomía fue mayor que el control histórico de la unidad (14% vs 9%).

Edad (mediana)	60 (rango 19-82)
Genero (M:F)	67:25
APACHE II (mediana)	14
Días de VM (mediana)	13 (9-23)
Traqueostomía	14,1%
Mortalidad global	63%

	N (%)	Mortalidad n (%)
0	54 (58.7)	54 (100)
1	6 (6.5)	1 (16.6)
2	13 (14.1)	0
3	19 (20.6)	3 (15.8)

#### 0145 NIVELES ELEVADOS DE PROCALCITONINA AL INGRESO A UTI EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 SE ASOCIA A UN MAYOR REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

A SOLARTE(1), D VASQUEZ(1), D CASTRO(1), V RUA(1)  
(1) Sanatorio Anchorena

**Objetivo:** Evaluar la relación entre niveles de procalcitonina y requerimiento VMI en pacientes con neumonía por COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, que incluyó a pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresaron a UTI y requirieron VMI>24h en el Sanatorio Anchorena Recoleta desde 20/03/2020-25/09/2020.

**Resultados:** 133 pacientes, 69(52%) no requirieron y 64(48%) requirieron VMI. 15 aún permanecen en UTI y 38.7% (19/49) fallecieron. Edad promedio 59±11 años, el 62% (82) sexo masculino y 56 (49%), tenían un CHARLSON= 0. Los días de inicio síntomas a inicio VMI fueron 6.5 [2.5-12].

La procalcitonina basal pacientes con VMI vs. Sin VMI fue de 0.32ng/ml [0.15-0.76] vs. 0.10ng/ml [0.04-0.35], p0.000. La curva COR para evaluar procalcitonina Y requerimiento de VMI>24h arrojó los siguientes resultados AUC 0.73 IC 95% [0.63-0.83]. Un valor de procalcitonina basal de 0.13ng/ml tuvo una SENSIBILIDAD de 80% Y ESPECIFICIDAD de 64% PREDECIR REQUERIMIENTO de VMI>24h. Pacientes que presentaban al ingreso una PROCALCITONINA BASAL NORMAL (<0.1NG/ML) vs. ANORMAL (>0.1NG/ML) caracterizaron: APACHE II 7 [5-10] vs. 11[8-16] p0.005; SOFA 24h 2[2-3] VS 3.5[2-6] p0.001; VMI>24h 5/30(17%) vs 31/58(53%) p0.01, días VMI 13[7-18] vs 10[5-28] pNS, SHOCK SEPTICO 5/30(17%) vs 28/58(48%) p0.04, la MORTALIDAD en UTI 2/30(6.7%) vs 8/57(14%) pNS, ESTADIA UTI 5[3-9] vs. 11[7-20]días; p0.000.

**Conclusiones:** Población de 133 pacientes ingresados a UTI por neumonía por COVID-19, aproximadamente la mitad requirió VMI y un 38.7% falleció al alta. Los niveles elevados de procalcitonina al ingreso se asociaron con mayor requerimiento de VMI. Una procalcitonina basal de >0.13 ng/ml tuvo una elevada sensibilidad para predecirlo. Finalmente los pacientes que presentaron al ingreso una procalcitonina anormal vs. normal estaban severamente enfermos al ingreso, presentaron mayor incidencia de shock séptico y mayor estadía en UTI.

#### 0146 TRATAMIENTO CON PLASMA DE CONVALESCIENTE DE COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS

E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), L DE VEDIA(1), JM FERNÁNDEZ(1), A RODRÍGUEZ(1), M PERALTA(1), A BOCASSI(1), G DE LARRAÑAGA(1), P SAUL(1), N CHACON(1), F ARANDA(1), L MAMMANA(1), I ZAPIOLA(1), L GUZMAN(1), P CINI(1), P SPINELLI(1), D FERRARI(1), N PORTEIRO(1), MB BOUZAS(1), C GONZALEZ(1)  
(1) Muñiz

**Introducción:** La enfermedad por el virus SARS-CoV-2 no tiene actualmente un tratamiento específico con probada eficacia para pacientes graves y la mortalidad en unidades de cuidados intensivos (UCI) puede superar el 50%.

El plasma de convaleciente (PPC-19) implica administrar plasma de pacientes recuperados del SARS-CoV-2. La eficacia y seguridad aún no se han evaluado.

Proponemos PPC-19 en pacientes con COVID-19.

**Objetivos:** Administrar PPC-19 en pacientes con COVID-19 ingresados en UCI.

Reducir la mortalidad en UCI, hospitalaria y a los 28 días

**Metodología:** Ensayo clínico de intervención, controlado, aleatorizado y secuencial: 18 pacientes: grupo control vs. 32 pacientes grupo con PPC-19.

Pacientes COVID-19, ingresados a UCI. Marzo-agosto 2020. 50 pacientes enrolados.

Los datos se procesaron usando el SPSS versión 15.0 para Windows. Considerada significativa p<0.05.

**Resultados:** Enrolamos 76% hombres. Mediana inicio síntomas-administración de plasma (días) 9. Comorbilidades 41 pacientes, la más frecuente: obesidad (54%). Mediana días de internación en UCI (13 vs 19,5) y hospitalaria (20,5 vs 25) fue mayor en tratados con plasma. Incluimos según gravedad de COVID-19: moderada 5, grave 8 y crítica 37 pacientes.

Indicamos ventilación mecánica invasiva (VMI) 74%, uso de VMI mediana 13 días (1-80); 76% necesitaron decúbito prono. Pacientes moderados y graves (13) no requirieron VMI, sobrevivieron todos, p <0,006.

Tasa mayor de interurrencias en pacientes fallecidos (p=0,008)

Mortalidad por grupos: Moderados y graves 0%, críticos 46% (17/37).

Mortalidad entre grupo control vs grupo con PCC-19: 22% vs 41%, p= 0,1.

Mortalidad global 33% (17/50), en UCI, hospitalaria y a los 28 días.

**Conclusiones:** Nuestro estudio logro demostrar 3 aspectos de la terapéutica con PCC-19 que podrian impactar en los pacientes con COVID-19: En primer lugar, es un tratamiento seguro. En segundo lugar, se mantuvo estable la mortalidad hospitalaria y a los 28 días, no mostro diferencias significativas con el grupo control. En tercer lugar, pacientes sin VMI mostraron una sobrevida del 100% (moderados y graves).

Resulta necesario reconocer los riesgos y beneficios del PCC-19. Esta investigación pretende contribuir a ello.

### 0147 IBUPROFENO INHALADO PARA TRATAR COVID-19

NH GARCIA(1), PA DORESKI(2), O SALVA(3), C GILER(3), DC QUINODOZ(4), LG GUZMAN(4), SE MUNOZ(5), MN CARRILLO(5), G AMBASCH(6), M MALDONADO(7), F FOURNIER(8), CA MARTINEZ PICCO(9)

(1) Conicet. (2) Fundación Respirar. (3) Clínica Independencia. (4) Sanatorio de la Cañada. (5) Inicsa-conicet. (6) Sanatorio Mayo Privado SA. (7) Nuevo Hospital San Roque. (8) Clínica Francesa. (9) Clínica del Sol.

La neumonía por SARS-CoV-2 (COVID-19) induce a una respuesta inmune-inflamatoria como consecuencia de la replicación viral, que en ciertas condiciones genera una activación exagerada del sistema inmune, con evolución desfavorable y mal pronóstico.

El ibuprofeno, droga con excelente perfil de seguridad, podría disminuir la reacción inflamatoria administrada por la vía inhalatoria, aumentando la biodisponibilidad. Por ello, nuestro objetivo fue evaluar la seguridad de Luarprofeno® en pacientes COVID-19 y generar evidencia de efecto beneficioso en el tratamiento de dicha patología.

Este informe se basa en datos de pacientes que recibieron Luarprofeno® desde el 2 de abril de 2020 hasta el 01 de septiembre de 2020. A partir de una resolución de uso compasivo ampliado, proporcionamos Luarprofeno® (Res. Minist. 391-392/2020 - Córdoba) a pacientes hospitalizados con COVID-19. Los mismos recibieron Luarprofeno® 50 mg cada ocho horas por medio de nebulización, hasta que su saturación de oxígeno alcanzara parámetros normales, el médico considerara suficiente o el paciente retirase el consentimiento.

De los 142 pacientes que recibieron Luarprofeno®, dos pacientes fueron excluidos en el análisis (Tabla 1); más del 40% presentaron comorbilidad. Los pacientes presentaron un puntaje de  $3,9 \pm 0,3$  según escala de OMS-COVID-19. Al inicio, el 2.86% recibían ventilación invasiva. El 68% de los pacientes mejoraron la SpO2 y fueron externados al octavo día; el resto recuperó la SpO2 a los  $7 \pm 0,8$  días y al día 18, el 90.85% fue dado de alta (Figura). Estos cambios disminuyeron el puntaje del NEWS2 y qSOFA, indicando también una menor intervención de cuidados intensivos por parte del personal de sanidad. No se informaron eventos adversos serios relacionados con la medicación. Durante el estudio, murieron 13 pacientes (9%). Estos datos sugieren que Luarprofeno®, administrado a pacientes COVID-19, mantiene el perfil de seguridad conocido en su droga, y previene la inflamación descontrolada a nivel pulmonar, administrado tempranamente. Dichos datos, recabados del programa de tratamiento por compasión ampliado, proveen información suficiente para hipotetizar en un estudio de Fase 2, que Luarprofeno® revierte la neumonía inducida por SARS-CoV-2, disminuyendo la mortalidad en este escenario.

Figura. Cambios en la saturación de oxígeno vs frecuencia respiratoria a lo largo del tratamiento con Luarprofeno en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2

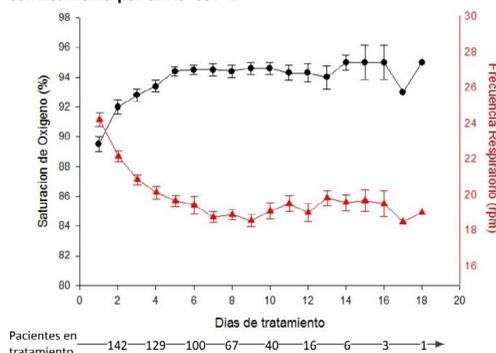


Tabla . Características epidemiológicas cohorte Córdoba Trail (n= 142)

Edad	58±0.4
Sexo Femenino	35.2
Mayores de 60 años	44.4
Patología Respiratoria (%)	17.6
Patología Cardiovascular (%)	40.8
Patología Renal Crónica (%)	1.4
Inmunocomprometido (%)	4.9
Diabetes Mellitus (%)	18.3
TAS (mmHg)	123±0.4
TAD (mmHg)	74±0.3
Temperatura (oC)	36±0.1
Escala de Evolucion Clínica OMS-COVID-19 (0-8)	3.9±0.4

### 0148 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTES CON COVID-19

R CORELLA CADENA(1), J SAGARDÍA(1), JP HIDALGO(1), P CAPECE(1), C ARIAS(1), G POSSE(1), ML CUESTAS(2), MF BENEDETTI(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2) Universidad De Buenos Aires

**Introducción:** La aspergilosis pulmonar invasiva (AP) generalmente se observa en pacientes con sistemas inmunitarios deprimidos. Recientemente se ha reconocido en aquellos con influenza y con COVID-19.

La presentación de la AP como complicación de estas infecciones virales parece ser distinta.

**Objetivos:** Difundir las características clínicas de 4 pacientes críticamente enfermos ventilados mecánicamente por neumonía por COVID19 que desarrollaron AP.

Difundir los métodos diagnósticos utilizados para la determinación en unidad de cuidados intensivos.

**Pacientes y métodos:** Series de casos y revisión de literatura.

**Resultados:** Se analizan 4 pacientes con COVID-19 y AP. En la Tabla 1 se muestran las características de cada paciente.

La muestra respiratoria fue negativa en el paciente con inmunocompromiso previo, mientras que las serologías para galactomananos (GM) fueron positivas en los 4 casos.

La persistencia febril, pese a los antibióticos ajustados a los aislamientos fue común en los pacientes. Todos recibieron terapia con corticoides. Las pruebas diagnósticas utilizadas fueron el cultivo de secreciones respiratorias y los GM en suero cumpliendo con los criterios de AP asociada a COVI 19 (infiltrados pulmonares más uno de los siguientes: índice de GM en suero > 0.5, índice de GM de BAL > 1.0, un cultivo positivo de Aspergillus de BAL, o un infiltrado cavitante.)

**Conclusiones:** La falta de estandarización en la definición de AP en pacientes críticos no neutropénicos puede subestimar el reconocimiento de esta enfermedad, desconociendo su verdadera prevalencia. Los cultivos respiratorios tienen baja sensibilidad cuando se prueban con un estándar de referencia confiable (histología / autopsia) por lo que ante cuadros graves y evolución tórpida debería considerarse iniciar tratamiento para AP luego de hacer el máximo esfuerzo para llegar al diagnóstico. Las pruebas moleculares para hongos son totalmente necesarias.

Tabla 1. Características generales de los pacientes

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4
Edad	57	44	23	69
AVM	SI	SI	SI	SI
Inmunocompromiso Previo	NO	NO	SI	NO
rT-PCR COVID-19	+	+	+	+
Cultivo de AT*	POSITIVO <sup>a</sup>	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO
Serologías GM	IGG +	IGG +	IGG +	NO
TC tórax	VIDRIO ESMERILADO PERIFÉRICO BILATERAL TENDENCIA CONSOLIDACION CORAD 3	VIDRIO ESMERILADO MIXTO PERIFÉRICO BILATERAL CON TENDENCIA CONSOLIDACION CORAD 6	NO	NO
Sobreinfección bacteriana	SI	SI	SI	NO
Fiebre persistente	SI	SI	SI	SI
Uso corticoides	SI	SI	SI	SI
Resultado	VIVO	FALLECE	FALLECE	VIVO

<sup>a</sup>Septado frecuente  
<sup>b</sup>ápuste

### 0150 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

J PEDRAZA CORONEL, NA AYBAR(1), FM JEREZ(1), PF GALLARDO(1), MV LEGUINA(1)  
 (1) Hospital de Niños Tucumán

**Introducción:** El síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica es una entidad con elevada mortalidad, infrecuente en pediátrica. La aplicación de los criterios diagnósticos de SHF, que consideran datos clínicos (fiebre, hepatoesplenomegalia, exantema cutáneo, fenómenos neurológicos, citopenias, hipertrigliceridemia, ferritina elevada y coagulopatía) y analíticos (citológico de médula ósea, ganglio o hígado, que muestra histiocitos benignos fagocitando activamente las células hematopoyéticas), y la búsqueda del factor desencadenante (infeccioso, oncológico, reumatológico, metabólico), son claves para instaurar un tratamiento adecuado.

**Objetivo:** Presentar un caso de SHF evidenciando la importancia, como planteo de diagnóstico diferencial en FOM, para un tratamiento oportuno.

**Presentación:** Niño de 7 años de edad previamente sano, acude a la guardia con fiebre, odinofagia, vómitos y dolor abdominal de cuatro días de evolución. En sala se descarta abdomen quirúrgico y enfermedad COVID-19. Luego de 5 días febril, presenta rash eritematoso generalizado, insuficiencia respiratoria y descompensación hemodinámica por lo que es trasladado a UCIP con diagnóstico de shock séptico a foco respiratorio y sospecha de infección por COVID-19. Ingresa a ARM con Falla Orgánica Múltiple.

Exámenes complementarios al ingreso: hemograma con anemia, leucocitosis y plaquetopenia. Reactantes de fase aguda elevadas. Factores de coagulación bajos, LDH: 1604. Fibrinogeno: 54mg/dl. Dímero D: 800. Ferritina: 2479 ng/dl. Triglicéridos 450mg/dl.

Citometría de flujo: linfopenia. Segundo hisopado para COVID negativo al igual que Cultivos, paneles de anticuerpos reumatológicos, de vasculitis, síndrome antifosfolipídicos, serologías para SARS-CoV2, dengue, TORCHS y cargas virales para Epstein Bar, Citomegalovirus, Parvovirus y HIV.

Punción de médula ósea: elementos hemofagocíticos. Tratamiento: soporte hemodinámico, antibioticoterapia de amplio espectro, Gamaglobulina 2 gr/kg en tres días y dexametasona 10 mg/ m2/día.

**Evolución:** Paciente que se extuba a los 20 días con buena evolución clínica y de laboratorio.

**Discusión:** El SHF es una urgencia médica que los pediatras deben tener en cuenta y saber identificar en un paciente con fiebre y afectación progresiva del estado general, ya que la incidencia se estima en 1-2 casos / millón de individuos/año lo que plantea un subdiagnóstico. La mortalidad varía de 20 a 40%, cuando se asocia a infección y aumenta a casi un 100% cuando se asocia a otras causas y al retraso diagnóstico y terapéutico.

### 0151 FALLO HEPÁTICO EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

M HERRAN(1), F SEQUEIRA(1), D DURAN(1), V JORGELINA(1), P CASTELLANI(1), C LUTKEVICIUS(1)  
 (1) Sor María Ludovica

**Introducción:** La insuficiencia hepática aguda pediátrica es un síndrome de disfunción severo y repentino de los hepatocitos que lleva a un fallo de la función de síntesis y detoxificación. Es una enfermedad grave y poco frecuente, pero potencialmente fatal, que se presenta en un niño previamente sano.

**Caso clínico:** Paciente de 7 años de edad, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B, que realiza bloque de quimioterapia con Vincristina, Daunorrubicina y Asparaginasa Ingresó al hospital con dolor abdominal, hipertensión arterial, convulsiones asociadas a hiponatremia (119 mEq/kg) e imagen compatible con PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome). Evoluciona desfavorablemente con deterioro del sensorio, aumento concomitante de enzimas hepáticas (50 veces su valor normal) y coagulopatía, por lo cual se decide su ingreso a UTIP. Se reinterpreta cuadro clínico como PRES secundario a Fallo Hepático. Se instaura tratamiento energético con AVM neuroprotectiva, lactulosa, rifaximina, ATB EV y soporte hemodinámico.

**Discusión:** La presentación clínica del FHA depende de la etiología, comenzando habitualmente con un episodio de hepatitis aguda, que en días o semanas evidencia una evolución desfavorable, con gran compromiso del estado general y una severa coagulopatía. El tratamiento consiste en la implementación de medidas generales que tenderán a corregir las alteraciones metabólicas, el aspecto nutricional, y la prevención y tratamiento de todas las complicaciones que se presentan en el transcurso evolutivo como infecciosas, neurológicas, etc. Además, es fundamental implementar el tratamiento específico de aquellas enfermedades que pueden beneficiarse del mismo (hepatitis aloinmune, galactosemia, tirosinemia, infección por herpes simple, enfermedad de Wilson, etc).

**Conclusión:** La FHA es un cuadro dinámico con una evolución impredecible, y la progresión hacia una encefalopatía hepática puede ser muy rápida. El objetivo principal debe ser mantener bajo estricto control al paciente mientras se recupera espontáneamente o recibe un TH. Sin embargo, a pesar de los avances terapéuticos, la insuficiencia hepática aguda resulta en muerte o trasplante hepático en más del 45% de los casos.

### 0152 COVID 19 EN POSTQUIRÚRGICO DE CIRUGÍA DE GLENN. QUILOTORAX. A PROPOSITO DE UN CASO

MC CHAVEZ(1), L RAMASCO(1), PR PEREZ CARAM(1), RA TOLEDO(1)  
 (1) Del Niño Jesús.

La anastomosis de Glenn bidireccional es un procedimiento que se asocia a baja morbimortalidad. Existe evidencia de compromiso cardiovascular en pacientes que cursan infección por SARS-CoV-2 (coronavirus) en pacientes adultos. La reacción inflamatoria con hipoxemia y eventos tromboembólicos fueron descriptos como las principales alteraciones. Hipótesis de lesión miocárdica muestran a la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) como mediador de la afectación cardíaca. SARS-CoV-2 parece alterar la función enzimática. El hallazgo de liberación de troponinas (Tn) y el péptido natriurético (BNP) indica afectación del sistema cardiovascular y su elevación es mal pronóstico. Según el CDC el 1.7% de los pacientes infectados fueron pediátricos

**Caso clínico:** Paciente de 10 meses que ingresa a la terapia intensiva pediátrica UTIP con diagnóstico de doble salida de Ventrículo Derecho, comunicación interventricular no relacionada con estenosis pulmonar severa para cirugía de Glenn. A los 4 días de evolución postquirúrgica presenta convulsiones. En RMN de cerebro imágenes sugestivas de trombosis cerebral tratadas con levetiracetam y enoxaparina. Se externa sin secuelas neurológicas. Luego de 15

días la madre observa decaimiento general y aumento de cianosis; consulta al cardiólogo. Ecocardiograma muestra derrame pericárdico. Ingres a UTIP en mal estado general cianótica en shock. Se reanima con volumen, se coloca en cánula nasal alto flujo (CAFO), radiografía de tórax muestra derrame pleural derecho severo. Se coloca drenaje pleural obteniendo 300 cc de líquido lechoso posteriormente se realiza drenaje pericárdico. Se diagnostica quilotorax. Inicia alimentación sin grasa, se policultiva, se realiza hisopado nasofaríngeo para rtPCR COVID-19 siendo POSITIVO. Cumple esquema antibiótico. Drenaje pleural con alto débito por días 15 requiere octeotride y posteriormente APT. Ecocardiograma sin repercusión hemodinámica, buen funcionamiento y velocidad de Glenn. Se solicitó RMN y cateterismo cardiaco para estudio de quilotorax persistente.

**Conclusión:** A través del presente reporte se intenta sensibilizar acerca del alto nivel de sospecha para COVID-19 en pacientes con cardiopatías; la necesidad de realizar una evaluación dirigida a cuantificar marcadores de disfunción miocárdica y de respuesta inmunológica. La presentación alejada del quilotorax y su poca respuesta al tratamiento podría estar relacionado a la infección por coronavirus y plantea un interrogante sobre una probable asociación.

### 0153 ESCORPIONISMO GRAVE A PROPOSITO DE UN CASO

NA AYBAR(1), FM JEREZ(1), PF GALLARDO(2), MV LEGUINA, J PEDRAZA CORONEL  
(1) Hospital del Niño Jesús Tucuman. (2) Hospital del Niño Jesús Tucumán.

**Introducción:** Es considerado un problema grave de salud pública especialmente en regiones cálidas, potencialmente letal pero prevenible y tratable. En Argentina, las notificaciones y casos de defunción ha aumentado significativamente, en especial por el TityusTrivittatus, importante por sus hábitos domiciliarios y carácter agresivo. La mayoría de las picaduras presentan síntomas locales, un 10% progresa a un cuadro sistémico. En la forma severa se evidencia insuficiencia cardiaca, respiratoria, afección neurológica, por liberación masiva de acetilcolina y catecolaminas, desencadenada por neurotoxinas. Menores de 2 años son susceptibles a presentar complicaciones graves; edema agudo de pulmón, shock cardiogenico hipotensivo, bajo gasto cardiaco, arritmias. La estabilización del medio interno se considera uno de los pilares fundamentales del tratamiento. Milrinona y levosimendan carecen de evidencia.

**Objetivo:** Describir un caso de escorpionismo grave.

**Caso Clínico:** Paciente de 3 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes perinatológicos y familiares de relevancia. Cursando enfermedad de hrs de evolución, luego de sufrir picadura de alacrán en pie, refiere dolor, evidenciándose eritema, y edema en el sitio de la lesión. Consulta en hospital zonal por episodios de vómitos se indica suero antiescorpionico (6 ampollas), persisten los síntomas, agregándose insuficiencia respiratoria y cardiaca, se decide su traslado a este nosocomio, ingresa con alteración del sensorio se intuba e ingresa a UCIP, inestable hemodinámicamente requiriendo soporte inotrópico, Milrinona. En ecocardiograma presenta disfunción sistólica leve FA 17%, ProBNP 14697, Troponina 4561. Evoluciona en 24 hrs con episodio de TSV, no revierte ante adenosina, indicándose amiodarona presentando 2 hrs después episodio de parocardiopulmonario, se realiza RCP avanzado, requiriendo adrenalina para estabilización hemodinámica. Se indica levosimendan, y correcciones de medio interno. Ante nuevo episodio de TSV se indica amiodarona, cardioversión eléctrica, corticoterapia, revirtiendo el cuadro. En evaluaciones cardiológicas sucesivas se constata buena evolución de la funcionalidad global. El día 12 presenta función ventricular conservada, FA 38%. Actualmente presenta controles cardiológicos normales.

**Discusión:** En nuestro país actualmente se registró un número creciente de casos, muchos de letalidad. Se torna necesario realizar con énfasis tareas de prevención primaria, como así también investigaciones para poder lograr una recomendación solida en cuanto al tratamiento a proporcionar.

### 0155 TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA EN EL TRAUMA GRAVE DE CRÁNEO PEDIÁTRICO: ANÁLISIS DE DECISIÓN

P CAPORAL(3), MT CABALLERO(1), CONICET, E RODRIGUEZ BACA(3), D ALMADA(4), CA ROJAS ROQUE(5)

(1) Fundación Infant. (2) Conicet. (3) Hiaep Sor María Ludovica. (4) San Juan de Dios. (5) Instituto de Efectividad Clínica Y Sanitaria (IECS).

**Introducción:** Dentro de los tratamientos de la hipertensión endocraneana refractaria (HTER) en trauma grave de cráneo (TECG) se encuentran la craneotomía descompresiva (CD) y el coma barbitúrico (CB). La elección del tratamiento queda a criterio del médico tratante, lo que genera discusiones en el ámbito académico.

**Objetivo:** Comparar la eficacia y seguridad de la CD contra el CB mediante un modelo de decisión ajustado por calidad de vida.

**Metodología:** Se realizó un modelo de decisión procesado y analizado mediante TreeAge Pro 2009, Health care.

**Población objetivo:** pacientes de 10 años de edad con HTER a tratamiento de primera línea(PIC > o igual 20 mmHg) luego de sufrir un TECG.

**Nodo de inicio:** La población objetivo. Se dividieron dos ramas: CD secundaria y CB. Con ambos tratamientos el paciente puede morir o sobrevivir sin complicaciones o con distintos grados de discapacidad: moderada, severa o estado vegetativo. Para cada rama hay 5 desenlaces posibles.

**Nodo terminal:** años de vida ajustada por calidad (QALY). Los valores de probabilidades fueron tomados de RESCUEicp Trial, con sus resultados a los 12 meses del TEC.

**Variable de resultado:** QALY. La esperanza de vida se obtuvo de un modelo de pronóstico validados para TECG.

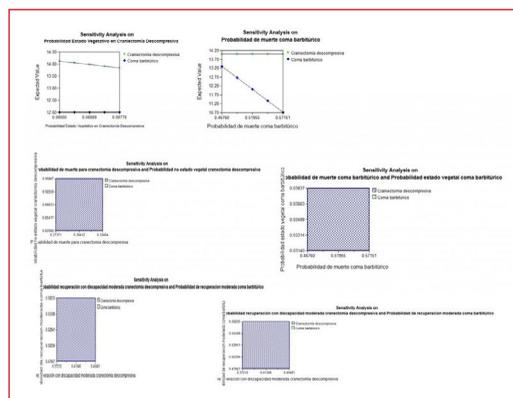
La calidad de vida se obtuvo aplicando el método Juego de Referencia Estándar (SRG) a personas sanas, pacientes que hayan vivido TEC grave y familiares de los mismos, de la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires .

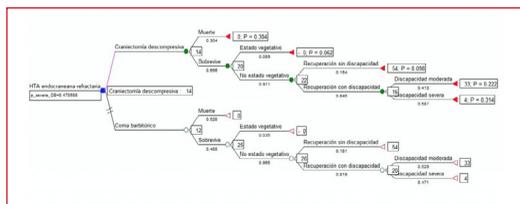
**Resultado:** Luego del plegado, se obtuvo 12 QALYs para CB y 14 para CD.

La CD resultó mas eficaz en términos de QALY para el tratamiento en pacientes de diez años con HTER luego de un TECG, en comparación al CB. La decisión no se modifica luego de los análisis de sensibilidad.

El modelo es más sensible a los parámetros de mortalidad y estado vegetativo en cualquiera de las alternativas evaluadas.

**Conclusiones:** Según nuestro conocimiento, éste es el primer análisis realizado que evalúa las alternativas disponibles para el tratamiento de HTER por TECG pediátrico, en términos de muerte y complicaciones clínicas sufridas en relación a los QALY. Resultando la CD secundaria mas eficaz que el CB.





### 0156 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO PERINATAL ASOCIADO A MUTACIÓN MTHFR C677T HOMOCIGOTA. ¿UN CASO POCO FRECUENTE?

AR COSCI(1), LG LAMAS HERNÁNDEZ(2), RM ARIAS(2), G QUINTEROS(2), SL PONCE(2)

(1) Materno Infantil "Dr. Héctor Quintana". (2) Hosp. Materno Infantil "Dr. Héctor Quintana".

**Introducción:** El ACV perinatal es causa importante de morbimortalidad con una incidencia anual de 1 cada 4000 RN vivos, está subdiagnosticado dada su presentación inespecífica. Existen factores de riesgo transitorios que predisponen al RN a un estado protrombótico, se sugiere que la trombofilia genética tiene un rol importante en su patogénesis.

**Objetivo:** Destacar la importancia del estudio de trombofilias congénitas y adquiridas en los neonatos con convulsiones, ACV isquémicos y hemorragias.

**Descripción:** Datos positivos de la madre: 17 años, 1 aborto, GyF O +. RNT/AEG nace por cesárea/podálico, apgar 7/9, 41 sem, 3.107gr, talle 47,5, pc 35, O.E.A normal, grupo y factor O +, alta conjunta al 3er día.

A los 16 días de vida, reingresa por episodio convulsivo, movimientos tónicos-clónicos, decaimiento, regular conducta alimentaria, descenso de peso del 14% del nacimiento, datos positivos al Examen Físico: icterico, soporoso, succión débil, hipertonia de los miembros. Conducta: fenobarbital, ampicilina-gentamicina (72hs), previo screening infección (negativo) medio interno (normal) cultivos (resultados negativos), screening metabólico normal, EEG Normal. Ecografía cerebral: lesión isquémica en región parietal izquierda. TAC: imagen levemente hiperdensa frontal, paraventricular izq. Probablemente hemática, fontanela tensa que sobrepasa el limite óseo compatible con edema cerebral. FO normal. Ecocardiograma normal. Videodeglución: RGE grado II.

Alta a los 49 días de vida con diagnóstico de:

- RNT/AEG
- ACV ISQUEMICO
- REFLUJO GASTROESOFAGICO GRADO II
- ENCEFALOPATIA NEONATAL.

Resonancia Magnética: imagen heterogénea en todas sus secuencias a nivel de sustancia blanca frontal izquierda. Contraste EV: refuerzo de imagen en forma heterogénea irregular, que puede corresponder a una lesión mal formativa vascular.

Estudios moleculares para trombofilia congénita: MUTACION HOMOCIGOTA MTHFR C677T; METHYLENE TETRA HIDROFOLATO REDUCTASA. Se indicó tratamiento con AAS, Ac. Fólico y Betaína.

**Discusión y Conclusión:** En este caso el paciente debuta con convulsiones y en base a estudios de neuroimágenes se realizó el estudio de trombofilia congénita y adquirida, llegando a la detección de la mutación homocigota del gen MTHFR C677T, la cual está relacionada con enfermedad trombótica cerebral a edades tempranas, por lo que proponemos la búsqueda de trombofilias en este tipo de pacientes ya que están subestimadas en nuestro medio.

### 0158 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA

L DE VEDIA(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), C DOMINGUEZ(1), A RODRIGUEZ(1), N LISTA(1), P SAUL(1), N CHA-

CÓN(1), J FERNÁNDEZ(1), I PRIETO(1), M PERALTA(1), M FLORES MONTES(1), S GREGORI(1), MI CALDERÓN(1)  
(1) Muñiz

**Introducción:** La pandemia por SARS-CoV-2 ha afectado notablemente el trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El grupo de pacientes que requiere ventilación mecánica (VM) se asocia con elevada tasa de mortalidad. El objetivo de esta presentación es exhibir las características de los pacientes con COVID-19 que requirieron VM, y evaluar los factores de riesgo asociados con mortalidad.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 que ingresaron en un departamento de terapia intensiva y requirieron VM entre marzo y septiembre de 2020. Se analizaron de manera retrospectiva las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los mismos, así como los diferentes factores que pudieran estar asociados con mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva, y para explorar los factores asociados con mortalidad se empleó análisis univariado con test exacto de Fisher para variables categóricas y t-test para variables continuas, y análisis multivariado con regresión logística para las variables que exhibieron un valor de  $p \leq 0.05$  en el análisis univariado.

**Resultados:** Se evaluaron 484 pacientes con COVID-19, de los cuales fueron incluidos en este análisis los 265 que requirieron VM. El 86,1% (228) eran de sexo masculino, y el promedio de edad fue de 59,9 años (DE  $\pm 13,3$ ). Entre los factores de riesgo, 152 pacientes (57,4%) tenían obesidad (IMC>30), 125 contaban con una edad igual o mayor a 60 años (47,2%), 90 eran hipertensos (34%), 84 presentaban diabetes (31,7%), 20 eran asmáticos (7,5) y 17 tenían EPOC (6,4%). La mortalidad fue del 38,9% (103 pacientes). En el análisis multivariado, los factores que se asociaron con mortalidad fueron la edad mayor o igual a 60 años (OR 3,07, IC 95% 1,84-5,13), la hipertensión arterial (OR 2,78, IC 95% 1,62-4,76), el EPOC (OR 4,23, IC 95% 1,44-12,41) y el asma (OR 5,35, IC 1,88-15,22).

**Conclusiones:** La mortalidad en el grupo de pacientes con COVID-19 que requirieron VM fue ligeramente inferior al 40% (38,9%). Los factores que se asociaron con mortalidad fueron edad mayor o igual a 60 años, hipertensión arterial, EPOC y asma.

### 0160 RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, UTILIDAD PRONOSTICA DE DIMERO-D Y TERAPIA ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

D CASTRO(1), D VÁSQUEAZ(1), V RÚA(1), A SOLARTE(1), V APHALO(1), S CARLA(1)

(1) Sanatorio Anchorena

**Objetivo:** Evaluar la incidencia de enfermedad tromboembólica (ETE: tromboembolismo pulmonar (TEP)/trombosis venosa profunda (TVP)) en pacientes con neumonía grave por COVID-19, asociación de dimero-D como factor pronóstico, tratamiento antitrombótico y sus complicaciones.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 que requieren ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI) desde 20/03/2020 hasta 24/09/2020.

**Resultados:** Ingresaron 133 pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 a UTI. La edad fue  $59 \pm 11$ ; sexo masculino (62%), APACHEII 10 [6- 16] y SOFA a las 24hs de  $3[2- 5]$ . El 46,5% (63) presentó factores de riesgo para formas severas de COVID-19: HTA 20 (15%), obesidad 18 (13,5%), HTA+obesidad 25 (18%). El 48% (64) requirió ARM. La mortalidad al alta de UTI fue 16.1% (19/118); en ARM 38.7% (19/49). Se constataron 15 eventos de ETE (11.3%): 12 TEP (9%) y 3 TVP (2.25%). Cuatro pacientes (3%) requirieron trombolisis, incluidos 3 casos de TEP masivo evidenciado por inestabilidad hemodinámica y falla cardiaca derecha ostensible en ecocardiograma.

El 65% (69/106) presentaba DD basal elevado ( $\geq 0,55$ ng/ml), el 61.5% (64/104) a las 48h, 79.4% (77/97) a los 5 días, el 83% (68/82) a los 7 días y el 95.7% (45/47) a los 14 días. Los sobrevivientes (SV) vs. No sobrevivientes (NoSV) presentaron los siguientes valores de DD basal,

a los 2, 5, 7 y 14 días: 0,79 [0,42-1,30] vs. 0,57 [0,49-1,62] pNS; 0,79 [0,42-1,62] vs. 0,87 [0,49-3,18] p0.02; 1,10 [0,62-2] vs. 4,8 [1,19-7,99] p0.03; 1,09 [0,67-2,29] vs. 3,59 [1,29-5,57] pNS y 1,56 [1,07-3,71] vs. 3,15 [1,49-9,48]pNS.

El 41% de pacientes (55) recibieron anticoagulación, comprobando su indicación correcta en 27% (15/55) por TEP/TVP documentado. El 9% (5/55) de pacientes anticoagulados presentó sangrado mayor y en 4/5 no se documentó trombosidad a posteriori.

**Conclusiones:** En una población de pacientes críticos con neumonía por COVID-19 se documentó una elevada incidencia de ETE y específicamente TEP masivo requiriendo trombolíticos. El DD permaneció elevado en la mayoría de los pacientes durante la estadía en UTI, especialmente hacia el día 14 lo cual podría deberse a sepsis y ETE. Un DD elevado a los 2 y 5 días luego de la admisión se relacionó con mayor mortalidad al alta de UTI. Una proporción elevada de pacientes recibió anticoagulación empírica; pero sólo en un tercio se documentó ETE, mientras que 9% presentó sangrado mayor; lo cual evidencia la importancia de realizar anticoagulación dirigida.

#### 0161 COMPORTAMIENTO DE LA AMIKACINA EN EL PACIENTE CRÍTICO: MONITORIZACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS

SE ITURRY MONTELLANO(1), RF CORELLA(2), J SAGARDIA(2), F LOIACONO(2), MF BENEDETTI(2), C ARIAS(2)

(1) Dr. Prof. Alejandro Posadas. (2) Dr. Prof. Alejandro Posadas

Los aminoglucósidos son antimicrobianos bactericidas, con actividad dependiente de concentración y efecto post-antibiótico. Para que un antimicrobiano inhiba el crecimiento bacteriano se requiere que el fármaco alcance niveles sobre la CIM en el sitio de infección. Ello a menudo es difícil de medir, por lo que se utiliza la determinación de "niveles" (concentración) de antimicrobianos en el plasma y se extrapola estos resultados a lo que ocurre en los tejidos.

La monitorización de los niveles plasmáticos en forma periódica permite ajustar la dosificación con el propósito de obtener el efecto deseado y el menor riesgo de toxicidad.

La aparición de infecciones nosocomiales por gérmenes multiresistentes en nuestra Unidad ha llevado a la utilización de la Amikacina como tratamiento empírico inicial. Con el intento de lograr dosis adecuada de dicho antibiótico y disminuir la incidencia de eventos adversos asociados (nefrotoxicidad, neurotoxicidad) implementamos la utilización de mediciones plasmáticas de Amikacina para su monitorización.

**Metodología:** Estudio exploratorio del comportamiento de la Amikacina en el paciente crítico. Se incluyeron todos los pacientes que recibían Amikacina como tratamiento antibiótico en el periodo de junio a agosto de 2019. Se realizaron dosajes plasmáticos de Amikacina (Amikacinemia) a las 48 hs de iniciado el tratamiento. La Amikacina se administró en una sola dosis diaria de 15mg/kg en infusión controlada durante 30 minutos. A los 30 minutos posteriores se realizaba extracción sanguínea para su dosaje en pico, buscándose alcanzar valores terapéuticos entre 25 y 35 mg/L. Se monitorizó la tasa de filtración glomerular realizándose Clearance de Creatinina (ClCr) medido de 12 hs para el ajuste de dosis de aquellos pacientes con ClCr <50ml/min/m<sup>2</sup>, para lo cual se recolectaba orina de 12 horas durante la noche del día de inicio del antibiótico. En base a los resultados obtenidos en la Amikacinemia se estableció un protocolo de seguimiento en la monitorización y ajuste de dosis del antibiótico. Para aquellos pacientes con ClCr<50ml/min/m<sup>2</sup> se utilizaron 7.5mg/Kg de Amikacina.

**Resultados:** Se realizaron 49 muestras sanguíneas para dosaje de Amikacina. En base a los resultados se establecieron valores subterapéuticos (<25mg/L), valores terapéuticos (25-35mg/L) y valores supratrapéuticos (>35mg/L).

ClCr (ml/min/m <sup>2</sup> )	Supratrapéuticos (22)	Terapéuticos (17)	Subterapéuticos (10)
0-30	12	4	7
30-60	6	3	2
≥60	3	5	1
≥130	1	5	

En base a los resultados obtenidos se estableció un algoritmo para su monitorización.

En caso de valor terapéutico se repetía dosaje a las 48hs, de continuar en mismo rango se establecía dicha dosis antibiótica hasta finalizar esquema, excepto que la condición renal se modificara, donde se realizaba nuevo ClCr medido y nuevo dosaje plasmático. En caso de valor subterapéutico se incrementaba la dosis y se realizaba nuevo dosaje a las 24-48hs.

En caso de valor supratrapéutico se suspendía dosis, se ajustaba nueva dosis y se realizaba nuevo dosaje plasmático.

**Conclusión:** La monitorización de los niveles plasmáticos de Amikacina nos permitió observar que los niveles fuera de rango terapéutico (supratrapéuticos o subterapéutico) se obtuvieron en pacientes con deterioro de la función renal. No hubo valores subterapéuticos en pacientes con riñón hiperfiltrante (ClCr>130ml/min/m<sup>2</sup>).

Los resultados permitieron diseñar un algoritmo de monitoreo.

#### 0162 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN PACIENTE CRÍTICO

JM BERNASCONI, L IGLESIAS(1), E ZWENGER(1), C ROJAS(1), C AMBROSIO(1), Y LOMBI(1), B NOSOTTI(1), E MANRIQUE(1), E GARCIA CHIPLE(1), I LEDESMA(1), R ÁVILA(1)

(1) Hospital Privado de Córdoba

**Introducción:** La microangiopatía trombótica (MAT) es una patología con síndromes muy diversos de presentación aguda o progresiva.

Dentro de ellas la Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) adquirida se manifiesta ante la deficiencia de la actividad de la ADAMTS13, por autoanticuerpos específicos. Se da principalmente en adultos, presenta debilidad, síntomas gastrointestinales, púrpura, y alteraciones neurológicas focales transitorias, raramente alteración de función renal.

Un nivel de ADAMTS13 menor del 10% apoya el diagnóstico de PTT adquirida.

**Presentación de caso:** Paciente de 66 años, Antecedentes ERC no filiada, Trasplante donante vivo en 2006, creatinina habitual 1.3 mg/dL. Medicación habitual Belatacept, micofenolato y prednisona. El paciente es derivado posterior a cursar internación durante 15 días por gastroenteritis de causa no filiada con deterioro del estado general, función renal y sensorio.

Al ingreso, examen físico GLASGOW 7/10, con requerimiento de ARM. Pupilas simétricas isocóricas, sin foco aparente, rigidez de nuca.

Hipotensión sin respuesta a fluidos, se instaura tratamiento con drogas vasoactivas.

Se realiza TAC de cerebro, RMN magnética y Punción Lumbar sin resultados positivos. Ag criptococo negativo.

Laboratorio evidencia AKI III oligúrico, acidosis metabólica, ácido láctico 2.2 mmol/L, PCR: 9. Alteración de la coagulación, plaquetopenia, Complemento normal. Serologías virales negativas Urocultivo sedimento patológico con desarrollo de BGN. Hemocultivo con desarrollo de E Coli MS.

Ingres a Unidad de Cuidado críticos. Inicia Piperacilina tazobactam y drogas vasoactivas. Evoluciona con mejoría de los parámetros inflamatorios, requerimiento de hemodiálisis. Weaning sin mejoría del sensorio pese a disminución de sedoanalgesia. Cumple 5 días de antibioticoterapia.

Laboratorio evidencia plaquetopenia, Caída de la HB por lo que se transfunde.

Nueva PL, Filmarray negativo. Biopsia renal informa MAT. Comienza plasmaféresis de urgencia. Se solicita coprocultivo, negativo, y ADAMS 13, informado menor al 10%.

Posterior a cuarta sesión de plasmaféresis, paciente evoluciona favorablemente, GLASGOW: 15/15, Creatinina 1.4 mg/dL sin HD. Alta a los 15 días.

Se diagnostica PTT. Se descarta MAT asociada a Ciclosporinas, Tóxicos, SIU o asociada a Trasplante renal.

**Discusión:** Por su baja incidencia, el MAT en pacientes críticos, habitualmente, no es un diagnóstico a tener en cuenta, pero debe considerarse ante deterioro del sensorio, alteración renal y trombocitopenia.

### 0163 MIOCARDITIS POR ADENOVIRUS A PROPÓSITO DE UN CASO

L SORROCHE(1), Y ACUÑA(1), GN MAITA LENIS(1), L MOREDA MARTÍNEZ(1), A FINOCCHI(1), O BARRIOS SANABRIA(1), E CHIOSSONE(1), M RODRÍGUEZ SILVA(1), S APARICIO(1), P CASTELANI(1), A BORDOGNA(1)  
 (1) De Niños Sor María Ludovica

La miocarditis es una enfermedad inflamatoria difusa del músculo cardíaco, no asociada a anomalías valvulares y en ausencia de enfermedad isquémica. Su prevalencia e incidencia son desconocidas. En niños existen dos formas de presentación: aguda o fulminante. La etiología más frecuente es infecciosa. El pronóstico es variable y depende de factores inherentes al ambiente y al huésped.

**Caso clínico:** Masculino de 10 meses de edad, que es internado en unidad de cuidados intensivos pediátricos por presentar claudicación respiratoria inminente aguda secundaria a neumonía bibasal. Ingresa en asistencia ventilatoria mecánica posterior a la misma presenta tres paros cardiorrespiratorios con 2 horas de diferencia entre ellos, de 6-8 minutos de duración. Por inestabilidad hemodinámica requiere soporte inotrópico y vasoactivo, evidenciándose en ecocardiograma dilatación severa de cavidades con mala función ventricular. Se aísla adenovirus es secreciones traqueales. Requiere diálisis peritoneal por falla renal y sobrecarga hídrica. Fue dado de alta con digoxina y control cardiológico, sin secuelas neurológicas.

**Discusión:** El espectro clínico de la miocarditis es muy variable y depende de la edad del paciente, etiología, patologías de base y la gravedad de la afectación. Los casos subclínicos en general se resuelven en forma espontánea, mientras que la miocarditis fulminante tiene una rápida evolución con importante compromiso hemodinámico y el riesgo de colapso cardiovascular. Si bien el gold estándar diagnóstico es la biopsia, existen dificultades para realizarla de rutina; por eso, se asume clínicamente como miocarditis a aquel niño previamente sano que presenta disfunción ventricular con presencia de marcadores inflamatorios, con o sin virología positiva y con la presencia o no de cardiopatía estructural.

**Conclusión:** No se conoce con exactitud la prevalencia e incidencia debido a que muchos casos se presentan de manera subaguda o los síntomas iniciales son inespecíficos.

La miocarditis debe sospecharse en cualquier niño que presenta insuficiencia cardíaca aguda sin patología de base, disnea inexplicable, fatiga o presencia de una arritmia en un niño sin cardiopatía estructural. Se requiere alto índice de sospecha para realizar tratamiento oportuno y adecuado y evitar complicaciones.

### 0164 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES COVID-19: ESTUDIO PROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL

R MATTEI(1), M BEZZI(1), S BORELLO(1), S CARROLL(1), V MANDRICH(1), J DELLI CARPINI(1), V MENDOZA(1), JM CARBALLO(1), C MARTÍN(1)  
 (1) D.F. Santojanni

**Introducción:** En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara pandemia el brote del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Los pacientes con

infección por SARS-CoV-2 pueden desarrollar insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por COVID-19 (IR-COVID-19), requiriendo soporte vital y cuidados críticos.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y parámetros de ventilación mecánica (VM) de los pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) del Hospital Público Donación Francisco Santojanni de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (HDFS) con diagnóstico de IR-COVID-19 y su asociación con la mortalidad.

**Materiales y método:** Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron a las UCIs del HDFS con diagnóstico de IR-COVID-19 confirmado por Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR), que requirieron VM invasiva por al menos 24 horas, entre el 15 de Abril y el 1 de Septiembre de 2020. Se analizó la asociación de las variables con la mortalidad a través de un análisis univariado y multivariado.

**Resultados:** Ingresaron 106 pacientes con IR-COVID-19 a las UCIs, de los cuales 81 requirieron VM. En las tablas 1 y 2 se describen las características clínicas y parámetros de VM. De la totalidad de los pacientes, 15 (18,5%) fueron extubados, 6 (40%) requirieron reintubación, 19 (23,5%) fueron traqueostomizados y 19 (23,5%) sobrevivieron. La mediana de duración de la VM fue de 32 días (6-83), y la estadía en las UCIs fue de 33 días (1-84) para los pacientes que egresaron vivos, y 13 días (1-51) en los que fallecieron. La edad y la presencia de diabetes se asociaron con la mortalidad en el análisis de regresión individual. La única variable que presentó asociación estadísticamente significativa con la mortalidad en el modelo de regresión múltiple fue la edad (OR: 1,05; IC 95%: 1,01 a 1,10).

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes con COVID-19 en las UCIs en el período estudiado requirieron VM invasiva. La mortalidad fue mayor en los pacientes más añosos. No hallamos diferencias significativas en las variables de VM con respecto a la mortalidad.

Tabla 2: Parámetros de Ventilación Mecánica

	Día 1	Día 3	Día 7
<b>Parámetros Ventilatorios</b>			
Volumen Tidal (ml/kg)	6,38(5,26-8,33)	6,59(5-8,14)	6,85(5,71-10)
PEEP (cmH <sub>2</sub> O)	10(5-18)	10(5-20)	10(5-22)
Presión Meseta (cmH <sub>2</sub> O)	21(12-30)	22(12-32)	21(10-32)
Presión Pico (cmH <sub>2</sub> O)	31(22-48)	32(23-50)	30(12-60)
<b>Mecánica Respiratoria</b>			
Presión de Distensión (cmH <sub>2</sub> O)	10(4-18)	10(5-23)	11(6-18)
Compliance del Sistema Respiratorio (ml/H <sub>2</sub> O)	40(18-112)	42(13-83)	38(16-80)
Poder Mecánico (J/min)	23,70(7,38)*	25,5(13-58,3)	23(14-62)
Cociente Ventilatorio	2(1-3)	2(1-4)	2(1-4)
<b>PuO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>(mmHg)</b>			
	145(54-466)	195(57-396)	200(82-540)

Resultados expresados como mediana y rango mínimo-máximo  
 \*media y desvío estándar  
 PEEP: Presión Positiva al final de la espiración.

Tabla 1: Variables clínicas

Edad <sup>+</sup>	63 (23-89)
Sexo masculino*	56 (69,1%)
HTA*	42 (51,9%)
IMC <sup>+</sup>	30 (22-48)
DBT*	26 (32,5%)
TBQ*	12 (14,8%)
SAPS II <sup>+</sup>	58 (15-80)
APACHE II <sup>+</sup>	23 (7-56)
SOFA <sup>+</sup>	8 (2-14)

HTA: Hipertensión arterial  
 IMC: Índice de Masa Corporal  
 DBT: Diabetes  
 TBQ: Tabaquismo  
 SAPS II: Simplified Acute Physiology Score II  
 APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II  
 SOFA: Sequential Organ Failure Assessment

<sup>+</sup>: mediana y rango mínimo-máximo

\*: n y porcentaje

### 0165 SÍNDROME HEPATOPULMONAR Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN PEDIATRÍA. EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PARA PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS

I CASTAGNOTTI(1), G GHIBAUDI(1), M HERRERA(1), S BRUSCA(1), C LOPEZ(1), B BALZI(1), D BUAMSCHA(1)  
 (1) Garrahan

**Introducción:** El Síndrome Hepatopulmonar (SHP) se caracteriza por la tríada de enfermedad hepática crónica, dilatación vascular intrapulmonar y aumento del gradiente alvéolo-arterial de oxígeno lo que conlleva a la clínica de hipoxemia, disnea, ortodeoxia y platipnea. La ecocardiografía con contraste es el Gold estándar para el diagnóstico. El trasplante hepático es el único tratamiento de eficacia demostrada, aunque se relaciona con una elevada morbilidad y mortalidad. La prevalencia en pediatría es del 10 al 20%. **Objetivo:** Describir la epidemiología y resultados postquirúrgicos inmediatos de los pacientes con diagnóstico de SHP que recibieron un trasplante hepático admitidos en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. De 304 pacientes trasplantados hepáticos en el período comprendido entre mayo de 2011 y diciembre 2019, se incluyeron 12 pacientes con diagnóstico de SHP.

**Resultados:** En este período se trasplantaron 304 pacientes, de los cuales 12 (3.94%) tenían diagnóstico de SHP. La mediana de edad fue de 10,44; Diagnóstico primario atresia de vías biliares 33% seguido de hepatitis autoinmune 33%, Gradiente A-a mediana de 58,36 y una mediana de la presión parcial de oxígeno (PO2) pre-trasplante de 54, 5 (SHP severo). La mediana de días de internación fue de 35. Los días de requerimiento de soporte ventilatorio arrojó una mediana de 33,5. El 91,66 % de los pacientes requirió drogas vasoactivas. Un solo paciente requirió soporte renal continuo. El uso de óxido nítrico arrojó una mediana de 13,5 días; se utilizó Iloprost inhalado en el 75% de los pacientes y Sildenafil en el 41,66% de ellos. La sobrevida fue del 100 %.

**Conclusión:** El SHP grave era considerado una contraindicación del trasplante hepático. En nuestra serie de pacientes observamos que si bien los pacientes presentaban SHP severo y los cuidados requeridos fueron ampliamente superiores a los trasplantados hepáticos sin SHP se logró una sobrevida del 100%

### 0166 EL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO, SU RELACIÓN ENGAÑOSA CON VARIABLES PRONÓSTICAS Y SU FUERTE CORRELACIÓN CON UNA VARIABLE INDEPENDIENTE. ESTUDIO PACIENTES CON COVID-19 GRAVE EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PIROVANO

DN GAUNA(1), G QUATROCCHI(1)  
 (1) Pirovano

**Introducción:** Desde el inicio de la pandemia del COVID-19 se formularon diferentes métodos de diagnóstico de laboratorio para establecer un pronóstico, entre ellos dímero-D, PCR, LDH, procalcitonina e índice neutrófilo-linfocito (INL). En numerosos trabajos se mencionó una relación entre INL y mortalidad, días de internación y/o factores de riesgo. Presentamos un estudio de nuestra población en el que nos centramos en este índice (INL) y diferentes variables.

**Material y método:** Se incluyeron 76 pacientes durante un período de 6 meses (abril 2020 a septiembre 2020) COVID-19 grave. Se analizaron los datos: edad, factores de riesgo, días de internación, días de ARM, mortalidad, SCORES de gravedad (SOFA, APACHE II) y valores de laboratorio. Se utilizaron promedios, porcentajes, mediana correlación estadística contrastando las diferentes hipótesis nulas con valor de p, covarianza, coeficiente de Pearson, error estándar, desvío estándar, t de student, U de Mann-Whitney, chi cuadrado, gráficos con software Tableau y tablas de contingencias, según el caso.

**Resultados:** La edad fue un factor de aumento de INL indepen-

dientemente de la gravedad ( $p < 0.05$ ), días de internación, ARM y factores de riesgo no encontrándose en éstas últimas variables significancia estadística para su correlación, contrastando con la bibliografía disponible.

**Conclusión:** Pacientes con COVID-19 grave presentaron un aumento esperado de INL globalmente, sin embargo, no hubo una correlación con mortalidad mientras que sí con la edad.

Facto	<4	4 a 10	>11	Fc. me
tbq	1,576	7,485	3,939	13
obes	2,061	9,788	5,152	17
hta	2,667	12,67	6,667	22
dbt	1,697	8,061	4,242	14
tot	8	38	20	66

Valor chi2	0,278636
Grados libertad	6
Teórico sg tabla	1,6

No se puede rechazar la H0

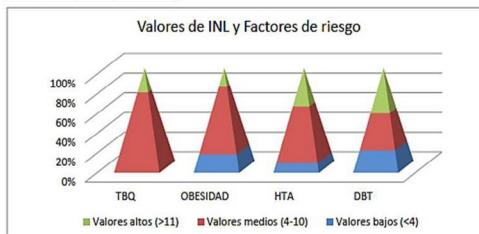
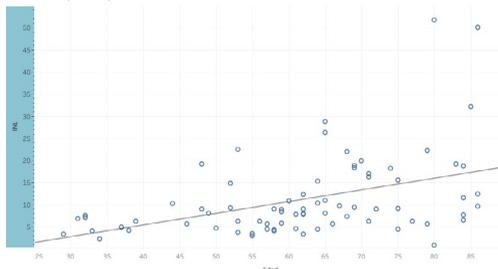


Tabla de dispersión para el total muestreo



### 0167 SHOCK CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A TAQUICARDIA ECTÓPICA DE LA UNIÓN CONGÉNITA

O BARRIOS SANABRIA, W TAPIA VEINTEMILLAS(1), GN MAITA LENIS(1), Y ACUÑA(1), L MOREDA MARTINEZ(1), E CHISSIONE(1), MF RODRIGUEZ SILVA(1), L SORROCHE(1), A FINOCCHI(1), S APARICIO(1), P CASTELLANI(1), A BORDOGNA(1)  
 (1) Sor María Ludovica de La Plata

**Introducción:** El shock es una insuficiencia cardiocirculatoria secundaria al desbalance entre la oferta y demanda de oxígeno. El shock cardiogénico es consecuencia de la disfunción miocárdica, siendo alguna de las causas cardiopatías congénitas, arritmias, infecciones, tóxicos, etc.

La Taquicardia Ectópica de la Unión (TEU) congénita es una arritmia poco frecuente. Su mecanismo estaría relacionado a un automatismo anormal en la zona de la unión auriculoventricular y está asociada a historia familiar.

La forma de presentación es variable, incluyendo miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca y suele presentar dificultades en su tratamiento farmacológico, asociándose a tasas elevadas de morbilidad y mortalidad.

**Presentación de caso:** Femenina de 7 meses con dismorfias no tipificadas (microftalmia) y antecedentes familiares de arritmia. Ingresó con cuadro de shock secundario a taquiarritmia que responde parcialmente a la administración de amiodarona por lo que es derivada a nuestro centro requiriendo cardioversión sincronizada previo ingreso en AVM. ECG: taquicardia con automatismo nodal. Ecocardiograma: IM moderada. Fracción de eyección 69% Fracción de acortamiento 37% al momento del soporte con drogas inotrópicas/vasoactivas (Adrenalina D. Max: 0,3  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  (5 días), Noradrenalina D. Max: 0,25  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  (2 días), Vasopresina D. Max: 0,0005  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  (2 días), y Milrinona D. Max: 0,55  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  (18 días).

Presentó descenso de la función ventricular así como de la SvcO2 debido a que ante la suspensión de drogas vasoactivas se volvía a alterar la función miocárdica. Requiere titulación de amiodarona hasta 40mg/kg/día. Permaneció en AVM durante 24 días con extubaciones fallidas por lo que requirió traqueostomía.

**Conclusión:** La TEU es una patología potencialmente grave poco frecuente que requiere tratamiento y diagnóstico precoz, en ocasiones de difícil manejo farmacológico a veces requiere más de dos drogas, en este caso el uso de amiodarona a altas dosis confirmando la efectividad de la misma en este tipo de taquiarritmia.

#### 0168 SHIGELOSIS GRAVE A PROPÓSITO DE UN CASO

M RODRIGUEZ SILVA(1), Y ACUÑA(1), GN MAITA LENIS(1), O BARRIOS SANABRIA(1), L MOREDA MARTINEZ(1), L SORROCHE(1), A FINOCCHI(1), E CHIOSSONE(1), S APARICIO(1), S FABIAN(1), P CASTELLANI(1), A BORDOGNA(1)  
(1) HIAEP Sor Maria Ludovica

La shigelosis es una infección intestinal aguda causada por microorganismos gramnegativo especies de Shigella. Sus síntomas son fiebre, náuseas, vómitos, tenesmo y diarrea, que suele ser sanguinolenta. El diagnóstico es clínico y se confirma con un coprocultivo. El tratamiento de la infección leve es sintomático, sobre todo con rehidratación; se administran antibióticos a los pacientes con enfermedad entre moderada y grave y de alto riesgo con diarrea sanguinolenta o inmunodepresión; esto puede acortar la duración de la enfermedad y disminuir el contagio

**Caso Clínico:** Paciente de 11 años ingresa a Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP) por sospecha de shock séptico a punto de partida abdominal- hipovolémico. Presenta 24 hs previas episodio de vómitos y diarrea profusa, encontrando por sus padres en estado letárgico a las horas de inicio de síntomas, es atendido en hospital de derivación con escasa respuesta a fluidos, iniciándose goteo de dopamina, al ingreso a UTIP se encuentra desorientado con sensorio alternante, ingresa asistencia ventilatoria mecánica, se expande en 2 oportunidades, inicia Vasopresores e inotrópicos a elevadas dosis, considerándose refractario a catecolaminas por lo que se indica corticoides. Cumple esquema antibiótico con ceftriaxona por 7 días. Presenta como aislamientos en coprocultivo Shigella Flexneri. A los 6 días se extuba con evolución favorable.

**Conclusión:** Las especies de Shigella son una causa muy contagiosa de disentería; el ser humano es el único reservorio. La diarrea acuosa puede estar acompañada de dolor abdominal y tenesmo rectal; las heces pueden contener moco, pus y sangre. La Shigella dysenteriae de tipo 1 produce la toxina Shiga, que puede causar un síndrome urémico-hemolítico. Los pacientes pueden presentar artritis reactiva (artritis, conjuntivitis, uretritis) después de la shigelosis, así como luego de otras enteritis.

Otras complicaciones poco frecuentes: convulsiones en niños, miocarditis y, en raras ocasiones, perforación intestinal. Principalmente en adultos vulnerables y niños de menos de 2 años, se producen deshidratación significativa y pérdida de electrolitos con colapso circulatorio y muerte. En general es adecuado el tratamiento sintomático, pero se deben administrar antibióticos a niños pequeños y a pacientes de edad avanzada, debilitados o muy graves.

#### 0169 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INMUNOCOMPROMETIDOS - REPORTE DE CASOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA "JUAN P. GARRAHAN"

MDP TOMASELLO CUENCA(1), M HERRERA(1), I CASTAGNOTTI(1), ME GALVÁN(1), D BUAMSCHA(1)  
(1) Garrahan

**Objetivo:** Describir las manifestaciones clínicas, antecedentes, factores de riesgo, hallazgos imagenológicos y seguimiento evolutivo

de niños inmunocomprometidos con Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES).

**Métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva y descriptiva las historias clínicas de pacientes pediátricos inmunocomprometidos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan" entre el 1 de Enero de 2015 y el 1 de Junio de 2020, que presentaron síntomas neurológicos, y que en los estudios de imagen se constataron lesiones compatibles con encefalopatía posterior reversible.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes cuyos diagnósticos de base incluían patologías como: trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, síndromes linfoproliferativos, trasplante hepático y tumores sólidos. Todos tenían el antecedente de haber recibido quimioterapia, corticoides o inmunosupresores. Las formas de manifestación clínica más frecuentes fueron convulsiones, depresión del sensorio y la presencia de foco neurológico como hemiparesia o alteraciones visuales. Un paciente presentó hipertensión endocraneana. El 80% (n=8) de los pacientes presentó hipertensión arterial. Solo 3 pacientes presentaban Enfermedad Injerto contra Huésped (EICH) y no se constató rechazo en un paciente trasplantado hepático. La hipomagnesemia estaba presente en el 70% (n=7) de los pacientes. Se confirmó infección bacteriana en el 40% (n=4) y 20% (N=2) infecciones virales en el momento de presentación del PRES. El 60% (n=6) presentó alteraciones en la Tomografía Axial Computada (TAC). Todos tuvieron imágenes compatibles con Encefalopatía Posterior Reversible en la Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

**Conclusión:** Debe sospecharse PRES en pacientes pediátricos que cursan con procesos inflamatorios sistémicos como trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, enfermedades linfoproliferativas, tumores sólidos, trasplante de órganos sólidos y enfermedades autoinmunes, con antecedentes de haber recibido drogas neurotóxicas y que presenten síntomas neurológicos asociados o no a registros de hipertensión arterial.

Debe buscarse hipomagnesemia y la presencia de infección, sepsis o shock séptico, además de reactivaciones virales en pacientes trasplantados como también verificar la presencia de Enfermedad Injerto contra Huésped en pacientes con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y rechazo en pacientes trasplantados de órganos sólidos.

Una tomografía normal, no descarta la presencia de PRES y siempre debe confirmarse mediante una Resonancia Magnética Nuclear con Tensor de Difusión.

#### 0170 DETECCIÓN DE SECUELAS Y SU EVOLUCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUE RECIBIERON ASISTENCIA MECÁNICA VENTILATORIA POR DIAGNÓSTICO GRAVE POR COVID 19 Y REQUIRIERON ASISTENCIA KINÉSICA EN SALA GENERAL

A RESGUARDO(1), L VANZETTI(1), S GONZALEZ(1), C ROJO(1), V SORZZONI(1), A COMPALATTI(1), M PIERI(1), E BLANCO(1), L COLAUTTI(1), A AYALA(1), C TORDO(1), A GERARDI(1), J FERRANDEZ(1), M GOÑI(1)  
(1) Muñiz

**Introducción:** Las secuelas propias de la ventilación mecánica y la estadía prolongada en unidades de cuidados críticos (UCI) requieren la continuidad en sala de internación general de los tratamientos kinésicos respiratorios o motores.

**Objetivo:** Detectar las secuelas de pacientes que requirieron asistencia ventilación mecánica (AVM) por COVID 19, y fueron externados a sala para continuar su rehabilitación.

**Material y métodos:** Es un estudio observacional y retrospectivo. Se describen las características de una cohorte de 193 pacientes desde 30/3/20 al 7/10/20 que requirieron AVM y que de este grupo, 61 pacientes (31.60%) demandaron atención en sala por secuelas. Se utilizaron escalas y test validados para medir fuerza (ESCALA MRC), independencia en las actividades vida diaria (ESCALA KATZ), riesgo de caídas (EQUILIBRIO BIPEDESTACIÓN 5"), sensación de an-

gustia (ESCALA 1-10), calidad de vida relacionada a la salud (EQ5D), fuerza muscular tren inferior (TEST DE LA SILLA) y deglución.

**Resultados:** Características de los pacientes que requirieron AVM en Cuadro 1.

Ingresaron a AVM 193 pacientes. Se realizó tratamiento habitual que incluye higiene bronquial, cuidado de vía aérea, monitoreo ventilatorio, aerosolterapia, weaning, extubación, movilización precoz, evaluación de la deglución, sesiones de pronación, etc.

De estos pacientes, se requirió la continuidad del tratamiento respiratorio y motor de 61 pacientes externados a sala debido a las secuelas evaluadas siendo estas: debilidad adquirida en UCI, (DAUCI) (100%), dependencia en algún tipo de actividad vida diaria (100%), escaras por decúbito (24.59%), riesgo de caídas (91.80%), sensación de angustia (100%), lesiones del plexo braquial (6.55%), disfagia (11.47%). Todos los pacientes continuaron su rehabilitación presentando mejoría de su o sus secuelas en todos los casos. (CUADRO 2)

**Conclusiones:** En nuestra casuística se evidencia la necesidad de continuación del tratamiento kinésico posterior a su paso por la UTI y la AVM. La atención precoz, la prevención y la continuidad son los pilares fundamentales para disminuir la incidencia de secuelas asociadas a la ventilación mecánica y estadía prolongada en UTI. Podemos deducir que el tratamiento kinésico minimiza las secuelas post AVM al momento de la externación hospitalaria mejorando la calidad de vida.

#### 0172 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN PACIENTE COVID 19 POSITIVO

V MANDICH(1), F PEREZ(1)  
(1) Santojanni

El síndrome de Takotsubo es considerado una insuficiencia cardíaca aguda reversible gatillada por un estresor físico o emocional, principalmente en mujeres peri y post menopáusicas. Presenta disfunción sistólica transitoria del Ventrículo Izquierdo adquiriendo característica forma de balón, sin obstrucción coronaria objetivable. La sobre estimulación simpática, el nivel elevado de catecolaminas, la sobrecarga del sarcoplasma, y disfunción microvascular tienen un rol fisiopatológico fundamental.

En contexto de la pandemia por COVID 19, un importante número de pacientes desarrollan síndrome cardiovascular. Su fisiopatología multivariada está en estudio, sospechándose relacionada con la injuria microvascular y la miocarditis por activación de citocinas sistémicas.

**Caso:** Paciente femenina de 46 años, sin factores de riesgo, consulta en Centro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires por dolor epigástrico irradiado a dorso de 2 horas de evolución.

Refiere diagnóstico de COVID + y 2 episodios sincopales 48 hs previas, con ECG y panel enzimático negativo en otra institución.

Se realiza ECG que evidencia elevación del segmento ST en caras inferior lateral y dorsal. Es derivada a nuestra institución.

La paciente ingresa a Hemodinamia donde se realiza cinecoronariografía que no evidencia lesiones y ventriculograma que diagnostica dilatación del VI, hipocinesia de segmentos medios y apicales, disfunción sistólica moderada a severa del ventrículo izquierdo característica del síndrome de Takotsubo.

Posteriormente ingresa a UTI COVID; taquicárdica, pulsos periféricos simétricos y regulares, sin signos de insuficiencia cardíaca, taquipnea, hipoventilación global sin rales crepitantes.

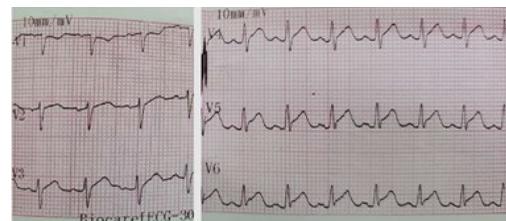
El laboratorio evidencia pro BNP elevado, acidosis metabólica severa, e injuria renal.

Se inician terapéuticas con escasa respuesta.

A 4 horas de su ingreso, presenta bradicardia extrema, iniciándose maniobras de reanimación avanzadas. Fallece a los 50 minutos de reanimación.

**Conclusiones:** El manejo del síndrome cardiovascular agudo secundario a la infección por COVID 19 debe tener un enfoque multidisciplinario realizado por especialistas en cuidados críticos, cardiólogos e infectólogos.

El éxito en el tratamiento y recuperación de los pacientes depende del trabajo en equipo y en la capacidad de los grupos de realizar diagnósticos rápidos



#### 0173 TRATAMIENTO CON PLASMA CONVALESCIENTE EN PACIENTES CRITICOS SARS-COV-2

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), R SANTOS(1), N AGUILAR(1), V MURILLO(1), G FRANCINI(1), O MARTINEZ(1), J CAMARGO(1), C AVILA(1), P TORRES(1), N VERON(1), N TARABAY(1), D QUIROGA(1), A BUONO(1)  
(1) Sanatorio Profesor Itoiz

La utilización de inmunización pasiva con plasma convaleciente se plantea como tratamiento del paciente crítico por Coronavirus (SARS-CoV-2) basado en la teoría de la neutralización del virus por las altas concentraciones de anticuerpos que posee el plasma donado y transfundido. Esta terapia tiene precedente histórico como en la poliomielititis, sarampión, paperas e influenza; más recientemente en H1N1 (2009-2010) y Ébola (África 2013) con buenos resultados. Aunque la evidencia es escasa se observa buena tolerancia y sin reacciones adversas descriptas.

**Objetivo:** • Evaluar la mortalidad al alta de UTI en pacientes críticos con SARS-CoV-2 que recibieron plasma de convaleciente.

• Evaluar mejoría clínica, bioquímica y eventos adversos.

**Material y métodos:** Estudio Observacional prospectivo.

Ingresaron los primeros 53 pacientes críticos por enfermedad SARS-CoV-2 en el Servicio de Terapia Intensiva de los cuales 39 pacientes recibieron plasma de convaleciente. Fueron hospitalizados desde mediados de abril del 2020 hasta principios de septiembre del 2020. Criterios de inclusión:

• Edad igual o mayor de 18 años.

- Diagnóstico confirmado de enfermedad SARS-CoV-2 por PCR (reacción de polimerasa positiva).
- Diagnóstico de Neumonía SARS-CoV-2 por Tomografía de tórax, más alguno de los parámetros:

1. Disnea
2. FR igual o más de 30 x min
3. Sat O2 93%
4. SDRA

**Resultados:** De los 39 pacientes fallecieron 12 pacientes y sobrevivieron 27 pacientes. Edad promedio 54 años, APACHE II global 13,6. Mortalidad 30,7%, edad de los fallecidos 60 años y edad de los sobrevivientes 50 años, APACHE II 17,6 y 11,9 respectivamente. Requieren Ventilación mecánica 24 pacientes de los cuales fallecieron 12 pacientes. La fecha de inicio de síntomas a la admisión de UTI fue de 7,7 días y a la infusión de plasma fue de 8,6 días. El 80% de los pacientes recibieron plasma convaleciente los primeros 48 hs de ingreso a UTI. La estancia de UTI global fue de 13,9 días. La estancia de los pacientes ventilados que sobrevivieron fue de 25 días y los que no requirieron Ventilación mecánica fue de 5,4 días.

**Conclusion:** La utilización del plasma de convaleciente es una opción terapéutica con escasa evidencia, pero segura y con escasos eventos adversos, se necesita más evidencia para poder evaluar su utilidad.

#### 0174 MORBILIDAD MATERNA GRAVE/NEAR MISS: A PROPOSITO DE UN CASO. SHOCK SEPTICO OBSTETRICO

G SORIA(1), E BARROZO(2), N BLINT(2), MJ CHACON(2), A ESCODA(2), A MARTORINA(2)

(1) Maternidad Provincial San Luis. (2) Maternidad Provincial San Luis

**Introducción:** La morbilidad materna grave/ Near Miss (casi pérdida) define una paciente que casi fallece, pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días de su finalización. Esta variable permite una evaluación y auditoría de la calidad de atención sanitaria para definir acciones dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad materna (MM). La Sepsis obstétrica es una de las tres primeras causas de MM.

**Caso clínico:** Paciente de 30 años, primigesta, gestación de 26 semanas consulta en otra institución por fiebre y dinámica uterina, es derivada como amenaza de parto prematuro. Antecedente de cerclaje cervical 20 días previos, control incompleto del embarazo. Al ingreso sin latidos fetales, se realizan cultivos y antibioticoterapia. Extracción fetal por parto vaginal, complica con hemorragia postparto requiriendo balón de Bakry. Ingres a UTI en shock séptico necesitando intubación orotraqueal, asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y vasopresores. Evolución con Coagulación Intravascular Diseminada, >60UI hemoderivados en 24hs. Disfunción multiorgánica. Hemodiálisis. SOFA16 APACHE30. Histerectomía para control de foco a 14 horas del ingreso. Reintervenida al 3º día por Hemoperitoneo. Cultivo de placenta: E. coli, cumple 10 días de antibiótico dirigido. Anatomía patológica (AP) placenta: Corioamnionitis aguda. AP de Útero: endometritis más mionecrosis. Weaning dificultoso, se extuba tras 13 días de AVM. De alta a las 4 semanas.

**Discusión:** Se estiman más de 20 casos de Near Miss por cada muerte materna; y de ellos, una cuarta parte podría sufrir secuelas graves y permanentes.

El impacto de la sepsis materna en el resultado materno-fetal, conduce a analizar este caso. Es fundamental en los distintos niveles de atención reconocer aquellos factores que generan riesgo mayor de infección, como el cerclaje cervical y un control prenatal inadecuado, identificar los primeros signos de sepsis, el tratamiento precoz y una derivación oportuna a la atención especializada, que permitan optimizar la reanimación y el rápido control del foco son esenciales para prevenir la MM.

**Conclusión:** La morbilidad obstétrica grave representa un indicador de calidad en el cuidado obstétrico. El análisis multidisciplinario de estos casos, por profesionales capacitados en información basada

en la evidencia mejora la calidad de atención y tratamiento, y contribuye a disminuir la mortalidad materna.

#### 0176 COVID EN TERAPIA INTENSIVA: QUÉ PACIENTES TIENEN MÁS RIESGO DE REQUERIR VENTILACIÓN MECÁNICA?

N LISTA(1), A RODRIGUEZ(1), E DI VIRGILIO(1), G PIOVANO(1), FM MARCO(1), D DOMINGUEZ(1), M RODRIGUEZ LLANOS(1), N DE GRAZIA(1), MJ EUSEBIO(1), V AMAYA(1), MV AUTERI(1), M BARATELLI(1), M CIELIKOVSKY(1), G CABRERA(1), L DE VEDIA(1)

(1) Muñiz

**Introducción:** La pandemia por SARS-CoV-2 impactó fuertemente en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El requerimiento de ventilación mecánica (VM) se asocia con elevada tasa de mortalidad. El objetivo de este trabajo es presentar las características de los pacientes con COVID-19 que ingresaron a UCI y evaluar los factores de riesgo (FR) asociados con necesidad de VM.

**Material y métodos:** Se incluyeron los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 que ingresaron en UCI entre marzo y septiembre de 2020. Se analizaron retrospectivamente las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio al ingreso en la unidad, así como los diferentes FR potencialmente asociados con necesidad de VM. Se utilizó estadística descriptiva, y para explorar los factores asociados con mortalidad se empleó análisis univariado con test exacto de Fisher para variables categóricas y t-test para variables continuas, y análisis multivariado con regresión logística para las variables que exhibieron un valor de  $p \leq 0.05$  en el análisis univariado.

**Resultados:** Se evaluaron 114 pacientes con COVID-19. El 79,8% (91) eran hombres y el promedio de edad fue de 54,6 años (DE  $\pm 14,8$ , rango 17-86). Entre los FR, 66 pacientes (57,9%) tenían obesidad (IMC > 30), 44 contaban con una edad igual o mayor a 60 años (38,6%), 38 eran hipertensos (33,3%), 28 presentaban diabetes (24,6%), 10 eran asmáticos (8,8) y 7 tenían EPOC (6,1%). Entre los marcadores de laboratorio, 39 sujetos (23%) tenían valores de ferritina > 1000 mcg/L, 62 (76,5%) tenían menos de 1000 linfocitos/mm<sup>3</sup>, y 33 (41,3%) presentaban LDH > 700 UI/L. La mortalidad global fue 39%. De los 114 pacientes, 72 (63,1%) requirieron VM, y 42 (36,9%) pudieron manejarse sin VM. Los FR que se asociaron con requerimiento de VM en el análisis multivariado fueron sexo masculino (OR 2,78 [1,09-7,08]); edad mayor a 60 años (OR 2,86 [1,23-6,68]); diabetes (OR 3,47 [1,21-10,0]); ferritina > 1000 mcg/L (OR 5,50 [1,60-18,91]); linfocitos < 1000/mm<sup>3</sup> (OR 4,25 [1,61-11,21]) y LDH mayor a 700 UI/L (OR 3,96 [1,38-11,36]).

**Conclusiones:** Los factores que se asociaron con requerimiento de VM en pacientes con COVID-19 grave fueron sexo masculino, edad mayor a 60 años, diabetes, ferritina > 1000 mcg/L, linfocitos < 1000/mm<sup>3</sup> y LDH > 700 UI/L.

#### 0177 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DE MEDIANA EDAD CON NEUMONÍA SEVERA POR COVID-19 QUE REQUIRIÓ INGRESO A UTI

D VASQUEZ(1), V APHALO(1), D CASTRO ORTEGA(1), V RÚA ARISTIZABAL(1), A SOLARTE(1), C SANTILLÁN(1), N FERMÍN(1), G PLOTNIKOW(1), C SANCHEZ(1), JL SCAPELLATO(1), AD INTILE(1)

(1) Sanatorio Anchorena

**Objetivo:** Analizar las características y evolución de una población de pacientes con neumonía por COVID-19 que requirieron internación en UTI.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte prospectiva. Población: pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresaron a UTI del Sanatorio Anchorena del 20/3/20-24/9/20.

**Resultados:** Ingresaron 133 pacientes, la edad fue 59 $\pm$ 11, 82(62%) eran hombres, 56(49%) tenían Charlson=0; 46.5% tenían factores

de riesgo no incluidos en el Charlson (HTA 20 (15%), obesidad 18 (13,5%), HTA+obesidad 25 (18%)). El APACHEII fue de 10 [6-16], la mortalidad predicha 11.3% y el SOFA24h 3 [2- 5]: 60 (58%) tenían 1 disfunción en las primeras 24h, 21 (20%) 2, 13 (13%) 3 y 7 (7%) 4 disfunciones. El tiempo de estadía en UTI y hospitalaria fue 9[5- 19] y 16 [10-26] días, respectivamente. La mortalidad al alta de UTI fue de 16.1% (19/118) y para pacientes en VMI fue de 38.7% (19/49). Los días desde el inicio de síntomas (DIS) al ingreso al hospital fueron 5 [2- 7] y los DIS al inicio de VMI 8 [4-12]. El 48% (64) requirió VMI>24h, con una duración de 10 [6-24]días, el 14% (15/115) diálisis y el 23% (9/39) traqueostomía. El SOFA 24h predijo requerimiento de VMI: AUC 0.83 (0.75-0.9); para un punto de corte de 2.5 sensibilidad=87%/especificidad= 51%. En el análisis multivariado el APACHEII y SOFA 24h fueron predictores independientes de VMI>24h (1,16 [1,042-1,29] p0.007 y 1,56 [1,16-2,09] p0.003, respectivamente). El 43% (54/125) presentó SDRA, el 43% (40/93) disfunción multiorgánica, el 33% (42/127) shock séptico y el 9% (12/133) TEP. El 1º día de internación 46 (42%) requirieron máscara reservorio (MR), 45 (41%) cánula nasal (CN), 17 (16%) VMI y 1 (0.9%) nada (AA). El 3º día: 37 (36%) VMI, 36 (35%) CN, 22 (21%) MR y 8 (8%) AA. El 7º día: 33 (41%) VMI, 27 (33%) CN, 10 (12%) MR y 11 (14%) AA.

**Conclusiones:** Se trató de una población de pacientes de mediana edad, la mayoría varones y la mitad sin comorbilidades pero que presentaban factores de riesgo para formas severas de COVID-19, como HTA y obesidad. Casi la totalidad presentaba al menos 1 disfunción al ingreso lo cual evidencia la agresividad de la enfermedad; que se ratifica por la alta incidencia de complicaciones y soporte crítico. El SOFA24h y el APACHEII fueron los únicos predictores independientes de VMI >24h. El APACHEII subestimó la mortalidad al alta de UTI.

#### 0178 EMBOLIA PARADOJAL EN PACIENTE ANCIANO CRITICO. A PROPOSITO DE UN CASO

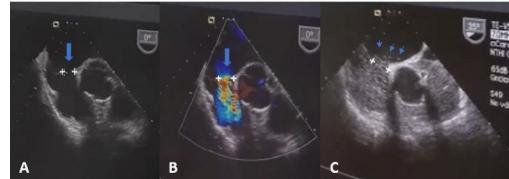
JJ CARDOZO BURGOS(1), R DOMINGUEZ(1), MB VAZQUEZ(1), JC GALARZA MENOSCAL(1), OF FERREIRA ABAN(1), NC POZO(1), N GRUBISSICH(1), D PINA(1)  
(1) Unidad Asistencial Dr. César Milstein

**Introducción:** La embolia paradójal es un fenómeno clínico de tromboembolismo que tiene origen en la vasculatura venosa y atraviesa por shunt pulmonar o intracardiaco la circulación sistémica; el diagnóstico clínico requiere una fuente venosa de embolia, una fistula pulmonar o un defecto intracardiaco, y evidencia de embolia arterial(1). El defecto intracardiaco más común es el Foramen Oval Permeable, con prevalencia del 25 al 35%, la cual disminuye con la edad. (2) Los defectos del septum auricular son causa poco frecuente en adultos mayores. Un estudio realizado en 2018 en 186 pacientes en unidad de stroke, encontró por ecocardiografía que el 1,6% tenía defectos del septum auricular(3).

**Materiales y métodos:** Paciente femenina de 82 años de edad, con antecedentes de Fibrilación Auricular, adenocarcinoma de colon en post operatorio mediato de Hemicolecotomía derecha ampliada, complicada con neumoperitoneo, ingresando a unidad cerrada en post operatorio inmediato de enterectomía con anastomosis termino lateral. A los 6 días intercorre con PCR, que responde a reanimación cardiopulmonar avanzada, bradicardia persistente con requerimiento de cronotrópicos.

Se efectuó Angio TC de Tórax, en la cual se evidenció imagen de defecto de relleno a nivel de ramas lobares segmentarias bilaterales compatible con TEP, y posterior TC Cerebral Simple que mostró lesión isquémica reciente temporal posterior y occipital medial derecho, en territorio de ACP homolateral, lesión hipodensa focal en hemisferio cerebeloso izquierdo. Se solicita ecocardiograma transesofágico que mostró comunicación interauricular, gran aneurisma del septum interauricular tipo Ostium secundum de 1,3 cm (Figura 1). La ecografía Doppler venosa de miembros inferiores a su vez mostró TVP en vena tibial posterior derecha. En conjunto con los familiares, se decidió un tratamiento paliativo y la paciente falleció tras 13 días de internación.

**Conclusiones:** Se describe así el reporte de un caso clínico de embolia paradójal en paciente añoso, se enfatiza la importancia de la sospecha clínica, y los métodos diagnósticos por imágenes, como el ecocardiograma transesofágico que tiene una buena sensibilidad y especificidad, a pesar de sus limitaciones, dado que ésta es una entidad poco frecuente en adultos mayores internados en unidad crítica.



#### 0179 TROMBOSIS DEL SENO VENOSO: ¿SÓLO 5% DE LOS STROKE?

R CORELLA CADENA(1), F PALOMINO(1), J SAGARDIA(1), M VALENZUELA(1), ED PEZZOLA(1), A SAENZ VALIENTE(1)  
(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas

**Introducción:** La trombosis del seno venoso, es un subtipo raro de enfermedad cerebrovascular, cuya frecuencia es mayor en adultos jóvenes, causada por oclusión de un seno venoso o venas corticales. Su verdadera incidencia se desconoce, se ha estimado en 5 casos/millón de habitantes basado en estudios de autopsias. El desarrollo de modalidades de imágenes no invasivas como la Tomografía computada y/o Resonancia magnética han resultado en un diagnóstico más rápido y tratamiento más temprano. Estudios recientes de los Países Bajos y Australia sugieren una incidencia: 13,2 y 15,7/millón de habitantes. Aunque la angiografía por sustracción digital sigue siendo el método más preciso para su diagnóstico, debe reservarse para situaciones en las que el diagnóstico es incierto ó forma parte del tratamiento.

**Caso clínico:** Paciente de 57 años HTA, DBT-II, consulta por cefalea holocraneana de 7 días de evolución e HTA; agregando ptosis palpebral izquierda, diplopía a las 24 hs. TC encéfalo: hiperdensidad parieto-occipital derecha e interhemisférica; AngioRMN: lesión hiperintensa subcortical parietooccipital derecha e interhemisférica (T2), sin evidencia de aneurisma.

Angiografía por sustracción digital: aneurisma en carótida interna derecha más trombosis de seno venoso longitudinal superior y vena yugular interna derecha, sin hallazgo causal del mismo. Se inició anticoagulación con HBPM con buena evolución.

**Conclusiones:** La presentación clínica de la Trombosis del Seno Venoso es inespecífica y variable, su diagnóstico depende de una rápida sospecha clínica y una apropiada neuroimagen, lo que favorece el pronóstico del paciente. La cefalea representa el síntoma más frecuente (70 – 75%). Es una causa que debe ser investigada en un paciente joven con stroke, siendo de vital importancia reconocer los factores de riesgo. El seno sagital superior representa el principal sitio de presentación (44-73%). En el 25% de los casos no se logra identificar la causa que origina la obstrucción venosa. A pesar de evidencia de sangre a nivel cerebral, la anticoagulación debe instaurarse precozmente de no existir contraindicaciones.

#### 0180 FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD AL ALTA DE UTI EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA SEVERA POR COVID-19 QUE REQUIRIÓ INGRESO A UTI

D VASQUEZ(1), G PLOTNIKOW(1), V APHALO(1), V RÚA ARISTIZABAL(1), D CASTRO ORTEGA(1), A SOLARTE(1), C SANTILLÁN(1), N FERMÍN(1), C SANCHEZ(1), JL SCAPELLATO(1), AD INTILE(1)  
(1) Sanatorio Anchorena

**Objetivo:** Analizar, en una población de pacientes que ingresaron a UTI por neumonía por COVID, las diferencias entre sobrevivientes (SV) y No sobrevivientes (NoSV).

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte prospectiva. Población: pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresaron a UTI del Sanatorio Anchorena del 20/3/20-24/9/20.

**Resultados:** Ingresaron 133 pacientes. La mortalidad al alta de UTI fue 16% (19/118). Características de SV (97) vs. NoSV (19): edad 57,5 ± 11 vs. 66 ± 10 años p0.004; sexo masculino 59 (61%) vs. 12 (63%) pNS; APACHEII 9 [6- 13] vs. 14[8- 19]p0.012; Charlson 0[0-2] vs. 1 [0-2] pNS; SOFA 24h 3 [2-4] vs. 5 [4-8] p0.000; SOFA7días 3 [2-6] vs. 8 [7- 10] p0.000; días inicio síntomas (DIS) a ingreso hospitalario 5 [3-7] vs. 5 [2-6]pNS; DIS a inicio de ventilación mecánica invasiva (VMI) 10 [4-12] vs. 6[5- 13]pNS; requerimiento de VMI 30 (31%) vs. 19 (100%) p0.000, duración VMI 9 [5-16] vs. 19 [11-31] p 0.025, días de vasoactivos 4 [2-6] vs. 15 [12-18] p0.000, diálisis 5.2% (5/96) vs 28% (11/19) p0.000.

La PaFiO2 basal y a las 48h entre SV y no SV fue: 253 [192-327] vs. 119,5 [93,5-238] p0.01 y 239 [141-343] vs. 155,5 [96-208] p0.03. El requerimiento de O2 al 1º Día en UTI para SV y NoSV fue: Cánula nasal (CN) 44 (45.3%) vs 1 (5%); máscara reservorio (MR) 37 (38%) vs. 8 (42%); VMI 9(9%) vs. 8 (42%) p0.001 (posthoc- Bonferroni CN vs. VMI p 0.0006). Presión Plateau y PEEP a las 48h del inicio de VMI para SV y NoSV : 23±3 vs. 25±3 p 0.016 y 11±3 vs. 13±2 p 0.025, respectivamente.

En el análisis multivariado sobre mortalidad se encontraron los siguientes resultados: SOFA 24h (OR1.24 [1.001-1.53] p0.049); PaFiO2basal (OR0.99 [0.98-0.99] p0.014) y Edad (OR1.06 [0.99-1.13] p0.097). El APACHEII no fue un predictor independiente de mortalidad.

**Conclusiones:** Los pacientes que fallecieron en UTI debido a neumonía por COVID-19 eran de mayor edad, estaban más severamente enfermos y presentaban más disfunciones. Asimismo, requirieron un elevado soporte crítico y una mayor estadía en UTI. Aquellos pacientes que durante el primer día requirieron VMI vs. cánula nasal tenían más chances de morir; al igual que aquellos que durante las primeras 48h de inicio de la VMI presentaban mayor rigidez en la mecánica pulmonar. Sin embargo, en el análisis multivariado solo las disfunciones en las primeras 24h y la oxigenación basal fueron predictores independientes de mortalidad.

## 0182 INDICACIONES E IMPACTO DE LA TRANSFUSIÓN DE PLASMA DE CONVALECIENTE EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA POR COVID-19

D VASQUEZ(1), G PLOTNIKOW(1), V APHALO(1), V RÚA ARIZTIZABAL(1), D CASTRO ORTEGA(1), A SOLARTE(1), C SANTILLÁN(1), N FERMÍN(1), C SANCHEZ(1), JL SCAPELLATO(1), AD INTILE(1), A PANIZO(1), G DALLASTA(1), V FARIÁS(2), L HERRERA(2), M MENDEZ(2)

(1) Sanatorio Anchorena. (2) Hospital Alemán

**Objetivos:** Evaluar las indicaciones, características e impacto de la transfusión de plasma de convaliente en una población de pacientes críticos con neumonía por COVID-19.

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva. Población: pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresaron a UTI del Sanatorio Anchorena del 20/3/20-24/9/20 y recibieron plasma de convaliente.

**Resultados:** De los 133 pacientes que ingresaron a UTI, 127 recibieron plasma de convaliente y 60 requirieron asistencia respiratoria mecánica(ARM). La mortalidad global al alta de UTI fue 15,45% (17/110) y para los que requirieron ARM fue 37.7%( 17/45) (17 permanecen aún en UTI). Los criterios para indicar plasma en 108 pacientes fueron (FDA): disnea 5(5%); FR>30xm 2 (2%); SatO2≤93% 48 (44%); insuficiencia Respiratoria 14(13%), shock séptico 1(1%), disfunción multiorgánica 2 (2%) y ≥2 de disnea, FR>30xm o SatO2≤93%: 36 (33%). El título de anticuerpos medido por ELISA fue adecuado (>1/320) en 81% (79/97) de los pacientes: sobrevivientes (SV) 81% (79/97) y No sobrevivientes (NoSV) 73% (11/15); pNS. El 62%(72/116) se transfundió en las primeras 48h desde el ingreso

al sanatorio: SV 61% (59/97) y NoSV 68% (13/19);pNS. El tiempo entre transfusión e inicio de ARM fue 1[0-3]día. En 10% (4/41) se realizó mientras los pacientes estaban en ARM y en 34% (14/41) el día de inicio de ARM.

Los parámetros de laboratorio basales, a los 2, 5 y 7 días fueron: linfocitos (925 [520-1250], 875 [632,5-1227,5], 1100 [700-1650], 1200 [840-1900] p0.000); procalcitonina (0,15 [0,06-0,46], 0,13 [0,06-0,47], 0,09 [0,05-0,22], 0,08 [0,05-0,3] p0.000); PCR (111[56-174,5], 89 [37-163], 47 [19-106], 51 [14- 112] p0.000), CPK (117 [48,7-232,2], 82,5 [34-149], 59 [20-199,5], 59 [20,2-236,5] p0.000; proBNP (13,8 [0-57,4], 38,8 [20,5-80,4], 22,1 [0-51,1], 19 [11,6-45] p0.008); PaFiO2 (233 [158-313], 203 [123-332], 208 [121-279,5], 198,5 [143-281,5] pNS).

**Conclusiones:** La casi totalidad de pacientes críticos con neumonía recibió plasma de convaliente, siendo las indicaciones más frecuentes: desaturación (SatO2≤93%) y ≥2: desaturación, taquipnea o disnea. En la mayoría, la transfusión fue temprana (<48h) y con adecuado título de anticuerpos, no existiendo diferencias en mortalidad en relación a transfusión >48h y/o con inadecuado título. La transfusión de plasma de convaliente se asoció a una reducción en los parámetros inflamatorios durante la 1ª semana post-administración, mientras que el Rto. Linfocitos presentó un descenso a las 48h seguido de un ascenso sostenido. El proBNP- si bien en valores normales- se elevó a las 48h de la transfusión, pero sin impacto en la oxigenación.

## 0183 VALORACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL EN LOS TRABAJADORES DE SALUD DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL POSADAS TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19

RW AGUILAR HUARITA(1)

(1) Dr. Alejandro Posadas

**Introducción:** Las consecuencias de la pandemia por COVID-19 no solo han impactado en la salud física del personal de salud sino también en la salud mental, es así que el impacto emocional se deriva en el aumento de los niveles de prevalencia de ansiedad, estrés y depresión entre los profesionales.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de ansiedad o depresión en trabajadores de la terapia intensiva del hospital Posadas.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal mediante un cuestionario donde se analizaba el estado psicoemocional de los trabajadores utilizando la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD).

**Resultados:** Se realizó un total de 102 encuestas a trabajadores de la terapia intensiva con una edad promedio 39.7 años, 53.9% son mujeres, 59.8% enfermeros y auxiliares, 40.2% personal médico. El 57.8% (59/102) presentó síntomas de ansiedad o depresión, solo Ansiedad 41/102 y Depresión 48/102. El grupo de enfermeros y auxiliares representó una mayor prevalencia con 59% frente a un 56.1%.

En relación a depresión se observa puntuación más alta en mujeres respecto a hombres (10.07 vs 9.85) y en relación a ansiedad (10.03 vs 10.07) no significativo.

El 51% tiene temor a contagiarse en el trabajo, un 70.6% refiere sentirse emocionalmente agotado y 67.6% tiene alteraciones del sueño.

**Discusión:** Estudios similares previa a la pandemia y los actuales refieren importante impacto emocional en personal de la UCI, representando las áreas críticas una de los mayores prevalencias de personal que sufre ansiedad, depresión y estrés postraumático.

**Conclusiones:** La ansiedad y depresión está en más de la mitad de los trabajadores de nuestro centro, llamando la atención la cantidad de personal que presenta síntomas sugerentes de un estado depresivo, por lo que se tendría que analizar estrategias de diagnóstico y tratamiento como terapias cognitivas y conductuales sea grupal o personalizado.

**0184 FACTORES DE RIESGO DE INTERNACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS INTERNADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS**  
I CASTAGNOTTI(1), I CASTAGNOTI(1), H MATIAS(1), B LATINI(1), ME GALVAN(1), D BUAMSCHA(1)  
(1) Garrahan

**Introducción:** El Trasplante Hepático (TH) en pediatría es la única alternativa de tratamiento para niños con enfermedades hepáticas terminales. Estos pacientes requieren internación en la unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátrica en el periodo post operatorio y muchos de ellos necesitarán de sostén multiorgánico y de monitoreo avanzado. El TH en la población pediátrica no esta exento de complicaciones, Si bien no hay una definición unánime sobre la internación prolongada (IP) en UCI, diversos autores definen a esta cuando la estadía es mayor a 28 días.

Reconocer los factores de riesgo de IP brinda información útil para agilizar la atención prestada y permite mejorar los procesos dentro de la unidad la UCI. A su vez es importante para un mejor asesoramiento a las familias.

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgos de IP en UCI de pacientes post TH inmediato.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes trasplantados que ingresaron a una UCI especializada en inmunosuprimidos en un Hospital de tercer nivel de atención, entre el 01/01/2016 y el 31/12/2019. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para reconocer factores de riesgo involucrados a IP.

**Resultados:** Se incluyeron 140 pacientes que presentaron internación en UCI luego del TH en el periodo 2016-2019, presentaron una mediana de edad de 19,5 meses (RIQ 9,75-91), el diagnóstico predominante fue la Atresia de Vías Biliares Extrahepáticas (AVBE) 57 (40,71%), seguido del Re trasplante 21(15%). El tipo de injerto más frecuentes fue DVR 38 (27,9%) con una sobrevida global en UCI del 92,86%.

La mediana de días de internación fue de 15 (9-30) días y presentaron IP 40 pacientes (28,99%). Al comparar grupos según la presencia de IP esta se asoció con la edad menor de 12 meses (p 0,05) y el peso menor a 10 Kg (p 0,05). El diagnósticos de AVBE se asocio a IP (62,5% Vs 32,65%) (p <0,05); lo contrario se observa con los que presentaron falla hepática indeterminada 15,3% Vs 2,5% (p 0,03). Los TH split presentaron mayor proporción de IP ( 20% Vs 6,28%) (p 0,02) (Tabla 1).

Los pacientes con IP requirieron mayor uso de drogas vasoactivas; menor número de días libres de AVM; mayor uso y duración en días de VNI. (Tabla 2)

Con respecto a las variables quirúrgicas la IP se asocio a un mayor volumen de hemocomponentes durante la cirugía y a la presencia de complicaciones vasculares; como la trombosis arterial y de re intervención quirúrgica. (Tabla 2)

**Regresión logística Múltiple**

En cuanto al análisis de regresión logística múltiple teniendo como variable respuesta la IP, el soporte respiratorio (cuantificado en días), tanto de AVM como VNI se asociaron a mayor riesgo de IP (AVM OR 1,37 (IC95%: 1,22-1,62), VNI OR 1,42 IC95%:1,24-1,71),

**Discusión:** En nuestra cohorte observamos una sobrevida global durante la internación en UCI de 92,86%, este resultados esta en relación con los reportados internacionalmente. Sin embargo la complejidad de estos pacientes y la presencia de múltiples complicaciones esta representada en una gran proporción de pacientes con IP 28,99%. Las variables que se asociaron con IP son un reflejo de los pacientes con menor peso y edad frecuentemente con diagnóstico de AVBE y mayor proporción de complicaciones médico-quirúrgicas. El soporte respiratorio representa el principal factor de riesgo para la presencia de IP.

TABLA 1. Comparación Internación Prolongada

Variable	Internación No Prolongada 69 (71,81)	Internación Prolongada 49 (28,99)	P Valor
<b>Características Básicas</b>			
Muertes, n (%)	8 (8,16)	2 (5)	0,59
Mujeres, n (%)	48 (48,98)	27 (22,5)	0,07
PRM3 Score, mediana (RIQ)	3,68 (1,13-9,74)	3,95 (2,31-11,82)	0,37
Edad, n (%)			
Menor 3 años	29 (23,86)	22 (8,8)	<0,005
3-6 años	29 (23,44)	7 (7,15)	0,67
6-12 años	12 (12,24)	2 (5)	0,25
12-18 años	17 (17,34)	8 (8,03)	0,50
18-24 años	24 (24,48)	1 (2,5)	0,05
Score Z Inestabilidad, media (DS)	-1,11 (1,74)	-1,48 (1,38)	0,19
Peso Kg, n (%)			
Menor a 5 kg	1 (1,02)	1 (2,5)	0,49
5 a 10 kg	38 (28,77)	27 (67,5)	<0,005
10 a 15 kg	17 (17,34)	2 (5)	0,08
15 a 20 kg	6 (6,12)	4 (10)	0,47
Mayor a 20 kg	38 (28,73)	6 (15)	<0,01
Score 2 Tolerabilidad, mediana (RIQ)	-1,58 (-2,45;-0,62)	-2,3 (-3,64;-1,27)	<0,02
PELDMELE, mediana (RIQ)	38 (26-40)	37 (26,5-44)	0,31
Diagnósticos, n (%)			
Atresia de Vías Biliares	32 (22,86)	25 (62,5)	<0,05
Indeterminada	15 (13,30)	1 (2,5)	<0,03
Replanteo	14 (14,28)	6 (15)	1
Neoplastia	11 (11,22)	-	0,1
Hepatitis Autoinmune - Colestasis Escasamente	11 (11,22)	2 (5)	0,34
Otros	7 (7,14)	8 (20,5)	0,19
Tipo de Injerto, n (%)			
DVR	28 (28,78)	10 (25)	0,62
Entero	33 (33,1)	6 (15)	<0,04
Reducido	6 (6,38)	8 (20)	<0,02
Split	27 (28,71)	16 (40)	0,21

TABLA 2. Comparación Internación Prolongada

Variable	Internación No Prolongada 69 (71,81)	Internación Prolongada 49 (28,99)	P Valor
<b>Indicadores de Internación en UCI</b>			
Requerimiento de Drogas Vasoactivas, n (%)	61 (88,24)	38 (95)	<0,005
AVM, n (%)	91 (92,86)	40 (100)	1
Duración Ventilación Mecánica días, mediana (RIQ)	3 (2-7,5)	16,8 (14-28,7)	<0,005
Días Libre AVM, mediana (RIQ)	25 (20-29,86)	9 (5-14)	<0,05
VNI, n (%)	38 (55,14)	38 (98)	<0,005
Duración Ventilación No Invasiva días, mediana (RIQ)	4 (2-7)	11 (27,5)	<0,005
Tráquea de Respuesta Remol Continuo, n (%)	10 (14,5)	7 (17,5)	0,26
Otros Nitros, n (%)	1 (1,43)	3 (7,5)	0,07
<b>Indicadores durante la Cirugía</b>			
Tiempo de Isquemia Fija ( horas), mediana (RIQ)	6,28 (4,66-7,97)	7 (4,58-8)	0,4
Hemoderivados (mL/Kg), mediana (RIQ)			
TiPO	61,9 (31,38-121,34)	133,21 (80-49-205,41)	<0,005
Total	95,1 (47,45-183,87)	191 (103,5-292,4)	<0,005
<b>Complicaciones Hematológicas - Coagulogram</b>			
Sangrado, n (%)	18 (18,25)	11 (27,5)	0,33
<b>Complicaciones Vasculares - Infecciones</b>			
Complicaciones Vasculares, n (%)			
Trombosis Arterial Hepática	8 (8,16)	9 (22,5)	<0,04
Flebotomía Arterial Hepática	13 (13,27)	5 (12,5)	1
Reintervención quirúrgica, n (%)	24 (24,48)	21 (52,5)	<0,02
<b>Complicaciones Inmunológicas - Infecciones</b>			
Neutrofilos Cálculo Aparente, n (%)	17 (17,34)	9 (22,5)	0,84
Infecciones Bacterianas, n (%)	16 (16,36)	16 (40)	<0,05
Infecciones Virales, n (%)	28 (28,58)	17 (42,5)	0,2
Infecciones Fúngicas, n (%)	6 (6,12)	7 (17,5)	0,203

**0185 CASO CLINICO**

C ROJAS(1), E MANRIQUE(1), C AMBROSI(1), E ZWENGER(1)  
(1) Privado

Femenina de 16 años, sin antecedentes patológicos.

Motivo de Consulta: Astenia e Ictericia.

AEA:

Consulta por astenia e ictericia, trae laboratorio de otra institución que informa pancitopenia, LDH 869, hepatograma normal. TAC de abdomen normal. Se deriva a nuestra institución.

Examen Físico:

SV estables.

Solo presentaba adenopatías supraclaviculares izquierdas, pequeñas, móviles y no dolorosas.

LABORATORIO

GB: 4300

GR: 2660000

Hb: 8.3

Reticulocitos: 10.5

Esquistocitos: ++

FR: < 10

C3: 122

C4: 15

IgA: 211

IgM: 85

IgG: 1197

Haptoglobina : Menor a 0.03

Bil D. 1.78

Bil T. 2.28

#### LDH 1078

Prueba de Coombs negativa.

Serología viral negativa.

Se interconsulta a hematología y se interna.

Al 2° día de internación se realiza medulograma: Hipreplasia medular con predominio eritroide. Leves cambios megalobásticos. Se descarta LLA y se diagnostica anemia hemolítica con coomb negativa. Al 3° día comienza con plasmaféresis. Realizando 7 sesiones en días consecutivos. Presentando como única sintomatología cefalea. Se solicitó RMN de cerebro que no evidenciaba lesiones agudas.

El día 10 presenta deterioro de la función renal AKI III, LDH en aumento, plaquetopenia severa, aumento de bilirrubina y de esquitocitos. Se agrega un ciclo de 3 pulsos de metilprednisolona.

El día 12 se obtiene ANA+ 1/80, con ENA positivo, anticoagulante lúpico negativo. Toxina Shiga negativa.

El día 13 presenta fiebre y convulsión tónico clónica generalizada con depresión del sensorio. Se realiza TAC de cerebro que no evidencia lesiones agudas. Se indica carga de levetiracetam por falta de respuesta con lorazepam, se procede a proteger vía aérea mediante IOT, inicia ATB con cefepime y vancomicina, y continuar internación en UTI.

El día 14 comienza con gammaglobulina a 2mg/kg. Evolucionando con disfunción orgánica múltiple.

Hb: 6.3 ; Pl 3000, esquitocitos +++, RIN 1.5, Cr 4.36, BT 12. Lactato 2.3.

El día 15 se agrega al tratamiento Rituximab en dosis semanales.

El día 18 se obtiene resultado de ADAMST 13 dosaje de actividad < 5%. Confirmándose el diagnóstico de PTT de etiología autoinmune

El día 20 inicia Ciclofosfamida.

El día 21 recibe 3° dosis de rituximab y continúa plasmaféresis (13), presentando taquicardia e hipotensión con necesidad de vasopresores en aumento. Petequias generalizadas. Mayor requerimiento de hemoderivados. Acidosis metabólica con hiperlactacidemia. Encefalopatía progresiva.

El día 22 presenta depresión del sensorio y hemorragia alveolar masiva, posteriormente paro cardíaco se realizan maniobras de RCP durante 45 min, fallece.

#### 0186 CRIOAGLUTININAS EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2. REPORTE DE DOS CASOS

LD ALTAMIRANO(1), G LIQUIN(1), M ERAZO(1), A NOELIA(1), M MARIANELA(1), S PATRICIA(1), G PIERONI(1)

(1) Pablo Soria

**Introducción:** Las manifestaciones clínicas y el curso de la enfermedad por COVID-19 son extremadamente variables en diferentes individuos, pues dependen del equilibrio entre la virulencia del SARS-CoV-2 y las características del huésped. Los virus pueden desencadenar o exacerbar la autoinmunidad en individuos genéticamente predispuestos. Varios artículos describen la aparición de citopenia sanguínea inmunomediada en individuos con COVID-19, en algunos de ellos, además, se presentó anemia hemolítica autoinmune sostenida por anticuerpos calientes y fríos.

**Casos:** 2 pacientes A y B, internados por Síndrome Respiratorio Agudo Severo en Unidad de Terapia Intensiva Covid (UTI Covid), del Hospital Pablo Soria, de la provincia de Jujuy, en los que se detectó la presencia de crioaglutininas.

**Discusión y Conclusión:** En el primer caso (A) a pesar del título elevado de crioaglutininas a 4° y 25°C, no se observó una caída brusca de la Hemoglobina, aun así, la presencia de estos anticuerpos no solo podría desencadenar una anemia hemolítica sino también acrocirosis leve hasta fenómenos de Raynaud incapacitantes. A partir de este paciente (A), se indagó en otros internados de la UTI covid, en busca de estos anticuerpos fríos. Se detectaron crioaglutininas en otro paciente (B) con título no relevante de 1:4 con disminución repentina de la hemoglobina, aumento de reticulocitos y prueba

de Coombs directa (PCD) positiva. Si bien son varios los factores a considerar como causante de la anemia en estos pacientes, es importante aclarar que estos no presentaron antecedentes clínicos de enfermedades o infecciones asociadas a Anemia Hemolítica Autoinmune, por lo que el título de crioaglutininas de 1:512 encontrado en el paciente A y la PCD positiva en el otro (B), deberían ser factores importantes a considerar como causante de la misma. Nuestros hallazgos se suman a los de los trabajos ya publicados que enuncian los trastornos autoinmunes generados por SARS-Cov 2, por lo tanto, deben ser considerados durante el curso de la enfermedad debido a las complicaciones que suman a la fisiopatología de la infección por este virus emergente.

#### 0187 MARCADORES DE HIPOPERFUSION TISULAR COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO EN TERAPIA INTENSIVA

AB ROJAS(1), S POMA TORRES(1), JC VERGOTTINI(1)

(1) Hospital Nacional de Clínicas

**Introducción:** El Shock Séptico (SS) se caracteriza una inadecuada perfusión de los tejidos del organismo secundario a una infección(1,2). Se han propuesto marcadores de hipoperfusión tisular como: saturación venosa central de oxígeno (SvcO<sub>2</sub>), b) la diferencia de la presión de CO<sub>2</sub> venoso-arterial [ΔPCO<sub>2</sub>(v-a)](3) y el exceso de bases (EB)(4). Cuyos valores patológicos están asociados a mal pronóstico y aumento de la mortalidad.

**Objetivos:** a) Determinar la relación entre los marcadores de hipoperfusión tisular: SvcO<sub>2</sub>, ΔPCO<sub>2</sub>(v-a) y el EB con la mortalidad en pacientes con SS en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Nacional de Clínicas. b) Correlacionar los valores de los Scores APACHE II y SOFA con la mortalidad.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, que incluyó a 38 pacientes con diagnóstico de SS, a los cuales se les realizó mediciones de: SvcO<sub>2</sub>, ΔPCO<sub>2</sub>(v-a) y EB, al momento del ingreso a UTI, a las 6, a las 12 y a las 24 hs. A su vez este grupo de pacientes fue dividido en sobrevivientes y fallecidos a los 30 días del ingreso. A todos los pacientes se les consignó el Score de APACHE II y SOFA.

**Resultados:** La SvcO<sub>2</sub> de los pacientes que sobrevivieron tuvieron una mediana de 66±9 mmHg, la mediana de los fallecidos fue de 49 ± 9 mmHg (p<0,0001). Para la ΔPCO<sub>2</sub> (v-a) los fallecidos registraron una mediana de 7,6±1 mmHg y de 6,5±0,2 mmHg en los que sobrevivieron (p<0,0001). Para el marcador EB no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los valores del Score Apache II de los sobrevivientes tuvieron una mediana de 21±6 pts y los que fallecieron 25±8 pts (p<0,0062). Para el SOFA, los valores fueron de 7±5 pts y 12±3 pts respectivamente (P<0,0016).

**Conclusiones:** Los valores de SvcO<sub>2</sub> < 60 % y de ΔPCO<sub>2</sub> (v-a) > 6 mmHg de se asociaron a mayor mortalidad, mientras que el EB no lo hizo. Los valores elevados de los Scores APACHE II y SOFA se asociaron a mayor mortalidad.

**Bibliografía:** 1) Al-Ashry H, Abuzaid A, Asim M, El-Menyar A. Alteración de microcirculación y dilema de biomarcadores en el diagnóstico y tratamiento temprano de choque séptico. *CurrVascPharmacol*. 2016; 14 (4): 330344. Doi.10.2174/1570161114666160226145732.

2) Vincent JL y Taccone FS. Monitoreo microvascular: ayudan los marcadores "globales" *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2016; 30 (4): 399405. doi: 10.1016/j.bpa.2016.10.006.

3) Mallat J, Myze M, Tronchon L, Vallet B, Thevenin D. Uso de la diferencia de tensión de dióxido de carbono venoso a arterial para guiar la terapia de reanimación en shock séptico. *World J Crit Care Med*. 2016 doi: 10.5492/wjccm.v5.i1.47.

4) Hajjar LA, Nakamura RE, De Almeida JP, Fukushima JT, Hoft PM, Vincent JL, et al. Lactate and base deficit are predictors of mortality in critically ill patients with cancer. *Clinics*. 2011;66(12):2037-2042.

### 0188 COARTACIÓN DE AORTA EN NEONATOS. SERIE DE CASOS EN HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS 2016-2020. DESAFÍOS PERMANENTES

MC CHAVEZ(1), P CASTILLO(1), G FAGALDE(1), P JUAREZ(1), H PEREA(1), PR PEREZ CARAM(1), L RAMASCO(1), A REARTE(1), G SANCHEZ(1), RA TOLEDO(1)  
(1) Del Niño Jesús

La coartación de aorta (CoAo) es un estrechamiento congénito de la aorta, que presenta una prevalencia de 0,34 por cada 1000 nacidos vivos. Los avances en el tratamiento médico en las formas más severas, así como el desarrollo de las técnicas quirúrgicas y percutáneas, permiten en el momento actual manejar esta afección con excelentes resultados y baja morbimortalidad.

Se presenta una serie de 28 pacientes que presentaron como diagnóstico coartación de aorta aislada o asociada a otra cardiopatía en etapa neonatal y fueron internados en la unidad de cuidados críticos Cardiovascular del Hospital del Niño Jesús de Tucumán desde junio de 2016 hasta octubre 2020 para su resolución quirúrgica. En cuanto a su procedencia el 76% fueron pacientes derivados de Neonatologías de Tucumán, el 20 % de Santiago del Estero y el 4% de Catamarca. No se constata prevalencias por sexo. Los rangos de edades observados fueron de 7 y 45 días de vida, la mediana fue de 22 días de vida. El peso menor fue 2000 gramos y el mayor 3900 grs con media de 2500 gramos. En cuanto a comorbilidades 5 (18%) pacientes con síndrome genético confirmados entre los que destaca síndrome de Turner y Di George. La técnica quirúrgica más utilizada fue la coarctectomía con anastomosis termino-terminal, en 6 pacientes (21%) se procede al cierre de comunicación interventricular y en 4 (14%) el cerclaje de la arteria pulmonar. El 21% (6) de los pacientes presento Arco Aórtico Hipoplásico. En cuanto a las complicaciones se observó sangrado postoperatorio e hipertensión arterial. El 10,7% (3) de los pacientes presento sepsis. La mortalidad registrada fue de 1 pacientes (3,57%) por falla renal.

**Conclusión:** El neonato Representa un desafío para la recuperación cardiovascular. La mortalidad de la coartación aórtica aislada es baja pero la mala situación clínica al ingreso acompañada de desnutrición, la mayoría sin diagnóstico prenatal y con lesiones asociadas hace que la mortalidad de los pacientes pueda ser muy alta. Son frecuentes algunas complicaciones postoperatorias como la hipertensión arterial, la falla renal y los sangrados posquirúrgicos. La detección temprana y el tratamiento oportuna ofrece mejores resultados con menores complicaciones.

### 0189 MANIFESTACIONES SEVERAS EXTRAPULMONARES ASOCIADAS A INFLUENZA A H1N1

P VATTIMO(1), C MENA(1), A BOTTARO(1), M BRITOS(1), M NOGUEIRA(1), P MEDICI(1), A CARRANO(1)  
(1) Hospital Interzonal Materno Infantil Victorio Tetamanti De Mar del Plata

El influenza es un virus mundial, estacional. Complicaciones extrapulmonares de influenza son: Miositis, rabdomiólisis, IRA, SHU, miocarditis, pericarditis, encefalitis, SGB, síndrome de Reye.

**Paciente 1:** Niña de 4 años. Sin vacuna antigripal. Inicia con fiebre, vómitos, dolor abdominal y cefalea. A las 48 hs presenta estatus convulsivo e ingresa a ARM. Rx de tórax (normal), hemograma con leucopenia, transaminasas x 2. hiperglucemia, citoquímico de LCR con hiperproteinorraquia, 1 elemento y glucorraquia normal. TAC de cráneo con áreas hipodensas en ambos tálamos, núcleos lenticulares y mesencéfalo. ANF y PCR de LCR + a Influenza A H1N1. La paciente evolucionó en 48 hs hacia muerte encefálica.

**Paciente 2:** Niña de 4 años de edad previamente sana. Sin vacuna antigripal. Comienza con fiebre, vómitos y dolor abdominal agregando en 48 hs deterioro en el estado general por lo que ingresa en shock frío. Se traslada a UTIP donde ingresa en ARM. Evaluación cardiológica con disfunción sistólica severa. Presenta Shock refractario a catecolaminas y evoluciona al paro cardíaco. PCR en ANF +

para Influenza A H1N1 con diagnóstico retrospectivo de miocarditis fulminante por influenza A H1N1.

**Discusión:** Manifestaciones neurológicas: Es factor de riesgo la edad menor a 5 años. Sin diferencia entre pacientes con antecedentes patológicos frente a previamente sanos. La encefalitis necrotizante aguda se caracteriza por encefalopatía más típicos hallazgos clínicos, de laboratorio y neurorradiológicos. Suele cursar sin pleocitosis. Los hallazgos imagenológicos son: edema, alteraciones de la señal en la sustancia blanca cortical y subcortical y lesiones multifocales simétricas en tálamo, cerebelo y médula.

No existe tratamiento específico. Medidas de neuroprotección podrían tener un efecto positivo. La mortalidad llega al 31%.

Manifestaciones cardíacas: prevalencia de 0 a 11%. La presentación va desde cambios electrocardiográficos asintomáticos hasta insuficiencia cardíaca fulminante. La tasa de mortalidad puede llegar al 39%. La ecocardiografía es fundamental para el diagnóstico. Puede mostrar disfunción ventricular izquierda difusa y áreas hipoquinéticas. El tratamiento es el soporte hemodinámico.

**Conclusión:** La infección con Influenza A H1N1 puede tener manifestaciones fatales, incluso en pacientes previamente sanos. La vacuna podría ser un factor protector. Debemos sospecharlas en todo paciente con cuadros neurológicos o cardiológicos, especialmente en invierno y primavera.



### 0190 SINTOMAS PERSISTENTES DE LA COVID-19 AGUDA. ESTUDIO PILOTO DE UNA POBLACION DE PACIENTES POST ALTA DE NUESTRA UNIDAD RESPIRATORIA

A TAMAYO(1), A BARRA MONTES DE OCA(2), O GONZALEZ(2), W VELIZ(2), C CLAROS(2), R GARNICA(3), O FLORES(2), T HUANCA(2), J MORALES(2), B FERNANDEZ(2), M WILCHEZ(2), G RODRIGUEZ(2), S CARABAJAL(2), W VIDETTA(2), H COLLAZOS(2), A FERIOLI(2), M ARAMAYO(2)

(1) Italiano. (2) Municipal Eva Perón de Merlo. (3) Hospital Municipal Eva Perón de Merlo

**Introducción:** A ocho meses de la detección del coronavirus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, continuamos con incertidumbres como la Covid-19 persistente, con síntomas que se mantienen durante un tiempo superior al de la duración de la enfermedad. Debemos diferenciar 2 tipos de condiciones producidas post-Covid-19, el prolongado que supera las 3 semanas del inicio del cuadro y el Covid-19 Crónico que permanece con sintomatología luego de 4 meses del primer síntoma. Objetivo. Reconocer en esta primera parte del estudio La Covid-19 prolongado que va más allá de las 3 semanas del inicio de los primeros síntomas.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, observacional, el cual se dividió en dos etapas. Etapa I: Estudio descriptivo de las variables analizadas. Criterios de inclusión: 1) Admisión . rt-PCR más antecedentes clínicos y farmacológicos y examen físico ; 2) Alta hospitalaria: a) afebril en 3 días consecutivos, b) mejoría de los otros síntomas y c) 2 resultados Negativos en estudios con 24 horas de diferencia. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética, Docencia e Investigación del hospital y se obtuvo el Consentimiento Informado por escrito de todos los participantes o sus representantes. Durante los meses de Junio y Julio, se evaluaron 79 pacientes potencialmente elegibles para evaluación de seguimiento.

**Resultados:** Registramos 53 pacientes, la edad media fue de 48 años ( rango 22-60 años), 29 (55%) fueron varones, duración media de estancia hospitalaria fue de 8 días , 21 pacientes, 10% requirieron VNI y 5% VMI.

Después de las 3 semanas del primer síntoma un 12% presentó al menos 1 síntoma ( Fatiga o Disnea), 30% hasta 2 síntomas y un 58 % hasta 3 o más , siendo los más frecuentes: Fatiga 60%, falta de aire 48%, mialgias 22% y dolor del tórax 20%

**Conclusiones:** La fatiga fue el síntoma persistente más común así como otros síntomas de mucha intensidad, no como para internarlos, pero si con demasiado tiempo en casa, además es casi imposible descubrir que síntomas pueden estar directamente relacionados con la infección y cuales están relacionados con el estrés general y la ansiedad e incertidumbre que provoca esta pandemia.

### 0193 COVID-19 Y DENGUE: ¿COINFECCIÓN O REACTIVIDAD CRUZADA?: REPORTE DE UN CASO

O PIERUCCI(1), JS TORRES(1), W DÁVALOS  
(1) Sanatorio Anchorena San Martin

**Introducción:** Actualmente contamos con 37,3 millones de casos confirmados por COVID-19 y más de un millón de fallecidos a nivel mundial. Con respecto al Dengue, su incidencia global ha aumentando 30 veces en los últimos 50 años produciéndose entre 50 y 100 millones de infecciones por año en el mundo. Debido a que ambas enfermedades son difíciles de diferenciar (comparten signos, síntomas y alteraciones en parámetros de laboratorio) existe una problemática en aquellas zonas endémicas donde la posibilidad de coinfección entre Dengue y COVID-19 es real.

A esto se le suma, la identificación de fenómenos de reacción cruzada en los métodos diagnósticos, reportándose casos de falsos positivos para Ig M en Dengue, en pacientes COVID-19 positivos. Compartimos este reporte de caso para traer a discusión las consecuencias epidemiológicas de esta situación.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 34 años, antecedentes de obesidad e hipertensión arterial, consulta el 17/07/2020 por fiebre, artralgia y mialgia de una semana de evolución, agrega en las últimas 24 horas dolor abdominal, retroocular y exantema generalizado. Niega contacto estrecho y sintomatología compatible con COVID-19. Se observan petequias en ambos miembros inferiores. Se solicita serología para Dengue, PCR COVID-19, placa de tórax y laboratorio siendo dado de alta, con pautas de alarma e indicación de aislamiento en domicilio y laboratorio control en 24 hs en el cual se constata descenso plaquetario, por lo que se interna.

Evoluciona con progresión de la falla renal, plaquetopenia y del exantema por lo que se interna en terapia intensiva. Ingres a UTI febril, hemodinámicamente estable, sin requerimientos de O2 suplementario, lúcido, presentando en piel lesiones papulares eritematopurpúricas confluentes que comprometían miembros inferiores, superiores y tronco.

Se completa su estudio: PCR COVID-19 (17/07): negativo, Ig M dengue: positiva (46,3), Ig G Dengue: negativa. 19/07: CMV Ig G e Ig M: positivas. HIV no reactivo. VDRL: negativa. Tomografía SNC, torax abdomen y pelvis: sin particularidades.

20/07: PCR COVID-19: positiva.

Se interpreta dengue hemorrágico e infección por COVID-19. El

paciente evoluciona favorablemente, con mejoría en sus disfunciones, siendo dado de alta el 30/07.

El 7/10 en control con médico clínico, adjunta serología Ig G Dengue: negativa, IgM-IgG SARS COVID: negativa.



### 0194 PARÁMETROS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA POR COVID-19

V MENDOZA(1), M BEZZI(1), S BORELLO(1), JM CARBALLO(1), S CARROLL(1), J DELLI CARPINI(1), V MANDICH(1), C MARTÍN(1), R MATTEI(1)  
(1) Santojanni

**Introducción:** En Marzo 2020, la Organización Mundial de la Salud declara pandemia el brote del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus (SARS-CoV-2) que puede desarrollar la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y producir síntomas respiratorios agudos graves que requieren soporte vital y cuidados críticos.

**Objetivo:** Describir los parámetros de laboratorio y clínicos de aquellos pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) del Hospital Público Donación Francisco Santojanni de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (HDFS) con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por COVID-19 (IR-COVID-19) y su asociación con la mortalidad.

**Materiales y método:** Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron a las UCIs del HDFS con diagnóstico de IR-COVID-19 confirmado por Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR), que requirieron VM invasiva por al menos 24 horas, entre el 15 de Abril y el 1 de Septiembre de 2020. Se analizó la asociación de las variables con la mortalidad a través de un análisis univariado y multivariado.

**Resultados:** Ingresaron 106 pacientes con IR-COVID-19, de los cuales 81 requirieron VM. En la tabla-1 se describen variables clínicas y en la tabla-2 variables de laboratorio. Los pacientes de edad avanzada ( $p=0,01$ ), antecedentes de diabetes ( $p=0,01$ ) y tabaquismo ( $p=0,04$ ) presentaron mayor mortalidad. Los valores de SAPS-II

( $p=0,01$ ), APACHE-II ( $p=0,02$ ) y SOFA ( $p=0,03$ ) al ingreso a las UCIs mostraron diferencia significativa en relación a la condición al alta. Los valores de leucocitos y procalcitonina del día 3, presentaron diferencia significativa ( $p=0,01$ ) en relación a la mortalidad. El valor de Dímero-D no presentó diferencias significativas según la condición al alta. En el análisis de regresión individual, la presencia de diabetes y el puntaje de SOFA se asociaron con mortalidad, pero no presentaron significancia estadística en el modelo de regresión múltiple.

**Conclusión:** Los puntajes de gravedad al ingreso, valores de leucocitos y procalcitonina del día 3 presentaron diferencia significativa en relación a la condición al alta. No se encontró asociación entre las variables analizadas y la mortalidad.

Tabla 1: Variables clínicas

Edad, en años <sup>+</sup>	63 (23-89)
Sexo masculino*	56 (69,1%)
IITA*	42 (51,9%)
IMC <sup>+</sup>	30 (22-48)
DBT*	26 (32,5%)
TBQ*	12 (14,8%)
SAPS II <sup>+</sup>	58 (15-80)
APACHE II <sup>+</sup>	23 (7-56)
SOFA <sup>+</sup>	8 (2-14)

IITA: Hipertensión arterial  
 IMC: Índice de Masa Corporal  
 DBT: Diabetes  
 TBQ: Tabaquismo  
 SAPS II: Simplified Acute Physiology Score II  
 APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II  
 SOFA: Sequential Organ Failure Assessment  
<sup>+</sup>: mediana y rango mínimo-máximo  
 \*: n y porcentaje

Tabla 2: Variables de Laboratorio

	Día 1	Día 3	Día 7
<b>Parámetros de Laboratorio</b>			
Globulos Blancos	12301 (2110-22960)	11290 (3460-33870)	13720 (4620-28550)
Dímero-D	2738 (392-10000)	3256 (303-10000)	4261 (502-10000)
Procalcitonina	0.57 (0.05-200)	0.61 (0.05-200)	0.40 (0.05-200)
Ferritina	1003.41 (163.91-1931.6)	1101.28 (256.6-1926.7)	1046.61 (407-1992)

Resultados expresados como mediana y rango mínimo-máximo

## 0195 ESÓFAGO NEGRO: UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE

M ROMERO(1), EJ MORENO(1), L PERALTA(1), L MAGNIFICO(1), C ARIAS(1), MF BENEDETTI(1), F FERNANDEZ CAMPOS(1), J SAGARDIA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas

El esófago negro (necrosis esofágica aguda) es una entidad rara con una incidencia reportada de 0.01% a 0.2%. Es 4 veces más frecuente en hombres que en mujeres, mayores de 60 años y con enfermedades crónicas.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 75 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, ex tabaquista, obesidad, enfermedad renal crónica y litiasis renal bilateral. Comienza con cuadro neurológico de 1 semana de evolución dado por parálisis facial izquierda y mioclonías. Se interna bajo sospecha diagnóstica de encefalitis viral vs bacteriana (PL: inflamatoria). TAC de cerebro normal y EEG sin actividad comicial.

Intercurre en sala de internación general con hemorragia digestiva alta (HDA), con necesidad de intubación orotraqueal para protección de la vía aérea e ingreso a UCI. Se solicita valoración por servicio de gastroenterología, decidiendo realizar estudio endoscópico alto. Se visualiza: 1/3 inferior de esófago múltiples áreas negras erosionadas y congestivas que impresionan lesiones por isquemia, y úlcera Forrest III en 1ra porción de duodeno. Se inicia sostén hemodinámico,

respiratorio y tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. **Discusión:** El hallazgo de necrosis esofágica aguda es muy raro, y los diagnósticos diferenciales son aún más raros todavía. Clínicamente se presenta con HDA y la endoscopia muestra cambios en la coloración de la mucosa esofágica hacia un color negro o café oscuro, que puede ser segmentario, circunferencial y abarcar distintas longitudes según la gravedad del cuadro. Las complicaciones inmediatas son catastróficas incluyendo la perforación y la sepsis. La estenosis esofágica es una complicación tardía

**Conclusiones:** Igual que lo descrito en la literatura el paciente tuvo como presentación clínica HDA y como factores de riesgo, edad avanzada, género masculino y comorbilidades. La mortalidad es mayor del 30% y va directamente asociada a las comorbilidades, en este caso la insuficiencia renal crónica.

**Bibliografía:** - Groenveld RL, Bijsma A, Steenvoorde P, et al. A black perforated esophagus treated with surgery: Report of a case. World J Gastroenterol. 2013; 5(6): 199-201.

- Dias E, Santos-Antunes J, Macedo G. Diagnosis and management of acute esophageal necrosis. Annals of Gastroenterology (2019) 32, 529-540.

## 0196 SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS: A PROPOSITO DE UN CASO

E CHIOSSONE(1), L SORROCHE(2), A FINOCCHI(2), S APARICIO(2), Y ACUÑA(2), O BARRIOS SANABRIA(2), M RODRIGUEZ SILVA(2), GN MAITA LENIS(2), P CASTELANI(2), L MOREDA MARTINEZ(2), A BORDOGNA(2)

(1) Hospital de Niños Sor Maria Ludovica. (2) De Niños Sor Maria Ludovica

**Introducción:** La infección por Hantavirus representa una zoonosis emergente, con reservorio en ciertos roedores con infección crónica asintomática y viremia. El síndrome Cardiopulmonar es el de mayor incidencia en América y el que presenta una progresión más rápida y letal.

Las infecciones por Hantavirus afectan con mayor frecuencia a jóvenes del sexo masculino.

**Caso clínico:** Paciente masculino de trece años de edad, con cuadro de 72 horas de fiebre, astenia, mialgias y petequias. Laboratorio de ingreso: plaquetopenia, hemoconcentración y alteración de la función hepática y coagulograma. A su ingreso al hospital presenta dificultad ventilatoria súbita, iniciando oxigenoterapia. Radiografía de tórax infiltrado intersticial bilateral. Ingresa a Terapia Intensiva, requiriendo ventilación mecánica durante once días. Ante cuadro de shock refractario a fluidos inicia inotrópicos y vasopresores, se indica antibioticoterapia ante sospecha de shock séptico.

Presenta fallo renal, iniciando goteo de furosemida y manitol, con respuesta favorable. Ante epidemiología positiva para Hantavirus se solicita serología, IgM específica para el mismo positiva.

**Discusión:** El síndrome cardiopulmonar por hantavirus se puede dividir en cuatro fases (prodrómica, cardiopulmonar, diurética y convalecencia). Es durante la fase cardiopulmonar, en donde aparece el shock y edema pulmonar, con una hipoxemia progresiva y existe un aumento de la permeabilidad vascular, con extravasación de plasma e hipovolemia con hemoconcentración, siendo el manejo de sostén durante la misma fundamental para mejorar la morbimortalidad. La hospitalización en Cuidados Intensivos y el tratamiento de sostén han logrado disminuir la letalidad del 70% a un 30-40%.

**Conclusión:** La presentación aguda, la falta de tratamiento específico y la alta mortalidad del síndrome cardiopulmonar por Hantavirus hacen que sea fundamental contar con un alto índice de sospecha que permita el inicio precoz del tratamiento de sostén y un adecuado manejo hemodinámico e hidroelectrolítico de las diferentes fases del cuadro.

### 0197 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

M RODRIGUEZ SILVA(1), A FINOCCHI(1), L SORROCHE(1), E CHIOSSONE(1), S APARICIO(1), A BORDOGNA(1), P CASTELLANI(1), Y ACUÑA(1), L MOREDA(1), O BARRIOS(1), GN MAITA LENIS(1)  
 (1) Hiaep Sor Maria Ludovica

**Introducción:** Los Accidentes cerebrovasculares (ACV) en pediatría son una de las 10 principales causas de morbimortalidad infantil. Se clasifican en 2 tipos isquémico y hemorrágico. Casi el 50% de los casos corresponden a ACV hemorrágico, siendo las malformaciones arteriovenosas la causa más frecuente. Sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y difíciles de evaluar, pero su evolución puede ser rápida y catastrófica. A continuación presentaremos una serie de 5 pacientes atendidos en un hospital pediátrico de alta complejidad entre Junio de 2019 y Julio de 2020.

**Objetivos:** Describir una serie de casos de pacientes que presentaron ACV en el periodo entre julio de 2019 y julio de 2020, atendidos en un hospital pediátrico de alta complejidad.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de una serie de casos, los datos fueron obtenidos de revisión de historia clínicas y la base de datos SatiQ.

**Resultados:** Se analizaron 5 pacientes, todos presentaron ACV hemorrágico. La relación hombre:mujer fue 4:1. En 4 pacientes se asoció a malformación arteriovenosa (MAV) y 1 presentaba como comorbilidad Leucemia linfoblástica aguda y trasplante de médula ósea. El signo cardinal fue cefalea en todos los pacientes, en 4 pacientes se observaron convulsiones, y uno signo de foco neurológico. Los 5 pacientes requirieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM) por deterioro agudo del sensorio con GCS menor de 8. Cuatro pacientes fueron monitorizados con sensor de presión intracraneana, de los cuales tres fueron tratados con craniectomía descompresiva y drenaje ventricular externo. Dos pacientes fallecieron, y 3 evidenciaron secuelas motoras y cognitivas, uno de los cuales requirió traqueostomía para desvincularse de AVM.

**Conclusiones:** Los ACV en pediatría son una causa importante de morbimortalidad. Sus manifestaciones clínicas son variables e inespecíficas y frecuentemente de inicio súbito. Debido a la inespecificidad de los síntomas, se requiere un alto índice de sospecha para diagnosticarlo precozmente e instaurar la terapéutica adecuada. La demora en el diagnóstico se asocia con mayor probabilidad de presentar secuelas graves y muerte.

### 0198 INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN UTI DE UN HOSPITAL GENERAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. COMPARACION ENTRE PACIENTES CRITICOS INTERNADOS CON SARS-COV 2 Y ENFERMOS CON OTRAS PATOLOGIAS

W PAREDES(1), O BALDERRAMA(1), D PEZZOLA(1), J SAGARDIA(1), A LAURENT(1), V FREIRE(1), L PERALTA(1), MF BENEDETTI(1)  
 (1) Posadas

**Objetivos:** 1.- Describir las características relacionadas con las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) en pacientes crítico con COVID-19 y no COVID durante los meses de junio, julio y agosto de 2020.

2.- Comparar las tasas de incidencia de IACS.  
 3.- Determinar los gérmenes más prevalentes, diferenciando ambos grupos.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo descriptivo durante el periodo de junio a agosto de 2020. Se analizaron todos los ingresados a la UTI de un hospital general nacional durante dicho periodo.

**Resultados:** Se analizaron 142 pacientes críticos que presentaron un total de 135 episodios de los cuales 94 eventos corresponden a pacientes con SARS-CoV-2 confirmados y 42 a pacientes sin SARS-CoV-2.

Las infecciones más frecuentes fueron, neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV), bacteriemias aisladas y bacteriemias asociadas a catéteres.

**Conclusión:** Pudimos observar que los pacientes con SARS-CoV-2 confirmado presentaron más episodios de IACS que lo enfermos internados por otras causas, incluso duplicando las tasas de los controles históricos en nuestra unidad. Se evidenciaron cambios epidemiológicos de la flora local, con la emergencia de cocos + (SAMR, SCN y enterocos) que no tenían rol preponderante en la vigilancia local.

CONDICION CLINICA	NO COVID	COVID
NAV	31%	18.7%
BACTERIEMIA ASOCIADA	24.0%	20.2%
BACTERIEMIA ASOCIADA	20.3%	16.5%
ENTERITIS	1.2%	16.5%
OTRO	0%	8.1%

GENERO	NO COVID	COVID
ENTERITIS	0%	58%
MALURIAS	74	62%
EDAD promedio	56	53
SAPRO	18	58
MORBIMORTALIDAD	48%	55%

GENERO	NO COVID	COVID
Junio	24 episodios días de ARM	
Julio	26 episodios días de ARM	
Agosto		
Septiembre		
Junio		11 episodios días de CVC
Julio		21 episodios días de CVC
Agosto		

CONDICION CLINICA	NO COVID	COVID
NAV		
A. baumannii	44%	64%
P. aeruginosa	23%	0%
E. coli	0%	0%
K. pneumoniae	4%	0%
S. pneumoniae	4%	0%
L. monocytogenes	2%	16%
Proteobacteria	2%	0%
BAC LISTERIA ASOCIADA		
A. baumannii	48%	0%
P. aeruginosa	11%	25%
E. coli	10%	0%
K. pneumoniae	4%	0%
C. difficile	11%	50%
S. pneumoniae	4%	0%
OTRO		
E. faecalis	100%	100%
C. difficile	100%	100%
Enterococcus	0%	100%
Leishmania	0%	100%

### 0199 SÍNDROME INFLAMATORIO SISTÉMICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

E CHIOSSONE(1), L SORROCHE(2), A FINOCCHI(2), S APARICIO(2), W TAPIA VEINTE MILLAS(2), O BARRIOS SANABRIA(2), Y ACUÑA(2), GN MAITA LENIS(2), M RODRIGUEZ SILVA(2), L MOREDA MARTINEZ(2), A BORDOGNA(2), P CASTELLANI(2)  
 (1) Hospital de Niños Sor Maria Ludovica. (2) De Niños Sor Maria Ludovica

**Introducción:** La actual pandemia por SARS-CoV-2 ha afectado fundamentalmente a la población adulta, en la población pediátrica se manifiesta fundamentalmente por cuadros leves. En mayo de 2020 se describe una nueva manifestación en la población pediátrica, el Síndrome Inflamatorio Multisistémico relacionado con Covid-19 en niños y adolescentes (MIS-C). Objetivo: presentar un caso del MIS-C y su abordaje.

**Caso clínico:** Paciente de 8 años, sin antecedentes personales, con cuadro de 5 días caracterizado por fiebre, dolor abdominal, diarrea y erupción cutánea, posteriormente agrega deterioro del sensorio y anuria. Antecedentes familiares: padre con COVID-19 un mes atrás. Al ingreso: alteración del sensorio, taquicardia e hipotensión. Se interpreta como shock, a descartar etiología (séptico vs shock por MIS-C). Requiere AVM, soporte inotrópico y vasopresor. Se indica gammaglobulina y tres pulsos de corticoides. En el laboratorio: trombocitopenia, linfopenia, reactantes de fase aguda aumentados, alteración de la función renal, hipoalbuminemia, dímero D 9200 ng/ml, fibrinógeno 374 mg%, coagulograma normal, hiponatremia. IgG positiva para SARS-CoV-2. Ecocardiograma, ecografía abdominal y electrocardiograma normal. Inicia enoxaparina profilaxis por indicación de hematología.

**Discusión:** La fisiopatología del Covid-19 continua en estudio; existe una disregulación del sistema inmune innato, responsable de la

tormenta de citoquinas y daño endotelial, que explican las manifestaciones clínicas de los casos severos.

La paciente que presentamos presentaba todos los criterios clínicos y de laboratorio enumerados por la OMS para la definición de caso de MIS-C. Dentro de los hallazgos de laboratorio, se destacaron la trombocitopenia y linfopenia, parámetros inflamatorios elevados e hipercoagulabilidad desde su ingreso. No se constató disfunción miocárdica en los controles ecocardiográficos.

**Conclusión:** Los protocolos de tratamiento de esta nueva patología están en continua revisión. Es fundamental el trabajo interdisciplinario para definir conductas terapéuticas y el seguimiento adecuado de complicaciones, ya que los mecanismos fisiopatológicos causales no son totalmente conocidos.

## 0200 SINDROME HEMOFAGOCITICO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

E SOLANO CHARRY(1), V GOMEZ(1), D PIEZNY(1), MF BENEDETTI(1), ED PEZZOLA(1), J SAGARDÍA(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas

El síndrome hemofagocítico es una enfermedad caracterizada por fiebre, citopenias, esplenomegalia y otras alteraciones de laboratorio debido a una activación excesiva de los macrófagos, causado por mutaciones genéticas o secundarias a infecciones, malignidad o enfermedades reumatológicas.

Debido a la poca especificidad de los síntomas, el diagnóstico usualmente se realiza de manera tardía. Su manejo requiere el tratamiento de la causa subyacente, y de ser necesario, medicamentos que disminuyan la respuesta inflamatoria.

Metodo: reporte de caso y revision de la literatura.

**Objetivo:** Comunicar 2 casos de una enfermedad infrecuente con elevada mortalidad.

**Resultados:** Se trata de dos pacientes masculinos adultos jóvenes con diagnóstico de HIV en el contexto de síndrome hemofagocítico. Si bien el diagnóstico se realizó de forma precoz, lo que permitió un tratamiento correcto e intenso, ambos fallecieron.

En ambos casos hubo una causa infecciosa gatillo además del HIV. En la Tabla 1 se describe la evolución y características de ambos pacientes. El diagnóstico se realizó mediante la Punción de médula ósea (PAMO) y los hallazgos de laboratorio, ambos cumplieron 5 criterios de los criterios diagnósticos de la Sociedad del Histiocito. El tratamiento se dirigió a la causa subyacente (infecciones bacterianas y micóticas), soporte transfusional y corticoides para disminuir la respuesta inflamatoria.

**Conclusiones:** El síndrome hemofagocítico, es una entidad de difícil diagnóstico, con alto índice de mortalidad. Dado lo relevante de su diagnóstico y tratamiento oportunos, el síndrome hemofagocítico debe ser considerado cuando se valora a un paciente con infección por HIV y citopenias hematológicas.

Tabla 1: Características de los pacientes

	PACIENTE 1	PACIENTE 2
Edad (años)	48	21
AVM	SI	SI
Inmunocompromiso	HIV - CD4: 4	HIV
Cuadro clínico de ingreso	Ineficiencia respiratoria aguda Fiebre Hepatoesplenomegalia	Ineficiencia respiratoria aguda Fiebre Hepatoesplenomegalia
FSP y PAMO	Eritroblastos 5% - Plasmocitos 2% - N 56% - L 7% - M 3-5 - Hemofagocitos - PLAQ < 10.000	Presencia de Hemofagocitos.
Laboratorio Inicial	HTO: 22,5 - HGB: 7,5 - GB: 3900 - PlaQ: 10.000 TRICTROPENIA	HTO: 23 - HGB: 8,1 - GB: 900 - PlaQ: < 10.000 TRICTROPENIA - PCR Covid negativo
Biomarcadores	Ferritina Elevada x3 - Dímero D x6 - Siero lipemico - PCR X3	Ferritina X3 - Dímero D X2 - HDL X3 - PCR X4 - Hipertrigliceridemia COAGULOPATIA
Bacteriología	E.coli - Bacilos gran (+) ZN (-)	BAAR Negativo - Histoplasma Capsulatum
Antibióticos	Vancomicina - meropenem - colistin - Ciprofloxacino	Vancomicina - meropenem - Ceftazoxona - Claritromicina TMS - Anfotericina
Tratamiento	Politransfúndido - corticoides - hemodiálisis	Politransfúndido - corticoides - hemodiálisis
Evolución	FALLECIDO	FALLECIDO

## 0201 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE CASOS COVID-19

AB PAEZ(1), LO GALLARDO(1), S ZIDARICH(1), R LIGARDA(1), TI LUNA(1), LJ URANGA(1)

(1) Hospital Italiano de Córdoba

Los coronavirus son un grupo de virus ARN de la familia Coronaviridae. Definida como pandemia por la Organización Mundial de la Salud ha afectado a 14 millones de personas a nivel mundial incluida Argentina, presentando una tasa de mortalidad del 2%.

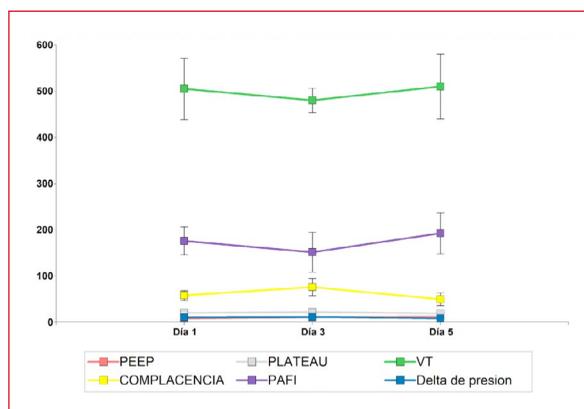
Con el objetivo de analizar la evolución de los pacientes COVID-19 positivos, que requirieron cuidados críticos, se elaboró un estudio retrospectivo y observacional donde se obtuvieron datos clínicos, hallazgos radiográficos, datos de laboratorio, requerimiento de ventilación mecánica y estrategias terapéuticas utilizadas a todos los pacientes que ingresaron a la unidad de terapia intensiva del Hospital Italiano de Córdoba.

Se analizaron los datos de los 11 pacientes que ingresaron al hospital italiano de Córdoba con diagnóstico de COVID-19 confirmado por PCR, que tuvieron un valor mediano de Score Apache II al ingreso de 18 (RI: 12 - 21) y un Score SOFA I de 1 (RI: 0 - 4). Los síntomas que presentaron los pacientes al ingreso fueron fiebre (n=8, 73%) y dificultad respiratoria (n=8, 73%); el modo de contagio, la mayoría de los casos se dieron por contagios intrahospitalarios (n=7, 64%). El patrón de imagen más prevalente fue el intersticial. Con respecto a la evolución de los pacientes, 3 fueron dados de alta (27,27%) y los 8 restantes fallecieron (72,72%).

Del total de pacientes se analizaron los datos de ventilación mecánica de aquellos que lo requirieron (n=7, 72,72%).

Si bien este estudio presenta un número escaso de pacientes y fue analizado en un único centro, es de importancia para el conocimiento del comportamiento de la enfermedad en nuestra región.

La mortalidad analizada fue alta, se demostró que la forma de presentación, la respuesta al tratamiento y al manejo de la ventilación mecánica coinciden con lo expuesto en otros trabajos científicos. Si bien hasta ahora sigue siendo una enfermedad nueva, donde varios puntos son inciertos, es de utilidad la descripción de su comportamiento y las estrategias utilizadas hasta que se desarrolle un conocimiento completo de la misma.



Características generales	
Score Apache II al ingreso	18 (12 - 21)
Score SOFA al ingreso	1 (0 - 4)
<b>Signos y síntomas al ingreso</b> <i>n</i> = 11 (100%)	
Fiebre	8 (73%)
Tos	1 (9%)
Dificultad respiratoria	8 (73%)
Anosmia ( <i>n</i> =5)	1 (20%)
Odinofagia ( <i>n</i> =5)	1 (20%)
Astenia	1 (9%)
<b>Nexo epidemiológico</b> <i>n</i> = 11 (100%)	
Intrahospitalario	7 (64%)
Antecedente de viaje	2 (18%)
Contacto estrecho	1 (9%)
Personal de salud	1 (9%)

## 0202 EPIDEMIOLOGIA DE LOS PACIENTES COVID-19 EN EL HOSPITAL PIROVANO

C BALASINI(1), B CECILIA(2), A SIRINO(2), A FELDMAN(2), F RÍOS(2), D DENIS(2), MDP MOLTRASIO(2), D GAUNA(2), L MACCHIAVELLO(2), J MORALES(2), P FALVO(2), M RAGAZZOLI(2), JG VALIDO(2)  
 (1) Pirovano. (2) Dr. Ignacio Pirovano

Durante la pandemia el Hospital Pirovano fue un Hospital amarillo que actuaba de respaldo de los Hospitales rojos y recibía derivaciones de toda CABA según la demanda. Se formaron 4 Terapias Intensivas (UTI) de las cuales 2 fueron exclusivas para la atención de los pacientes COVID que requerían ventilación mecánica.

**Objetivos:** Evaluar la epidemiología, la gravedad al ingreso y la mortalidad de los pacientes COVID-19

**Diseño:** Estudio retrospectivos descriptivo observacional.

**Métodos:** Pacientes > 15 años admitidos en la UTI con diagnóstico por PCR de SARS-CoV-2, desde 15/03/20 al 15/9/20. Variables evaluadas: epidemiológicas, escores de gravedad, síntomas, fallas orgánicas, ventilación mecánica, días de estancia y mortalidad. Los datos se presentan como media  $\pm$ DS, mediana (mdn) [RI 0.25-0.75], y porcentajes.

**Resultados:** Ingresaron 82 pacientes con COVID-19. La edad media fue de  $61 \pm 14$  años, 39% tenían > 65 años, 68% masculinos. Los síntomas fueron: fiebre 65%, disnea 46%, tos 45%, mialgias 15%, hipotensión 12%; anosmia, odinofagia y diarrea fueron infrecuentes. Los factores de riesgo fueron: HTA 39%, obesidad 50%, diabetes 26%, tabaquista 22%, Cáncer 9%, etc. Se observó al ingreso APACHE  $15 \pm 5$ , SOFA  $5 \pm 3$ , linfopenia 50%, shock 34%.

La opacidad en vidrio esmerilado fue el hallazgo más común en la tomografía 96% y fueron bilaterales 90%.

El tratamiento fue AMS + macrólido en el 80% pacientes, Kaletra 13%, dexametasona 85% y plasma 16%.

Requirieron ventilación mecánica 85% pacientes, 86% presentaron distres respiratorio severo, la PAFI de ingreso fue 162 [130-220], 64% requirieron pronó, 33% fueron no respondedores. Los días de ventilación mecánica fueron 13 [RI 8-21].

16% pacientes requirieron diálisis. Los días de internación fueron 14 [RI 7-22].

La mortalidad fue del 55% (2 pacientes derivados post RCP prolongado y 7 la familia firmo DNR). En total 9 fallecieron dentro de los primeros días por hipoxemia refractaria, el resto la mayoría por MODS.

**Conclusiones:** Durante los primeros 6 meses de la pandemia ingresamos a la UTI del H. Pirovano 82 pacientes críticos con varios factores de riesgo, 39% mayor de 65 años muy graves al ingreso evidenciado por SOFA, shock al ingreso, distres respiratorio severo. La mortalidad fue elevada.

## 0203 HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR COVID-19 Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LA MECÁNICA PULMONAR AL INICIO DEL SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO

S ITURRI(1), R CORELLA(1), W PAREDES(1), C ARIAS(1), L ARGUELLES(1), J LAPADULA(1), D PIEZNY(1), O BALDERRAMA(1), J SAGARDIA(1)  
 (1) Posadas

**Objetivos:** Evaluar los hallazgos tomográficos de los pacientes ingresados con COVID-19 y describir sus características clínicas y comportamiento de la mecánica pulmonar.

**Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio retrospectivo en donde se incluyeron los pacientes con RT-PCR positiva para COVID-19 a los que se les realizó tomografía (TC) de tórax sin contraste.

Los pacientes se agruparon según el intervalo entre el inicio de los síntomas (FIS) y la primera TC:

Grupo 1: pacientes subclínicos; escaneos realizados antes del inicio de los síntomas

Grupo 2: escaneos realizados  $\leq 1$  semana después del inicio de los síntomas.

Grupo 3: > 1 semana a 2 semanas.

Grupo 4: > 2 semanas a 3 semanas.

**Resultados:** 45 pacientes cumplieron criterios de inclusión. Dos de estos pacientes, con contagio nosocomial, no pudieron ser clasificados debido a que no se pudo determinar el inicio de síntomas. Predominó el sexo masculino con una edad promedio de 57 años. Los pacientes tuvieron altos scores de gravedad. Tabla 1.

Los hallazgos tomográficos en la mayoría de los pacientes mostraron como patrón predominante la opacidad en vidrio esmerilado, de distribución periférica, bilateral, a predominio de lóbulos inferiores, seguido de lóbulos superiores, con engrosamiento subpleural e interlobular, y presencia de consolidaciones. Hubo una mayor realización de tomografía en el grupo de inicio de síntomas menor a 7 días. El fenotipo prevalente fue el HIGH. Tabla 2 y 3.

38 pacientes requirieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM) con un promedio de 14 días de ventilación mecánica (VM).

En la evaluación de fenotipo considerando el comportamiento mecánico se observó un aumento de las formas HIGH con compliancias pulmonares menores a 30 ml/cmH<sub>2</sub>0 y requerimiento de pronó en casi el 100% de los casos. Tabla 4.

**Conclusiones:** La tomografía mostró como patrón predominante la combinación de vidrio esmerilado con condensación y compromiso bilateral. Las características clínicas coinciden con reportes previos. El fenotipo prevalente fue el HIGH. Los pacientes tuvieron compliancias pulmonares bajas y requirieron decúbito pronó lo cual se asoció a los altos scores de gravedad al ingreso y alta mortalidad.

Tabla 1: Características de los Pacientes

Edad (años)	56
APACHE II	13
SOFA	5
Días desde inicio de síntomas hasta ingreso hospital	5.5
Días entre FIS y TC	6.9
Días de AVM	14
Días en UCI	18
Mortalidad	40.9

Tabla 2: Clasificación temporal de las tomografías en relación a inicio de síntomas

GRUPOS	Número de pacientes	Fenotipo LOW n, (%)	Fenotipo HIGH n, (%)
1	0	0	0
2	30	17	13
3	10	6	4
4	3	2	1
Sin clasificar	2	0	2
Total		45	

**TABLA 3: Patrones tomográficos**

VIDRIO ESMERILADO	35
DISTRIBUCION PERIFERICA CENTRAL	31
CONSOLIDACION	28
BRONCOPNEUMONIA	3,3
AFECTACION UNILATERAL BILATERAL	3
LOBULOS SUPERIOR MEDIO INFERIOR	3,3 12 5
DEBILIDAD PLEURAL PESO PULMONAR ALTO	4,5 11 19

**TABLA 4: Comportamiento mecánico**

	Fenotipo por TC	Fenotipo en VM	C. estática Día 1	C. estática Día 3
LOW	18 pacientes	5 pacientes	57,8	55,8
HIGH	20 pacientes	33 pacientes	29,4	28,9

### 0204 MORTALIDAD SEGÚN INICIO DE INFUSIONES DE VASOPRESORES A TRAVÉS DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO VERSUS ACCESO VENOSO CENTRAL EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO TEMPRANO

M VEGA(1), N FIGUEROA(1), D SITTONI(1), N LUNA(1)  
(1) Domingo Funes

**Objetivo:** Evaluar si el inicio de vasopresores por vía periférica versus infusión por vía central en pacientes con diagnóstico de Shock Séptico Temprano genera diferentes resultados en la mortalidad dentro de la Terapia Intensiva.

El end point primario es la mortalidad en la Unidad de Terapia Intensiva y el end point secundario es la mortalidad a los 30 días.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de 52 pacientes con diagnóstico de shock séptico temprano, ingresados en una unidad de terapia intensiva polivalente, en el Hospital Domingo Funes, de la provincia de Córdoba.

El periodo analizado fue desde marzo del año 2018 hasta julio del año 2020 inclusive.

El rango etario de las muestras fue desde 24 años hasta 90 años respectivamente, de los cuales el 75 % correspondieron al sexo masculino.

El criterio de inclusión fue todos los pacientes con diagnóstico de ingreso de shock séptico temprano, de un total de 54 pacientes, se excluyeron solo dos pacientes por no contar con todos los datos.

Se comparó la mortalidad temprana y a los 30 días de los pacientes que tuvieron una infusión de vasopresores iniciada a través de un catéter venoso periférico (PVC) versus a través de un catéter venoso central (CVC) en los pacientes con diagnóstico de ingreso de shock séptico temprano.

**Análisis estadístico:** Los datos cualitativos se describieron utilizando frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para la asociación entre las variables se realizaron test de Chi cuadrado. Para las variables cuantitativas, se analizó mediante pruebas de Shapiro Wilks y prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov. Para comparar entre grupos, se utilizaron test T o de Wilcoxon, según correspondiese. Se utilizaron gráficos de sectores para las variables categóricas, y gráficos box-plot para las variables cuantitativas. El borde superior de la caja representa el tercer cuartil (percentil 0,75), el borde inferior representa el primer cuartil (percentil 0,25), la línea dentro de la caja es la mediana y el punto dentro de la caja representa la media. Los bigotes representan los percentiles 0,05 y 0,95. P-valor <0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Se define exposición como la iniciación de vasopresores vía PVC cuando los pacientes comienzan con vasopresores por esta vía antes de la inserción de CVC o cuando no se les realiza CVC.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 52 pacientes que tuvieron una edad media de 58 ± 17 años. El 75% de los pacientes (n=39) fueron de sexo masculino. La dosis media recibida fue de 0,27 ± 0,17. En UTI los pacientes estuvieron una mediana de 6 ± 13 días; mientras que en el hospital, la mediana de días de internación fue de 11 ± 20. Solo 6 necesitaron hemodialisis (12%) y 44 (85%) necesitaron ARM. El principal foco de infección fue de origen respiratorio (n=28, 54%); seguido de infección abdominal (n=13, 25%).

Del total de pacientes, 19 fueron tratados inicialmente por vía central (37%) y 33 fueron tratados inicialmente por vía periférica (63%). Con respecto a los óbitos en UTI, el 52% de quienes tuvieron PVC fallecieron; a diferencia de quienes tuvieron CVC, en donde solo se observó un 21% de mortalidad en UTI (p-valor: 0,0311).

Del total, 21 pacientes fallecieron en UTI (40%), y de los restantes, solo 3 fallecieron dentro de los 30 días posteriores (6%). Al analizar la mortalidad dentro de UTI según las vías de los pacientes, se puede observar que quienes tuvieron PVC tuvieron una mortalidad del 52% en la UTI contra un 21% que se observó en quienes tuvieron CVC. Estos resultados fueron estadísticamente significativos (p-valor: 0,0311). Cuando se evaluó la asociación a los 30 días del alta hospitalaria, se observó un 6% de óbitos en pacientes que tuvieron PVC y un 13% entre quienes tuvieron CVC. En este caso, los resultados no fueron estadísticamente significativos (p-valor: 0,5412).

A quienes se les realizó PVC tuvieron un score de Apache mediano de 19 ± 7 (con una mortalidad de APACHE de 34 ± 17) mientras que a quienes se les realizó CVC tuvieron una mediana de 20 ± 12 (y una mortalidad de APACHE de 35 ± 34). Los resultados no fueron estadísticamente significativos. Valores similares entre ambos grupos se observaron para SOFA y QSOFA; en donde tampoco se observaron resultados con significancia estadística.

**Conclusiones:** Se analizó la mortalidad en la terapia intensiva de los pacientes ingresados con diagnóstico de shock séptico temprano y requerimiento de vasopresores a través de CVP versus CVC, y se observó que la mortalidad en la Terapia Intensiva fue estadísticamente significativa con infusión de vasopresores por CVP respecto a CVC (52 % y 21 % respectivamente). Sin embargo la mortalidad a los 30 días no fue estadísticamente significativa (6 % con CVC versus 13 % con CVP), ambos grupos presentaron APACHE de ingreso similar (19 en CVP Y 20 en CVC).

Por lo que se concluyó que a diferencia de nuestra hipótesis, el uso de CVP para la infusión de drogas inotrópicas si aumenta la mortalidad en la terapia intensiva, pero no presenta diferencias significativas en la mortalidad a los 30 días.

	Total Pacientes	Pacientes PVC	Pacientes CVC	p-valor
APACHE	24 ± 12	19 ± 7	20 ± 12	0,9134
Mortalidad de APACHE	50 ± 41	34 ± 17	35 ± 34	0,7975
SOFA	12 ± 5	11 ± 6	10 ± 6	0,9763
QSOFA	3 ± 1	2 ± 1	2 ± 2	0,5157

	Total Pacientes	Pacientes PVC	Pacientes CVC	p-valor
Número de casos	52	33 (63%)	19 (37%)	
Sexo (M)	39 (75%)	25 (76%)	14 (74%)	0,8679
Edad (años)	58 ± 17	57 ± 16	59 ± 18	0,6399
Dosis recibida	0,27 ± 0,17	0,30 ± 0,20	0,22 ± 0,11	0,1582
Horas NAD (horas) *	72 ± 96	48 ± 85	72 ± 96	0,1182
Días UTI (días) *	6 ± 13	4 ± 11	10 ± 12	0,0912
Días Internación (días) *	11 ± 20	7 ± 13	15 ± 28	0,1544
Hemodialisis (Si)	6 (12%)	4 (12%)	2 (11%)	0,8624
ARM (Si)	44 (85%)	30 (91%)	14 (74%)	0,974
Tiempo puerta ATB				
30'	11 (21%)	10 (30%)	1 (5%)	
45'	2 (4%)	0 (0%)	2 (11%)	
60'	25 (48%)	13 (39%)	12 (63%)	
90'	1 (2%)	0 (0%)	1 (5%)	0,0333
120'	10 (19%)	7 (21%)	3 (16%)	
180'	3 (6%)	3 (9%)	0 (0%)	
Foco de infección				
Abdominal	13 (25%)	10 (30%)	3 (16%)	
Respiratorio	28 (54%)	17 (52%)	11 (58%)	
Respiratorio + Urinario	4 (8%)	1 (3%)	3 (16%)	
Urinario	5 (9%)	4 (12%)	1 (5%)	0,2564
Articular	1 (2%)	1 (3%)	0 (0%)	
Neuro	1 (2%)	0 (0%)	1 (5%)	

### 0205 PERFIL DE CONSUMO DE DROGAS PARA ANALGOSEDACIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19 EN VENTILACIÓN MECÁNICA

M GARCIA SARUBBIO(1), MJ MESCHINI(1), CI LOUDET(1), G SAENZ(1), A BARBIERI(1), C COLAVITA(1), V ARAMENDI(1), C TROVATO(1), G CARRATELLO(1), J DI CRISCI(1), C PAEZ(1), MA MAZZOLENI(1), V PAZOS(1), R REINA(1), E ELISA(1)  
(1) HIGA Gral San Martin

**Introducción:** La frecuente presentación de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) grave reportada en pacientes críticos con neumonía por COVID 19, puede condicionar un objetivo de sedación más profunda que el propuesto actualmente para otros

pacientes críticos conectados a la ventilación mecánica (VM) y en ocasiones el uso de bloqueantes neuromusculares (BNM). Tratándose de una nueva enfermedad es relevante conocer detalles de la demanda de analgesedación (AS) de estos pacientes.

**Objetivos:** Evaluar el perfil de consumo de drogas para analgesedación (AS) y BNM en pacientes con neumonía grave por COVID 19 en VM.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional en una UCI médica-quirúrgica de un hospital escuela de la provincia de Bs As. Se incluyeron pacientes consecutivos en VM >2 días con resultado de hisopado positivo para SARS-CoV2, ingresados entre junio y septiembre de 2020. Se registraron características de los pacientes y resultados, días VM y días BNM; dosis prescritas, consumo mensual en mg /día cama ocupado (DCO) y ampollas, % de indicación y N° de pacientes con indicación de cada una de las drogas para AS y BNM utilizadas. Resultados: durante el período de estudio se registraron 920 prescripciones de AS correspondientes a 50 pacientes. N° de pacientes con indicación de AS/BNM: midazolam 47, fentanilo 49, propofol 19, remifentanilo 1, dexmedetomidina 20, ketamina 1, atracurio 31 y % de indicación: 49, 82, 14,2, 16, 1 y 30 % respectivamente. En la tabla 1 se muestran las características de los pacientes y dosis prescritas para cada droga. La evolución del consumo de drogas se muestra en la Tabla 2.

**Conclusiones:** Fentanilo, midazolam y atracurio fueron las drogas de elección asociadas al alto requerimiento de AS y BNM registrado. Como alternativa sedante se usó principalmente propofol. Un alto porcentaje de pacientes requirieron BNM. En todos los casos las dosis, aunque elevadas, se mantuvieron dentro de rangos recomendados.

Tabla 1. Características de la población y dosis prescritas de drogas para AS y BNM

Edad promedio	54 ± 18
Género masculino	30 (80)
BMI	30 ± 6
APACHE II	18 ± 7
SOFA	7 [6-9]
Shock de ingreso	31(62)
Lactato ingreso	2,5 ± 1
Diálisis	16 (32)
DIAS ARM	18 [10-28]
Requerimiento Prono	24 (48)
DIAS UTI	19 [11-33]
DIAS HOSPITAL	25 [12-38]
DIAS BNM	9 [4 -13]
Mortalidad UTI	27 (54)
Mortalidad HOSPITAL	28 (56)
Midazolam (mg/k/h)	0.18 [0.13-0.21]
Fentanilo (mcg/k/h)	5 [3-8]
Propofol (mg/k/h)	2 [0.18- 2.31]
Remifentanilo (mcg/k/h)	9 [5-12]
Dexmedetomidina (mcg/k/h)	0.7 [0.4-0.9]
Ketamina (mg/k/h)	0.18 [0.18-0.18]
Atracurio (mcg/k/min)	10 [7.4-1.31]

Datos presentados como promedio ± DS, mediana [p25-75] o N (%)

Tabla 2. Consumo de drogas para AS y BNM

	JUNIO n=4	JULIO n=14	AGOSTO n=29	SEPTIEMBRE n=28
	Consumo en mg/DCO			
Midazolam	230.7	199	149.9	183.1
Fentanilo	9.7	9.4	6.9	8.7
Propofol	1227.3	790.6	506.9	505.6
Remifentanilo	6	0.8	0.1	0
Dexmedetomidina	0	0.054	0.26	0.25
Ketamina	0	9.5	0	0
Atracurio	585.4	470.8	294.8	475.5
	Consumo en ampollas			
Midazolam	446	2030	3669	4528
Fentanilo	1126	5723	10097	12943
Propofol	178	605	930	938
Remifentanilo	35	26	10	0
Dexmedetomidina	0	41	481	459
Ketamina	0	3	0	0
Atracurio	340	1441	2164	3528

## 0206 BOTULISMO DEL LACTANTE

M HERRAN(1), MS APARICIO(1), E CHIOSSONE(1), M PICHINENDA(1), A BORDOGNA(1), P CASTELLANI(1)  
 (1) Sor Maria Ludovica

**Introducción:** Enfermedad poco frecuente, potencialmente mortal que afecta a menores de un año y cursa con parálisis flácida descendente y simétrica. La edad es un factor determinante en la susceptibilidad de los lactantes a esta enfermedad. El agente causal es el Clostridium botulinum.

**Caso clínico:** Niña de 5 meses, derivada de otro nosocomio, donde por dificultad respiratoria progresiva ingresa en AVM. Al evaluarse depresión del sensorio al ingreso y sin despertar ante la suspensión de sedoanalgesia, sospechan encefalitis y a los 10 días se deriva para estudios. A su ingreso se constata hipotonía periférica y en la anamnesis surge historia de constipación, rechazo alimentario y llanto ronco desde las 72 horas previas a la consulta. Se realizan neuroimágenes y laboratorios para metabopatías, normales y se identifica la antitoxina A en materia fecal.

**Discusión:** El botulismo del lactante es una intoxicación infrecuente. Su presentación varía desde una parálisis leve a una forma fulminante, pudiendo culminar en muerte súbita, destacándose la triada compuesta por hipotonía, constipación y reflejo fotomotor lento. El tratamiento incluye el inicio precoz de medidas de sostén y el pasaje de antitoxina, cuya indicación puede llevarse a cabo dentro de las primeras 96 horas. La recuperación puede llevar desde 2 semanas hasta 9 meses por regeneración de las terminales nerviosas.

**Conclusión:** Esta patología representa un desafío diagnóstico debido a la similitud en sus manifestaciones clínicas con otros cuadros, por lo que requiere un alto índice de sospecha para orientar los estudios complementarios e iniciar el tratamiento específico. En nuestro caso debido a la infrecuencia del cuadro en esta región y a la clínica inicial inespecífica se arribó al diagnóstico luego de una anamnesis incisiva jerarquizando la hipotonía como signo guía, no indicándose el tratamiento específico ya que no se encontraba dentro del rango de mayor efectividad.

## 0207 PSEUDOANEURISMA AORTICO

C ROJAS(1), E ZWENGER(1)  
 (1) Privado

La reparación quirúrgica abierta de la aorta torácica ha sido el estándar para el manejo de una variedad de patologías de la aorta torácica, pero se asocia con una morbilidad y mortalidad significativas. Algunos pacientes puede requerir una reoperación tardía después de la reparación de un aneurisma de la aorta ascendente debido a insuficiencia o estenosis de un sustituto de la válvula aórtica, formación de aneurisma verdadero o falso, disección aguda o endocarditis de válvula protésica.

Paciente masculino de 65 años.

APP

- Reemplazo valvula aórtica + Bypass aorto-coronario en el año 2000.

- Reemplazo aorta ascendente en 2016.

MI: Insuficiencia respiratoria aguda

AEA

Paciente de 65 años inicia 72hs previas al ingreso con disnea y dolor torácico, de inicio súbito, sin fiebre. Tos seca, escasa expectoración. Hisopado para COVID 19 negativo. Evoluciona con insuficiencia respiratoria.

Se realiza TC de tórax que evidencia infiltrado alveolar derecho, y pseudoaneurisma de aorta ascendente, a punto de partida de "leak" en anastomosis distal de prótesis previa.

Se decide internación en UTI.

Posteriormente presentó hemoptisis y deterioro progresivo de la mecánica ventilatoria.

Se descartó vasculitis, por anticuerpos y serología sin hallazgos significativos.

Por aumento de los requerimientos de oxígeno e infiltrados en en rx de tórax, se realiza nueva TAC de tórax donde se objetivan infiltrados intersticiales bilaterales en "alas de mariposa", con engrosamiento septal y derrame pleural bilateral.

Se realizó fibrobroncoscopia por empeoramiento del estado general y mecánica ventilatoria donde se objetivo sangrado abundante en ambos pulmones. BAL sin aislamientos.

Se repasaron imágenes tomográficas y se sospecha fistula de arteria pulmonar posteriormente confirmada por ETE el 10/09.

Se realiza reemplazo de aorta ascendente y cierre de fistula aorto-pulmonar el día 10/09 sin complicaciones.

Se realizó extubación temprana y destete de drogas vasoactivas. Presenta buena evolución y en días posteriores se decide su pase a sala común.

Al séptimo día posoperatorio se otorga alta hospitalaria.

El pseudoaneurisma paraanastomótico es una posible complicación tardía después de la reparación aórtica torácica abierta y suele ocurrir en el contexto de una infección del injerto. El tratamiento convencional requería volver a realizar una reparación quirúrgica abierta. La reparación endovascular con colocación de endoprótesis también podría ser una opción razonable para pacientes con una anatomía adecuada.



### 0208 SIMULACION COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CALIDAD DE BAÑO EN CAMA

I OUTI(2), J DORADO(1), A GUZMAN(2), Y OUTI(2)  
 (1) Sanatorio Anchirena San Martín. (2) Sanatorio Anchorena San Martín

**Introducción:** El personal de enfermería es el responsable del baño en cama, debiendo cumplir un número de pasos en orden cefalo-caudal con el objetivo de prevenir infecciones y mantener la integridad de la piel.

El baño en UCI ha evolucionado de húmedo a seco, realizado con paquetes jabonosos que no requieren enjuague. Dicho cambio responde al menor riesgo de lesiones cutáneas e infecciones, alteración de signos vitales, tiempo de bañado y optimizando recursos humanos.

Con el fin de desarrollar esta intervención en el servicio de UTI SASM se realizó una simulación clínica para la adquisición de competencias en baño seco.

La simulación clínica nos proporciona un nuevo método de aprendizaje y entrenamiento en la que se entrelazan conocimientos, habilidades y factores humanos.

**Objetivo:** Evaluar efecto de simulación clínica como herramienta de aprendizaje en la técnica de baño.

**Materiales y método:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo en una UTI clínico-quirúrgica de 14 camas con una dotación de 40 enfermeros. Se desarrollo una lista de etapas y puntos críticos del proceso de baño que consta de 24 intervenciones que determinan la calidad de la técnica de baño en buena, mala o regular. Estas intervenciones a su vez se clasificaron en graves, moderadas y leves. Se observaron 17 baños pacientes categoría III TISS-28 en ARM en el mes de marzo, en abril se realizaron capacitaciones y 17 simulaciones incluyendo la totalidad del personal de enfermería SASM y en el mes de mayo se evaluaron 9 intervenciones de baño al azar.

**Resultados:** Antes de la simulación el 100% de los baños observados eran malos para el estándar establecido. Luego de la intervención se obtuvieron 0% malo, 11% regulares y 88% buenos. Respecto al tiempo la media antes de la simulación fue de 31,35 minutos y post simulación 21,33 minutos. Disminuyendo 10 minutos el tiempo de baño.

**Conclusiones:** Al realizar la intervención capacitación y simulación. Se observa una mejora estadísticamente significativa en la calidad del baño y una disminución en el tiempo.

Clase	Momento			Total
	Post_may	Pre_m	Sim_A	
Bueno	8	0	14	22
	5	9	9	22
	36.4 %	0 %	63.6 %	100 %
malo	0	17	0	17
	4	7	7	17
	0 %	100 %	0 %	100 %
Regular	1	0	3	4
	1	2	2	4
	25 %	0 %	75 %	100 %
Total	9	17	17	43
	9	17	17	43
	20.9 %	39.5 %	39.5 %	100 %

$\chi^2=43.319 \cdot df=4 \cdot \text{Cramer's } V=0.710 \cdot \text{Fisher's } p=0.000$

### 0209 OCUPACIÓN DE TERAPIAS INTENSIVAS EN EL CONURBANO DE LA PCIA DE BS AS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

C BALASINI(1), M DEHEZA(2), S MARISSI(3), G DOMENICONI(4), P PRATESI(5), P CENTENO(6), P MACHARE(7), R BERNARDI(8), G IZZO(9), C PEREYRA(10), M QUINTEROS(11), L KUMAR(12), G FERRARA(13), N FUNES NELSON(14), M GILLI(15), M COSTILLA(16), A CHALCO(17), J MESTRE(18), R RODRIGUEZ CASSO(19), MG RODRIGUEZ ALVAREZ(20), JC MEDINA(21), V TUCHBAUM(22), M ANCHORENA(23), G CARDONATTI(24), C ZARIAS

(1) Pirovano. (2) Centro Gallego. (3) Sanatorio Regional. (4) Sanatorio de La Trinidad San Isidro Sede Thames. (5) Austral. (6) Alta Complejidad del Bicentenario. (7) Mi Pueblo. (8) Evita Pueblo. (9) Hospital Simplemente Evita. (10) Sanatorio Trinidad Ramos Mejía. (11) Sanatorio San Lucas. (12) Federico Abete. (13) Sanatorio Anchorena. (14) Alberto Balestrini y Grupo de Trabajo SATI Conurbano de la Pcia De Bs As.. (15) Pedro Fiorito. (16) Hospital del Bicentenario de Ituzaingó y Sanatorio Amta. (17) Hospital Mariano y Luciano De La Vega. (18) San Juan De Dios. (19) Cetrangolo. (20) Higa Paroissien. (21) Sanatorio Itoiz. (22) Municipal Néstor C Kirchner. (23)

Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta. (24) Hospital Central de San Isidro. (25) Posadas. (26) La Matanza. (27) SATI Regional.

**Introducción:** El grupo de trabajo de la regional SATI conurbano de la Pcia de Bs As (CBSAS) ante la pandemia COVID-19 y demanda extraordinaria de camas de terapia intensiva y ventiladores realizó un análisis.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de ocupación de camas de UTI, de pacientes COVID-19 y ventilados mecánicamente (VM) en el CBSAs durante los meses de agosto a octubre 2020

**Diseño:** Encuesta trasversal descriptiva.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta por WhatsApp 2 veces por semana desde el 7-08-20 al 9-10-20, de las UTIs públicas y privadas que aceptaron participar en el estudio. Las variables intervinientes fueron: camas totales, camas COVID-19 y camas libres; Uso de ventilación mecánica en camas COVID-19.

**Estadística:** Los datos se presentan como variables cuantitativas promedio, DS y porcentajes.

**Resultados:** Participaron 18±2 instituciones, 11±2 públicas y 7±1 privadas. El promedio de camas fue de 361±53 (públicas 198±32 y privadas 163±36). La ocupación total fue del 90±2% registrándose 95% el 14/8/20 y nunca menor a 88%. Las camas COVID-19 fueron del 57±6% de ocupación con un 73±6 de uso de VM. Ver Gráfico 1: Porcentaje de camas COVID-19 y libres.

En el sector público la ocupación total fue del 88±3%, siendo la COVID-19 de 60±7% con un uso promedio de VM de 71±6%, observándose un pico del 80% a mediados de agosto.

En el sector privado la ocupación total de camas fue del 91±5%, siendo COVID-19 de 55±4%. Se llegó un máximo de camas totales durante fines de septiembre y principios de octubre del 95%. La utilización de VM para COVID-19 fue un 76±8% con un pico del 88% en el período mencionado. Gráfico 2: Porcentaje de ocupación de camas totales públicas y privadas.

#### Conclusiones:

De una muestra de camas de UTIs públicas y privadas del CBSAs, se registró una fuerte demanda de camas llegando a valores máximos cercanas al colapso, siendo más de la mitad pacientes COVID-19 con un alto uso de VM.



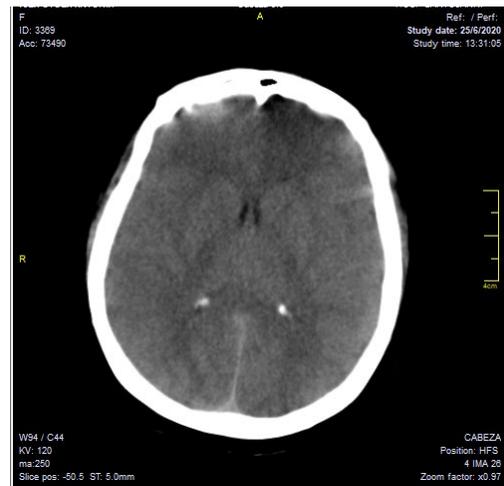
tes con COVID-19 hospitalizados en Wuhan, el 2,8% presentó ictus isquémico, en el subgrupo de pacientes con enfermedad más grave, planteándose el estado protrombótico como posible etiología del ictus. Según la Sociedad Española de Neurología, el ictus isquémico fue la segunda condición neurológica recogida con más frecuencia (22,8%), solo por debajo del síndrome confusional (28,3%).

**Caso clínico:** Paciente femenina de 50 años, sin antecedentes conocidos, ingresa al hospital derivada de centro de salud periférico por deterioro del sensorio. A su ingreso se constata deterioro severo del sensorio (GCS 8/15) que requiere intubación orotraqueal y ARM. Se realizan TC de encéfalo: edema cerebral difuso + hipodensidad frontal, y TC de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales. Por imagen tomográfica y registros febriles se realiza hisopado nasofaríngeo con resultado positivo. Pasa a UTI donde permanece en ARM, con soporte vasopresor, febril, iniciándose medidas antiedema.

A las 72 hs presenta hipernatremia, de difícil manejo clínico, pupilas mióticas, hiporeactivas.

Evoluciona en estado crítico, presenta midriasis bilateral arreactiva, sin reflejos de tronco. Intercurre con falla renal e hipotensión sostenida. A los 5 días presenta paro cardiorrespiratorio, que no responde a maniobras de reanimación constatándose óbito.

**Conclusiones:** El estado de hipercoagulabilidad asociado a la respuesta hiperinflamatoria desencadenada por covid-19 puede considerarse una causa potencial de ictus isquémico, los mecanismos etiopatogénicos son múltiples y complejos. Mientras tanto, el estudio etiológico del ictus en pacientes con COVID-19 debe ser sistemático y atendiendo a protocolos adaptados a la actual pandemia. No existe evidencia para recomendar la anticoagulación precoz en pacientes con COVID-19 y parámetros de hipercoagulabilidad. Son necesarios ensayos clínicos que aporten evidencias sobre la anticoagulación en estos pacientes. Entretanto, debemos valorar el balance riesgo beneficio de forma individualizada.



## 0210 ICTUS ISQUÉMICO Y COVID-19

V MANDICH(1), H AREVALO(1)

(1) Santojanni

**Introducción:** En pacientes con enfermedad por coronavirus (COVID-19) se han descrito manifestaciones neurológicas, entre las cuales se encuentra el ictus isquémico. En una serie de 214 pacien-

### 0211 LA VALIDEZ DE LA PROCALCITONINA (PCT) COMO PREDICTOR DIAGNÓSTICO Y DE SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DEL PACIENTE CON FALLO RENAL Y SHOCK SEPTICO

WL MARIN(1), A PICCINNINI(1), S ZIDARICH(2), L URANGA, T LUNA, R LIGARDA, L GALLARDO, A GRAMAGLIA, M ALVA-REZ, K CASTRO, L SCHALLER, A MARCOLINI(3)

(1) Hospital Italiano de Córdoba. (2) Hospital Italiano de Córdoba. (3) Príncipe de Asturias

La procalcitonina (PCT), biomarcador específico para cuadros de infección bacteriana. Importante ante infecciones graves, como el shock séptico (SS) y el tratamiento antibiótico. En SS existen fallos de múltiples órganos, siendo el renal de frecuente presentación. Se define como sepsis, a la disfunción orgánica con riesgo vital causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección. Teniendo una reacción no homeostática, con riesgo vital y necesidad de intervención urgente. Los criterios -Infección más ascenso de sequential organ failure assessment (SOFA) de 2 puntos-Infección más 2 de 3 elementos de qSOFA. Definiendo al SS como Sepsis más hipotensión (presión arterial media (PAM) < a 65mmhg) mantenida luego de una adecuada resucitación con fluidos o requerimiento de vasopresores para mantener PAM > a 65mmhg e hiperlactatemia mayor a 2mmol/l. Cuando no se posee lactato, el diagnóstico con asociación de hipotensión y hipoperfusión ej. relleno capilar lento, índices de colapsabilidad y de distensibilidad de la vena cava. Las variables cuantitativas en sangre de valores de PCT y los niveles de creatinina. Ingresados a UTI con diagnóstico de sepsis o SS en paciente mayores de 18 años entre de junio y noviembre 2018 (n= 286). Los datos cualitativos con frecuencia absoluta (n) y relativa (%). Los datos cuantitativos se describieron con media y error estándar, y valores mínimos-máximos. Para analizar las asociaciones entre variables cualitativas pruebas de chi cuadrado y para las variables cuantitativas test de normalidad de Shapiro Wilks, seguido de test de Wilcoxon. Pvalor <0,05 se consideró estadísticamente significativo. Infostat Software para el análisis de los datos. El análisis respecto a la insuficiencia renal, podemos observar que al ingreso había un 58% de pacientes con insuficiencia renal (Creatinina >1). A las 48 horas este porcentaje aumento a un 62% y en el día 5 este porcentaje disminuyo a 56%. Estas diferencias observadas en el tiempo no fueron estadísticamente significativas (pvalor: 0,9322) se analizó si existió diferencias en los valores de PCT en pacientes con y sin insuficiencia renal; al ingreso, a las 48 horas y a los 5 días de ingresar, se observó que las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas. Al ingreso, los pacientes sin insuficiencia renal tuvieron un promedio de PCT de  $3,01 \pm 0,65$ , quienes tuvieron insuficiencia renal un promedio de PCT de  $17,39 \pm 3,26$  (p-valor <0,0001). A las 48 horas, estos valores fueron de  $4,82 \pm 1,35$  y de  $12,04 \pm 2,61$  respectivamente (p-valor: 0,0079). En las mediciones del 5º día, los promedios de PCT fueron de  $2,56 \pm 1,28$  y de  $11,90 \pm 4,65$  para pacientes sin y con insuficiencia renal respectivamente (p-valor: 0,0003). Conclusion PCT es un buen marcador para valorar la respuesta y al tratamiento uso adecuado de antibiótico también en pacientes con insuficiencia renal.

### 0212 IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS LESIONES POR PRESIÓN EN UNA TERAPIA INTENSIVA MEDICO QUIRÚRGICA

I Outi(1), L Gomez(1), F Oroz(1), M Alvarez(1), M Accoce(1)  
 (1) Sanatorio Anchorena San Martín

**Introducción:** La pandemia reestructuró nuestra dinámica laboral, aumentado la demanda asistencial y la relación personal/paciente. Sumado a ello la rotación del equipo en el sector se incrementó por los aislamientos y se incorporaron refuerzos eventuales. Las lesiones por presión (LPP) son complicaciones de la internación que afectan la morbimortalidad y calidad de vida generando altos costos al sistema de salud.

**Objetivo:** Comparar la incidencia de LPP y sus determinantes en dos cohortes previo a la pandemia y durante la misma.

**Materiales y método:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo en una UTI clínico-quirúrgica de 14 camas del Sanatorio Anchorena San Martín, con una dotación de 8 enfermeros por turno. Se analizaron pacientes durante 12 meses (agosto 2019 – agosto 2020, cohorte 2) y se compararon con el periodo junio 2018 – abril 2019 (cohorte 1).

**Resultados:** Del total de los pacientes analizados de la cohorte 2, 51 (18.39%) desarrollaron LPP, con una densidad de incidencia de 9.23 eventos cada 1000 días de internación en UTI a comparación con la cohorte 1 que presentó una incidencia de 3.95% y densidad de incidencia de 6.42. Tabla 1.

De los pacientes que desarrollaron LPP en la cohorte 2, 21 fueron COVID-19 positivo, 31.4% presentaron un único sitio, mientras que 68.6% presentaron 2 o más sitios afectados. En la corte 1 (no covid) el 83.3% presentó un sitio de lesión y el 16.7% mas de un sitio. Figura 1. No hallamos diferencias relevantes en escalas de gravedad de ingreso del paciente ni de riesgo de desarrollo de LPP entre las cohortes. Tampoco hubo diferencias con respecto al uso de ventilación mecánica invasiva y soporte vasopresor.

**Conclusiones:** La pandemia afectó significativamente nuestra incidencia de LPP, a diferencia de la cohorte previa la mayoría de los pacientes intra pandemia presentó LPP en mas de un sitio.



Figura 1. Cantidad de lesiones por paciente según cohorte

Tabla 1. Datos demográficos y comparación de las cohortes.

Variables	Cohorte 1 (n=607)	Cohorte 2 (n=938)
Edad (media)	56.7	57.44
Sexo masculino (porcentaje)	47.45	54.26
SAPSII (media)	28.8	27.7
Braden (media)	11.1	14.62
TISS-28 (media)	32.5	21.57
COVID-19 (evento)	0	21
Permanencia en UTI (días)	3	4
Soporte vasopresor (evento, porcentaje)	21(87.5)	47 (92)
Asistencia Ventilatoria Mecánica (evento, porcentaje)	22(91.65)	48(94.11)
LPP (evento, incidencia)	24(3.95)	51(18.39)
Densidad de incidencia cada 1000 días	6.42	9.23
LPP sacra (evento, porcentaje)	13(53.57)	20(39.21)
LPP en un único sitio (evento, porcentaje)	20(83.3)	16(31.4)
LPP más de un sitio(evento, porcentaje)	3(16.7)	35(68.6)

### 0213 THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM28 Y NURSING ACTIVITIES SCORE PARA VALORAR CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON COVID-19 EN VENTILACION MECANICA INVASIVA

S FERNÁNDEZ(1), V ARCEAU(1), A PELO(1), R ROCHI(1), I HERRERA(1), S ROJAS(1), R REINA(1), AL GONZÁLEZ(1), CI LOUDET(1)

(1) San Martín de La Plata

**Introducción:** El uso de escalas que valoran cargas de trabajo de enfermería son fundamentales para la adecuación de recursos materiales y humanos de las UCIs, y también se los ha vinculado con mortalidad. El Therapeutic Intervention Scoring System28 (TISS28) es el más ampliamente utilizado, pero el Nursing Activities Score (NAS) contempla más aspectos y su valor permite extrapolar directamente el tiempo porcentual de trabajo del enfermero por paciente.

**Objetivos:** Describir la puntuación de TISS28 y NAS escoras para valorar carga de trabajo de enfermería y relación enfermero:paciente en pacientes con COVID-19.

**Métodos:** Corte transversal en UCI-COVID de 14 camas. Se incluyeron pacientes con COVID19 con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI). Se registraron datos epidemiológicos, APACHEII, SOFA24, TISS28, NAS, relación enfermero:paciente, días de

VMI, días en la UCI y mortalidad en UCI. Los valores de TISS28 y NAS se registraron al ingreso y su peor valor durante la internación. Se buscó identificar el factor que más impactó en el puntaje del peor-NAS. Los datos son presentados como N (%), media  $\pm$  DS o mediana [p25-p75] según su naturaleza y distribución. Programa STATA 14. **Resultados:** Entre mayo-octubre 2020 ingresaron 50 pacientes consecutivos con diagnóstico confirmado para COVID-19 y requerimiento de VMI. Edad  $54 \pm 16$  años, género masc 64%, shock ingreso 65%, APACHEII 18 $\pm$ 7, SOFA24 7[6-9], diálisis 33%, días VM 18[10-29], días UCI 18[11-33], requerimiento decúbito prono 49%, mortalidad UCI 54%. El TISS28 de fue inicio  $32 \pm 6$ , y el NAS  $58 \pm 5$ ; peor TISS28:  $35 \pm 6$  y peor NAS  $67 \pm 5$ ; la relación promedio enfermero: paciente 1:2. El factor que más impactó en el peorNAS fue el decúbito prono (NAS en pac con prono  $77 \pm 5$ , vs  $58 \pm 7$ ;  $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** • El NAS score reflejó fuertemente en esta población la carga de trabajo de enfermería, siendo en su peor valor del 67%, indicando que la relación enfermero:paciente necesaria hubiera sido 1:1. Este score contempla y pondera el item decúbito prono (requerimiento de 3 enfermeros).

• La relación enfermero:paciente resultó insuficiente de acuerdo a los resultados del NAS, evidenciando dificultades para aumentar la dotación de personal especializado y el riesgo y desgaste laboral para el personal.

#### 0214 DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ADQUIRIDAS EN LA UCI EN PACIENTES CON COVID-19 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

J VILCA(1), A PAGLIA(2), B FRANCO(2), CB LOGIODE(2), V COSIO(2), AL PIÑAS(2), L GUTIERREZ(2), T JUHASZ(2), P TAPIA(2), Y PEREZ(2), C LOUDET(2), L TUMINO(2), M LARES(2), MC GARCIA(2), AL GONZÁLEZ(2)

(1) San Martín. (2) San Martín de La Plata

**Objetivo:** Describir la epidemiología de las neumonías asociadas a la ventilación mecánica (VAP), bacteriemia asociadas a catéter (BAC) y bacteriemias primarias (BP) en pacientes con diagnóstico de COVID-19 con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI) en una UCI de 14 "camas COVID".

**Métodos:** Serie de casos realizado en UCI médica-quirúrgica de 14 camas durante periodo de mayo-octubre de 2020. Se registraron las características epidemiológicas, scores de severidad y evolución de todos los pacientes consecutivos ingresados a la UCI durante el periodo de estudio. Asimismo se registraron todas las infecciones adquiridas en la UCI (VAP, BAC y BP) hasta cinco episodios por paciente. Se calcularon las tasas de estas infecciones. Los datos se expresan de acuerdo a su naturaleza y distribución. Programa STATA 14.

**Resultados:** Entre mayo-octubre 2020 ingresaron 50 pacientes consecutivos con diagnóstico confirmado para COVID-19 y requerimiento de VMI. Edad  $54 \pm 16$  años, género masc 64%, shock ingreso 65%, APACHEII 18 $\pm$ 7, SOFA24 7[6-9], diálisis 33%, días VM 18[10-29], días UCI 18[11-33], requerimiento decúbito prono 49%, mortalidad UCI 54%. Se registraron un total de 71 infecciones (VAP 22.5%; BAC 22.5%; BP 55%). Las tasas de estas infecciones fueron: VAP: 15/1000 días-VM; TASA BAC: 14/1000 días-catéter; TASA BP: 33/1000 días-UCI. Muchas de las BP podrían haberse considerado dentro de las VAP (imposibilidad de tomar muestra respiratoria).

**Conclusiones:** En los datos descriptos se puede observar un aumento dramático de la incidencia de infecciones con respecto a los históricos de nuestra UCI (13/5/8 VAP, BAP, BP cada 1000d-VM/catéter o UCI respectivamente), con gran preponderancia de Enterobacterias en todos los focos, y la emergencia de Staphylococcus, Enterococcus y Micosis que se presentaban sólo ocasionalmente en nuestra UCI. Intervenciones dirigidas al conocimiento profundo de mecanismos de desarrollo de superinfecciones e inmunogenética, sumado a la revisión de forma de uso de equipos de protección personal-EPP (nivel 3 en todos los casos), permitirán redirigir estrategias para mitigar la situación epidemiológica evidenciada.

	VAP 16	BAC 16	BP 39
<i>Pseudomona Aeruginosa</i> (PAE)	3 (19)	0	3 (8)
<i>Acinetobacter Baumannii</i> (ABA)	2(13)	0	5 (14)
Enterobacterias extremadamente resistentes (KPC/OXA)	4 (25)	4 (25)	6 (15)
Enterobacterias BLEE	4 (25)	4 (25)	10 (27)
<i>Staphylococcus Aureus</i> (SAMR-SAMS)	3 (19)	0	1 (3)
<i>Staphylococcus Haemolyticus</i>	0	2 (13)	0
<i>Staphylococcus Epidermidis</i>	0	1 (6)	3 (8)
<i>Cándidas (albicans, species)</i>	0	4 (25)	3 (8)
<i>Enterococcus</i>	0	1 (6)	8 (22)

#### 0215 SINDROME POST COVID: PERICARDITIS

A MAMANI(1), C MARTINEZ(1), M CUELLO(1)

(1) Hospital Español

El SARS-CoV-2, el agente etiológico del COVID-19, causa la pandemia actual. Produce manifestaciones proteicas que van de la cabeza a los pies, causando estragos aparentemente indiscriminados en múltiples sistemas de órganos, incluidos los pulmones, el corazón, el cerebro, riñón y vasculatura representando una enfermedad endotelial.

**Descripción del caso clínico:** Paciente femenino de 34 años con antecedentes de internación el 26/06/2020 por neumonía por Covid-19 recibiendo tratamiento con AMS-Clarithromicina. Inicia con dolor torácico y disnea una semana posterior al egreso, por lo cual es ingresada el 18/07/2020 en unidad coronaria donde realizan resonancia magnética cardiovascular donde se objetivaron signos de edema en pericardio compatible con inflamación pericárdica. Paciente es manejada con colchicina, dexametasona y opioides con buena evolución egresando con diagnóstico de pericarditis post COVID. Estudios realizados: 22/07/2020 Resonancia Magnética Cardiovascular: Aurícula izquierda ligeramente dilatada.

• VD no dilatado con FEVD conservada (63%).

• Pericardio engrosado. Máximo a nivel lateral con 4.1 mm de espesor. (Valor normal <4mm).

Se objetivaron signos de edema en pericardio. Compatible con inflamación pericárdica; Pericarditis.

Pericardio con realce tardío presente, indicativo de proceso inflamatorio; Pericarditis.

(No se observaron zonas de realce tardío en todo el miocardio).

No se observaron signos compatibles con pericarditis constrictiva.

Ausencia de derrame pericárdico significativo.

Insuficiencia mitral ligera 23/07/2020 Laboratorio: Hto 31.5% Hb 10.5 GB 8560 plaquetas 193.100 GLU 147mg/dl UREA 25mg/dl Creatinina 0.6 mg/dl Na 140meq/L, K 3.8meq/L.

**Discusión:** Es muy importante destacar que ante pacientes con dolor torácico independientemente de la edad con antecedentes de SARS-CoV-2 debe descartarse enfermedades cardiovasculares.

Muchos pacientes se quejan de palpitaciones, dolor de pecho, disnea, mareos, alteraciones neurocognitivas, hipertensión o fatiga extrema aún tres meses después de haber sido dados de alta de un centro hospitalario. Incluso algunos de los que tuvieron síntomas leves y recibieron un resultado de PCR negativo, padecen síntomas debilitantes y cambiantes, llevando a la necesidad de revisar al efecto inflamatorio del SARS-COV-2 posterior al alta del paciente

#### 0217 EDEMA ACRAL AGUDO POR COVID-19

D CAMPS(1)

(1) Hospital Provincial de Río Tercero

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) tiene una variedad de manifestaciones clínicas: fiebre, astenia, anosmia, cefalea, mialgia, diarrea y recientemente se refieren las manifestaciones dermatológicas. Las manifestaciones en piel van desde la urticaria, a lesiones cutáneas o vesículas. Sin embargo, además de esto se puede presentar como posible signo de infección de coronavirus la aparición de edema de inicio agudo, distal, en miembros superiores o inferiores, afectando individuos de cualquier edad. Describo un caso de un paciente que presentó edema acral agudo, doloroso con cianosis distal.

**Presentación del caso:** Masculino de 54 años (APP: Hipertenso, con sobrepeso), ingresa con diagnóstico de neumonía bilateral secundaria a COVID-19. A las 24 horas de internación comienza de manera súbita con edema bilateral distal en ambas manos y muñecas, doloroso, con leve cianosis acral. Al momento del evento normotenso, SatO<sub>2</sub> 97% con bigotera 2l. El paciente evoluciona con resolución completa de los edemas en 48hs. Mejoría de su cuadro clínico respiratorio y alta sanatoria a los 5 días de su ingreso.

**Conclusión:** De acuerdo a la bibliografía, este edema histológicamente se debe a la extravasación de suero y eritrocitos a la dermis y epidermis, no siendo observado en otras patologías, y el origen es la microangiopatía ocluyente por el aumento consecuente de la permeabilidad vascular. Puede ser simétrico o asimétrico, localizado en manos (mas raro) o en pies. El diagnóstico de COVID-19 cuando se presenta edema acral agudo y doloroso puede ayudar a los profesionales al diagnóstico de certeza y establecer diagnósticos diferenciales, y realizar un mejor manejo de la enfermedad. Se requieren mas reportes y casos para analizar en profundidad estos tipos de pacientes.

## 0218 PERFORMANCE DE UNA UNIDAD REFUNCIONALIZADA PARA WEANING PROLONGADO EN NEUMONÍA POR COVID-19

MA TORRES BODEN(1), CM FRANCESCHINI(2), M WYSCOKI(2), JR RODRÍGUEZ(2), G NACIF(2), G RAMOS(2), J GIORGINI(2), S GUICHARD(2), C PAPPALETERE(2), T MONDOCORRE(2), V FERNÁNDEZ(2), O SAIQUE(2), G VALDIVIESO(2), E SANTILLI(2), L CIAPONI(2), B STANICIO(2), D NAHMÍAS(2), B FRIAS(2), L OLAVE(2)

(1) Argerich. (2) Hospital Argerich

**Introducción:** En la pandemia COVID, el hospital amplio camas críticas, reconvirtiendo la unidad coronaria. El plantel se formo con la jefa de la división, dos neumonólogos intensivistas de planta, uno con experiencia en weaning prolongado, médicos de guardia del programa de trasplante cardíaco, kinesiólogos y enfermeros intensivistas. Fue una unidad destinada a pacientes con weaning prolongado WP<sup>1</sup>.

El uso de unidades de weaning UW<sup>3</sup> con personal especializado ha mostrado mejorar los resultados en P con insuficiencia respiratoria. Ante la contingencia, se debió recurrir a equipos no especializados, guiados por expertos. Se presentan los resultados obtenidos en comparación con unidades especializadas.

**Objetivo:** Evaluar la desvinculación de pacientes ventilados con NC y WP utilizando índices predictivos cuyas maniobras de medición no generen aerosolización de partículas

**Métodos:** Ingresaron al estudio 29 pacientes de la UW del Hospital Cosme Argerich, en el periodo del 06/07/2020 al 06/10/2020.

Se considero edad, sexo, estadía en la unidad, uso de corticoide, pronó, requerimiento de hemodiálisis, uso inotrópico, frecuencia de traqueostomizados, de decanulados, de desvinculados de la ARM y mortalidad. Se analizaron las siguientes variables PAFi, SaFi y Vt/Ti<sup>7</sup>. Se desarrollo como índice de desvinculación de la ARM, la variable IVOX<sup>2</sup> (Índice de Ventilación Oxigenación: Pafi/F Resp), medido en P desvinculados y no desvinculados de la ARM. Se utilizó estadística no paramétrica en el programa STAT PLUS 7.3 y se desarrollo un modelo de regresión logística para evaluar los índices predictivos vinculados al WP. El nivel de significación fue de 0.05 para dos colas.

**Resultados:** La regresión logística evaluando Vt/Ti<sup>7</sup>, PAFi, SAFi e IVOX demostró que el último índice es el predictor de más peso para desvinculación de la ARM (Wald 5.34, p 0.02. OR 95%: 1.12-4.17).

**Conclusión:** Esta unidad alcanzo los objetivos establecidos para las unidades de weaning. La tasa de desvinculación de ARM como de decanulación, son equivalentes a los referidos en la literatura. Así como se alivió la saturación de las otras tres unidades críticas (345 paciente-día). El PaFiO<sub>2</sub> y el SaFiO<sub>2</sub> mostraron tener diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de desvinculación de ARM, sin embargo el IVOX demostró ser un factor predictor de desvinculación según los resultados de la regresión logística y la curva ROC.

## Referencias

- 1- Carpene N, Ambrosino N et al. A proposal of a new model for long-term weaning: Respiratory intensive care unit and weaning center. Respiratory Medicine (2010) 104, 1505-1511
- 2- Nacif, G, Ramos G, Rodríguez, J y col. Ventilación no invasiva en pacientes críticos: Índice de Ventilación Oxigenación IVOX. RAMR 2002 suplemento congreso AAMR 2001
- 3- Vitacca Michele, Cini Enrico et al. Organization of a Weaning Unit. Non Invasive mechanical ventilation and difficult weaning in critical care. 2016 chapter 46
- 4- Confalonieri Marco et al. Opening of a Respiratory Intermediate Care Unit in a General Hospital: Impact on Mortality and Other Outcomes. Respiration 2015;90:235-242
- 5- Sarah Helli-Frades et al. Análisis de costes y mortalidad de una unidad de cuidados intermedios respiratorios. ¿Es realmente eficiente y segura? Arch Bronconeumol 2019;55(12):634-641
- 6- Joost Plate et al. Utilization of Intermediate Respiratory Care Units: A Systematic Review. Critical Care Res Practice 2017, 2017: 8038460
- 7- Carlucci Annalisa, Stefano Nava et al. Determinants of weaning success in patients with prolonged mechanical ventilation. Critical Care 2009 Vol 13 N 3

Variables	% (n)
Edad	57.2 ± 12.7;
Hombres	53.57%
Corticoides	92.8% (26);
Prono	79.3% (23);
Inotrópicos <sup>4</sup>	37.9% (11)
Mortalidad <sup>4+5</sup>	34.4% (10)
Traqueotomía	62.07% (18).
Desvinculados de ARM	68.6% (13)
Decanulados	61.1% (11).

	Medias	Desvinculados	No Desvinculados	Valor de p*	AUC
Vt/Ti	270.1± 41	275 ±40	255±45	NS	0.62
PAFi	270.0 ± 42	288±82	236±37	0.003	0.88
SAFi	255.2 ± 43	272±33	224±44	0.001	0.79
IVOX	17.8 ± 3.4	19.3±2.5	14.4±2.8	0.001	0.90

\*U de Mann-Whitney

## 0220 IMPORTANCIA EN EL DIAGNOSTICO CLINICO Y ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA: PRESENTACION DE CASO CLINICO

M GUTIERREZ(1), Y MANNBACH(1), Y FORTINI(1), E SAGARNAGA(1)

(1) Dr. Federico Abete

**Introducción:** La endocarditis infecciosa (EI) es la inflamación valvular o mural del endocardio causada por *S. viridans*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, entre otras. Se relaciona con cardiopatías congénitas debido a flujos turbulentos. La mortalidad por (EI) en niños oscila entre 5 y 10%.

Para el diagnóstico los criterios de Duke y de Li son los más aceptados, incluyen datos clínicos, imagenológicos y microbiológicos. La clínica varía según la válvula afectada, el daño endotelial causa respuesta de adhesión plaquetaria y depósito de fibrina, con formación de trombo endocárdico no bacteriana que sirve como nido para el depósito de bacterias u hongos.

Su abordaje terapéutico es un reto, se asocia con una importante morbimortalidad.

**Objetivo:** Presentación de caso clínico en paciente con (EI) sin cardiopatía previa. Descripción del abordaje diagnóstico y terapéutico de las (EI).

**Descripción del caso clínico:** Paciente masculino de 3 años que consulto por presentar cambio de coloración de quinto dedo de ambos pies, asociado a registros febriles, y forúnculo en mentón, medicado con amoxicilina.

Presenta compromiso hemodinámico y neurológico, shock séptico recibe expansiones con cristaloides, requirió inotrópicos durante 8 días con sospecha de meningococcemia se pancultiva, recibió Ceftriaxona, Vancomicina, Rifampicina. Hemocultivos positivos para SAMR (en tres muestras consecutivas), cultivo de lesión del mentón positivo para SAMR, urocultivo y cultivo de LCR negativos. Se realizó búsqueda de focos profundos presentando a nivel cardiovascular vegetaciones ubicadas en válvula aórtica de 12x8 mm sin obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. Se decide su resolución quirúrgica con resección de la vegetación. De la misma se obtuvo rescate para SAMR. El cuadro clínico se asoció a múltiples microembolias sépticas en miembros inferiores y superiores que requirió amputación de quinto dedo de ambos pies. Cumplió tratamiento con vancomicina durante 6 semanas, con controles bacteriológico negativos, ecocardiográfico con buena función sistólica.

**Comentario:** El abordaje quirúrgico de las (EI) debe ser realizado precozmente después de evidenciar las vegetaciones en el ecocardiograma. Esta técnica necesita de recursos materiales adecuados y profesionales entrenados.

#### 0222 VERIFICACION DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN DE LA VESTIMENTA UTILIZADA POR UN LABORATORIO ELABORADOR DE MEZCLAS DE NUTRICION PARENTERAL

FDV SÁNCHEZ, A ELÍAS(1), J ASSA(1), J FAEDDA(1), H PRETTE(1), E ROMERO(1), R DE PIERO(1), B KOLTON(1)  
(1) Hospital del Niño Jesús

Según disposiciones de ANMAT 2592/03 y 2819/04, el Laboratorio Elaborador de Mezclas de Nutrición Parenteral (MNP), deberá presentar evidencia documentada sobre el cumplimiento de Buenas Prácticas de Fabricación para garantizar la calidad del producto que elabora. Una de las exigencias, establece que el laboratorio debe contar con un área denominada crítica, en la que sólo se permite el ingreso del personal autorizado con vestimenta apropiada y estéril (overol, escafandra, botas y guantes), el control de parámetros críticos y la documentación que acredite tal situación. En el caso de la vestimenta, la mejor opción es la esterilización con óxido de etileno debido a la elevada actividad microbicida, coeficiente de difusión y a las bajas temperaturas de trabajo entre 25°C y 50°C, garantizando la no deformación o destrucción de la misma.

**Objetivo:** Evaluar a través de los certificados de calidad de la vestimenta esterilizada, el cumplimiento con los estándares de calidad para ser utilizada en elaboración de MNP.

**Material y métodos:** Diseño Exploratorio Descriptivo. La esterilización fue realizada por una empresa del medio, que se ocupa de retirar y devolver los equipos de vestimenta y materiales a esterilizar con certificados bajo firma de recepción. Se emplearon 32 certificados del período enero a mayo de 2017.

**Resultados:** En promedio se cuenta con 6 certificados mensuales. Se enviaron 511 elementos a esterilizar, de ellos el 89% correspondió vestimenta de producción. En el certificado se observa: n° de registro, temperatura de cámara igual a 45°C, vacío de inicio -0.5, humedad de cámara igual a 52.02 %, solo el tiempo de exposición difiere, también se visualiza el intervalo de aceptación de la sensibilidad del Indicador Biológico (Bacillus Atropheus). Se observaron diferencias significativas en los tiempos de exposición en las cámaras (ANOVA, p=0,038). Tiempo promedio de exposición 265 ± 49 seg para vestimenta.

**Conclusión:** Se verificó durante el período analizado, el cumplimiento con las normas de control de calidad, respecto a esterilización de equipos de vestimenta, dada la correlación existente entre las variables críticas del proceso: humedad, presión, tiempo de exposición y concentración de óxido de etileno.

#### 0223 TERAPIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTERNADOS CON FÍSTULAS GASTROINTESTINALES

FDV SÁNCHEZ(1), A ELÍAS(1), J ASSA(1), J FAEDDA(1), H PRETTE(1), E SARRALDE(1), B KOLTON(1)  
(1) Hospital del Niño Jesús

La presencia de fístulas gastrointestinales, en su mayoría está asociada a tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos de Cáncer. Las fístulas intestinales producen desnutrición en su portador por mala absorción intestinal de nutrientes e importantes pérdidas de materia por el orificio fistuloso, siendo la principal opción para nutrir al paciente el tratamiento con Nutrición Parenteral Extemporánea a largo plazo en condiciones controladas y con internación en centros de salud.

**Objetivos:** Analizar características biométricas, patologías de base, días con tratamiento y componentes nutricionales solicitados.

**Material y métodos:** Diseño Metodológico Exploratorio Descriptivo, observacional comparativo. Muestra no probabilística: 731 registros

de pedidos médicos de alimentación parenteral correspondientes a 22 pacientes internados con desnutrición por presencia de fístula. En los pedidos se registraron datos biométricos de Sexo y Edad, también patología de base y componentes nutricionales solicitados por el médico responsable. El estudio estadístico fue exploratorio descriptivo, se aplicó Análisis de la Varianza no paramétricos de Kruskal & Wallis y Postest de Conover al 5% de significación, considerando patología de origen como factor.

**Resultados:** Sexo: 64% Masculino. Edad promedio ± SD: 44±21 años (Masculino); 62±9 años (Femenino). Provincia de Procedencia: 41% de Tucumán, 32% Salta y 27% de Santiago del Estero. Patología de Base: 41% Oclusión Intestinal (OI), 36% Cáncer de Colon (CC), 18% Cáncer de Páncreas (CP). Con diferencias significativas (Kruskal & Wallis, p<0,0001) en: Días con tratamiento (dt), volumen, Glucosa, Lípidos, Aminoácidos (AA), Sodio, Potasio, Fósforo y Cinc (Zn). Medianas (Me) según patologías: dt (días): 35 (CC), 34 (CP), 26 (OI); volumen (ml3): 1910 (CP), 1796 (CC), 1597(OI); Calorías: 2061 (CP), 1900 (CC), 1579 (OI); Glucosa: 306 (CC), 301 (CP), 245 (OI); AA: 100 (CP), 80 (CC, 75 (OI); Lípidos: 78 (CP), 58 (CC), 50 (OI); Sodio: 72 (CP), 65 (OI), 60 (CC); Potasio: 44 (OI), 41 (CP), 40 (CC). Sin diferencias significativas en Calcio y Magnesio.

**Conclusión:** El sexo masculino con mayor frecuencia y con edad más temprana de 44 años, las patologías de base más frecuentes fueron Oclusión Intestinal y Cáncer de Colon. Tanto CC como CP fueron las patologías con mayor cantidad de días con tratamiento y de requerimientos nutricionales.

#### 0224 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: COQUELUCHE EN EL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS

FDV SÁNCHEZ(1), A ELÍAS(1), J ASSA(1), J FAEDDA(1), M LUNA(1), S SANCHEZ(1), B KOLTON(1)  
(1) Hospital del Niño Jesús

La Coqueluche es una de las enfermedades obligatorias a ser reportadas al Ministerio de Salud de Argentina a través del programa SIVILA. Se debe reportar cada caso sospechoso con la simple detección de signos y síntomas compatibles con la enfermedad.

**Objetivo:** De los casos reportados: 1-Identificar la procedencia del reporte; 2- analizar los rangos de edades, el sexo que se presentó con mayor frecuencia y el n° de días transcurridos hasta la primera consulta; 3- evaluar el % de casos positivos y de ellos: analizar % de vacunados, % con coinfección, % con factores de Comorbilidad y % de desesos.

**Material y pacientes:** Estudio Epidemiológico, Observacional, Descriptivo. Población Accesible: 213 casos reportados al Ministerio de la Salud durante los meses de Enero a Septiembre de 2015 a través del programa SIVILA. A todos los pacientes reportados se le tomó una muestra con hisopado nasofaríngeo y muestras de suero para confirmación de enfermedad. Se consideró como diagnóstico presuntivo positivo de enfermedad el resultado positivo de PCR con clínica compatible.

**Resultados:** 97% casos reportados por el Hospital de Niño Jesús; 98,5% con edad menor a 7 años; 72,8% con edad menor a los 6 meses de vida; 57% de sexo masculino; con 3,4 ± 4,7 días transcurridos con síntomas hasta la primera consulta; 23% con PCR positivo y con síntomas clínicos. De los 49 casos positivos: 100% con edad menor a 7 años; 63% con edad menor a 6 meses; 61% de sexo masculino; 65% con coinfección, 57,5% con VSR (+); 16% con factores de comorbilidad; 1 deceso de sexo masculino con edad de 2 meses, con síntomas de Tos, Cianosis, Atelectasia Masiva y Síntomas Catarrales, sin coinfección ni comorbilidad con primera consulta a los 5 días de la aparición de los síntomas.

**Conclusión:** A partir de los casos reportados podemos concluir que la Coqueluche es más frecuente en niños de menos de 6 meses y en el sexo masculino. Los días transcurridos desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico de enfermedad fueron, en algunos casos, más de 5 días. La educación Materna es fundamental para la detección.

## ÍNDICE DE AUTORES

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
<b>A</b>					
ACCOCE, M	107	COSCI, AR	156	MAMANI, A	215
ACCOCE, M	108	CUNTO, E	146	MANDICH, V	172
AGUERO, LS	120	<b>D</b>			
AGUILAR HUARITA, RW	183	DE GIORGIS, A	54	MANDICH, V	210
ALANIZ, F	125	DE VEDIA, L	158	MARIN, WL	211
ALARCON MARINONI, AJ	11	DORADO, J	100	MARTINEZ GIRALDO, J	126
ALTAMIRANO, LD	186	DORADO, J	101	MARTINEZ PERALTA, V	83
ANDREU, M	51	DORADO, J	103	MARTINEZ, M	17
APARICIO, A	19	DORADO, J	114	MARTINEZ, M	18
ARGUELLO, MD	10	<b>E</b>			
ARIAS LOPEZ, MDP	65	ESPEJO, J	57	MARTINUZZI, A	73
AVILA, C	138	ESTEGUY, MF	36	MARTINUZZI, AL	53
AYALA, Y	31	ESTEGUY, MF	37	MATTEI, R	164
AYALA, Y	61	<b>F</b>			
AYBAR, NA	153	FERNANDEZ ABELLO, V	58	MÉNDEZ HERNÁNDEZ, N	121
<b>B</b>					
BALASINI, C	202	FERNÁNDEZ, S	213	MENDOZA, V	194
BALASINI, C	209	FERRERO, R	69	MOIANA, M	52
BALDASSARRE, L	49	FORMAGGIO, M	16	MONTENEGRO, M	76
BARRIOS SANABRIA, O	167	<b>G</b>			
BELLOCCHIO, AH	38	GARCIA SARUBBIO, M	205	<b>N</b>	
BENITEZ, RM	39	GARCIA SCHUSTEREDER, S	106	NACCARELLI, B	123
BERNASCONI, JM	162	GARCIA, NH	147	NAVARRO, E	129
BERTOIA, N	42	GAUNA, DN	166	NAVARRO, E	131
BERTOZZI, M	56	GILARDINO, R	63	NAVARRO, E	136
BOGGIO, G	102	GOGNIAT, E	112	NIEVES MARQUEZ, J	80
BOZO, L	118	GOGNIAT, E	113	<b>O</b>	
BRAVO SOLARTE, E	84	GOGNIAT, E	115	OLMOS, M	55
<b>C</b>					
CAMARGO, J	71	GONZÁLEZ ANAYA, J	40	ORIHUELA ROCHA, LE	4
CAMPS, D	217	GONZALEZ ANAYA, J	45	OUTI, I	208
CANTOS, J	32	GUTIERREZ OCAMPO, MM	144	OUTI, I	212
CAPORAL, P	155	GUTIERREZ, M	220	<b>P</b>	
CARBONI BISSO, I	25	<b>H</b>			
CARDOZO BURGOS, JJ	178	HERRAN, M	151	PAEZ, AB	201
CASTAGNOTTI, I	165	HERRAN, M	206	PALACIO, MC	173
CASTAGNOTTI, I	184	HORNOS, M	34	PAREDES, W	198
CASTOR, R	66	HUESPE, I	43	PAZ ROJAS, G	29
CASTRO, D	160	<b>I</b>			
CELIZ ALONSO, M	44	ITURRI, S	203	PEDRAZA CORONEL, J	150
CESAR, GO	93	ITURRY MONTELLANO, SE	161	PIERUCCI, O	193
CHAPELA, SP	50	<b>K</b>			
CHAPELA, SP	119	KAECHELE, MM	15	PLOTNIKOW, GA	94
CHAVEZ, MC	152	KANOORE EDL, VS	127	PLOTNIKOW, GA	95
CHAVEZ, MC	188	KENNEDY, C	60	PLOTNIKOW, GA	97
CHEDIACK, V	132	<b>L</b>			
CHIOSSONE, E	196	LEGUINA, MV	133	PLOTNIKOW, GA	98
CHIOSSONE, E	199	LIRA GARCIA, J	20	PLOTNIKOW, GA	111
CINI, M	90	LISTA, N	176	POHLEMANN TARNOVSKI, MC	9
COMETTO, F	6	LOCKHART, C	41	PONCE, J	128
COMETTO, F	7	<b>R</b>			
CORELLA CADENA, R	148	RESGUARDO, A	170	PULGAR, MF	86
CORELLA CADENA, R	179	RIVAROLA, MM	117	<b>R</b>	
		RODRIGUEZ SILVA, M	168	RODRIGUEZ SILVA, M	197
		RODRIGUEZ SILVA, M	197	RODRIGUEZ, D	124
		RODRIGUEZ, D	124	ROJAS, AB	187
		ROJAS, AB	187	ROJAS, C	185
		ROJAS, C	185	ROJAS, C	207
		ROJAS, C	207	ROMERO, M	195
		ROMERO, M	195		

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
RUA ARISTIZABAL, V	122	SORROCHE, L	163	VASQUEZ, D	182
RUIZ MARTÍNEZ, JJ	134	STEINBERG, E	142	VATTIMO, P	189
RUIZ MARTINEZ, JJ	139			VECCHIO, G	30
<b>S</b>		<b>T</b>		VEGA, M	204
SANCHEZ CUNTO, M	135	TABACCO, F	68	VILCA, J	214
SÁNCHEZ, FDV	222	TAMAYO, A	190	VILCHE JUAREZ, AM	62
SÁNCHEZ, FDV	223	TEDONE, N	130	VILCHEZ, NF	5
SÁNCHEZ, FDV	224	TOMASELLO CUENCA, MDP	169	VILLALBA, RA	12
SANTA CRUZ, R	82	TORRES BODEN, MA	218		
SCHVERDFINGER, S	35	TURRUBIATES HERNANDEZ, TA	140	<b>W</b>	
SIERRA, M	75			WALTER, E	64
SOLANO CHARRY, E	200	<b>V</b>		WALTER, E	72
SOLARTE, A	145	VALENCIA CHICUÉ, L	23		
SORIA, G	174	VASQUEZ, D	177	<b>Z</b>	
		VASQUEZ, D	180	ZANCOCCIA, N	67