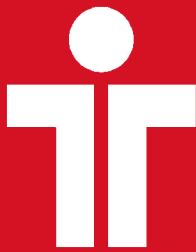


Suplemento 1 - Año 2021

## RESÚMENES



# REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2591-3387

---

## 31° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva - eSATI

16 al 19 de noviembre de 2021

*"Honrando a los profesionales de la salud que con solidaridad reescriben la historia"*

---

24° Congreso Argentino de Enfermería Intensiva

23° Congreso Argentino de Kinesiología de Terapia Intensiva

22° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

17° Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva

14° Jornada del Comité de Neonatología Crítica

8° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

8° Jornada de Lics. en Nutrición en Terapia Intensiva

8° 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 1  
Año 2021



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](#)

[Discusión de Posters  
Electrónicos](#)

[Posters Electrónicos  
Sin Discusión](#)

[Premios](#)

[Resúmenes](#)

[Índice  
de Autores](#)



## COMITÉS CIENTÍFICOS

### Asuntos Laborales

*Viviana Romero*

### Bioética

*Lic. Analía Occhiuzzi*

### Certificación y Revalidación

*Alejandro Siaba Serrate*

### CODEACOM

*Richard Freddy Montano Buitrón*

### Ecografía en el Paciente Crítico

*Juan Manuel Pina*

### Emergentología y Respuesta Rápida

### Intrahospitalaria

*Anatilde Díaz*

### Enfermería en Cuidados Críticos

*Lic. Monica Dailoff*

### Ética en Investigación

*Monica Capalbo*

### FCCS

*Pablo Pardo*

### Gestión, Control de Calidad y Scores

*María del Pilar Arias López*

### Infectología Crítica

*Eleonora Cunto*

### Nefrología Crítica

*Nahuel Rubatto Birri*

### Neonatología Crítica

*Liliana Roldán*

### Neumonología Crítica

*Sergio Giannasi*

### 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*

### Reanimación y Recuperación Cardio

### Cerebral

*Judith Sagardia*

### Recuperación Cardiovascular

### Pediátrica y Neonatal

*Rafael Fraire*

### Sedación, Analgesia y Delirium

*Federico Carini*

### Seguimiento y Rehabilitación

*Lic. Carolina Foster*

### Shock Pediátrico

*Adriana Bordogna*

### Shock y Sepsis

*Luis Gatti*

### Soporte Nutricional y Metabolismo

*Ezequiel Manrique*

### Soporte Vital Extracorpóreo

*Sonia Villarroel Mendoza*

### Trasplante y Procuración de Órganos

### y Tejidos

*Adrián Tarditti*

### Trauma

*María Gabriela Vidal*

### Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

*Gustavo Benavent*

## 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. Gastón Murias*

### Capítulo Nutricionistas

*Lic. Lorena Magnifico*

### Capítulo Terapia Intensiva Pediátrica

*Ana del Valle Rodríguez Calvo*

### Capítulo Veterinario

*M.V. María del Carmen La Valle*

### Consejo de Investigación

*Elisa Estenssoro*

### Departamento de Docencia

*Adelina Badolati*

AUTORIDADES

## 31° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva - eSATI

**Presidente del Congreso**

*José Luis Golubicki*

**Presidente del Comité Científico**

*Sergio Giannasi*

**Presidente del Comité Ejecutivo**

*Pablo Rossini*

**Tesorera del Congreso**

*Claudia Kecskes*

**Coordinador Nacional del Congreso**

*Jorge Méndez*

INVITADOS EXTRANJEROS

## 31° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva - eSATI

<i>Sean Bagshaw</i>	Canadá
<i>Matteo Bassetti</i>	Italia
<i>Abigail Beane</i>	Reino Unido
<i>Robert Blokpoel</i>	Países Bajos
<i>Daniel Brodie</i>	Estados Unidos
<i>Yanny Rocío Cárdenas Bolívar</i>	Colombia
<i>Leo Anthony Celi</i>	Estados Unidos
<i>Adam Cheng</i>	Canadá
<i>Yves D'Udekem D'Aco</i>	Bélgica
<i>Rodrigo Díaz Gómez</i>	Chile
<i>Franco Díaz</i>	Chile
<i>Peter Dieckmann</i>	Dinamarca
<i>Jaime Fernández Sarmiento</i>	Colombia
<i>Bruno Ferreyro</i>	Argentina
<i>Saúl Flores</i>	Bolivia
<i>Humberto Fonseca Cordero</i>	Costa Rica
<i>Adriana Friganovic</i>	Croacia
<i>Volnei Garrafa</i>	Brasil
<i>Dimitri Georgopoulos</i>	Grecia
<i>Federico Gordo Vidal</i>	España
<i>Karen Goset Poblete</i>	Chile
<i>Giacomo Grasselli</i>	Italia
<i>Claude Guérin</i>	Francia
<i>Gabriel Heras La Calle</i>	España
<i>Joop Jonckheer</i>	Bélgica
<i>Peter Lachman</i>	Irlanda
<i>Christos Lazaridis</i>	Estados Unidos
<i>Giusepe Lippi</i>	Italia
<i>Eduardo Lobatón</i>	Perú
<i>Vicente Modesto</i>	España
<i>Francisco Murillo Cabezas</i>	España
<i>Jerry Nolan</i>	Reino Unido
<i>Juan Sebastián Osorio Valencia</i>	Colombia
<i>María del Rosario Péres Beltrán</i>	España
<i>Michael Pinsky</i>	Estados Unidos
<i>Brenda Truman Pun</i>	Estados Unidos
<i>Flavia Ribero Machado</i>	Brasil
<i>Chiara Robba</i>	Italia
<i>Jason Roberts</i>	Australia
<i>Alfredo Carlos Rodríguez</i>	Cuba
<i>Alejandro Rodríguez</i>	España
<i>Pascual David Rojas Flores</i>	México
<i>Antoine Schneider</i>	Suiza
<i>Pierre Singer</i>	Israel
<i>Thomas Strom</i>	Dinamarca
<i>Fabio Taccone</i>	Bélgica
<i>Jean Louis Teboul</i>	Francia
<i>Jean Francois Timsit</i>	Francia
<i>Mauri Tommaso</i>	Italia
<i>Chani Traube</i>	Estados Unidos
<i>Katerina Vaporidi</i>	Grecia
<i>José Luis Vázquez Martínez</i>	España
<i>Nadkarni Vinay</i>	Estados Unidos
<i>Kathleen Vollman</i>	Estados Unidos
<i>Scott Weiss</i>	Estados Unidos
<i>David Wessel</i>	Estados Unidos
<i>Paul Wischmeyer</i>	Estados Unidos
<i>Alvaro Castellanos Ortega</i>	España

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

16/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Orales Sala 01

SALA 1

**0046 DECANULACIÓN EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS. ESTUDIO EXPLORATORIO RETROSPECTIVO**

M LOUSTAU, V ACEVEDO, F BIANCHINI, E DI SALVO, R DOMÍNGUEZ, JC MELERO, M CELANO, M DEL BONO, I BROZZI, G PLOTNIKOW

**0074 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA POST-COVID-19 EN CENTROS DE DESVINCULACIÓN Y REHABILITACIÓN: ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO. GRUPO RE.DES**

E NAVARRO, MA ESCOBAR, D VILLALBA, A MATEA, A BRUSCO, V MORALES, GG MOREL VULLIEZ, ES ROSITI, L PRIETO, MJ BOSSO, A COTERO, J NADUR, M SANTINI, M ALONSO, F LAROCCA, V GARCÍA, R CAMPODONICO, G MUSSO, M LEINGRUBER, AS MORALES, A SEGURA, ME VALLORY, SDC PIERUZZI, PS PASCAL, LE DE VITO

**0093 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2**

G GARCÍA, L GIMENEZ, M GARELLO, G AVACA, V BARBARESI, J DELLE CARPINI, S GIGENA, P GIMENEZ, A GOLDBERG, E STEINBERG, G NAHMIA, M OJEDA, M BERTÉ, A SANTA MARÍA, N SEGURA, D NOVAL, S FREDES, I SANTIAGO

16/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Orales Sala 02

SALA 2

**0040 MORTALIDAD Y TRAUMATISMO DE CRANEO EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA PROVINCIA DE SALTA EN EL PERIODO 2019 - 2021**

AN VIDES, A SANCHEZ, N SARAGUSTI, M CORDERO

**0080 DISFUNCIONES NEURO ENDOCRINAS DEL SODIO EN TRAUMA CRANEAL Y SU IMPACTO EN PRONOSTICO Y MORTALIDAD EN UNA UCI DE IV NIVEL**

LA DULCEY SARMIENTO, LM MARTINEZ MARTINEZ, GA DOMINGUEZ, DM VILLAMIZAR OLARTE, R CALTAGIRONE, ER ESPINOZA SILVA, JF CAMACHO

**0142 DETECCIÓN Y REHABILITACIÓN PRECOZ DE LA DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (UACV)**

M ALBEVERIO, MF GUARRIELLO, A DAVANCENS, C BAIGORRI, CM COSTILLA, N MANTIÑAN, CJ ESTOL

**0145 INCIDENCIA DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO INGRESADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DOCTOR RAMÓN MADARIAGA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

MM KAECHLE, M KAECHLE, M ARGÜELLO, R VILLALBA, M POHLEMANN, D ACOSTA, A ALARCON, L JOSE SANTANA, I CRUZ, M RODRIGUEZ, A CARRERA, S RIBAK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUARSON, N BARRETO

16/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Orales Sala 03

SALA 3

**0069 BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

C BALASINI, L TUMINO, P CANAVESSI

**0143 THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM28 Y NURSING ACTIVITIES SCORE PARA VALORAR CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON COVID-19 EN VENTILACION MECANICA INVASIVA**

SL FERNANDEZ, CI LOUDET, J BECERRA VILCA

**0176 GRADO DE AUTONOMÍA EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS CAMPOS DE LA TAXONOMÍA INTERNACIONAL**

LE GOIRIS, E OTTO, C BLANCO, J ABASTO, L DAHMER, J YESA, J AVALOS, A LUCERO DOS SANTOS

**0184 DETECCIÓN PRECOZ DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PERSONAS CON DETERIORO DEL NIVEL DE CONCIENCIA. LOS NUEVOS DESAFÍOS PARA ENFERMERÍA**

JM ORTEGA, E TARICURA, V DOMINGUEZ, F BARRIOS, J PEÑA

16/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04

Orales Sala 04

SALA 4

**0002 VENTILATORY RATIO Y SU UTILIDAD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN LA UCI. UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO**

M BOTTO, R DANDRES, C FRANCO, T GALLO, L LANDA, M MANES, R MOSQUEDA, M VARGAS

**0039 TOMA DE MUESTRA MÍNIMAMENTE INVASIVA POSTMORTEM EN ADULTOS HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19)**

A MARTINEZ, P DE LA IGLESIA, S SEGURA, S VILLARROEL, M GARBARINI, M CABALLERO, M LAS HERAS

**0086 MORTALIDAD EN SEGUNDA OLA COVID 19: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE CABA**

MA FLORES MONTES, ME IBARRA, J HUARACHI, M NOCETO, T JORGE, C CABASSI, C VARGAS, R FIERRO, Y ANDROSZCZUK, N CAMPANICCI, D PLACENTI, L MENDEZ, J FERNANDEZ, C DOMINGUEZ, E CUNTO

**0122 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH) EN PACIENTES CON COVID 19 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

MF LANDABURU, C TORRES, R VICECONTE, V DURAN, A SENGOKU CADIMA, M AYLON JUANES, MJ LÓPEZ FURST, C PLAZA, T PUNTES, G FERNANDEZ

16/11/2021 - 13:00 a 13:55

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05**

**Orales Sala 05**

SALA 5

- 0007 ADHERENCIA AL PAQUETE DE MEDIDAS ABCDEF DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**  
D ÁVILA POLETTI, I CARBONI BISSO, I HUESPE, D VILLALBA, D OLMOS, M LAS HERAS, F CARINI
- 0030 ENCEFALOPATÍA SÉPTICA Y SU RELACIÓN CON LA HIPERAMONEMIA**  
M CASANOVA, B LATTANZIO, FJ PÁLIZAS, BS DORFMAN, CA CASABELLA GARCÍA, FJ PÁLIZAS, IC ROMERO, G PALIO, ND FALCON
- 0079 DELIRIO ASOCIADO A VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS SANTAFESINA**  
HA ARMANDOLA, NA PRAZENICA, MJ SALOMON
- 0140 ANALGOSEDACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES COVID-19 VENTILADOS EN UNA UCI DE ADULTOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO**  
J VILCA, CI LOUDET, MJ MESCHINI, M GARCÍA SARUBBIO, V PAZOS, G SAENZ, S TAL BENZECRY, A BARBIERI, V ARAMENDI, C TROVATTO, C COLAVITA, A MAZZOLENI, C PAEZ, A GARRONI

17/11/2021 - 13:00 a 13:55

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06**

**Orales Sala 01**

SALA 1

- 0019 EVIDENCIA CLÍNICA DE VILI VORTEX EN PACIENTES CON SARS-COV-2**  
N PISTILLO, P CASTELLUCCIO, R CIANO, E PALERMO, S LAGE, E AMUNDARAIN, O FARIÑA
- 0034 CAMBIOS EN EL MANEJO CLÍNICO Y SU IMPACTO EN PACIENTES NO COVID INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE LA PANDEMIA**  
E PRADO, I HUESPE, MA MARCO, I CARBONI BISSO, P CORIA, N GEMELLI, M LAS HERAS, E SAN ROMAN
- 0036 EPIDEMIOLOGÍA DEL PROCESO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN COVID-19. ESTUDIO OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO**  
J DORADO, J , E NAVARRO, G PLOTNIKOV, E GOGNIAT, N TIRIBELLI, R GONZALEZ, R PRATTO, P GAGGINO, G CARDOSO, J SAGARDIA, E STEIMBERG, N DARGAINS, M ACCOCE
- 0054 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA POR COVID-19**  
P DIAZ, F DOMICHIN, J BARTOLI

17/11/2021 - 13:00 a 13:55

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07**

**Orales Sala 02**

SALA 2

- 0031 EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOBRE LOS PACIENTES LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
P TAFFAREL, J WIDMER, A FIORE, AP RODRIGUEZ, H RAMIREZ, C MEREGALLI, F JORRO BARÓN

- 0032 MEJORA EN LA ADHERENCIA DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
P TAFFAREL, AP RODRIGUEZ, J WIDMER, A FIORE, C MEREGALLI, F JORRO BARÓN

- 0048 VALIDACIÓN DEL SCORE PIM3 EN UNA POBLACIÓN DE INMUNOSUPRIMIDOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA**  
M HERRERA, MP ARIAS LÓPEZ, F SUAREZ, ML FLORES TONFI, ME GALVÁN, D BUAMSCHA, AL FERNÁNDEZ, A SIABA SERRATE, A FERNÁNDEZ, K CINQUEGRANNI, C MEREGALLI, ME RATTO, GDT VALIDARPIM3 PEDIÁTRICO

- 0116 ROL DE LOS BIOMARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL AREA PUBLICA**  
S DER PARSEHIAN, M ORTIZ DE ZARATE, R NIETO

17/11/2021 - 13:00 a 13:55

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08**

**Orales Sala 03**

SALA 3

- 0068 BURNOUT EN MÉDICOS DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**  
C BALASINI, L TUMINO, P CANAVESSI
- 0120 APOYO A LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA ERA DE COVID-19: COLABORATIVA PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA DE ARGENTINA - PROYECTO 5C (COLABORATIVA EN CALIDAD DURANTE COVID EN CUIDADOS CRÍTICOS)**  
C LOUDET, F JORRO-BARÓN, R REINA, MDP ARIAS LÓPEZ, S ALEGRÍA, C BARRIOS, R BUFFA, L CABANA, E CUNTO, S FERNÁNDEZ-NIEVAS, M GARCÍA, L GIBBONS, G IZZO, N LLANOS, JJ MIRA, ME RATTO, M RIVET, A TÉVEZ, L URANGA, G ZAKALIK, G ESTUDIO 5C, V RODRIGUEZ, E GARCÍA-ELORRIO
- 0167 SINDROME DE BURNOUT Y DESEMPEÑO LABORAL EN PROFESIONALES DE TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**  
L TUMINO, P CANAVESSI, C BALASINI
- 0170 PREVALENCIA DE COVID-19, CONTENCIÓN EMOCIONAL Y EL FUTURO DE LA ESPECIALIDAD EN PROFESIONALES DE UTI CON SINDROME DE BURNOUT LUEGO DE LA SEGUNDA OLA**  
P CANAVESSI, L TUMINO, C BALASINI

17/11/2021 - 13:00 a 13:55

**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09**

**Orales Sala 05**

SALA 5

- 0123 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH) ASOCIADAS A COVID 19 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS**  
MF LANDABURU, C TORRES, R VICECONTE, V DURAN, A SENGOKU CADIMA, M AYLLON JUANES, C PLAZA, MJ LOPEZ FURST, T PUENTES, G FERNANDEZ
- 0125 COVID-19: PRIMERA OLA VS. SEGUNDA OLA EN PACIENTES CRÍTICOS VENTILADOS**  
A ALLER, JG VALIDO, CDV BARRIOS, P FALVO, A FELDMAN, F RIOS, L MACCHIAVELLO, M CALANI, A SIRINO, A LUGO, JM MORALES, L ABEDÍN, D DENIS, F LUNA, C VANINI, F HERMIDA, V LISCHETTI, P LAGO, C LAWDAWSKY, F COSTA, R COSTABILE, A MILLA LOPEZ, M RAGAZZOLI, P MOLTRASIO, G SMURRA, W ARGANA MONTAN, G FIGUEROA, R PEREYRA, MA BERMEO RODRIGUEZ, C BALASINI

- 0133 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS A LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA POR NEUMONÍA POR COVID-19**  
A FELDMAN, D QUARANTA, D VARELA, J AGUIRRE, C LOPEZ, G SIBILA, P CORONADO, J YALOSKE, J CAPELLA, R ALVARADO, A PERAZZI, S TOMÉZ, M DE GAURDIA, C BENAY, N TIRIBELLI, M LOMPINZANO, S FREDES, N FALCON, M VAZQUEZ, S RACERO, C POZO, E ARISTA, C CANESSA, R SANCHEZ, C PINO, P REVEL CHION, P ESCALANTE, M GUAYMAS
- 0144 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON COVID-19 GRAVE: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD**  
AN PÉREZ MURÚA, MH JUNCO CUBILLAS, M JAUME, MF PIÑEIRO, L PERO, MP CORDERO, AJ HERRERA, C MORENO, A TRISTAÍÑO, D LAFOSSE, J ROMERO, B CASTRO, G LLARRUL, J OCHOA, P LUCERO, K CISNEROS, E PORJOLOVSKY, L FRANCONIERI

18/11/2021 - 13:00 a 13:55  
**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10**  
**Orales Sala 01**  
SALA 1

- 0021 EVOLUCIÓN DE PACIENTES COVID 19 AÑOSOS ASISTIDOS EN SALA COMÚN VS TERAPIA INTENSIVA (UTI), DURANTE LA PRIMERA OLA**  
R FERNANDEZ, C SOLCHAGA, V ORDOÑEZ, F ALVAREZ, M AZOR, M FERRETI, M SEGURA
- 0113 SUCESIVOS CICLOS DE DECÚBITO PRONO EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA CON DISTRÉS MODERADO A SEVERO DEBIDO A COVID-19. ESTUDIO DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, TIPO SERIE DE CASOS**  
G CARDOSO, M CALVO DELFINO, L CASTRO, J PÉREZ, J DORADO, D GILGADO, C SNAIDER, C PAPAIZIAN, D HALAC, M ACCOCE
- 0119 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD DURANTE EL PRIMER CICLO EN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SARS COV 2**  
MC GONZALEZ, G APPENDINO, G MUSSO, M MARTIN, JM DOMINGUEZ, C LOVESIO, E ESTENSSORO
- 0163 FACTORES INICIALES ASOCIADOS AL FALLO DE LA TERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A NEUMONÍA POR COVID-19**  
L DIAZ BALLVE, J GOMEZ, F PUZZO, C MARÍA BELÉN, V JANET, Y ROMINA

18/11/2021 - 13:00 a 13:55  
**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11**  
**Orales Sala 02**  
SALA 2

- 0151 INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO VIRAL EN TERAPIA INTENSIVA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL INICIO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2**  
FM JEREZ, M D'URSO, PD JUAREZ, MV LEGUINA, JC PEDRAZA CORONEL, AS REARTE, NA AYBAR
- 0154 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL EN UN DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
GE MORA MENDOZA, LI DELGADILLO VESTER, DN NÚÑEZ ARIAS, HJ JIMÉNEZ ROLÓN

- 0156 ENFERMEDAD POR SARS-COV-2 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
G APARICIO, D BERGNA, AC BORDOGNA, P CASTELLANI, SN GIACOBINO, ME GUTIÉRREZ MEYER, M MENDOZA
- 0182 SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS, RELACIONADO CON COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
S ABALOS, R BURGOS PRATX

18/11/2021 - 13:00 a 13:55  
**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12**  
**Orales Sala 03**  
SALA 3

- 0070 BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE KISIOLOGÍA DE LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**  
P CANAVESSI, L TUMINO, C BALASINI
- 0095 AUMENTO DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UCI DURANTE LA PANDEMIA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA**  
V MANDICH, D CHIACCHIARA, M BRAVO, A PILIPEC, S GRIMALDI, J COTEZ, V PANIOUK, H AREVALO, O ESCOBAR, S PEREZ FLACH, A HERBAS POZO, A AIMAR, K ZAÑUDO
- 0164 USO DE SUSTANCIAS TOXICAS EN PROFESIONALES DE LAS TERAPIAS INTENSIVAS CON BURNOUT DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**  
L TUMINO, P CANAVESSI, C BALASINI
- 0180 BURNOUT Y SUICIDIO EN PROFESIONALES DE UTI CON SÍNDROME DE BURNOUT LUEGO DE LA SEGUNDA OLA**  
L TUMINO, P CANAVESSI, C BALASINI

18/11/2021 - 13:00 a 13:55  
**DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13**  
**Orales Sala 05**  
SALA 5

- 0001 ÍNDICE DE PERFUSIÓN PERIFÉRICA EN NEUMONÍA SEVERA POR COVID-19, UNA APROXIMACIÓN FISIOPATOLÓGICA A LA FALLA MULTIORGÁNICA**  
MG CORNU, MC LEIVA, M TONELLIER, D PALACIO, AN MARTINUZZI
- 0060 VALOR PRONÓSTICO Y DETERMINANTES DE LA RELACIÓN ENTRE DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE LA PCO2 Y CONTENIDO ARTERIO-VENOSO DE OXIGENO EN PACIENTES CRÍTICOS**  
VG TORRES, JC PENDINO, JI IBARZABAL, LR BETTINI
- 0092 COMPORTAMIENTO DEL P50 EN LOS PACIENTES CRÍTICOS Y SU RELACION CON LA MORTALIDAD**  
AB ROJAS, M DEXTRE PRIMO, M ANDREOTTI, D REYNOSO, JC VERGOTTINI
- 0148 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES CON COVID-19 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DOCTOR RAMÓN MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES**  
HD ACOSTA, M ARGUELLO, R VILLALBA, M POHLEMANN, M KAECHHELE, A ALARCON, L SANTANA, I CRUZ, M RODRIGUEZ, A CARRERA, S RIBAK, C CORREIA, C FARQUARSON, N BARRETO



19/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14

Orales Sala 01

SALA 1

- 0033 NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE EL MOMENTO OPORTUNO PARA LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES CON COVID-19 CRÍTICAMENTE ENFERMOS: ROL DE LA VENTILACIÓN EN PRESIÓN SOPORTE**  
JP SAULLO, I CARBONI BISSO, CE LOCKHART, I FERNANDEZ CEBALLOS, J CANTOS, IA HUESPE, M LAS HERAS
- 0035 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DEL SOPORTE CON MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN PACIENTES CON COVID-19: UN ESTUDIO DE COHORTE NACIONAL**  
C LOCKHART, F PALIZAS JR, CA CASABELLA GARCÍA, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS, D IVULICH, A MATARRESE, M NORESE, LF ESPINOSA
- 0072 RESPUESTA INMUNITARIA, BIOMARCADORES ENDOTELIALES Y SEVERIDAD DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES COVID-19**  
C CASARAVILLA, N BARONE, M MENENDEZ, N DESHPANDE, J FACAL, R SUAREZ, M BAZ, M BAZ
- 0137 COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA DE PACIENTES CON COVID-19 QUE REQUIRIERON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UNA UCI ARGENTINA**  
G MUSSO, C GONZALEZ, MC GOMEZ, G APPENDINO, L CLEMENTE, A ABARCA, L FRISCIONE, G PLOTNIKOW, F MONTAGNER, O ABBONDANZIERI, L ID BETAN, F BRACONI, A BIANCO, P GUERRERO, Y GARRIDO, H CARRANZA, L BERLONI, C LOVESIO, M MANAGO

19/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

Orales Sala 02

SALA 2

- 0011 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON COVID-19 EN TERAPIA INTENSIVA**  
N CONTRERA ROLON, CF VARELA, A FERRARIS, AM ROJANO CRISON, I CARBONI BISSO, G GRELONI, G BRATTI, M LAS HERAS, JF SINNER, G ROSA DIEZ
- 0085 ¿PUEDE EL BIOMARCADOR DEL ANTÍGENO CA 19-9 SER ÚTIL Y EFICAZ PARA PREVENIR LA NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA?**  
M SHIDA, M QUEIROZ
- 0171 ALTERACIONES DEL ESTADO ACIDO BASE, ELECTROLÍTICAS Y DE OXIGENACIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 MODERADO-SEVERO**  
L LÓPEZ, A VILLABA, M GHIGO, C PERALTA
- 0178 INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**  
R GIANNONI, RO MARAÑÓN, EAJ ABELLEIRA, AM ANTON, SDC CANTARUTTI, MG ARCE, FF GIANNONI

19/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

Orales Sala 03

SALA 3

- 0063 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS/PUÉRPERAS FALLECIDAS POR INFECCIÓN POR VIRUS SARS-COV-2 EN EL AÑO 2021 EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y SUS RESULTADOS FETALES- NEONATALES. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL**  
A DAS NEVES, M BRACCO, D MUÑOZ, P SARACCO, M FERRARY, G LAMELA, A PAZ, M MOSQUERA, L KANTEREWICZ, D ZANLUNGO, B SABRINA
- 0071 MUERTES MATERNAS POR ENFERMEDAD COVID 19 OCURRIDAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2021 SEGÚN EL MODELO DE LAS 3 DEMORAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE MUERTES MATERNAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**  
A DAS NEVES, D MUÑOZ, M BRACCO, P SARACCO, M FERRARY, G LAMELA, M MOSQUERA, L KANTEREWICZ, A PAZ, D ZANLUNGO, S BALAÑA
- 0115 UTILIDAD DE BIOMARCADORES DE PREECLAMPSIA : UTOPIA O REALIDAD?**  
S DER PARSEHIAN, ME BERGMAN, S SANCHEZ SEGOVIA, I DI MARCO
- 0126 UTILIDAD DE BIOMARCADORES DE PREECLAMPSIA : UTOPIA O REALIDAD?**  
S DER PARSEHIAN, ME BERGMAN, S SANCHEZ SEGOVIA, I DI MARCO
- 0126 UTILIDAD DE BIOMARCADORES DE PREECLAMPSIA : UTOPIA O REALIDAD?**  
S DER PARSEHIAN, ME BERGMAN, S SANCHEZ SEGOVIA, I DI MARCO
- 0126 FACTORES RIESGO Y RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES EN UNA SERIE DE CASOS**  
EB BARROZO, N BLINT, J CACCIAGUERRA, C WALTER, A ESCODA, G SORIA

19/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17

Orales Sala 04

SALA 4

- 0017 GRUPO SANGUINEO "O" Y MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO-VARICEAL Y BELLAGAMBA**  
NS ROCCHETTI, DH BAGILET, CJ SETTECASE
- 0055 IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19**  
ML DI SIBIO, FS LUCENTE, MV CAAMAÑO, M LAURIA, MC VILLAFañe, A DI SIBIO
- 0153 PREDICCIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA MAYOR A 7 DÍAS COMO CRITERIO DE RIESGO NUTRICIONAL. ESTUDIO PROSPECTIVO EN UNA POBLACIÓN MIXTA DE PACIENTES CRÍTICOS**  
D MORETTI, MG BUNCUGA, NS ROCHETTI, S GATTINO, M RE, R GIMENEZ, S RADIMACK, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0174 ADECUACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19**  
J ROMERO, M KEMNITZ, V LEPE, C CAMPOS

19/11/2021 - 13:00 a 13:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18

Orales Sala 05

SALA 5

**0089 IMPACTO EN MORTALIDAD DE LAS ALTERACIONES DINAMICAS DEL HIERRO Y NIVELES DE HEMOGLOBINA Y SU IMPACTO EN MORTALIDAD EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO Y COVID-19**

LA DULCEY SARMIENTO, JS THERAN LEON, DM VILLAMIZAR OLARTE, LM MARTINEZ MARTINEZ, GA DOMINGUEZ, R CALTAGIRONE

**0106 LA LIDOCAÍNA REFUERZA LOS EFECTOS DE LA DEXAMETASONA EN EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN INFLAMATORIA DE CÉLULAS EPITELIALES Y MIELOIDES SIN ALTERAR LA VÍA DE LOS INTERFERONES DE TIPO I. ¿UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19 SEVERA?**

M ELIZAGARAY, A PONTORIERO, E BAUMEISTER, G DOCENA, G GONDOLESI, C RAIMONDI, E CORREGER, M RUMBO

**0157 COMPORTAMIENTO DE PARÁMETROS DE PERFUSIÓN TISULAR Y DE RESISTENCIA DE LA ARTERIA RADIAL EN PACIENTES CON PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA MENOR A 50 MMHG**

J I IBARZABAL, JC PENDINO, VG TORRES, LR BETTINI

**0166 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN PACIENTES COVID 19, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DR RAMÓN MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES**

I CRUZ MUÑOZ, R VILLALBA, M PHOLEMAN, M ARGUELLO, D ACOSTA, A ALARCON, LJ SANTANA, M RODRIGUEZ, M KAECHLE, AE CARRERA, S RIBACK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUIARSON, N BARRETO

POSTERS ELECTRÓNICOS SIN DISCUSIÓN

16/11/2021 - 13:00 a 20:00

POSTERS ELECTRÓNICOS SIN DISCUSIÓN 01

Posters sin discusión

- 0003 VALORACION ECOGRAFICA DE EXCURSION DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES EN PLAN DE DESCONEXIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL**  
A VITALE
- 0004 DEUDA CALÓRICA Y PROTEICA EN PACIENTES COVID-19 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: HOSPITAL RAWSON, CÓRDOBA, ARGENTINA**  
JS GASSMANN, A VALDEZ
- 0013 USO DE LA CÁNULA DE ALTO FLUJO EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR SARS-COV2**  
J MANCUSO, F VASILE, M VEGA, D SITTONI, N LUNA
- 0016 IMPACTO DEL DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON COVID-19 GRAVE EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**  
J CARNERO ECHEGARAY, A LAZO, S MALDONADO, F CURTCHET, M PELLICIONI, S OSSEMANI, J OSSEMANI, P MADDONNI
- 0018 COMPARACIÓN DEL TRABAJO RESPIRATORIO ANTES Y DESPUÉS DE LA EXTUBACIÓN**  
EA DISTÉFANO, A DALOZZO, S PICON FUSTER, C DESTEFANIS, M GAGGIOLI, M BOTTO, G BAEZ, S BERTOZZI, M FORCILLO, MN ANTUNES, GL LANDA
- 0022 ALTO FLUJO DE OXÍGENO POR TRAQUEOSTOMÍA: VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA ACTIVIDAD DIAFRAGMÁTICA**  
I FERNÁNDEZ CEBALLOS, BL FERREYRO, MS VENUTI, R FAMIGLIETTI, I CARBONI BISSO, AM RIVERA, JE MENDEZ, E SAN ROMÁN
- 0026 FRECUENCIA DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PRIVADO DE BUENOS AIRES EN PACIENTES SOBREVIVIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA POR SARS-COV-2**  
F BIANCHINI, M CELANO, JC MELERO, G PLOTNIKOW
- 0029 UTILIZACIÓN DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-COV-2. ESTUDIO OBSERVACIONAL**  
DA RODRIGUEZ, P CENTENO, M PETRE, L SANABRIA, M ANCHORENA, X BENAVENTE MERCADO, E DUARTE, NB LEALES, R CANELON, A TARDITTI, N MARTIN, G VALDIVIESO, F CEOLIN, D VALENTE, J ANGULO ALAGUNA
- 0037 UTILIDAD DE LA TROMBOELASTOMETRIA ROTACIONAL PARA LA DETECCIÓN DE HIPERCOAGULABILIDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN UCI POR COVID-19**  
E PRADO, I CARBONI BISSO, I HUESPE, M LAS HERAS, M GARBARINI, MS LOPEZ, L BARRERA, J SINNER, M MARTINUZZO
- 0041 PREVALENCIA DE TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO EN EL HOSPITAL SAN BERNARDO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO 2019 A ENERO 2020**  
NS LLANES, RR REINOSO
- 0042 EXPERIENCIA COVID-19 EN EMBARAZO 2020-2021 EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL SANATORIO ANTÁRTIDA**  
K CISNEROS, L FRANCONIERI, E PORJOLOWSKY, A TRISTAINO, C MORENO, J ROMERO, P LUCERO, D LAFOSSE, B CASTRO, P CORDERO, L PERO, M JUNCO, N PEREZ, J HERRERA, G LLARUL, J OCHOA
- 0043 MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON SOPORTE VENTILATORIO EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**  
J SIMONASSI, MT CANZOBRE
- 0044 IMPORTANCIA DEL ULTRASONIDO EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL INTENSIVISTA: ACCESOS VENOSOS CENTRALES**  
F MIHOFF, M CORIA, M BERNADÓ, G BÁSCOLO, L LEGUIZA
- 0045 SARS-COV-2 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO Y SU IMPACTO EN LOS INGRESOS A UTI**  
LB POLLIOTTO, C PEÑAFORT, C CIALLELLA, MDV MEJIBAR
- 0050 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
M HORNOS, MB BUSCAGLIA, V RICHTER, I HUESPE, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS
- 0051 MANEJO INICIAL DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA GRAVE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA, CORRESPONDIENTE AL PERÍODO ENERO 2019 A JUNIO 2019**  
CM MARECO HERRERO
- 0052 CNAFO COMO ESTRATEGIA VENTILATORIA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19. EXPERIENCIA DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL SANATORIO ANTÁRTIDA.**  
MC MORENO, P LUCERO, JM ROMERO ALVAREZ, E PORJOLOWSKY, L FRANCONIERI
- 0053 VENTILACION MECANICA INVASIVA EN PRONO EN PACIENTES CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA, MORTALIDAD, ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON COVID 19**  
B CASTRO, L FRANCONIERI, D LAFOSSE, J HERRERA, L PERO, C MORENO, G LLARUL, J OCHOA, A TRISTAINO, K CISNEROS, P CORDERO, J ROMERO, M JUNCO, N PEREZ, V CARIMAN, P LUCERO, E PORJOLOWSKY
- 0058 VACUNACIÓN EN PACIENTES COVID INTERNADOS EN UTI DEL SANATORIO SAN ROQUE EN EL PERÍODO MAYO-AGOSTO 2021**  
R SILVIA, A PEREZ, M SINGH, S VIDELA, J SALVADORES, B OLOCCO
- 0067 FRECUENCIA DE LESIONES LARÍNGEAS Y DISFAGIA EN PACIENTES CRÍTICOS TRAQUEOSTOMIZADOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**  
ME CATINI, A FALDUTI, G CHIAPPERO
- 0076 FACTORES ASOCIADOS A LA FALLA DE EXTUBACIÓN EN PACIENTES COVID-19: COHORTE PROSPECTIVA DE UNA UCI DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**  
RA PRATTO, RS MORACCI, RS GOMEZ, NG ESCALIER, JD NUÑEZ, E WILHELM, P D ANNUNZIO, S PIERONI, G ANTONINI, CE QUIROGA, ME PEREIRA, GA PLOTNIKOW, DN VASQUEZ, AV RUIZ, ML OLAVE, AB MORENO, A ZURRA, C FACHAL, E SEERY, FJF BIANCHINI, FV GOMEZ, CM QUIROGA
- 0077 IMPACTO DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (CAFO) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMIA SECUNDARIA A COVID-19**  
M DEHEZA, S MOLINA, A OHOLEGUY, M PUGA-TEJADA, M KUTTLER
- 0078 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PREDICTORES DE MAL PRONÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS CON ENFERMEDAD POR SARS-COV2 INGRESADOS A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
MC PALACIO, M CHAMADOIRA, JC MEDINA
- 0081 PREDICTORES DE DESENLACES DIARIOS EN VENTILACION MECANICA EN PACIENTES CRITICOS COVID-19**  
M BAZ, J PIETROPINTO, M RODRIGUEZ, P DE LOS SANTOS, M CHIARELLA, G PEREZ, N DI TRAPANI, J FACAL
- 0084 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS PACIENTES EN PANDEMIA COVID EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PIROVANO**  
C BALASINI, JG VALIDO, CDV BARRIOS, A FELDMAN, A SIRINO, A LUGO, F RIOS, L MACCHIAVELLO, JM MORALES, L ABEDIN, D DENIS, F LUNA, C VANINI, F HERMIDA, V LISCHETTI, P MOLTRASIO, P LAGO, P FALVO, R PEREYRA, C LAWDANSKY, A AGUSTIN, F COSTA, R COSTABILE, A MILLA LOPEZ, M RAGAZZOLI, G SMURRA, W ARGANA MONTAN, G FIGUEROA, H CESARIO, A EDINGER
- 0087 EFECTOS CLINICO FISIOLÓGICOS DEL DECUBITO PRONO EN PACIENTES DESPIERTOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA POR COVID 19 BAJO OXIGENOTERAPIA POR CANULA NASAL A ALTO FLUJO**  
S PEREIRA, P CARNELLI, S PEREIRA, G LI, F GRUNBERG, M BAZ

- 0088 BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ASISTENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID 19. ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA**  
M BAZ, C CASARAVILLA, F SILVEIRA, N DESHPANDE, J FACAL, G GONZALEZ SAPIENZA, M BAZ
- 0094 COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES INTERNADOS EN UTI DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA**  
V MANDICH, D CHIACCHIARA, M BRAVO, A PILIPEC, S GRIMALDI, J COTEZ, V PANIOUK, H AREVALO, O ESCOBAR, A HERBAS POZO, S PEREZ FLACH, A AIMAR
- 0096 PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES INGRESADOS EN UTI CON NEUMONÍA SEVERA POR SARS-COV2**  
TE LUJAN, AS PIGA, CS SENGER
- 0097 SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA A LOS CARBAPENEMES Y CARBAPENEMASAS EN PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER BAUMANII EN ASPIRADOS TRAQUEALES TOMADOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
M LOPEZ, ML CAZZOLA, MS OCAMPO BOTANA, MV BENITO, M MIJALSKI
- 0098 IMPACTO DE LA VARIANTE GAMMA EN EL INGRESO A UCI EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA**  
V MANDICH, D CHIACCHIARA, M BRAVO, A PILIPEC, S GRIMALDI, J COTEZ, V PANIOUK, H AREVALO, O ESCOBAR, S PEREZ FLACH, A HERBAS POZO, A AIMAR, K ZAÑUDO
- 0099 COMPARACIÓN DE ANTECEDENTES Y PRESENTACION CLINICA ENTRE PACIENTES INTERNADOS EN UTI DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA**  
V MANDICH, D CHIACCHIARA, M BRAVO, A PILIPEC, S G, J COTEZ, V PANIOUK, H AREVALO, O ESCOBAR, S PEREZ FLACH, A HERBAS POZO, A AIMAR, K ZAÑUDO, M MINGHETTI
- 0100 NEUMOTORAX ESPONTANEO EN COVID 19 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA UCI DE IV NIVEL**  
LA DULCEY SARMIENTO, R CALTAGIRONE, DM VILLAMIZAR OLARTE, JS THERAN LEON, LM MARTINEZ MARTINEZ, ER ESPINOZA SILVA
- 0101 MARCADORES PRONÓSTICOS GENÉTICOS Y PLASMÁTICOS DE LAS FORMAS MÁS SEVERAS DE COVID-19**  
F ARANDA, M PERALTA, S PERÉS, V CHEDIACK, A BOCASSI, E CUNTO, M MOIANA, M FERNÁNDEZ, A LUCERO, J CHAMORRO, V LARA, G DE LARRAÑAGA
- 0102 DETECCIÓN PROLONGADA DE SARS COV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GRAVE COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MAYOR MORTALIDAD**  
N FUNES NELSON, C CERVANTES
- 0103 DECÚBITO PRONO EN COVID-19**  
MD UGARTE LOPEZ, AJ HERRERA, S COSENZA, P PRATESI
- 0104 HOSPITAL DE CAMPAÑA COVID-19. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO COMPARATIVO**  
MD UGARTE LOPEZ, AJ HERRERA, S COSENZA, J ALVAREZ, P PRATESI
- 0105 CAFO EN COVID-19**  
AJ HERRERA, MD UGARTE LOPEZ, S COSENZA, J ALVAREZ, P PRATESI
- 0117 EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MAYORES ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE PLASMA DE CONVALECIENTE EN PACIENTES CON COVID-19**  
D ROMERO, M WILCHES, J MORALES, G RODRÍGUEZ, B FERNANDEZ, T HUANCA, L BARRA MONTES DE OCA, W VIDETTA, S QUINTANA, D BARRIENTOS, O GONZÁLEZ, H COLLAZOS, A TAMAYO
- 0118 EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS GRAVES POR TRANSFUSIÓN DE SUERO HIPERINMUNE COVID-19**  
D BARRIENTOS, A BARRA MONTES DE OCA, T HUANCA, C CLAROS, R GARNICA, J MORALES, B FERNANDEZ, M WILCHES, W VIDETTA, G RODRIGUEZ, O FLORES, O GONZALEZ, H COLLAZOS, W VELIZ, S CARABAJAL, D ROMERO, S QUINTANA, A TAMAYO
- 0124 UPP EN PANDEMIA**  
F CISNEROS
- 0127 RELACIÓN ENTRE INDICE DE ROX EN LAS PRIMERAS 12 HORAS DE INICIO DE CNAF EN PACIENTES CON NEUMONIA POR COVID-19 Y REQUERIMIENTO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL**  
MV VILA, C TORRES, M LYNCH, M TISI BAÑA
- 0130 ABORDAJE TRANSDISCIPLINARIO EN UNA SALA DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES POST-COVID (SARH): EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO**  
M RUBIO, JI LISAZÚ, N CRISTIANI, M PIROVANI, M NEIRA, N DAVIDJAN, A DUTTWEILER, J GURRISI, V MARTIN, A AISENBERG, S TEDESCO, K PÉREZ, P PISANO, MC POGLIANI, J GRINBERG, G INGA SALAZAR, MS MAGGINI, A GÓMEZ, K DÍAZ, G MUNTAABSKI, M PREVIGLIANO, M RODRÍGUEZ RUÍZ
- 0131 IMPORTANCIA DE LOS GASES EN SANGRE ARTERIAL EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE COVID AL INGRESO HOSPITALARIO**  
BN GARCIA ROOLEN, BF CAPECE, LMC RODRIGUEZ, LG BALLARINO, TD LOPEZ, BC ZUANICH
- 0132 TRABAJO OBSERVACIONAL DE HELMET COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN NEUMONÍA POR COVID-19**  
JP ARDUINO, D CATTALINI, S PULCINELLI, D SANCHEZ, D SOUTO, C SUAREZ
- 0134 ¿LA VACUNACIÓN MEJORA LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON COVID-19 EN TERAPIA INTENSIVA? EXPERIENCIA EN 3 CENTROS DE CABA**  
V CHEDIACK, E CUNTO, L DE VEDIA, P SAUL, N CHACON, A RODRIGUEZ, N LISTA, C DOMINGUEZ, R GREGORI SABELLI, J FERNANDEZ, M FLORES, I PRIETO, Y LAMBERTO, L NICOLOSI, P VE LAZQUEZ, M SANCHEZ CUNTO, M BERTELLI, K SCHIAVINO
- 0138 ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, COMORBILIDADES Y TIEMPO DE ESTADÍA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INTERNADOS CON COVID-19 EN EL NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA**  
S CAMISASSA, ML COLUCCINI, V CASTRO, A MARTINI, N SALAZAR, ML VISENTINI
- 0146 ASOCIACIÓN ENTRE LA FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS (FIS) Y LA SOBREVIDA EN PACIENTES CON COVID-19**  
ML QUILES, X GAMBETTA
- 0149 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UNA SALA DE REHABILITACIÓN POST COVID. ESTUDIO RETROSPECTIVO.**  
A GÓMEZ, C BALASINI, A ALLER, N DAVIDJAN, E FULGENZI, V MARTÍN, G MUNTAABSKI, P PAULA, M RODRÍGUEZ RUIZ
- 0150 ¿SE PUEDE PREVENIR LA DISFAGIA POS-EXTUBACIÓN? TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO OPORTUNO EN PACIENTES VENTILADOS EN LA UTIGO DE LA MPTB**  
ADV VELEZ
- 0152 CARACTERÍSTICAS DE LA PLEXOPATÍA BRAQUIAL EN UNA SALA DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES POST COVID. SERIE DE CASOS**  
E FULGENZI, C BALASINI, A ALLER, G ANDREA, S HUESPI, V MARTÍN, G MUNTAABSKI, M RODRÍGUEZ RUIZ
- 0158 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19, DURANTE LA 2ª OLA DEL AÑO 2021**  
C TORANCIO, N DARGAINS
- 0159 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS COV-2 BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE CABA**  
D CANALE, R MORACCI, H TOLAY

**0162 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DOCTOR RAMÓN MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES**

MC POHLEMANN TARNOVSKI, A CARRERA, S RIBAK, M ARGUELLO, RA VILLALBA, A ALARCÓN, M KAEHELLE, L SANTANA, I CRUZ MUÑOZ, M RODRÍGUEZ, C CORREIA, C FARQUHARSON, N BARRETO

**0165 ECOGRAFIA DIAFRAGMÁTICA Y SU CORRELACIÓN CON DEBILIDAD ADQUIRIDA EN EL PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL PROCESO DE LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.**

D GELABERT, D GARCIA DAVI

**0168 RIESGO DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR RAMÓN MADARIAGA**

RA VILLALBA, M POHLEMANN, MD ARGUELLO, D ACOSTA, A ALARCON, LJ SANTANA, I CRUZ, M RODRIGUEZ, M KAEHELE, A CARRERA, S RIBAK, C CORREIA DA SILVA, C FARQUHARSON, N BARRETO

**0169 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON COVID 19 EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UTI**

C TORANCIO, J MERELES, N DARGAINS, C ORELLANO, A MANTI

**0183 UTILIZACIÓN DE LA INSUFLACION TRAQUEAL DE GASES CONTINUA (TGIC) EN EL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) POR COVID 19**

PG INSAURRALDE, F GONZALES, J LEIRIA, I GARCIA, B CONCA, C ARDILEZ, O ASPITIA, T NURIA

## PREMIOS

17/11/2021 - 13:00 a 13:55

### Premio 01

SALA 4

- 0005 VALIDACIÓN MULTICÉNTRICA DE SISTEMAS DE ALERTA TEMPRANA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DETERIORO CLÍNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19**  
I HUESPE, I CARBONI BISSO, E SAN ROMAN, E PRADO, N GEMELLI, J SINNER, M LAS HERAS, MR RISK
- 0061 BURNOUT EN PROFESIONALES DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**  
C BALASINI, L TUMINO, P CANAVESSI
- 0136 CREACION DE UN PROGRAMA DE CUIDADOS POSTERIORES AL COVID 19 EN UNA UCI DE IV NIVEL**  
LA DULCEY SARMIENTO, DM VILLAMIZAR OLARTE, JF CASTILLO BLANCO, LM MARTINEZ MARTINEZ, EA VILLARREAL ROJAS, R CALTAGIRONE, GP SALAMANCA COY

17/11/2021 - 14:00 a 14:55

### Premio 02

SALA 4

- 0009 DECANULACIÓN EN PACIENTES POST COVID 19 EN LOS CENTROS DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO. GRUPO RE.DES**  
MJ BOSSO, L PRIETO, F LAROCCA, AS MORALES, D VILLALBA, A MATESA, A BRUSCO, V MORALES, E NAVARRO, MV GASTÓN GERMÁN, S DE PAOLI, J NADUR, M SANTINI, M ALONSO, C DUARTE, R CAMPODÓNICO, G MUSSO, M LEINGRUBER, A SEGURA, ME VALLORY, SDC PEIRUZZI, P PASCAL, EL DE VITO
- 0121 INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CUIDADOS DE LA SALUD Y DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON COVID-19 CON REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA INVASIVA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**  
J VILCA, C LOUDET, P TAPIA, A PATTNER, M LARES, T JUHASZ, A PIÑAS, C LOGIO, V COSSIO, M GUTIERREZ, M GARDEAZABAL, I PARODI, F MORALES, M CORDOBA, A CUCCI, C GARCIA, L TUMINO
- 0128 ASOCIACIÓN ENTRE BIOMARCADORES MEDIDOS A LA ADMISIÓN HOSPITALARIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 MODERADO-SEVERO**  
C PERALTA, M GHIGO, A VILLALBA, M CASTRO, L LÓPEZ

18/11/2021 - 13:00 a 13:55

### Premio 03

SALA 4

- 0009 IMPACTO DE LA POSICIÓN PRONA SOBRE DESENLACES CLÍNICOS RELEVANTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19 TRATADOS CON CÁMULA NASAL DE ALTO FLUJO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE PROSPECTIVO**  
M ESPERATTI, M BUSICO, NA FUENTES, A GALLARDO, J OSATNIK, A VITALI, EG WASINGER, M OLMOS, J QUINTANA, SN SAAVEDRA, AI ANA INÉS LAGAZIO, FJ ANDRADA, H KAKISU, NE ROMANO, A MATARRESE, MA MOGAADOURO, G MAST, CN MORENO, GD REBAZA NIQUIN, V BARBARESI, BL FERREYRO, A TORRES
- 0047 PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS CON COVID-19, COHORTE PROSPECTIVA OBSERVACIONAL**  
M MONTENEGRO, S GALCERÁN, P OKURZATY
- 0057 EFECTO DE LA PEEP SOBRE EL PRODUCTO PRESIÓN-TIEMPO ESOFÁGICO EN PACIENTES OBESOS CON SARS-COV2 BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA**  
J DORADO, D GILGADO, G CARDOSO, N VERGOTTINI, A RIVERA, E NAVARRO, M ACCOCE

18/11/2021 - 14:00 a 14:55

### Premio 04

SALA 4

- 0020 COMPORTAMIENTO DEL LACTATO SÉRICO EN NIÑOS EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO Y SU ASOCIACIÓN CON DESENLACES INADECUADOS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA**  
R HERNANDEZ, J FERNÁNDEZ SARMIENTO, R HERNÁNDEZ SARMIENTO, MA WILCHES CUADROS, H MULETT, L ACEVEDO, K MORENO, J PALOMAR, C SALINAS, J RIVERA
- 0028 ULTRASONOGRAFÍA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA VS TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN PACIENTES CON TRAUMA TORACOABDOMINAL**  
E RAEMDONCK VAN MEGRODE, C CURA, C LA GIGLIA, P PAHNKE
- 0064 INTRODUCIENDO EL CONCEPTO DE DISFUNCIÓN TUBULAR AGUDA EN LA SEPSIS BASADO EN EL EXCESO DE BASE ALÁCTICO**  
J CANTOS, C MUSSO, J SINNER, I HUESPE

## RESÚMENES

### 0001 ÍNDICE DE PERFUSIÓN PERIFÉRICA EN NEUMONÍA SEVERA POR COVID-19, UNA APROXIMACIÓN FISIOPATOLÓGICA A LA FALLA MULTIORGÁNICA.

MG CORNU(1), MC LEIVA(2), M TONELLIER(3), D PALACIO(3), AN MARTINUZZI(4)  
(1) Cemic. (2) Ernesto Accame. (3) Cemic. (4) Independiente.

**Introducción:** De los pacientes hospitalizados con COVID-19 un tercio desarrolla Síndrome de Dístres Respiratorio Agudo, de estos un 26% requirieron Cuidados Intensivos con una mortalidad del 40 al 60%. Se adjudicó a la alta mortalidad reportada el desarrollo de falla multiorgánica. Los mediadores inflamatorios serían los responsables de las alteraciones microcirculatorias que juegan un rol central en los estados de shock séptico y falla multiorgánica (FOM) ocasionando trastornos en la perfusión e hipoxia tisular. En algunas publicaciones el concepto de tormenta de citoquinas es cuestionado; asociado a hallazgos microcirculatorios contradictorios.

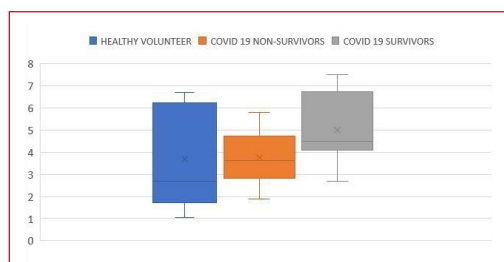
**Pregunta de Investigación:** Hipotetizamos que la disfunción multiorgánica asociado a la neumonía grave por COVID-19 se debe a daño viral directo asociado a distribución de receptores ACE2 con activación endotelial en diferentes lechos vasculares y no a trastornos microcirculatorios sistémicos.

El objetivo fue evaluar el comportamiento microcirculatorio periférico utilizando Índice de Perfusión (IP) como indicador no invasivo de perfusión en pacientes COVID-19.

**Método y Metodología:** Estudio prospectivo, observacional realizado en dos instituciones de salud, con el objetivo de evaluar el comportamiento del IP de pacientes con neumonía Grave por SARS-CoV-2. El IP fue evaluado utilizando curva plestiomográfica del sensor de pulsioximetría. Se evaluó presencia de disfunción multiorgánica.

**Resultados:** El monitoreo de perfusión mostró valores de IP  $4.3 \pm 1.49$  en pacientes COVID-19. Cuando se compararon los datos de IP en pacientes Covid-19 críticos con voluntarios sanos presentaron valores de  $4,3 \pm 1,49$  vs  $3,69 \pm 2,08$  sin mostrar diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.32$ ). Cuando se comparó perfusión entre vivos y muerto, los valores de IP fueron  $5,01 \pm 1,63$  vs  $3,74 \pm 1,16$   $p=0.07$ ; sin mostrar diferencias en incidencia de falla renal, hemodinámica y dosis de vasoactivos.

**Conclusiones:** Los pacientes con neumonía grave por COVID-19 presentaron elevados valores de IP lo que correspondería a un patrón de reclutamiento capilar (hiperemia) no pudiendo explicar por este fenómeno la lesión de órgano asociada.



### 0002 VENTILATORY RATIO Y SU UTILIDAD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN LA UCI. UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO

M BOTTO(1), R DANDRES(1), C FRANCO(1), T GALLO(1), L LANDA(1), M MANES(1), R MOSQUEDA(1), M VARGAS(1)  
(1) Higa Vicente López y Planes

**Introducción:** El espacio muerto del sistema respiratorio, (VD/VT) es un predictor independiente de mortalidad en el síndrome de

dificultad respiratoria aguda (SDRA). En el año 2019 se validó la relación entre el VD/VT y el Ventilatory ratio (VR) definido como:  $[VM \text{ (ml/min)} \times PaCO_2 \text{ (mmHg)}] / [VM \text{ pred (ml/min)} \times 100] \times 37.5 \text{ mmHg}$ , resultando este último un predictor de mortalidad en SDRA.

**Objetivos:** Determinar si existe relación entre el VR medido en las primeras 24 hs de evolución del SDRA y la mortalidad en pacientes con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Objetivo secundario; observar si existe relación entre el VR y las variables; driving pressure (DP),  $PaO_2/FiO_2$  y PEEP aplicada.

**Materiales y método:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal. La recolección de datos fue realizada entre Julio de 2020 y Mayo de 2021. Población seleccionada; pacientes internados en terapia intensiva del HIGA Vicente López y Planes de General Rodríguez, mayores de 18 años con requerimiento de ARM y diagnóstico de SDRA al ingreso.

**Resultados:** La mediana de VR fue de 1.9 (RIQ 1.65-2.1). 1.7 (RIQ 1.5-2.0) en los sobrevivientes y 2 (RIQ 1.8-2.2) en los fallecidos, ( $p<0.01$ ). La mediana de PEEP utilizada fue 10 (RIQ 8-12) cmH<sub>2</sub>O. Siendo 10 (RIQ 9-14) en los sobrevivientes y 10 (RIQ 8-12) cmH<sub>2</sub>O en los fallecidos ( $p=0.15$ ). La mediana de DP fue 12.5 (RIQ 11-14) cmH<sub>2</sub>O, siendo 12 (RIQ 11-14) en los sobrevivientes y de 13 (RIQ 11-14) cmH<sub>2</sub>O en los que murieron, ( $p=0.50$ ). La mediana de  $PaO_2/FiO_2$  fue 173 (RIQ 125-213) siendo 190 (RIQ 106-213) en los sobrevivientes y 163 (RIQ 134-240) en los fallecidos, ( $p=0.79$ ).

**Conclusión:** El VR podría ser un predictor independiente de mortalidad en SDRA en las primeras 24 horas. No se halló relación con la PEEP aplicada ni con la DP. Tampoco con la  $PaO_2/FiO_2$ .

### 0003 VALORACION ECOGRAFICA DE EXCURSION DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTES EN PLAN DE DESCONEXIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL.

A VITALE(1)  
(1) Iturraspe

**Introducción:** La evaluación diafragmática para el intento de desconexión de la ventilación mecánica es considerada de importancia; Sin embargo, la misma, todavía no es monitorizada rutinariamente en las unidades de cuidados intensivos. La ecografía diafragmática se ha propuesto para inferir la contractilidad diafragmática de forma simple, no invasiva y en la cabecera del paciente. La excursión anteroposterior de la cúpula diafragmática en personas sanas evaluadas en una respiración tranquila es de  $1.34 \text{ cm} \pm 0.1 \text{ cm}$ . El presente trabajo se realizó con el objetivo de valorar y definir la exactitud diagnóstica de la excursión diafragmática con ecografía como predictor de éxito en el proceso de desconexión de la ventilación mecánica

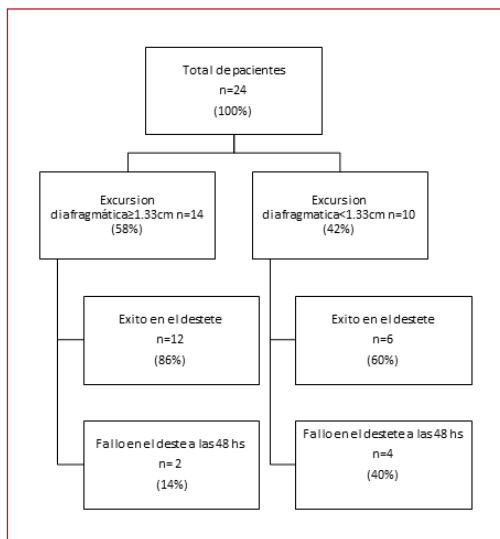
**Métodos:** Se realizó estudio prospectivo, observacional con corte transversal en el servicio de terapia intensiva del hospital JB Iturraspe, y se observó el desplazamiento craneocaudal durante inspiración y espiración del diafragma mediante ecografía, utilizando el modo M, medido sobre el eje vertical del trazado desde la base hasta el punto de máxima altura de la inspiración.

**Resultados:** Se analizaron los datos de una muestra de 24 pacientes, de un total de 50, se obtuvo una mediana de la excursión diafragmática de  $1.33 \text{ cm} \pm 0.9 \text{ cm}$ ; Con un intervalo de confianza del 95% de 0.42 a 2.72 cm.

Cuando la excursión fue  $\geq 1.33$ , la probabilidad de éxito en el destete aumenta al 86%, por el contrario, si la excursión diafragmática es  $< 1.33$ , la misma disminuye al 60%, con un riesgo relativo de 1.41, una sensibilidad del 67%, una especificidad del 67% un Valor predictivo positivo del 86% y Valor predictivo negativo 40%. ( $p=0.15$ )

**Conclusión:** La excursión diafragmática puede ser una forma, no invasiva de predecir el éxito y fallo de la desconexión de la ventila-

ción mecánica dentro de las 48 horas posteriores a la extubación. Sin embargo, los resultados obtenidos no han sido estadísticamente significativos.



	Total (n=24)	excursión diafragmática ≥1,33	excursión diafragmática <1,33
Hombres	14,0	7,0	7,0
Mujeres	10,0	7,0	3,0
Edad	47±18	50,8	37,7
Apache	20±10	23,1	16,4
<b>Antecedentes tóxicos</b>			
Tabaquista	5,0	4,0	1,0
Etilista	3,0	1,0	2,0
Cocainomano	2,0	1,0	1,0
<b>Comorbilidades</b>			
Hipertensión arterial	5,0	4,0	1,0
Diabetes	1,0	1,0	0,0
Asma/epoc	1,0	1,0	0,0
Cáncer	1,0	0,0	1,0
<b>Causa de inicio de VM</b>			
Insuficiencia respiratoria	7,0	7,0	0,0
Paro cardiopulmonar	2,0	2,0	0,0
Neurológica	12,0	5,0	7,0
Post quirúrgico	3,0	3,0	0,0
<b>Ventilación mecánica</b>			
Vt promedio	567,8	561,1	576,7
Fr promedio	16,5	16,3	16,9
Presión inspiratoria promedio	13,0	11,8	14,7
Peeep promedio	5,3	4,5	6,1
Pimax promedio	-33,4	-36,8	-25,8
Yang tobín Promedio	31,6	32,0	31,2
Tubo T	12,0	8,0	4,0
<b>Desconexión a la ventilación mecánica</b>			
Éxito en la desconexión	18,0	12,0	6,0
Fallo 48 horas	6,0	2,0	4,0
Días de ventilación mecánica	15,7	18,6	11,5
Traqueostomía	12,0	7,0	5,0

#### 0004 DEUDA CALÓRICA Y PROTEICA EN PACIENTES COVID-19 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: HOSPITAL RAWSON, CÓRDOBA, ARGENTINA

JS GASSMANN(1), CÓRDOBA, A VALDEZ(1), CÓRDOBA (1) Hospital Rawson. (2) Córdoba

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud declaró la enfermedad COVID-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020. Los supervivientes permanecen en UCI durante largos períodos de tiempo y aunque la enfermedad es principalmente respiratoria, la evidencia muestra que puede afectar el sistema digestivo, (1) lo cual se asocia con un mayor porcentaje de deuda calórica/proteica (2). Las consecuencias del balance energético negativo se corre-

lacionan con complicaciones que pueden conducir a desnutrición severa y perjudicar la recuperación, incrementando el riesgo de infecciones, prolongación de ventilación mecánica, días de estancia en UCI y mortalidad (3, 4). Es así que evitar una elevada deuda calórica/proteica debe formar parte de la estrategia terapéutica general en UCI.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal. Pacientes críticos con estadía en UCI superior a 10 días que recibieron soporte nutricional desde marzo a octubre de 2020. Las variables fueron síntomas gastrointestinales (SGI), deuda calórica, deuda proteica (porcentaje promedio de déficit calórico/proteico en relación a objetivos planteados durante los primeros 10 días) y mortalidad.

**Resultados:** Cohorte 51 pacientes. Los SGI fueron: constipación (31,09 %), residuo gástrico elevado/vómito (2,52 %), diarrea (1,68 %), hemorragia digestiva (1,68 %). El promedio de deuda calórica al décimo día fue 34% (5360 kcal) y de deuda proteica 41% (512 g pr). Se encontró asociación entre mortalidad y deuda calórica (t= 3,55); en el mismo sentido, con la deuda proteica (t=2,68).

Los SGI se asociaron con mayor deuda calórica (t=2,45) como así también la deuda proteica fue significativamente más alta (t=3,25).

**Conclusión:** Los SGI se asociaron con la deuda calórica-proteica, y ésta a su vez con la mortalidad. Estos hallazgos evidencian la importancia de una estrategia nutricional adecuada, que permita optimizar el aporte calórico-proteico en pacientes COVID-19 en estado crítico.

#### 0005 VALIDACIÓN MULTICÉNTRICA DE SISTEMAS DE ALERTA TEMPRANA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DETERIORO CLÍNICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

I HUESPE(1), I CARBONI BISSO(1), E SAN ROMAN(1), E PRADO(1), N GEMELLI(1), J SINNER(1), M LAS HERAS(1), MR RISK(1)

(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** Los sistemas de alerta temprana (SAT) ayudan a los médicos a clasificar a los pacientes hospitalizados. La complejidad de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) expuso la necesidad de un SAT específico, como COVID-19 Severity Index. El objetivo de este estudio fue investigar el valor predictivo 3 SAT (NEWS-2, NEWS-C y COVID-19 Severity Index) para predecir la transferencia de urgencia a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio retrospectivo realizado en dos hospitales de tercer nivel en Argentina. Se calcularon los 3 SAT para cada día de hospitalización en pacientes adultos con COVID-19, ingresados en salas generales, excluyendo pacientes con órdenes de no intubar. Se dividió a los pacientes entre los que ingresaron en la UCI y los que no ingresaron. Evaluamos la discriminación y calibración de los 3 SAT para predecir el traslado de urgencia a UCI en las 24 previas al pase a UCI, y al ingreso hospitalario.

**Resultados:** Evaluamos 13,768 días de hospitalización en internación general de 1318 pacientes, de los cuales 126 (9,5%) fueron trasladados a UCI. El AUROC del NEWS2 fue de 0,73 (IC 95% 0,68-0,78) 24 horas antes del ingreso a UCI y de 0,52 (IC95% 0,47-0,57) al ingreso hospitalario. El AUROC de NEWS-C fue de 0,73 (95%CI 0,68-0,78) y 0,52 (95%CI 0,47-0,57) respectivamente, y el AUROC del COVID-19 Severity Index fue 0,80 (95%CI 0,77-0,84) y 0,61 (95%CI 0,58-0,66) respectivamente. A su vez el COVID-19 Severity Index fue el que presentó la mejor calibración.

**Conclusiones:** El SAT COVID-19 Severity Index presentó una mejor discriminación y calibración que NEWS2 y NEWS-C para predecir la transferencia de la UCI durante la hospitalización.



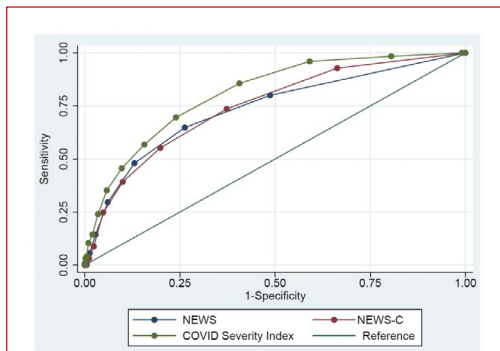


Figura 1. AUROC del sistema de alerta temprana NEWS2, NEWS-C y COVID-19 Severity Index para la transferencia a UCI en las próximas 24 horas.

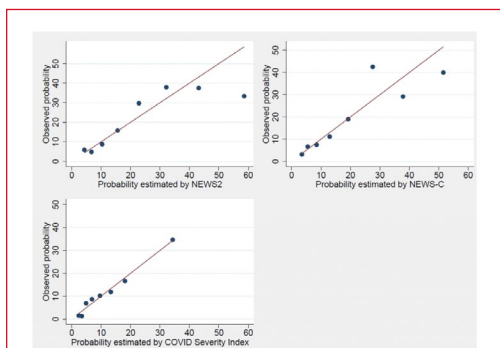


Figura 2. Calibración de los modelos. Probabilidades observadas y predichas dividida en octiles, de NEWS2, NEWS-C y COVID-19 Severity Index, para la transferencia a UCI en las próximas 24 horas.

### 0007 ADHERENCIA AL PAQUETE DE MEDIDAS ABCDEF DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

D ÁVILA POLETTI(1), I CARBONI BISSO(1), I HUESPE(1), D VILLALBA(2), D OLMOS(3), M LAS HERAS(1), F CARINI(1)  
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires. (2) Clínica Basilea. (3) Hospital Municipal Príncipe de Asturias

**Introducción:** El paquete de medidas ABCDEF ha propuesto reducir el dolor, la sedación excesiva, el desarrollo de delirium, la inmovilidad prolongada y el aislamiento social, así como prevenir el desarrollo de debilidad muscular, deterioro cognitivo y síndrome post UCI. La aplicación completa del paquete de medidas ABCDEF mostró mejoras clínicamente significativas en la supervivencia y los días libres de ventilación mecánica invasiva.

**Pregunta de investigación:** Cuál es el conocimiento y uso del paquete de medidas ABCDEF en las unidades de cuidados intensivos de adultos de la República Argentina durante la pandemia por SARS-CoV-2

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, de corte transversal, a través de una encuesta.

**Resultados:** Se recibieron 396 cuestionarios completos de profesionales de 21 provincias argentinas y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El 66% de los participantes contestó que conoce el paquete y lo aplica con diferentes grados de implementación. El 42,9% informó que usa al menos una herramienta validada para evaluar el dolor. Más de la mitad de los encuestados afirman realizar vacaciones de sedación y pruebas de ventilación espontánea diariamente. Las escalas de sedación fueron utilizadas por el 66,6% de los participantes en forma rutinaria. El 62% utiliza herramientas validadas para la detección de delirium. Respecto de la movilización temprana y

ejercicio de los pacientes, el 91,8% de los profesionales entrevistados comunicaron que realizan rehabilitación neuromuscular en su UCI. Finalmente, sólo el 6,8% informó que su unidad estaba abierta las 24 horas para las visitas.

**Conclusión:** El 66% de los participantes contestó que conoce el paquete y lo aplica en diferente medida. El aislamiento y la alta complejidad propia del paciente crítico con COVID-19, fue informada como una barrera que impide su implementación. El componente F del paquete, fue el que encontró menor adherencia entre los respondedores.

### 0009 IMPACTO DE LA POSICIÓN PRONA SOBRE DESENLACES CLÍNICOS RELEVANTES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19 TRATADOS CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE PROSPECTIVO

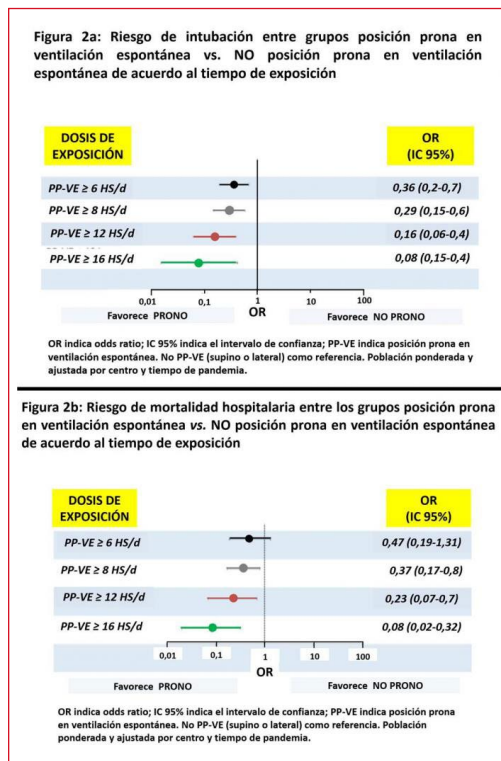
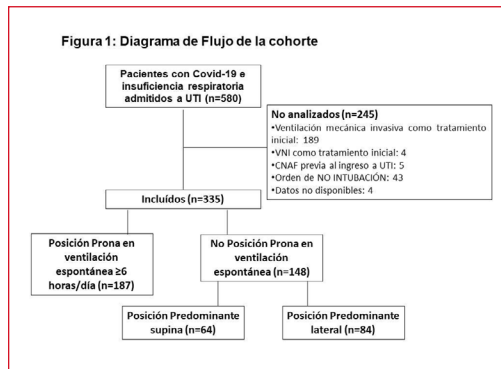
M ESPERATTI(1), M BUSICO(2), NA FUENTES(3), UNIVERSIDAD NACIONAL DE MR DEL PLATA, A GALLARDO(5), J OSATNIK(6), A VITALI(7), EG WASINGER(8), M OLMOS(1), J QUINTANA(2), SN SAAVEDRA(6), AI ANA INÉS LAGAZIO(7), FJ ANDRADA(8), H KAKISU(1), NE ROMANO(2), A MATARRESE(6), MA MOGAADOURO(7), G MAST(8), CN MORENO(1), GD REBAZA NIQUIN(6), V BARBARES(1), BL FERREYRO  
(1) Hospital Privado de la Comunidad. (2) Clínica Olivos. (3) Hospital Privado de Comunidad - Escuela de Medicina. (4) Universidad Nacional De Mir Del Plata. (5) Sanatorio Clínica Modelo De Morón. (6) Hospital Alemán. (7) Sanatorio De La Trinidad Palermo. (8) Hospital Universitario Austral. (9) Sinai Health System and University Health Network. (10) Hospital Clinic

**Introducción:** En pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) secundaria a COVID-19, no son claros los efectos de la posición prona en ventilación espontánea (PP-VE) sobre desenlaces clínicos relevantes. Nosotros evaluamos el efecto de la PP-VE sobre la tasa de la intubación orotraqueal (IOT) y otros desenlaces clínicos en pacientes tratados inicialmente con cánula nasal de alto flujo (CNAF).

**Métodos:** En este estudio multicéntrico de cohorte prospectivo, incluimos de forma consecutiva a pacientes >18 años con confirmación de COVID-19 e insuficiencia respiratoria con requerimiento de CNAF desde junio 2020 a enero 2021. La variable de exposición fue PP-VE durante, al menos, 6 horas/día, comparado con pacientes que no realizaron PP-VE (grupo control). Se utilizó una ponderación de probabilidad inversa (IPW-propensity score) para ajustar la probabilidad condicional del tratamiento asignado. El desenlace primario fue IOT y el secundario mortalidad hospitalaria.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se evaluaron 580 pacientes, 335 fueron incluidos (figura 1); 187 (56%) toleraron PP-VE durante [mediana (p25-75)] 12(9-16) horas/día y 148 (44%) fueron analizados como controles. El análisis de propensión por IPW mostró diferencias estandarizadas <0,1 en todas las variables evaluadas cumpliendo con el supuesto de intercambiabilidad de las poblaciones. Luego del ajuste de otras variables (enfoque "doble robusto"), el odds ratio -OR- (IC95%) para IOT en el grupo expuesto a PP-VE fue 0,36 (0,2-0,7) observándose una reducción progresiva del riesgo con el aumento de tiempo de exposición a la posición prona (figura 2A). El OR (IC95%) ajustado para mortalidad hospitalaria en el grupo PP-VE fue 0,47 (0,19-0,31). La exposición a la posición prona >8 horas/día resultó en una mayor reducción del riesgo de muerte OR (IC95%) 0,37 (0,17-0,8) observándose una reducción progresiva del riesgo con el aumento del tiempo de exposición a la posición prona (figura 2B).

**Conclusiones:** En la población estudiada, la posición prona vigil durante la ventilación espontánea durante un período  $\geq 6$  horas/día redujo el riesgo de intubación orotraqueal. El aumento del tiempo de exposición disminuyó de manera progresiva el riesgo, mostrando un efecto dosis respuesta. La exposición >8 horas/día redujo el riesgo de mortalidad hospitalaria.



**0011 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON COVID-19 EN TERAPIA INTENSIVA**  
 N CONTRERA ROLON(1), CF VARELA(1), A FERRARIS(1), AM ROJANO CRISSON(1), I CARBONI BISSO(1), G GRELONI(1), G BRATTI(1), M LAS HERAS(1), JF SINNER(1), G ROSA DIEZ(1)  
 (1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La insuficiencia renal aguda (IRA) es una complicación frecuente en la COVID-19 y se encuentra asociada a alta morbimortalidad. Su fisiopatología aún no es completamente comprendida, aunque parece estar asociada a múltiples factores: el virus y la respuesta del huésped, interacciones pulmón-riñón, exposición a nefrotóxicos y complicaciones como la sepsis.

**Materiales y métodos:** En un estudio retrospectivo observacional evaluamos la incidencia de IRA, factores de riesgo y desenlaces clínicos de 162 pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel en la Ciudad de Buenos Aires. Recolectamos datos sobre el momento de desarrollo de los eventos y, como un análisis exploratorio, clasificamos la IRA en temprana y tardía (antes y después de los 14 días de inicio de síntomas). Llevamos a

cabo un análisis multivariado para ajustar por confundidores con el objetivo de identificar factores de riesgo de IRA.

**Resultados:** La incidencia de IRA fue de 40.69 %, con una mortalidad intrahospitalaria del 58.6 %. El 11.1 % requirió terapia de reemplazo renal (TRR). La IRA ocurrió con una mediana de 10 días desde el inicio de síntomas (IQR 5.5 - 17.5) y se encontró asociada temporalmente con el inicio de la VMI (mediana de 2 días; IQR 0-9). La IRA tardía estuvo más asociada a la sepsis y a la exposición a nefrotóxicos, mientras que la temprana se encontró más cercana al inicio de la VMI y fue del tipo transitorio. El antecedente de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca, el requerimiento de VMI y la edad fueron predictores independientes de IRA.

**Conclusión:** La IRA es frecuente en pacientes críticos con COVID-19 y está asociada a mayor mortalidad. La clasificación temporal de la IRA puede tener utilidad en el abordaje de los pacientes al individualizar los factores asociados, y así plantear intervenciones en la prevención y tratamiento.

**0013 USO DE LA CÁNULA DE ALTO FLUJO EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR SARS-COV2**

J MANCUSO(1), F VASILE(1), M VEGA(1), D SITTONI(1), N LUNA(1)  
 (1) Domingo Funes

**Introducción:** La transmisibilidad del SARS-CoV-2 ocupó rápidamente las camas en la UTI, el uso de HFNC facilitaría el alta a sala de forma más precoz.

**Hipotesis:** El uso de HFNC, guiada por el índice de rox disminuye el requerimiento de ventilación mecánica, días de internación en terapia intensiva y la mortalidad a los 21 días.

**Objetivos:** Determinar el requerimiento de ARM a las 48 hs usando el índice de ROX en pacientes con HFNC al ingreso. Comparar el número de días de internación en la UTI en pacientes con HFNC que no requirieron y sí requirieron ARM. Determinar la mortalidad al día 21.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo. Datos de 37 pacientes adultos, ingresados en UTI, con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía bilateral por SARS-CoV2, con distrés leve-moderado, todos recibieron HFNC al ingreso a la UTI con índice ROX como predictor. Se excluyeron pacientes con criterios de distrés severo y aquellos que recibieron HFNC post weaning.

**Resultados:** Se analizaron 37 pacientes, 81% fueron masculinos; edad promedio 53±10.72 años (r:19-70); las mujeres fueron de mayor edad (57,43 vs 51,97; p<0,0001). Requirieron ARM en las primeras 48 hs 17 pacientes (45,9%). El promedio del índice de ROX aumentó a las 24 hs (5.88; p<0,0001) y decayó a las 48 h (5.00; p=0,0031) respecto al inicio (5.27). El 84% tenían al menos una comorbilidad (obesidad 68%). El 59% tuvo éxito con HFNC, el 46% requirió ARM. La mortalidad a los 21 días fue del 30%.

**Conclusiones:** Nuestro resultado debería animar el uso temprano y sistemático de la HFNC. Limitaciones: pequeño número de pacientes. El uso precoz y sistemático de esta técnica nos permitió aumentar el número de camas de UTI. Concluimos que la HFNC podría ser una estrategia eficaz de oxigenación para la insuficiencia respiratoria.

	Media ± DE	IC95%
Score APACHE II (n=37)	12,14± 4,68	r:3-21
Estadía en UTI (n=37)	15,19± 13,87	r:1-64
HFNC (hs) (n=37)	107,22± 102,65	r:1-432
Evolución		
ARM 48 hs	17	46
Alta de UTI	22	59
Continúa en UTI	4	11
Óbito	11	30

ARM 48 hs	n	Media	DE	LI(95)	LS(95)	Valor p
ROX inicio	17	5,37	2,54	4,07	6,68	
ROX 24 hs	9	5,88	1,62	4,64	7,13	<0,0001
ROX 48 hs	4	5,00	1,13	3,20	6,80	0,0031

### 0016 IMPACTO DEL DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON COVID-19 GRAVE EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

J CARNERO ECHEGARAY(1), A LAZO(1), S MALDONADO(1), F CURUTCHET(1), M PELLICIONI(1), S OSSEMANI(1), J OSSEMANI(1), P MADDONNI(1)

(1) Hospital General de Agudos José María Penna.

**Introducción:** El decúbito prono (DP) es una maniobra utilizada para el tratamiento de la hipoxemia refractaria en pacientes con COVID-19. Nuestro objetivo fue describir la evolución de los pacientes que requirieron DP. Secundariamente evaluar factores explicativos de mortalidad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional llevado a cabo en el Hospital General de Agudos J. M. Penna entre 15/05/2021 y 27/07/2021. Se incluyeron los pacientes con COVID-19 bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM) que requirieron DP. Se realizó el seguimiento durante 28 días y se describieron sus variables clínicas. Se comparó su evolución según mortalidad, utilizando los test de student, wilcoxon o exacto de Fisher. Se analizaron factores asociados a la mortalidad utilizando regresión de cox.

**Resultados:** Ingresaron 50 pacientes, 45 requirieron AVM y 28 DP. La edad promedio fue de 52.43 (9.54) años, con una mediana de Score de Charlson de 1 [0.00, 2.00]. La mediana de días de AVM fue de 17.00 [RIQ 13.00, 23.00] y un 28,6% logró ser extubado. El 14,8% fue traqueostomizado. La mediana de días en UTI fue de 19.50 [RIQ 14.00, 23.50] con una mortalidad del 53,6%. El 35,7% necesito 2 ciclos de DP con un intervalo de tiempo predominante en todos los ciclos de 24-36 hs. El 89,4% tuvo lesiones de úlceras por presión (UPP), con predominio fronto-orbicular (60,7%) y de rodilla (57,1). El 67,9% presentó edema facial. Los que fallecieron tuvieron menos días de UTI (16 vs 28; p=0,006) y solo uno de ellos había logrado ser extubado (1 vs 7, p= 0.011). No se encontraron factores asociados a la mortalidad en la regresión de cox.

**Conclusión:** La "segunda ola" afectó principalmente a una población más joven con una mortalidad cercana al 50% en los pacientes con DP. La pérdida de accesos venosos y/o extubación asociada al DP fue escasa. Se observó una elevada prevalencia de UPP.

### 0017 GRUPO SANGUÍNEO "O" Y MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO-VARICEAL

Y BELLAGAMBA(1), NS ROCCHETTI(1), DH BAGILET(1), CJ SETTECASE(1)

(1) Hospital Escuela Eva Perón

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta no variceal (HDA-NV) constituye una causa frecuente de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Dentro de sus factores pronósticos, se incluye al grupo sanguíneo "O" (GSO). El sistema sanguíneo ABO es un riesgo potencial para diversas enfermedades (trastornos hemostáticos y hemorragia), probablemente influenciado por los menores niveles plasmáticos de factor de von Willebrand en el GSO.

**Objetivo:** Probar la hipótesis de que el GSO es un factor de riesgo independiente de mortalidad en los pacientes críticos con HDA-NV.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico, observacional, de corte transversal, en una UCI polivalente. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, ≥18 años ingresados a UCI con diagnóstico de HDA-NV y estancia mínima de 24 h. Se registraron edad, sexo, etiología y localización de la HDA-NV, grupo y factor sanguíneo ABO, APACHE II, SAPS

II, SOFA, número de transfusiones de concentrados de eritrocitos, necesidad de ventilación mecánica (VM), días en la UCI y sobrevida.

**Resultados:** 98 pacientes incluidos con HDA-NV. 85 (86,7%) varones, media de edad de 54,37 años (±14,14). 55 (56,1%) pacientes tenían GSO, 35 (35,7%) grupo sanguíneo "A", 8 (8,2%) grupo sanguíneo "B" y ninguno grupo sanguíneo "AB". 68 (69,4%) pacientes presentaron úlcera péptica, 24 (24,5%) gastropatía erosiva y 6 (6,1%) síndrome de Mallory-Weiss. 64 (65,3%) requirieron transfusiones sanguíneas y 16 (16,3%) VM. Las medias de APACHE II, SAPS II y SOFA fueron: 13,85 (±8,88), 34,46 (±15,94), y 3,73 (±3,41), respectivamente. Fallecieron en la UCI 18 (18,4%) pacientes. El GSO no presentó significación estadística en modelos de regresión logística binaria como predictor de muerte, ajustando por requerimiento de VM y gravedad según las escalas APACHE II, SAPS II y SOFA (p=0,820).

**Conclusiones:** El GSO no fue un factor de riesgo independiente de mortalidad en un grupo de pacientes críticos con HDA-NV en una UCI polivalente.

### 0018 COMPARACIÓN DEL TRABAJO RESPIRATORIO ANTES Y DESPUÉS DE LA EXTUBACIÓN

EA DISTÉFANO(1), A DALOZZO(1), S PICON FUSTER(1), C DESTEFANIS(1), M GAGGIOLI(1), M BOTTO(1), G BAEZ(1), S BERTOZZI(1), M FORCILLO(1), MN ANTUNES(1), GL LANDA(1)  
(1) Italiano

**Introducción:** El trabajo respiratorio es el esfuerzo destinado a vencer componentes elásticos y resistivos del sistema respiratorio. No hemos encontrado trabajos publicados en Argentina sobre el uso del balón esofágico para medición de trabajo respiratorio en el periodo que va desde la prueba de tubo en t hasta el momento post extubación inmediato.

**Objetivo:** Cuantificar el WOB en dos momentos: Previo y posterior a la extubación.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, tipo serie de casos. 10 pacientes internados en la unidad de terapia intensiva de adultos del Hospital Italiano Sede San Justo intubados, en condiciones de weaning.

VARIABLES A MEDIR:

- PTP
- PTP.min
- PTP.min/vc
- Pes swing

**Resultados:** 10 pacientes, 7 hombres (70%) edad 73 años (RIQ 64.75-88.75), Saps II 63.50 (RIQ 58-65) Días de ventilación mecánica invasiva 4 (RIQ 3.75-5.25).

Los 10 pacientes fueron extubados y tres presentaron fallo de extubación.

GRUPO REINTUBADOS:

PTP 1 17.61 [14.77, 30.79] vs PTP 2 15.18 [7.62, 17.80], PTP min1 213.13 [110.77, 309] vs PTP min2 156.50 [77,35, 181]; PTP min/vt1 0.3 [0.24, 0.98] vs PTP min/vt2 0.38 [0.1, 0.53]; Pes swing 1 16.53 [13.71, 22.47] vs Pes swing 2 14.66 [10.54, 15.20].

GRUPO NO REINTUBADOS:

PTP 1 11.20 [4.78, 17.78] vs PTP 2 12.47 [8.40, 19.45], PTP min1 84.75 [68.29,265.75] vs PTP min 138.56 [57,81,218]; PTP min/vt1 0.22 [0.1, 0.74] vs PTP min/vt2 0.38 [0.08, 0.62]; Pes swing 1 9.74 [3.33, 16.57] vs Pes swing2 9.67 [8.43, 13.16].

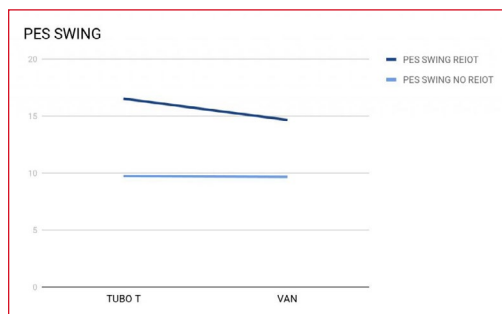
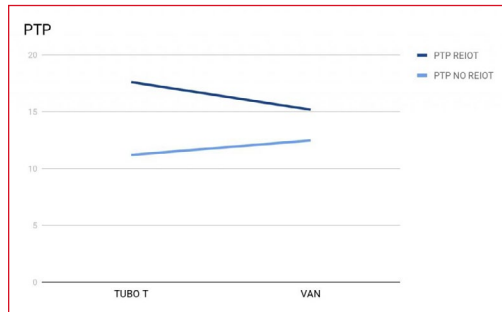
En el grupo que requirió reintubación, el WOB fue mayor durante la ventilación espontánea a través del TET comparándolo a la hora posterior a la extubación.

El juicio clínico al momento de decidir la extubación puede no estimar objetivamente el aumento del trabajo respiratorio.

El componente que tiene un papel más significativo en el aumento del trabajo respiratorio al finalizar la prueba de tubo en t es el componente resistivo comparado a la hora de extubados en los que presentaron fallo de extubación.

**Conclusión:** La medición de trabajo respiratorio con balón esofágico logró objetivar valores elevados de trabajo resistivo comparado

con la postextubación, en pacientes que presentaron fallo de extubación, a pesar de no observarse criterios de fallo en la prueba de tubo en t.



### 0019 EVIDENCIA CLÍNICA DE VILI VORTEX EN PACIENTES CON SARS-COV-2

N PISTILLO(1), P CASTELLUCCIO(1), R CIANO(1), E PALERMO(1), S LAGE(1), E AMUNDARAIN(1), O FARIÑA(1)  
 (1) Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce.

El concepto de VILI vortex en el SDRA, hace referencia al círculo vicioso que se establece entre la potencia mecánica, que aumenta severamente con respecto al pulmón ventilable que se "encoge", producto del daño ocasionado, la progresión de la enfermedad de base o por procesos negativos sobreimpuestos (sepsis, shock, sobrecarga de fluidos, etc).

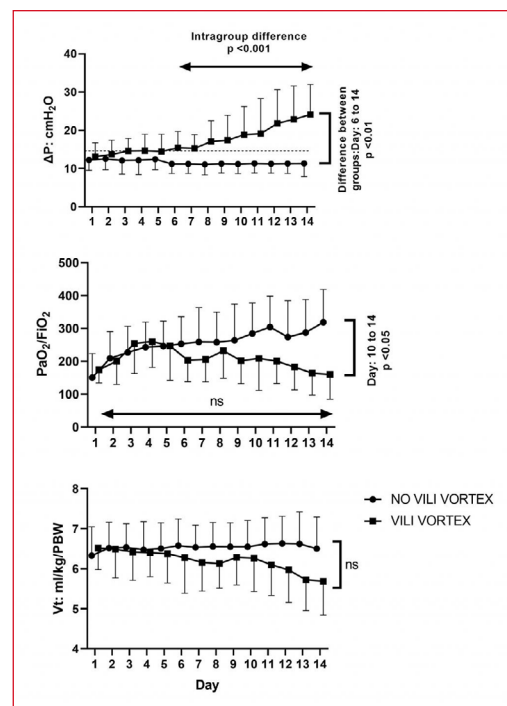
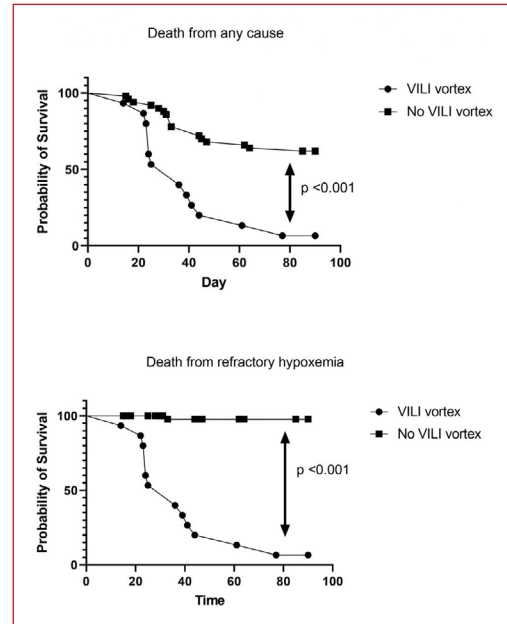
**Objetivo:** Categorizar clínicamente este fenómeno en pacientes con SARS-CoV-2.

**Métodos:** Los pacientes fueron ventilados con una estrategia protectora (VCV, Vt:  $6 \pm 1$  ml/kg/PBW y PPlat 7,20, respectivamente. La PEEP se tituló en función de la mejor CSR. Los datos se registraron durante 14 días. VILI vortex se definió como un aumento progresivo y sostenido de la presión de distensión ( $\Delta P$ ) en el contexto de Vt y PEEP constantes o decrecientes.

**Resultados:** Ingresaron 65 pacientes, el 23% (n: 15) progresó con VILI vortex. Este fenómeno comenzó luego de la primera semana ( $\Delta P$  día 7:  $15,6 \pm 3,6$  vs.  $\Delta P$  día 14:  $24,1 \pm 7,8$  cmH<sub>2</sub>O, p 0,0007). Aunque inicialmente la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> estuvo moderadamente preservada (día 7:  $206 \pm 67$  vs, día 14:  $160 \pm 75$  mm hg, p: NS), la mayoría de los pacientes murió por hipoxemia refractaria (14/15). Por cada cmH<sub>2</sub>O de  $\Delta P$  que aumentó en el lapso de 7 días, el riesgo relativo de muerte subió 1,3 veces (IC del 95%: 1,2 a 1,4, p <0,001). Factores negativos como el retraso en la intubación [14 (11-15) vs. 7,5 (5-11) días, p = 0.0005], sobrecarga de fluidos [965 (501-1280) vs. 471 (206-.730), ml/día, p = 0,002], presencia de bacteriemia (60 vs. 20%, p 0,002), fiebre persistente (46,6 vs. 20%, p: 0,03) y necesidad de noradrenalina > 0,1  $\gamma$ /kg/min (80 vs. 34%, p = 0,001) predominaron en estos pacientes.

**Conclusiones:** VILI vortex es un fenómeno grave asociado con alta mortalidad por hipoxemia refractaria. Factores negativos como el retraso de intubación, la sobrecarga de fluidos, presencia de bacte-

riemia, fiebre persistente y requerimientos de noradrenalina para el tratamiento del shock, favorecieron su desarrollo.



### 0020 COMPORTAMIENTO DEL LACTATO SÉRICO EN NIÑOS EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO Y SU ASOCIACIÓN CON DESENLACES INADECUADOS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA

R HERNANDEZ(1), J FERNÁNDEZ SARMIENTO(1), R HERNÁNDEZ SARMIENTO(1), MA WILCHES CUADROS(1), H MULETT(1), L ACEVEDO(1), K MORENO(1), J PALOMAR(1), C SALINAS(1), J RIVERA(1)  
 (1) Fundación Cardioinfantil

**Introducción:** El lactato sérico es un biomarcador de perfusión ti-

sular útil en pacientes críticos. No conocemos estudios en niños que hayan evaluado el comportamiento del lactato sérico en pacientes postrasplante hepático de donante vivo o cadavérico. El objetivo de esta investigación fue evaluar el comportamiento del nivel de lactato sérico en el postoperatorio de trasplante hepático y su asociación con complicaciones quirúrgicas, médicas, necesidad de soporte vasopresor y mortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional analítico prospectivo de niños en postrasplante hepático inmediato donante vivo o cadavérico entre noviembre 2009 y diciembre 2019 en la Fundación Cardioinfantil en Bogotá, Colombia, evaluando asociación entre lactato sérico en cuatro tiempos posoperatorios y la presencia de complicaciones quirúrgicas, disfunción del injerto, soporte vasopresor y mortalidad a los 90 días.

**Resultados:** Se incluyeron 145 pacientes con una mediana de edad de 14 meses (RIQ 8-60). La atresia de vía biliar fue el diagnóstico principal en 56,5% de los casos. La mediana de líquidos administrados en cirugía fue de 43.4 mL/kg (RIQ 24.6–70.1). Un nivel de lactato sérico al ingreso a UCIP mayor a 3.0 mmol/L se asoció a la presencia de complicaciones biliares (AUC 0.73 IC 95% 0.54-0.93;p=0.07) y mortalidad (AUC 0.72 IC95% 0.63-0.81;p=0.01). Un valor de lactato luego de 6 horas de ingreso a UCIP mayor a 2 mmol/L, se asoció a mortalidad (AUC 0.70 IC 95% 0.54-0.83;p=0.02). Los valores más altos de lactato y su falta de aclaramiento se asociaron a la presencia de onda tardus et parvus (p=0.001), disfunción primaria (p<0.001), trombosis arterial (p<0.001) y complicaciones neurológicas (p=0.04). Se observó una correlación inversa del lactato al ingreso con la cantidad de líquidos administrados en cirugía (rho=0.36; p<0.001). Una duración total de tiempo quirúrgico mayor de 350 minutos junto con un score vasopresor mayor a 7 y lactato elevado se asoció a peores desenlaces (p<0.001).

**Conclusión:** En niños en postoperatorio de trasplante hepático, el nivel del lactato sérico y su aclaramiento se asocia a complicaciones quirúrgicas postoperatorias y mortalidad. Es un biomarcador útil para realizar seguimiento del curso clínico posoperatorio en estos pacientes. Cuando el acto quirúrgico es prolongado y se requieren alto soporte vasopresor, el nivel de lactato es mayor y se asocia con mayor frecuencia de complicaciones.

Figura 1. Relación entre el score vasopresor, la duración total de la cirugía y los niveles de lactato. (VIS: score vasopresor, DTC: duración total de la cirugía).

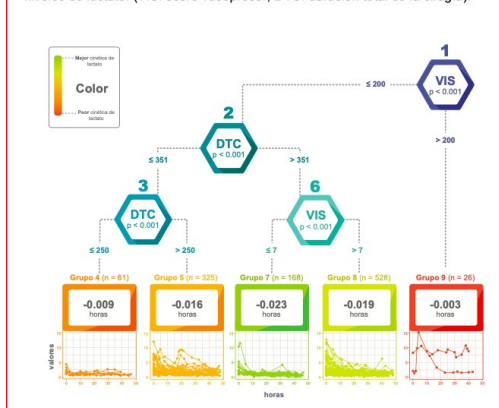


Tabla 1. Distribución de las variables clínicas en la población de estudio según tipo de donante.

Variable	Total (n=145)	Donante vivo (n=107)	Donante cadavérico (n=38)	Valor p
Género: Femenino (%)	86 (59.3)	65 (60.7)	21 (55.3)	0.554
Edad (meses), mediana (RIQ)	14 (8-60)	11 (7-30)	17 (8-56)	<0.001
Peso al trasplante (kg), mediana (RIQ)	8 (6-18)	7 (6-12)	25 (10-39)	<0.001
Tipo de injerto, n (%)				
Parcial	123 (84.8)	105 (98.1)	18 (47.4)	<0.001
Completo	16 (11.0)	2 (1.9)	14 (36.8)	<0.001
Spit	6 (4.1)	—	6 (15.8)	—
Hígado hiperreducido, n (%)	9 (6.2)	9 (8.4)	—	1.000
Diagnóstico primario, n (%)				
Atresia de vía biliar	82 (56.5)	69 (64.5)	13 (34.2)	<0.001
Neoplasia maligna	13 (8.9)	11 (10.3)	2 (5.2)	0.571
Necrosis hepática aguda	11 (7.5)	4 (3.7)	7 (18.4)	0.014
Cirrosis colestásica	10 (6.8)	7 (6.5)	3 (7.9)	1.000
Enfermedad metabólica	9 (6.2)	5 (4.7)	4 (10.5)	0.365
Cirrosis no colestásica	7 (4.8)	4 (3.7)	3 (7.9)	0.531
Otro	13 (8.9)	7 (6.5)	6 (15.8)	0.632
Puntaje PIM2, mediana (RIQ)	7.0 (6.8-11.1)	7.2 (6.1-11.9)	6.4 (4.1-9.8)	0.138
Score vasopresor, mediana (RIQ)	15 (6.6-42.2)	12.5 (6.0-33.5)	34 (11-67)	0.003
Duración de fase anhepática (minutos), mediana (RIQ)	55 (47-65)	54 (47-65)	60 (46-68)	0.201
Tiempo de laquemia fría (minutos), mediana (RIQ)	335 (260-400)	292 (245-350)	480 (407-620)	<0.001
Aporte hídrico en cirugía (mL/kg), mediana (RIQ)	43.4 (24.6-70.1)	40.8 (20.6-68.2)	45.1 (25.3-71.7)	<0.001
Lactato al ingreso UCIP (mmol/L), mediana (RIQ)	2.4 (1.5-4.2)	2.2 (1.5-3.9)	2.7 (1.6-5.7)	0.169
Días de estancia en UCIP, mediana (RIQ)	7 (4-10)	6 (4-10)	7 (4-13)	0.555
Días de ventilación mecánica, mediana (RIQ)	2 (1-4)	2 (1-6)	2 (1-3)	0.817

## 0021 EVOLUCIÓN DE PACIENTES COVID 19 AÑOSOS ASISTIDOS EN SALA COMÚN VS TERAPIA INTENSIVA (UTI), DURANTE LA PRIMERA OLA

R FERNANDEZ(1), C SOLCHAGA(1), V ORDOÑEZ(1), F ALVAREZ(1), M AZOR(1), M FERRETI(1), M SEGURA(1)  
(1) Español De Mendoza

**Introducción:** Los pacientes añosos con disminución de reserva fisiológica y comorbilidades son vulnerables a enfermedades agudas, esto aumenta el riesgo de muerte cuando son admitidos a UTI y potencialmente mitiga los beneficios de los cuidados intensivos.

**Objetivos:** Comparar la evolución de pacientes añosos con neumonía Covid 19 severa asistidos en sala de Clínica vs UTI.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional con análisis secundario de una base de datos prospectiva desde setiembre a diciembre 2020. Se analizaron todos los pacientes ≥ 65 años con neumonía severa por Covid 19 ingresados a UTI o asistidos en sala, con NEWS2 ≥ 7 durante su evolución. Se registró, fecha de inicio de síntomas, APACHE II, S.O.F.A., score tomográfico, PCR, dímero D y ferritina el día con NEWS ≥ 7 o al ingreso a UTI, comorbilidades, evolución y uso de dispositivos.

Las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes se analizan utilizando test de chi2. Las variables cuantitativas, medianas y percentiles 25 – 75, (Perc 25-75) mediante U de Mann-Whitney. Se consideró significativa p ≤ 0,05.

**Resultados:** De setiembre a diciembre 2020, (pico de la pandemia en nuestra provincia) fueron asistidos 58 pacientes en sala y 28 en UTI con Covid 19 severo, > 65 años. Las características generales se describen en la tabla 1. Los pacientes en sala muestran mayor edad y días hasta inicio de síntomas, pero menor estadía. No pudo demostrarse diferencia en APACHE II, S.O.F.A., score tomográfico, PaFIO 2, PCR y dímero D. Mortalidad en sala 46,6 % vs 35,7% en UTI, p=NS. La comparación de pacientes fallecidos en ambas localizaciones muestra resultados similares. Tabla 2.

**Conclusión:** Los resultados sugieren falta de beneficio en la sobrevida, de pacientes añosos y muy añosos asistidos en UTI con neumonía severa por Covid 19, replanteando la necesidad de buscar estrategias de mayor eficiencia.

Tabla 1. Características de la muestra total - Sala común y UTI

	Total n=86	Sala común n=58	UTI n=28	p			
Edad (años)	79.0	76.0 a 84	81.0	76.5	68 a 79.0	0.000	
Sexo masculino (N) (IC95)	57(66.3%)	55 a 75	30(60.3%)	47 a 71	27(78.6%)	40 a 89	NS
Estadía hospitalaria (días)	32.0	7 a 8 a 18	31.0	7 a 15.0	35.0	30.3 a 20.8	0.007
Días desde inicio de síntomas a NEWS ≥ 7 o ingreso a UTI	34.0	9 a 17 a 21	35.0	10.8 a 21	35.0	6.3 a 20	0.002
APACHE II del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	34.0	12 a 17	35.7	10.8 a 17	35.5	20.3 a 20	NS
Probabilidad de muerte intahada	20.0	14.5 a 26	19.5	12.5 a 26	22.0	13.5 a 36	NS
Mortalidad observada (N) (IC25-75)	40(32.3%)	41 a 62	27(46.6%)	34 a 39	10(35.7%)	20 a 34	NS
Relación mortalidad observada / predicha	3.0		3.3		3.6		NS
PaFIO del día con NEWS ≥ 7	380.0	107.5 a 234	232.5	108.3 a 228.8	357.5	203.3 a 387.8	NS
SaFIO del día con NEWS ≥ 7	214.5	135.8 a 332	276.7	154.3 a 338	393.0	150.3 a 242	NS
SOFIA del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	5.0	3 a 6	5.0	3 a 6	4.0	3 a 6	NS
PCR del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	200.4	82 a 129.3	260.0	27.0 a 129.4	305.0	88.1 a 347.3	NS
Dímero D del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	333.0	281.5 a 324.5	490.0	281.5 a 320.2	543.5	285.3 a 238	NS
Ferritina del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	852.0	405.3 a 1738.3	630.5	302.8 a 1133	1576.0	638.3 a 2296.8	0.001

**Tabla 2. Comparación entre pacientes fallecidos en sala común vs UTI**

	Fallecidos en Sala n=31			Fallecidos en UTI n=10			p
	Mediana	Perc <sub>25</sub>	Perc <sub>75</sub>	Mediana	Perc <sub>25</sub>	Perc <sub>75</sub>	
Edad (años)	84.0	81.0	87.0	71.0	68.0	77.0	0.0001
Sexo masculino (%) (IC <sub>95%</sub> )	19.0	61%	43 a 76	9.0	80%		NS
Estadía hospitalaria (días)	7.0	5.0	12.0	14.6	10.0	19.0	0.003
Días desde inicio de síntomas a NEWS >7	12.0	9.0	17.0	8.6	6.0	13.0	0.033
SOFA del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	5.0	3.5	7.5	4.0	3.0	6.0	NS
APACHE II del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	15.0	12.0	18.0	17.0	13.5	20.5	NS
Probabilidad de muerte calculada	21.0	15.0	29.0	26.0	18.0	37.5	NS
PaFIO2 del día con NEWS ≥ 7	146.0	83.5	235.3	123.0	91.5	175.8	NS
PaFIO2 del día con NEWS ≤ 7	161.0	140.0	344.8	175.0	128.5	203.0	NS
PCR del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	116.0	77.0	152.0	108.5	83.6	153.5	NS
Dimero D del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	819.5	325.8	1078.8	658.0	425.0	1393.0	NS
Ferritina del día con NEWS ≥ 7 o de ingreso a UTI	1004.0	503.0	1536.0	1556.0	843.5	1944.8	NS
Uso de corticoides (%) (IC <sub>95%</sub> )	25.0	83%	63 a 90	10.0	100%	72 a 100	NS

**0022 ALTO FLUJO DE OXÍGENO POR TRAQUEOSTOMÍA: VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA ACTIVIDAD DIAFRAGMÁTICA** I FERNÁNDEZ CEBALLOS(2), BL FERREYRO(1), MS VENUTI(2), R FAMILIETI(2), I CARBONI BISSO(2), AM RIVERA(2), JE MENDEZ(3), E SAN ROMÁN(2)  
 (1) Universidad de Torono. (2) Hospital Italiano de Buenos Aires. (3) Hospital Italiano de San Justo

**Introducción:** La debilidad diafragmática es frecuente en las unidades de cuidados intensivos. Su presencia está relacionada a dificultades en el destete, prolongación de la ventilación mecánica y aumento de la mortalidad. La aplicación de alto flujo de oxígeno por cánula nasal ha demostrado mejorar la oxigenación, aumentar la capacidad residual funcional y disminuir el trabajo respiratorio. El uso de alto flujo de oxígeno por traqueostomía (AFOT) podría disminuir el esfuerzo inspiratorio proporcionando una adecuada actividad diafragmática. El objetivo principal del trabajo fue evaluar el esfuerzo inspiratorio luego de la aplicación de alto flujo de oxígeno por traqueostomía.

**Pregunta de investigación:** ¿La aplicación de AFOT disminuye el esfuerzo inspiratorio en paciente traqueostomizados por weaning prolongado?

**Método:** Estudio fisiológico, randomizado, de tipo cross over.

**Metodología:** Se evaluaron pacientes adultos que requirieron traqueostomía por weaning prolongado. Se evaluó el grosor diafragmático inspiratorio (Tdi), fracción de acortamiento (TFdi) y excursión diafragmática (EXdi), Score de aireación pulmonar (LUS) y frecuencia respiratoria (FR) en forma seriada (0, 30 y 60 minutos) durante dos periodos: Ventilación espontánea a través de la traqueostomía (T-T) vs. aplicación de alto flujo de oxígeno por traqueostomía (AFOT).

**Resultado:** La TFdi observado al final de la evaluación del grupo AFOT fue de 0,29 vs 0,32 del grupo TT. Los cambios del TFdi ( $\Delta$ TFdi) en el tiempo, demostraron una tendencia a disminuir en el grupo AFOT, en comparación con el grupo TT, el cual tuvo una tendencia a aumentar. La FR, EXdi y Score de LUS permanecieron sin cambios en ambos grupos.

Al evaluar los subgrupos Obesidad (IMC >30) y debilidad muscular adquirida, se observó que la aplicación de AFOT es más efectiva en disminuir el esfuerzo inspiratorio.

**Conclusión:** La aplicación de alto flujo de oxígeno por traqueostomía presenta una tendencia a disminuir el esfuerzo inspiratorio, sobre todo en pacientes con obesidad y debilidad muscular adquirida.

**0026 FRECUENCIA DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PRIVADO DE BUENOS AIRES EN PACIENTES SOBREVIVIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA POR SARS-COV-2** F BIANCHINI(1), M CELANO(1), JC MELERO(1), G PLOTNIKOW(1)  
 (1) Británico

**Introducción:** La infección por coronavirus (SARS-CoV-2) conduce a un cuadro clínico, donde la respuesta inflamatoria tras la fase viral puede afectar al pulmón, generando que miles de pacientes requieran períodos prolongados de ventilación mecánica invasi-

va (VMI). Los sobrevivientes al SARS-CoV-2 que requirieron VMI pueden cursar con debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (DAUCI). El objetivo fue describir nuestra población con requerimiento de VMI por SARS-CoV-2 que desarrollo DAUCI y su evolución clínica.

**Materiales y métodos:** Caso y controles, con pacientes mayores de 18 años, con requerimiento de VMI por falla respiratoria aguda secundaria a SARS-CoV-2 por más de 24 horas entre el 11 de diciembre del 2020 y el 31 de marzo del 2021.

Se determino presencia de DAUCI evaluada por la escala Medical Reserch Council (MRC). Se separaron en dos grupos (DAUCI vs Sin DAUCI) evaluándose diferencias propias de cada grupo.

Quedamos eximidos del consentimiento informado por el tipo de investigación retrospectiva. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Británico.

**Resultados:** Se analizaron 29 pacientes con una mediana de edad de 64.5 años, 48.8% femenino, APACHE II de 14 y un Charlson de 3. De estos, el 89.6% cursaron con DAUCI (Con un promedio de MRC de 32. Se traqueostomizaron 17 pacientes, el 57.7% estaban dentro del grupo DAUCI y el 66.7% sin DAUCI, decanulandose el 73.3% y el 100% en dichos grupos. Las derivaciones a Centros de Rehabilitación, fueron de 42.3% en el grupo DAUCI vs 0% en el grupo Sin DAUCI.

La disminución del MRC se asoció con el tiempo de ventilación mecánica ( $p=0,0053$ ) y de internación en UCI ( $p=0,0444$ ).

**Conclusión:** Los pacientes con SARS-CoV-2 y VMI tuvieron una mayor frecuencia de DAUCI, asociándose a un descenso de la puntuación de MRC a medida que aumentan los días de ventilación mecánica.

**0028 ULTRASONOGRAFÍA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA VS TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN PACIENTES CON TRAUMA TORACOABDOMINAL** E RAEMDONCK VAN MEGRODE(1), C CURA(1), C LA GILIA(1), P PAHNKE(1)  
 (1) Hospital Municipal de Urgencias

El manejo inicial del paciente traumatizado es extremadamente difícil en los departamentos de emergencia, ya que requiere decisiones rápidas en su valoración y tratamiento. El ultrasonido (US) es una herramienta útil, oportuna y accesible para orientar el manejo del paciente con trauma toraco-abdominal. Actualmente, el examen enfocado con ultrasonografía en trauma extendido (eFAST) es fundamental en el cuidado de estos pacientes.

**Objetivo:** Determinar la precisión diagnóstica (sensibilidad y especificidad) que poseen los residentes de Emergentología del Hospital Municipal de Urgencias (HMU) en la realización de eFAST.

**Diseño:** Estudio prospectivo, descriptivo, observacional.

**Materiales y métodos:** Incluyó a los pacientes ingresados al Shock Room (SR) del HMU, periodo enero a marzo del 2021, a los cuales se realizó protocolo eFAST y a posterior tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso como estándar de referencia diagnóstica. Se analizo: edad, sexo, mecanismo lesional, índice de gravedad de trauma (ISS), índice de shock (IS), score de coma de Glasgow (GCS), presencia de: liquido libre intraperitoneal (espacio hepatorenal, espacio esplenorenal y fondo saco de Douglas); neumotórax; hemotórax; derrame pericárdico.

Las variables numéricas se expresan como media +/- desviación estándar. Las variables categóricas se procesaron en Excel 2016 y analizadas con XLSTAT. El análisis estadístico se realizó con el método porcentual, tabla de contingencia para cálculo de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), significancia estadística con test exacto de Fisher.

**Resultados:** Se realizaron 37 eFAST, se analizó el conjunto de lesiones (neumotórax, hemotórax, derrame pericárdico y líquido libre intraperitoneal) en el que se encontró una S 79%, E 89%, VPP 88%, VPN 80%,  $p < 0,001$ . Analizando cada patología por separado: neumotórax S 77%, E 96%, VPP 91%, VPN 88%,  $p 0,0001$ ; hemotórax,



563%, E97%, VPP 83%, VPN 90%, p 0,0007; liquido libre intraperitoneal 5 75%, E 100%, VPP 100%, VPN del 97%, p 0,0005; derrame pericárdico pudimos estimar que el US tiene una alta E y VPN, pero no realizar los cálculos por el bajo número de casos.

**Conclusión:** El uso de la ultrasonografía en la evaluación de pacientes con traumatismos toracoabdominal por médicos en formación que no son especialista en diagnóstico por imagen, dentro de un centro de trauma, es seguro y preciso. Se necesitan más estudios para determinar la veracidad de estos resultados, aumentando el número de pacientes evaluados y disminuyendo el riesgo de sesgo.

	Sensibilidad	Especificidad	VPP**	VPN***	P****
Global*	79%	89%	88%	80%	<0,0001
Neumotórax	77%	96%	91%	88%	0,0001
Hemotórax	63%	97%	83%	90%	0,0007
Derrame pericárdico	100%	100%	100%	100%	-
Líquido libre intraperitoneal	75%	100%	100%	97%	0,0005

**Tabla 2.** Resumen de resultados de pacientes ingresados al SR que recibieron protocolo eFAST (n: 37) desde Enero 2021 - Marzo 2021. \* Incluye: Neumotórax, hemotórax, derrame pericárdico y líquido libre intraperitoneal. \*\* Valor predictivo positivo. \*\*\* Valor predictivo Negativo. \*\*\*\* Test exacto de Fisher. Fuente: Elaboración propia.

## 0029 UTILIZACIÓN DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-COV-2. ESTUDIO OBSERVACIONAL

DA RODRIGUEZ(1), P CENTENO(1), M PETRE(1), L SANABRIA(1), M ANCHORENA(1), X BENAVENTE MERCADO(1), E DUARTE(1), NB LEALES(1), R CANELON(1), A TARDITTI(1), N MARTIN(1), G VALDIVIESO  
(1) Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría.

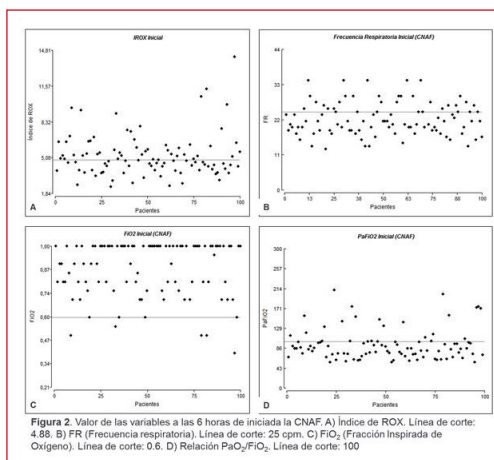
**Introducción:** Los pacientes con neumonía por SARS-COV-2 que requieren AVMI cursan con una elevada mortalidad. Al inicio de la pandemia existían discrepancias sobre la utilización de estrategias no invasivas en esta población. A pesar de ello, en numerosas instituciones se utilizó CNAF como terapia de sostén ante IRAh.

**Objetivo:** Describir las características clínico-demográficas, tasa de falla y mortalidad de pacientes con neumonía grave por COVID-19 que utilizaron CNAF. Secundariamente comparar las variables de resultado entre sobrevivientes y no sobrevivientes.

**Materiales y Método:** Estudio observacional y retrospectivo.

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes cuyas características clínico-demográficas se especifican en la tabla 1. La mediana de días desde la FIS hasta el ingreso hospitalario fue de 10 (8-13) días. A las 6 horas de iniciada la CNAF el IROX fue de 4.85 (4.05-5.89), la frecuencia respiratoria de 22 (19-26), la FiO2 de 0.95 (0.8-1) y la relación PaO2/FiO2 de 85 (72-100). El 38% de los pacientes no requirió AVMI, de estos el 53% tuvo un IROX < 4.88. La mortalidad global fue del 51%. Se observaron diferencias significativas en todas las variables secundarias entre los sobrevivientes que tuvieron éxito con CNAF en comparación a los que requirieron AVMI.

**Conclusión:** Se describieron las características clínico-demográficas de los pacientes. La tasa de falla fue del 62%. La mortalidad global fue del 51%. Al comparar sobrevivientes versus no sobrevivientes se encontró diferencia significativa en la edad y en todas las variables de monitoreo de la CNAF hasta el día 7. El subanálisis de los sobrevivientes arrojó diferencias significativas a favor de los que tuvieron éxito con la CNAF en todas las variables secundarias: días de UTI, días de internación, incidencia de DAUCI, incidencia de Delirium. Hasta nuestro conocimiento es el primer estudio en describir la utilización de CNAF en pacientes con COVID-19 severamente hipoxémicos.



**Figura 2.** Valor de las variables a las 6 horas de iniciada la CNAF. A) Índice de ROX. Línea de corte: 4.88. B) FR (Frecuencia respiratoria). Línea de corte: 25 cpm. C) FiO2 (Fracción Inspirada de Oxígeno). Línea de corte: 0.6. D) Relación PaO2/FiO2. Línea de corte: 100

	Todos los pacientes (n=100)	Sobrevivientes (n=49)	No sobrevivientes (n=51)	p
<b>Datos demográficos</b>				
Sexualidad, n (%)	62 (62%)	32 (65.30%)	30 (58.82%)	0.504
Edad, media (DE)	54.78 (13.64)	50.06 (14.89)	59.31 (20.63)	<0.002
<b>Distribución, n (%)</b>				
≤ 59 años	13 (13%)	12 (24.49%)	1 (1.96%)	
60-69 años	23 (23%)	14 (28.57%)	9 (17.64%)	
70-79 años	28 (28%)	7 (14.28%)	19 (37.25%)	0.005
≥ 80 años	34 (34%)	19 (38.8%)	14 (27.47%)	
% 79 años	12 (12%)	5 (10.20%)	7 (13.72%)	
≥ 80 años	2 (2%)	1 (2.04%)	1 (1.96%)	
<b>Score de severidad, mediana (RIQ)</b>				
APACHE II score	7 (4.75-10)	6 (4.49)	7 (5.11)	0.069
SAPS II score	28.5 (22-33)	27 (21-31)	28 (24-34)	0.36
<b>Comorbilidades, n (%)</b>				
Hipertensión Arterial	10 (10%)	7 (14.28%)	3 (5.88%)	0.161
Diabetes	45 (45%)	22 (44.89%)	23 (45.09%)	0.984
Obesidad	10 (10%)	3 (6.12%)	7 (13.72%)	0.205
Tabaquismo	20 (20%)	1 (2.04%)	19 (37.25%)	0.161
Respiratorios	36 (36%)	15 (30.61%)	21 (41.17%)	0.271
Cardiovasculares	22 (22%)	13 (26.53%)	9 (17.64%)	0.284
Al menos 1 comorbilidad	76 (76%)	37 (75.51%)	39 (76.47%)	0.91
Días o más comorbilidades	38 (38%)	17 (34.69%)	21 (41.17%)	0.504
Inflamidos bilaterales en Rx + TAC de tórax, n (%)	100 (100%)	49 (100%)	51 (100%)	1.000
Días desde FIS hasta ingreso hospitalario, mediana (RIQ)	10 (8-13)	9 (8-11)	10 (8-13)	0.839

Referencias: DE (Desvío Estándar), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II), RIQ (Rango Intercuartilico), SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II), FIS (Fecha de Inicio de Síntomas), Rx (Radiografía), TAC (Tomografía Axial Computada).

## 0030 ENCEFALOPATÍA SÉPTICA Y SU RELACIÓN CON LA HIPERAMONEMIA

M CASANOVA(1), B LATTANZIO(1), FJ PÁLIZAS(1), BS DORFMAN(1), CA CASABELLA GARCÍA(1), FJ PÁLIZAS(1), IC ROMERO(2), G PALIO(3), ND FALCON(1)  
(1) Clínica Bazterrica. (2) Sanatorio Güemes. (3) Clínica Santa Isabel

**Introducción:** La asociación entre hiperamonemia (HA) y desarrollo de encefalopatía es conocida, sin embargo la HA de causa extrahepática es infrecuente siendo la sepsis una posible causa. Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia y prevalencia de HA, encefalopatía séptica (ES) y su relación en pacientes con sepsis de origen extraneurológico internados en Terapia Intensiva (UTI).

**Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional de pacientes admitidos a UTI por sepsis y shock séptico extraneurológico. Variables clínicas, demográficas y de laboratorio fueron recolectadas al ingreso a UTI; se valoraron diariamente variables clínicas y de laboratorio. El objetivo primario fue determinar la incidencia de HA en pacientes con ES internados en UTI. Los pacientes completaron el seguimiento hasta el alta de UTI o la muerte (lo que ocurriese antes). Los objetivos secundarios fueron: prevalencia, incidencia y duración de HA en pacientes con ES (con y sin HA), mortalidad en UTI e intrahospitalaria, asociación germen o foco infeccioso con ES hiperamonémica.

**Resultados:** entre el 01 de junio de 2019 y el 31 de mayo de 2020 se incluyeron 49 pacientes de los cuales se identificaron 9 (18,4%) casos con diagnóstico de HA. De estos últimos 3 (6%) fueron al ingreso y 6 (13%) desarrollaron HA en su evolución. La mediana de días desde la detección de la hiperamonemia hasta su normalización fue de 4 (RIQ 2 -6) días. Se identificaron 14 (28,6%) casos con ES; 13 (26,5%) pacientes presentaron ES al ingreso. De los 36 restan-

tes, un paciente desarrolló ES durante la internación. La asociación entre ES y el foco infeccioso de sepsis no resultó estadísticamente significativo ( $p=0.18$ ).

**Conclusión:** Estos datos pueden ayudar a identificar en un futuro elementos que contribuyan al desarrollo de HA y su vinculación con la ES para mejorar el tratamiento y la evolución de los pacientes con sepsis.

### 0031 EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOBRE LOS PACIENTES LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

P TAFFAREL(1), J WIDMER(1), A FIORE(1), AP RODRIGUEZ(1), H RAMIREZ(1), C MEREGALLI(1), F JORRO BARÓN(1)  
(1) Pedro de Elizalde

**Introducción:** La adecuada sedación y analgesia es fundamental en el manejo de pacientes que requieren asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Se recomienda la utilización de protocolos y su monitoreo, siendo los resultados reportados sobre adhesión e impacto dispares.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la implementación de un protocolo de sedoanalgesia sobre el uso de benzodiazepinas, opioides y evolución en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en pacientes que requieren AVM mayor a 72 horas.

**Método:** Se realizó un estudio tipo antes-después, no controlado, en la UCIP del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Se desarrolló en 2 etapas: preintervención (Abril-Septiembre 2019) de diagnóstico situacional y postintervención (Octubre-2019 a Agosto-2021) de implementación del protocolo de sedoanalgesia con educación sobre uso y monitorización.

**Resultados:** Se registraron 527 admisiones durante el período estudiado, 52% requirió AVM. Se incluyeron 99 y 72 pacientes en las etapas pre y postintervención respectivamente. El grupo postintervención presentó menor edad, peso y gravedad (PIM III) al ingreso. Se evidenció una disminución durante la etapa post-intervención en los días de AVM [6 (4; 8) vs 7 (5; 12);  $p=0,010$ ], días de opioides en infusión continua [5 (3; 7) vs 5,5 (4; 10),  $p=0,012$ ], días de benzodiazepinas en infusión continua [3 (0; 5) vs 5,5 (3; 10,5),  $p=0,001$ ] y días totales de benzodiazepinas [5 (2; 6,5) vs 6,5 (3,5; 16,5),  $p=0,004$ ]. Luego de ajustar por gravedad, edad y peso al ingreso, persistieron las diferencias, agregando una menor estancia hospitalaria [16,5 (13-39,5) vs 18 (12-27),  $p=0,002$ ].

Se observó una adherencia al protocolo del 94,4%. Se verificó síndrome de abstinencia en 12,5% de los pacientes en la etapa post-intervención.

**Conclusión:** La implementación de un protocolo de sedoanalgesia permitió reducir el uso de fármacos en infusión continua y en su duración total. Se observó una disminución en los días de AVM y estancia hospitalaria.

### 0032 MEJORA EN LA ADHERENCIA DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

P TAFFAREL(1), AP RODRIGUEZ(1), J WIDMER(1), A FIORE(1), C MEREGALLI(1), F JORRO BARÓN(1)  
(1) Pedro de Elizalde

**Introducción:** La adherencia a prácticas basadas en la evidencia (PBE) permite una mejor gestión del proceso salud-enfermedad en pacientes críticos, existiendo una estrecha relación entre su cumplimiento y la calidad alcanzada.

**Objetivos:** Mejorar la adherencia a PBE y evaluar el impacto sobre los indicadores de calidad de la atención, en pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

**Métodos:** Estudio tipo antes-después, no controlado, desarrollado

en la UCIP del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, que involucró a todas las admisiones entre el 01/12/2019 al 31/08/2020. Se realizó en 3 etapas: pre-intervención, evaluó la adherencia a las distintas PBE a ser exploradas; intervención, se focalizó en educación, capacitación e incorporación al pase diario de una lista de verificación (LV) de PBE en formato electrónico; y post-intervención donde se observó la progresión de la adherencia a las PBE y su impacto. La LV incluía 27 PBE, segmentadas en 10 áreas de mejoras. Se consideró adherencia si se cumplía el 80% de las PBE.

**Resultados:** Durante el período estudiado fueron admitidos 153 pacientes, no se encontraron diferencias en las características al ingreso a UCIP entre los grupos pre-intervención y post-intervención. Se observó un aumento del 23% ( $p<0,001$ ) en la adherencia a las PBE evaluadas en la etapa post-intervención. El mayor descenso se verificó en la tasa de uso de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) (18%,  $p=0,033$ ). En relación a los indicadores de calidad, se evidenció una disminución de los episodios de neumonía asociada a AVM ( $p=0,002$ ) e infección asociada a sonda vesical ( $p=0,001$ ). No hubo diferencias en la estadía ni en la mortalidad en UCIP.

**Conclusión:** La implementación de una LV permitió aumentar el cumplimiento de las PBE evaluadas; mostrando un descenso en la tasa de uso de ARM y en la tasa de infección asociada a dispositivos.

### 0033 NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE EL MOMENTO OPORTUNO PARA LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES CON COVID-19 CRÍTICAMENTE ENFERMOS: ROL DE LA VENTILACIÓN EN PRESIÓN SOPORTE

JP SAULLO(1), I CARBONI BISSO(1), CE LOCKHART(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), J CANTOS(1), IA HUESPE(1), M LAS HERAS(1)

(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** El momento óptimo para realizar una traqueostomía (TQT) percutánea en pacientes con COVID-19 permanece en debate. Nuestro objetivo es evaluar si realizar la traqueotomía en el momento que el paciente inicia ventilación en modo presión de soporte (PSV) reduce los días de ventilación mecánica.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, realizado en la UCI del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se incluyeron todos los pacientes ventilados por COVID-19, a los cuales se les realizó TQT, entre el 21 de marzo de 2020 y el 6 de junio de 2021. El outcome principal fue días de ventilación mecánica (VM). Se compararon los días de VM a través de un modelo de regresión de Fine and Gray bivariado considerando la muerte como evento competitivo. Se calcularon los Sub hazard Ratios (sHR) crudos y ajustados por confundidores.

**Resultados:** En el período de estudio ingresaron 338 pacientes a UCI por COVID-19, 244 requirieron ventilación mecánica invasiva, 107 se sometieron a traqueotomía percutánea. Los pacientes que realizaron PSV previo a la TQT tuvieron una mediana de 36 días de ventilación mecánica (IQR 30-46,8) y los pacientes que realizaron PSV posterior a la TQT 37 (IQR 30-46). En el análisis Fine and Gray el sHR de pacientes que realizaron PSV posterior a la TQT fue de 1.05 (95% CI 0.66-1.69) y ajustado por confundidores de 1.01 (95% CI 0.43-2.36).

**Conclusión:** En pacientes con COVID-19 que requieren TQT, hacer PSV antes de la misma, no modificó los días de VM.

### 0034 CAMBIOS EN EL MANEJO CLÍNICO Y SU IMPACTO EN PACIENTES NO COVID INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE LA PANDEMIA

E PRADO(1), I HUESPE(1), MA MARCO(1), I CARBONI BISSO(1), P CORIA(1), N GEMELLI(1), M LAS HERAS(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Resumen:** A raíz de la pandemia por COVID-19 y el riesgo de conta-



gio para el personal de salud se instauraron las siguientes medidas: aislamiento geográfico, restricción de las visitas, restricción de las medidas que produzcan aerosolización como utilización de cánula nasal de alto flujo (CAF), ventilación no invasiva (VNI), lavado bronco (BAL).

**Pregunta de investigación:** ¿Los cambios en la atención médica por la aplicación de los protocolos COVID-19 afectaron los resultados clínicos en pacientes no COVID-19 durante la pandemia?

**Materiales y métodos:** Estudio observacional de cohorte retrospectivo en la terapia intensiva de un centro de alta complejidad. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda ingresados con hisopado negativo para COVID-19 desde marzo a abril del 2020 y el mismo periodo del año 2019. Se compararon los resultados entre los 2 grupos. Los outcomes a evaluar fueron mortalidad, soporte ventilatorio invasivo y no invasivo, cantidad de tomografías, cantidad de lavados bronquioalveolares y complicaciones en UCI.

**Resultados:** Observamos reducción en el uso de cánula nasal de alto flujo 14 (42%) en 2019 comparado con 1 (3%) en 2020. Encontramos un aumento significativo de pacientes intubados en el departamento de emergencias (23 [69%] en 2020 y 11 [31%] en 2019). Sin embargo, el número de pacientes con intubación orotraqueal después de 5 días en UCI fue similar en ambos años (24 [69%] en 2019 y 26 [79%] en 2020).

**Conclusiones:** Los protocolos de la UCI para la pandemia han producido un cambio en el manejo de los pacientes con insuficiencia ventilatoria sin diagnóstico de COVID-19. Observamos una reducción en el uso de CAF y un aumento en el número de intubaciones orotraqueales en el departamento de emergencias al restringir el uso de métodos no invasivos. Sin embargo, no se encontraron modificaciones en la proporción de pacientes intubados en UCI, ni en días de ARM o estadía en UCI.

### 0035 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DEL SOPORTE CON MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN PACIENTES CON COVID-19: UN ESTUDIO DE COHORTE NACIONAL

C LOCKHART(2), F PALIZAS JR(1), CA CASABELLA GARCÍA(1), I CARBONI BISSO(2), M LAS HERAS(2), D IVULICH(3), A MARTARRESE(3), M NORESE(1), LF ESPINOSA(4)  
 (1) Clínica Bazterrica. (2) Hospital Italiano de Buenos Aires. (3) Hospital Aleman de Buenos Aires. (4) Clínica Pasteur

**Introducción:** Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, el soporte de Oxigenación con Membrana de Circulación Extracorpórea (ECMO) se ha propuesto como estrategia en el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria aguda refractaria.

**Objetivo:** El objetivo de este proyecto observacional, retrospectivo y multicéntrico fue evaluar las características de los pacientes con soporte de ECMO y con COVID-19, como primer paso para la creación de un Programa ECMO a nivel nacional.

**Metodos:** Se analizaron datos de pacientes adultos con soporte de ECMO admitidos en los centros participantes. Se registró el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la colocación de ECMO, así como también el tiempo desde la ventilación mecánica y la canulación, y las características clínicas. Por último se evaluó la mortalidad, diferenciando a los pacientes en sobrevivientes y no sobrevivientes.

**Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes en el análisis. La mortalidad durante ECMO fue del 42,3% (n = 11) y la hospitalaria global fue del 65,3% (n = 17). Se realizó ECMO móvil en 10 (38,5%) pacientes. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la colocación de ECMO fue de 14, 5 días (IQR 10, 7 - 21, 5); con diferencias estadísticamente significativas entre sobrevivientes y no sobrevivientes (p = 0, 039). Los parámetros ventilatorios también mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los dos grupos, antes del soporte con ECMO y en el día 3 post ECMO.

**Conclusiones:** En este estudio se proporcionó información sobre

pacientes que requirieron ECMO durante la primera ola de covid-19 en Argentina.

Ventilación mecánica				
Variables	Total (n=26)	Sobrevivientes (n=9)	No sobrevivientes (n=17)	p
<b>Pre ECMO</b>				
VT, mediana (IQR), ml	400 (337 - 440)	380 (340 - 475)	400 (335 - 430)	0-87
VT PBW, mediana (IQR), ml/kg	6.9 (5.3 - 6.2)	6.1 (5.9 - 6.5)	6 (5.1 - 6.2)	0-15
FIO2, mediana (IQR)	0.9 (0.8 - 1)	0.9 (0.75 - 1)	1 (0.8 - 1)	0-52
PaO2/FIO2, mediana (IQR)	88 (67 - 102)	89.75 (77.62 - 104.8)	86.57 (62.5 - 103)	0-34
PEEP, mediana (IQR), cmH2O	10 (7.5 - 12)	11 (9 - 16)	10 (6 - 10.5)	0-04
Presión Plateau, mediana (IQR), cmH2O	25.5 (20.7 - 30)	24 (19.5 - 28.5)	26 (24 - 30)	0-4
Presión pico, mediana (IQR), cmH2O	32.5 (30 - 35.2)	32 (30 - 35)	33 (30.5 - 35.5)	0-92
FR, mediana (IQR)	24 (20 - 28)	24 (22 - 28)	24 (18 - 28.5)	0-49
Volumen minuto, mediana (IQR), L	9.2 (7.2 - 10.8)	9.4 (9 - 10.7)	7.8 (5.5 - 11.0)	0-22
Driving pressure, mediana (IQR), cmH2O	14 (11.7 - 19.2)	12 (9 - 13)	18 (14 - 22)	0-001
Compliance estática, mediana (IQR), ml/cmH2O	26.8 (20.6 - 33.1)	31.8 (29.2 - 45)	22.5 (17 - 28.7)	<0-01
Mechanical Power, mediana (IQR), J/L	22.8 (17.3 - 27.3)	23.37 (20.8 - 27.7)	20.7 (15.4 - 26.6)	0-34
<b>ECMO día 3</b>				
VT, mediana (IQR), ml	320 (285 - 385)	410 (275 - 470)	300 (262 - 347)	0-09
VT PBW, mediana (IQR), ml/kg	5 (4 - 6)	6 (5 - 6.9)	4.3 (3.6 - 5.4)	0-012
PEEP, mediana (IQR), cmH2O	10 (8 - 11)	10 (9 - 12.5)	9.5 (8 - 11.5)	0-3
Presión Plateau, mediana (IQR), cmH2O	23 (20 - 24)	21 (19.5 - 23.5)	23 (20.2 - 24.7)	0-23
Presión pico, mediana (IQR), cmH2O	28 (25 - 30)	28 (25.5 - 30)	27 (25 - 30)	0-8
FR, mediana (IQR)	15 (12 - 19)	18 (15 - 21)	14 (12 - 17.2)	0-06
Volumen minuto, mediana (IQR), L	4.4 (2.4 - 7.3)	7.6 (4.0 - 8.6)	3.8 (1.0 - 5.0)	0-012
Driving pressure, mediana (IQR), cmH2O	12 (10 - 15)	10 (8 - 12)	13.5 (12 - 15.7)	<0-01
Compliance estática, mediana (IQR), ml/cmH2O	24.2 (19.6 - 37)	37.27 (25.6 - 46.4)	21.4 (14 - 25)	<0-01
Mechanical Power, mediana (IQR), J/L	11.3 (8.7 - 19.8)	19.24 (9.7 - 21.7)	10.09 (6.9 - 15.2)	0-06

Referencias: IQR (Rango intercuartil); ECMO (Membrana de oxigenación de circulación extracorpórea); VT (Volumen tidal); PBW (Peso corporal previsto); PEEP (presión positiva al final de la espiración); FR (frecuencia respiratoria).

### 0036 EPIDEMIOLOGÍA DEL PROCESO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN COVID-19. ESTUDIO OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO

J DORADO(1), J DORADO, E NAVARRO(2), G PLOTNIKOW(3), E GOGNIAT(4), N TIRIBELLI(5), R GONZALEZ(6), R PRATTO(7), P GAGGINO(8), G CARDOSO(1), J SAGARDIA(9), E STEIMBERG(10), N DARGAINS(11), M ACCOCE(1)

(1) Sanatorio Anchorena San Martín. (2) Centro del Parque. (3) Hospital Británico. (4) SATI. (5) Hospital Churrucá Visca. (6) Hospital Fiorito. (7) Sanatorio Anchorena Recoleta. (8) Sanatorio de los Arcos. (9) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (10) Sanatorio Colegiales. (11) Hospital San Juan de Dios

**Introducción:** La pandemia por coronavirus (COVID-19) generó un incremento en la demanda de ventilación mecánica (VM). Los pacientes con síndrome de dificultad respiratoria grave por COVID-19 presentan características distintivas (más días de VM y mayor mortalidad), sin embargo, no existen reportes que describan los resultados en desvinculación de la VM.

**Objetivo:** Describir el proceso de desvinculación de la VM y resultados clínicos de acuerdo a los tipos de weaning en pacientes con COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, analítico y prospectivo. Se incluyeron mayores de 18 años que requirieron VM invasiva por COVID-19 del 1/4 al 30/8 de 2020. La desvinculación de la VM fue clasificada por la definición de conferencia de consenso y por el estudio WIND.

En 8 UCIs de AMBA se incluyeron 326 sujetos. El 47% no fueron expuestos a una prueba de despertar y el 52% no realizaron pruebas de ventilación espontánea (PVE). Fueron extubados 128 pacientes, el 31% fue reintubado y el 71% de estos no fue extubado nuevamente. El 65% no pudieron ser clasificados por conferencia de consenso, mientras que la totalidad fue estratificado por definición de WIND (Grupo 0=52%, grupo 1=28.5%, grupo 2=8% y grupo 3=11.5%) (Tabla 1). Se hallaron diferencias significativas en la estadía en VM (p<0.001) y UCI (p<0.001) entre grupos. La mortalidad se incrementa conforme aumentan los días de VM luego de fallar una PVE (Figura 1).

**Conclusión:** La desvinculación de la VM se vio afectada durante la pandemia, con un elevado número de pacientes que no realizaron una PVE. Si bien variables temporales se vieron modificadas, los resultados clínicos en cada grupo de destete fueron similares a lo reportado previamente. Consideramos relevante jerarquizar el primer intento de desvinculación ya que a partir de este la mortalidad se incrementa.

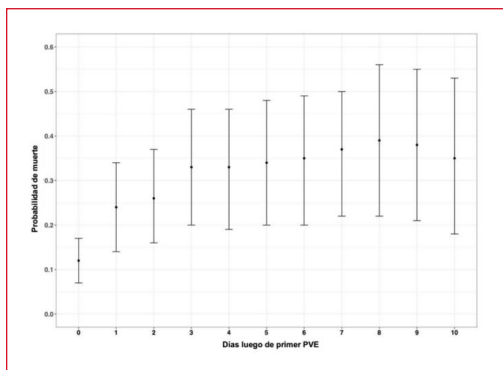


Tabla 1. Características de los pacientes de acuerdo a la clasificación según WIND.

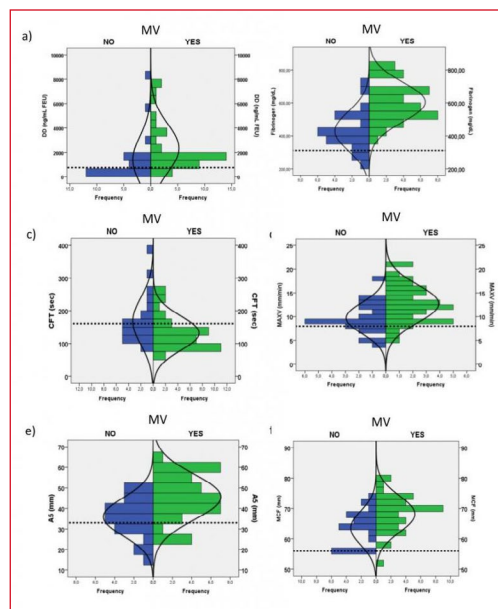
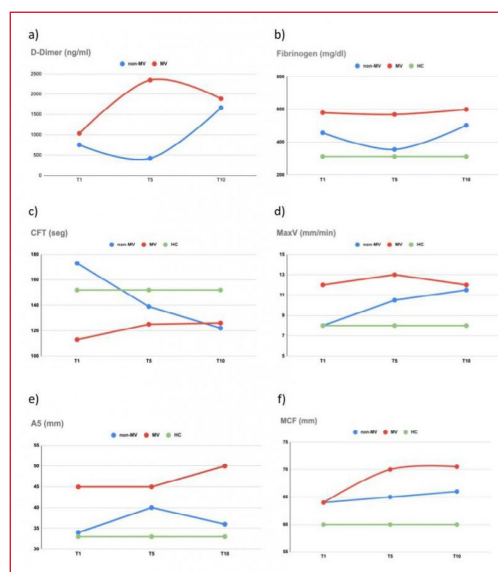
	Grupo 0 (n=170)	Grupo 1 (n=93)	Grupo 2 (n=26)	Grupo 3 (n=37)	p-valor
Edad (años), Mediana [RiQ] †	64.0 [55.3-70.0]	58.0 [45.5-67.0]	53.5 [48.5-63.8]	65.0 [57.0-70.0]	0.109
Sexo (Masculino), n (%) ‡	111 (65.3%)	67 (72.0%)	18 (69.2%)	26 (70.3%)	0.870
ICC (puntos), Mediana [RiQ] †	3.0 [1.5-4.0]	1.0 [0-2.0]	1.0 [0-2.0]	2.0 [1.0-4.0]	0.041
SAPS II al ingreso (puntos), Mediana [RiQ] †	38.0 [31.0-52.0]	34.0 [28.5-41.5]	32.5 [28.0-41.0]	36.0 [28.0-44.0]	0.390
SOFA al día 1 de VM (puntos), Mediana [RiQ] †	6.0 [4.5-7.0]	5.0 [3.5-7.0]	4.00 [3.5-6.5]	6.0 [4.0-8.0]	0.206
Inicio de síntomas hasta VM (días), Mediana [RiQ] †	6.0 [3.0-9.0]	7.0 [4.0-9.0]	6.5 [4.2-8.7]	7.0 [5.0-9.0]	0.806
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> al día 1 de VM (unidades), Mediana [RiQ] †	166 [130-220]	203 [159-274]	206 [162-250]	198 [144-250]	0.836
Tiempo desde la intubación hasta la primera PVE (Días), Mediana [RiQ] †	-	8.0 [3.5-13.0]	8.0 [2.0-10.0]	9.0 [5.0-14.0]	0.720
Decbito prono, n (%) ‡	57 (33.5%)	67 (72.0%)	15 (57.7%)	14 (37.8%)	0.001
Sesiones de decbito prono por paciente, (No.), Mediana [RiQ] †	2.0 [1.0-4.0]	2.0 [1.0-3.0]	1.0 [1.0-2.0]	2.00 [1.5-3.0]	0.113
Duración de VM (Días), Mediana [RiQ] †	12.0 [7.0-20.0]	9.0 [6.0-18.0]	12.0 [9.0-18.0]	28.0 [17.0-37.0]	<0.001
Estadío en la UCI (Días), Mediana [RiQ] †	13.0 [7.0-20.0]	16.0 [9.0-25.0]	17.5 [13.0-22.8]	28.0 [21.0-43.0]	<0.001
Estado al alta de la UCI o al día 28					
Vivo	-	87 (93.6%)	20 (76.9%)	14 (37.8%)	
Muerto	162 (96.5%)	2 (2.2%)	3 (11.5%)	14 (37.8%)	
Continúa internado	1 (0.6%)	3 (3.2%)	2 (7.7%)	2 (5.4%)	
Derivado a otra institución	7 (4.1%)	1 (1.1%)	1 (3.8%)	7 (18.9%)	

ICC: Índice de comorbilidad de Charlson; UCI: unidad de cuidados intensivos; SAPS: Simplified Acute Physiology Score; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment score; VM: ventilación mecánica; PVE: prueba de ventilación espontánea.  
 † ANOVA; ‡ test de Chi<sup>2</sup>; \* Test de Kruskal-Wallis.

**0037 UTILIDAD DE LA TROMBOELASTOMETRIA ROTACIONAL PARA LA DETECCIÓN DE HIPERCOAGULABILIDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN UCI POR COVID-19**  
 E PRADO(1), I CARBONI BISSO(1), I HUESPE(1), M LAS HERAS(1), M GARBARINI(1), MS LOPEZ(1), L BARRERA(1), J SINNER(1), M MARTINUZZO(1)  
 (1) Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Resumen:** El estado de hipercoagulabilidad y consecuente trombosis microvascular son algunos de los mecanismos fisiopatológicos que generan hipoxemia severa en pacientes con diagnóstico de COVID-19. El uso de la tromboelastometría rotacional (ROTEM) es una herramienta útil para evaluar alteraciones de la coagulación.  
**Pregunta de investigación:** ¿Puede la tromboelastometría rotacional detectar estados de hipercoagulabilidad en pacientes con COVID-19 internados en UCI?  
**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte observacional prospectivo desde agosto a noviembre del 2020. Se incluyeron pacientes COVID-19 positivos. Se valoró el perfil de coagulación mediante NaHEPTEM en los días 1 (T1), 5 (T5) y 10 (T10) de ingreso a UCI y se comparó con voluntarios sanos (V5). También se evaluó el

comportamiento del Dímero D y los test habituales de coagulación.  
**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes COVID-19 positivos y 19 VS. El MCF fue significativamente mayor en pacientes COVID en T1 vs VS (64 [IQR 59-68] vs 56 [IQR 52-60], p<0.001) evidenciando un mayor aumento en T5 comparado con T1 (69 [IQR 64-70], p=0.011 compared to T1). Los pacientes en ARM vs pacientes no ventilados presentaron de forma significativa mayores niveles de fibrinógeno y MaxV. Se evidencia a su vez que la presencia de un CFT< al percentil 25 o un A5> al percentil 75 en T1 se asoció a requerimientos de ARM (75% en ARM vs 25% en no ARM [p=0.039]). El tiempo de lisis fue significativamente menor en T5 y T10 que en T1 pero de igual manera en pacientes en ARM que los no ventilados.  
**Conclusión:** El NaHEPTEM puede predecir estados de hipercoagulabilidad en pacientes COVID-19 internados en UCI. Los parámetros de coagulación se encuentran más alterados en pacientes con requerimiento de ARM.



### 0039 TOMA DE MUESTRA MÍNIMAMENTE INVASIVA POST-MORTEM EN ADULTOS HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19)

A MARTINEZ(1), P DE LA IGLESIA(1), S SEGURA(1), S VILLARROEL(1), M GARBARINI(1), M CABALLERO(2), M LAS HERAS(1)

(1) Italiano de Buenos Aires. (2) Fundación Infant

**Introducción:** Comprender los posibles mecanismos de muerte por COVID-19 es clave para planificar y diseñar estrategias terapéuticas. La toma de muestra de tejidos mínimamente invasiva (MITS), es una técnica validada que consiste en la toma de muestras tisulares mediante punciones percutáneas postmortem para estudio histopatológico y molecular. Esta técnica representa una alternativa poco implementada en Argentina que permitiría evaluar el daño orgánico, y que puede ser aplicada a cualquier patología.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, prospectivo en pacientes fallecidos por SARS-CoV-2 en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre 02/09/2020 al 06/06/2021, con el objetivo de identificar daño en órgano blanco, mediante la obtención de muestras a través de la técnica mínimamente invasiva (MITS)

**Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes, de los cuáles 17 consintieron ( tasa de aceptación 77,3 %), se obtuvieron 17/17 muestra pulmonares, 17/17 tejido hepático, 16/17 tejido cerebral, 14/17 médula ósea. Hallazgos más característicos en pulmón fue capilaritis 82%, daño alveolar difuso en 76,5% y neumonía organizativa en 47%, en hígado fue congestión 94% y se encontró 64% de hemofagocitos en médula ósea.

**Conclusiones:** MITS es una metodología con alto rédito de material biológico para el diagnóstico de daño de órgano blanco. Es una técnica sencilla, rápida, no mutilante, de bajo costo y altamente aceptada por los familiares. Entre los hallazgos más característicos podemos mencionar que el daño alveolar difuso fue el patrón más frecuente en el tejido pulmonar. El depósito de fracción del complemento CD4 es focal en los pulmones, lo que sugiere que el rol de inmunocomplejos es poco importante y que no es posible atribuir la enfermedad por inmunocomplejos en las muertes por COVID 19. La inflamación vascular estaba presente en el pulmón y en otros tejidos, ésta última característica difiere de otras etiologías virales respiratorias.

### 0040 MORTALIDAD Y TRAUMATISMO DE CRANEO EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA PROVINCIA DE SALTA EN EL PERIODO 2019-2021

AN VIDES(1), A SANCHEZ(2), N SARAGUSTI(2), M CORDEIRO(2)

(1) San Bernardo. (2) Hospital San Bernardo

**Introducción:** Muchos pacientes con TEC ingresan a UTI con pobres resultados. Existen discrepancias relacionadas con el valor predictivo que algunos factores clínicos y demográficos tienen en torno a la evolución de estos pacientes. La fuerza de la evidencia de las recomendaciones publicadas actualmente son insuficientes para su uso en nuestro medio.

**Método:** Se trata de un trabajo retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de TEC que ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital San Bernardo de La Ciudad de Salta Capital entre el 1 de enero de 2019 al 30 de junio de 2020. En base a historias clínicas físicas se analizaron las siguientes variables: edad y sexo; Marshall al ingreso hospitalario; Intervención quirúrgica al ingreso a UTI, Sensor de PIC, HTE, tratamiento de HTE, días de VM, días de estadía en UTI, traqueostomía, infecciones adquiridas en UTI.

Se realizó tabla analizada por contraste de datos en función de mortalidad intrahospitalaria, con el objetivo de encontrar cuál fue la causa o el factor pronóstico que mayor incidencia tiene sobre la mortalidad en el TEC que requiere ingreso a UTI.

**Resultados:** La muestra final fue de n=113 , la mayoría fueron

hombres (85,8%). La edad media fue de 37,6 años. El 63,3% tuvo Marshall tipo II. El 92,9% requirió intervención quirúrgica. La media del tiempo de VM fue de 9,4 días. La media de estadía en UTI fue 12 días. El 22,1% requirió traqueostomía. El 54,9% presentó infecciones, el 96,8% fue NAVM. La mortalidad intrahospitalaria fue del 6.2%.

**Conclusiones:** Al correlacionar los grupos de óbitos vs alta, se halló una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a Marshall de ingreso hospitalario (Marshall IV 29% vs 2% - P 0.005), e hipertensión endocraneana refractaria (43% vs 11% - P 0.017) a favor del grupo obitos, como así también una tendencia en las variables de estadía hospitalaria y días de VM, sin significancia estadística.

### 0041 PREVALENCIA DE TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO EN EL HOSPITAL SAN BERNARDO DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2019 A ENERO 2020

NS LLANES(1), RR REINOSO(1)

(1) San Bernardo

**Introducción:** El traumatismo craneo encefálico (TCE) constituye uno de los principales motivos de ingreso hospitalario en nuestro país. Se cree que la causa primordial es el accidente automovilístico, sobre todo donde se ve involucrado el uso de motocicleta sin casco. Sin embargo se desconoce exactamente la prevalencia de TCE que requiere internación en la unidad de cuidados críticos en nuestro medio.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de TCE con requerimiento de UTI en el Hospital San Bernardo, nosocomio de referencia de traumatismo de la región, durante el periodo de enero de 2019 y enero de 2020. Así también, determinar su principal causa, el perfil epidemiológico de presentación y estudiar las correlaciones entre forma de presentación, gravedad, tipos de lesiones y cirugías mas frecuentes.

**Materiales y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo, cuantitativo, observacional a partir de datos registrados en las historias clínicas de pacientes que presentaron internación en UTI por TCE en el periodo enero 2019-enero 2020. Con un N=98, se incluyeron a todos los pacientes adultos (mayores de 16 años) que hayan presentado TCE, alteración de la conciencia asociado a TCE y politraumatismo con pérdida de la conciencia.

**Conclusión:** La principal causa de TCE se debe a accidentes en moto sin casco. El lóbulo frontal y lóbulo temporal, por su característica y ubicación anatómica son los lugares donde predominan las lesiones por dicho mecanismo.

Al correlacionar la clasificación GCS con el Score de Marshall se observó que en TCE leve, se asoció con Marshall Tipo I, en el TCE moderado y severo se asociaron en gran porcentaje a Marshall tipo II, con requerimiento de conducta quirúrgica en donde predominó la Craniectomía descompresiva con colocación de sensor de PIC para el monitoreo post quirúrgico del paciente.

### 0042 EXPERIENCIA COVID-19 EN EMBARAZO 2020-2021 EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL SANATORIO ANTÁRTIDA

K CISNEROS(1), L FRANCONIERI(1), E PORJOLOWSKY(1), A TRISTAINO(1), C MORENO(1), J ROMERO(1), P LUCERO(1), D LAFOSSE(1), B CASTRO(1), P CORDERO(1), L PERO(1), M JUNCOCO(1), N PEREZ(1), J HERRERA(1), G LLARUL(1), J OCHOA(1)

(1) Sanatorio Antartida

**Introducción:** La nueva infección por SARS-Cov-2 fue causante de afecciones respiratorias severas. El grupo vulnerable y de alto riesgo son las mujeres gestantes siendo un gran desafío en el abordaje y toma de decisiones con este grupo de pacientes.

**Pregunta de investigación:** Impactó la infección por SARS-Cov-2 en las pacientes gestantes durante abril de 2020 a agosto de 2021 en las pacientes internadas en Sanatorio Antártida procedentes del AMBA

**Objetivos:** Describir la mortalidad, complicaciones maternas y fetales

en pacientes gestantes con diagnóstico de infección por SARS-Cov-2 durante el periodo de internación en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Materiales y Métodos:** Pacientes gestantes con diagnóstico positivo de SARS-Cov-2 durante los periodos de Abril 2020 hasta Agosto 2021 inclusive internados en el servicio de cuidados intensivos de hospitales del AMBA, manifestaciones clínica, complicaciones maternas, intrauterinas, fetales, mortalidad materna, mortalidad fetal y transmisión vertical de SARS-Cov-2.

**Criterios de inclusión:** Pacientes gestantes con diagnóstico positivo de SARS-Cov-2 por testeo reacción en cadena de polimerasa (PCR) positivo durante los periodos de Abril 2020 hasta Agosto 2021 inclusive internados en el servicio de cuidados intensivos en AMBA.

**Resultados:** Un total de 19 (2,57%) pacientes admitidos en el servicio de cuidados intensivos con curso de tercer trimestre de gestación, con una edad media de 30.2 años, con grupo sanguíneo O positivo 73.68%, índice de masa corporal (IMC) >30 59.89%, vacunación contra SARS-Cov-2 10.53%.

Requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVM) (VM 52,63%), Mortalidad materna 10%.

Promedio edad gestacional 31 semanas Finalización del embarazo: cesárea 63%, parto vaginal 47%. Transmisión vertical 5%. Shock séptico 26,32%, Durante el estudio no se reportaron muertes intrauterinas ni fetales.

#### 0043 MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON SOPORTE VENTILATORIO EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA J SIMONASSI(1), MT CANZOBRE(1) (1) de Pediatría Juan P. Garrahan

**Introducción:** La movilización temprana (MT) es una actividad poco implementada en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de Latinoamérica y el requerimiento de soporte ventilatorio es una de las barreras más frecuentes para su implementación.

**Objetivo:** Describir la población que recibió movilización temprana y el tiempo de inicio de la misma, en los pacientes que requirieron soporte ventilatorio.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, llevado a cabo en una UCIP del Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. Se incluyeron todos los pacientes menores de 18 años que requirieron ventilación mecánica invasiva y/o no invasiva durante al menos 24hs en el período comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2019.

**Resultados:** Se analizaron 196 sujetos, 104 (53.1%) de género masculino, con una mediana de edad de 29 (RIQ 7 – 99,5) meses, 13,4 (RIQ 6,2-25) kilos de peso y un PIM 3 de 1% (0,6 - 3). Más de la mitad de la población presentaba una condición crónica compleja (CCC) al ingreso y el 40% un déficit cognitivo/funcional. La mediana de internación en UCIP fue de 8 (5-14) días. Con respecto al soporte ventilatorio, 124 (63,3%) sujetos recibieron VMI y 72 (37,7%) VMNI. Ciento cuarenta y tres (73%) sujetos recibieron MT durante su estadía en UCIP y la mediana de inicio de movilidad fue el día 3 (2-5). Los pacientes que recibieron MT fueron de mayor edad, mayor peso, más graves según PIM3 y tuvieron mayor tiempo de internación en UCIP. Al ingreso a la UCIP el 60% tenía una CCC y el 38,5% un déficit cognitivo/funcional, según el score PCPC/POPC.

**Conclusiones:** Es frecuente que los pacientes más graves, de mayor edad y estadía más larga en UCIP reciban MT, sin embargo, esta actividad podría iniciarse más tempranamente.

#### 0044 IMPORTANCIA DEL ULTRASONIDO EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL INTENSIVISTA: ACCESOS VENOSOS CENTRALES F MIHOFF(1), M CORIA(1), M BERNADÓ(1), G BÁSCOLO(1), L LEGUIZA(1) (1) HIGA Dr. Oscar Alende

**Introducción:** La colocación de accesos venosos centrales es una

práctica frecuente en cuidados intensivos. Los pacientes ingresados a unidades críticas tienen patologías complejas que hacen de dicho procedimiento un verdadero desafío.

**Hipótesis:** El ultrasonido, en la colocación de vías venosas centrales, permite: elegir el sitio más adecuado de punción, visualizar el ingreso del alambre guía en el vaso, controlar el correcto posicionamiento del catéter y detectar complicaciones.

**Materiales y Métodos:** Tres residentes de 2do, 3ro y 4to año de cuidados intensivos, formados en ecografía básica y colocación de accesos venosos centrales por reparos anatómicos, fueron entrenados en el procedimiento con guía ecográfica.

Se monitorizaron durante 6 meses.

Se utilizó un ecógrafo Sonosite Micromax con sonda lineal de 7-10 MHz.

Los resultados fueron analizados con el paquete informático EPI INFO 2020 versión 7.2.4.0.

**Resultados:** Durante el período analizado se registraron 124 procedimientos, las indicaciones fueron:

33% necesidad de vasoactivos, 29% rotación de catéter, 13% NPT, 7% ausencia de acceso periférico.

La localización fue: 62% subclavios, 34% yugulares y 4% femorales. El 65% se hicieron con técnica fuera de plano y el 43% en plano, en más del 94% se realizó el protocolo ecográfico completo de colocación.

El 88% de los procedimientos fueron exitosos.

La tasa de complicaciones mecánicas fue del 11% (n =14): 4.8% (6) neumotórax, 3.2 % (4) punción arterial y 3.2% (4) posición incorrecta.

No hubo diferencias significativas entre operadores respecto a la tasa de éxito y complicaciones.

**Conclusiones:** Observamos una alta tasa de éxito en los procedimientos realizados. El número de complicaciones mecánicas fue bajo, considerando que la mayoría de los accesos fueron subclavios y realizados en su totalidad por residentes.

El uso y entrenamiento en ultrasonido debe ser introducido precozmente en los programas de formación en terapia intensiva.

#### 0045 SARS-COV-2 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO Y SU IMPACTO EN LOS INGRESOS A UTI LB POLLIOOTTO(1), C PEÑAFORT(1), C CIALLELLA(1), MDV MEJIBAR(1) (1) Descentralizado Dr Guillermo Rawson.

**Resumen:** En los últimos meses se ha registrado un incremento en la cantidad de ingresos de pacientes adultos con insuficiencia respiratoria secundaria a SARS-CoV-2 requiriendo internación y ventilación mecánica en terapia intensiva. Esta situación produjo una aceleración en la implementación de equipos de soporte ventilatorio invasivo y no invasivo. Los objetivos del estudio fueron analizar si la oxigenoterapia de alto flujo podría ser una alternativa terapéutica para disminuir los ingresos a terapia intensiva.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 160 adultos ingresados a clínica médica, con coronavirus, en el período de nov 2020 a febrero 2021. Se incluyeron > de 18 años con SARS-CoV-2. Se excluyeron los que requerían IOT urgente. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y predictivo sobre los datos registrados en relación a la terapia y su repercusión en los ingresos a UTI.

**Resultados:** De los 160 pacientes internados, 73 (45 %) fueron tratados con oxigenoterapia de alto flujo, de los cuáles 48 (66%) tuvieron éxito. La Sa/FiO2 se mantuvo en valores mayores a 200 en el 85,4% de los casos. La frecuencia respiratoria disminuyó después de 1-2 horas con una mediana de 22 r/min en el grupo de éxito, no evidenciando el mismo comportamiento en el grupo de fracaso. El índice de Rox al inicio fue de 5,63 y, a las 2 horas de 6,35. La curva de casos acumulados en los ingresos a terapia intensiva presentó una variación decreciente a partir de la semana en que comenzó la implementación del alto flujo.

**Conclusiones:** La Oxigenoterapia de alto flujo iniciada tempranamente, evidenció beneficios relacionados a la reducción de ingresos a Unidad de Terapia Intensiva.

**Palabras claves:** soporte ventilatorio no invasivo, oxigenoterapia, cánula nasal de alto flujo, insuficiencia respiratoria aguda, COVID-19.

#### 0046 DECANULACIÓN EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS. ESTUDIO EXPLORATORIO RETROSPECTIVO

M LOUSTAU, V ACEVEDO(1), F BIANCHINI(1), E DI SALVO(1), R DOMÍNGUEZ(1), JC MELERO(1), M CELANO(1), M DEL BONO(1), I BROZZI(1), G PLOTNIKOW(1)  
 (1) Británico

**Introducción:** La traqueostomía se ha convertido en una práctica habitual en las unidades de terapia intensiva. Alcanzar la desvinculación de la ventilación mecánica (VM) y la decanulación disminuye la mortalidad y los días de internación, mejorando la calidad de vida de cada paciente posterior al alta.

**Objetivo:** Describir a la población de pacientes traqueostomizados por ventilación mecánica prolongada (VMP), y analizar factores asociados a la decanulación.

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que requirieron traqueostomía por VMP internados en la UTI del Hospital Británico de Buenos Aires.

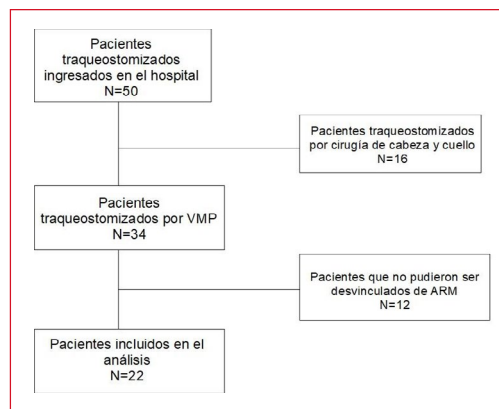
**Resultados:** Se analizaron datos de 22 pacientes traqueostomizados, en su mayoría hombres con un promedio de edad de 67 años, cuyo principal motivo de ingreso al hospital fue por causa neurológica. La mediana de días de VM a la traqueostomía fue de 12 (10-17). Se decanuló al 50% de los pacientes en una mediana de 23 días (RIQ: 13-40) desde la desvinculación de la VM. La media de edad ( $p=0,0485$ ) y el APACHE II ( $p=0,0005$ ) fueron significativamente mayor en los pacientes no decanulados. Se decanularon significativamente menos pacientes con motivo de ingreso neurológico ( $p=0,022$ ). El 72% de los pacientes decanulados alcanzó el alta domiciliaria con una mediana de días de internación significativamente mayor con respecto al grupo no decanulado ( $p=0,01$ ) (Tabla 1).

**Conclusiones:** La decanulación es un procedimiento factible en un considerable número de pacientes durante su internación. La misma requiere considerar múltiples variables que contribuyen a que el paciente logre el objetivo, y representa un evento importante en la rehabilitación de los pacientes críticamente enfermos ya que condiciona el destino del paciente al alta.

Tabla 1: Características de la población según resultado en la decanulación.

Variables	Total (n=22)	Decanulados (n=11)	No decanulados (n=11)	Valor de p
Edad #	67 (15,4)	63 (15,5)	72 (14,76)	0,0485**
Género femenino % (n)	45 (10)	36 (4)	54 (6)	0,39
Charlson score *	4,5 (3-6)	4 (3-6)	5 (4-6)	0,17
Apache II *	15 (9-20)	11 (7-15)	20 (15-24)	0,0005**
Motivo ingreso al Hospital % (n)				
1. Respiratorio	23 (5)	36 (3,4)	9 (9,1)	0,12
2. Neurológico	31 (7)	9 (1)	54 (5,6)	0,002**
3. Quirúrgico	18 (4)	27,2 (3)	9 (9,1)	0,26
4. Cardíaco	27 (6)	27,2 (3)	27,2 (3)	0,99
Técnica de traqueostomía % (n)				
1. Percutánea	36 (8)	46,45 (5)	27,27 (3)	0,37
2. Quirúrgica	63 (14)	54,54 (6)	72,72 (8)	0,37
Días de IOT previa a TQT *	12 (10-17)	13 (10-19)	11 (10-16)	0,36
Días de ARM *	31 (17-38)	31 (21-47)	31 (13-36)	0,32
Días desde desvinculación hasta la decanulación *	-	23 (13-40)	-	-
Estadía en UTI *	41 (36-49)	43 (38-63)	41 (20-42)	0,12
Estadía hospitalaria *	62 (41-89)	81 (62-93)	42 (34-62)	0,01**
Condición al alta o fin de seguimiento % (n)				
1. Fallecido	18 (4)	0	36 (4)	-
2. Alta al domicilio	41 (8)	72 (8)	3 (3)	0,002**
3. Alta a centro 3er nivel	41 (9)	27 (3)	54 (6)	0,25

# Valores expresados en media y desvío estándar. \* Valores expresados en mediana y rango intercuartílico. \*\* Número total. % Porcentaje. IOT: intubación orotraqueal. ARM: asistencia respiratoria mecánica. TQT: traqueostomía. \*\* p<0,05



#### 0047 PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS CON COVID-19, COHORTE PROSPECTIVA OBSERVACIONAL

M MONTENEGRO(1), S GALCERÁN(1), P OKURZATY(1)  
 (1) Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

**Introducción:** La información sobre pacientes obstétricas críticas con COVID-19 es escasa. Nuestro objetivo es describir las características principales de las pacientes obstétricas críticas afectadas por COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y observacional en el que se incluyeron todas las pacientes con PCR positiva para COVID-19 ingresadas a la Unidad de Cuidados Críticos Obstétricos de un Hospital Materno Infantil de la CABA, desde el 01/04/2020 hasta el 30/09/2021.

**Resultados:** Se reclutaron 44 pacientes. La media de edad fue de 30,9. Esta resultó menor en los casos leves que en los moderados-severos, sin alcanzar significancia estadística (28,7 vs 31,8 años;  $p=0,174$ ).

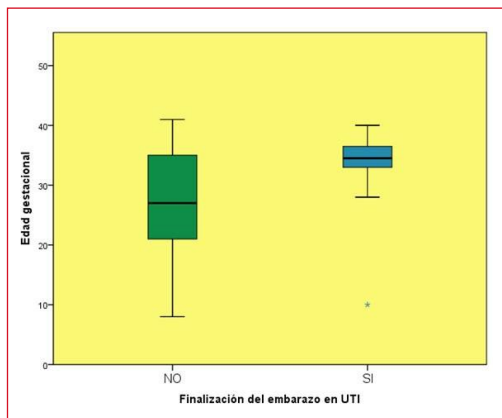
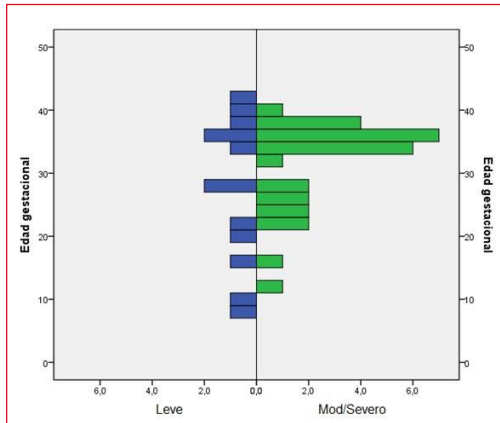
La edad gestacional media al ingreso fue de 27 semanas en cuadros leves y de 30,7 para los cuadros moderados-severos, aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística ( $p=0,4$ ).

Treinta y cuatro pacientes (77,2%) ingresaron embarazadas y 10 (22,7%) cursando el puerperio. Trece (29,5%) tuvieron enfermedad leve, 20 (45,4%) cuadros moderados y 11 (25%) cuadros severos con requerimiento de AVM. Entre estas últimas, 7 (63%) fueron pronadas al menos una vez y 2 requirieron traqueostomía.

De las 34 embarazadas, en 16 casos (47%) se finalizó la gestación durante su internación en la Unidad. De estas, sólo 7 cesáreas (20% de las embarazadas) se realizaron por deterioro ventilatorio progresivo, todas gestaciones mayores a 34 semanas. Nueve embarazos (26%) se finalizaron por causa fetal o enfermedad preecláptica. El resto (18 pacientes, 53% del total de embarazadas), continuaron su gestación tras su internación en UTI, incluyendo 4 pacientes que fueron pronadas y una traqueostomizada. (Figura-1) La edad gestacional promedio al ingreso de las que continuaron el embarazo fue de 27,5 semanas, mientras que la de las que se finalizaron fue de 33,2. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa ( $p=0,02$ ) (Figura-2)

La mediana de score APACHE II al ingreso fue de 3, aunque resultó de 1,5 en pacientes leves y de 5 en pacientes con enfermedad moderada-severa ( $p=0,049$ ). Se registraron 2 muertes maternas por hipoxemia refractaria (4% del total y 18% de los cuadros severos): una puérpera de cesárea de término y una embarazada de 23 semanas. La media global de días de internación en UTI fue de 10,8 días, extendiéndose a 13,6 días al considerar sólo los casos moderados-severos y 26,8 días para los casos severos exclusivamente.

**Conclusiones:** La mayor parte de los embarazos pudieron continuarse a pesar de la severidad de los cuadros maternos, incluso durante el decúbito prono. Los embarazos que se finalizaron fueron cercanos al término, y en su mayoría por patología materna distinta al COVID-19 o por alteraciones fetales.



#### 0048 VALIDACIÓN DEL SCORE PIM3 EN UNA POBLACIÓN DE INMUNOSUPRIMIDOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA

M HERRERA(1), MP ARIAS LÓPEZ(2), F SUAREZ(1), ML FLORES TONFI(1), ME GALVÁN(1), D BUAMSCHA(1), AL FERNÁNDEZ(3), A SIABA SERRATE(4), A FERNÁNDEZ(5), K CINQUEGRANNI(6), ALTA COMPLEJIDAD EN RED, C MEREGALLI(8), ME RATTO(9), GDT VALIDARPIM3 PEDIÁTRICO  
(1) Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan". (2) Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. (3) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (4) Hospital Universitario Austral. (5) Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand. (6) Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner. (7) Alta Complejidad en Red. (8) Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. (9) Hospital de Niños Sor María Ludovica

**Introducción:** El "case mix" de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es un factor fundamental al evaluar el desempeño de los puntajes de predicción de riesgo de mortalidad. El índice pediátrico de mortalidad PIM3 es el puntaje más usado con este fin en las UCIP de Argentina ya que ha sido validado en el país. Si bien PIM3 tiene en cuenta algunas comorbilidades en la predicción de mortalidad, no incluye al amplio espectro de inmunosuprimidos admitidos en UCIP. El objetivo de este estudio fue evaluar el desempeño de PIM3 en esta población, considerando que su necesidad de cuidados críticos es cada vez más frecuente y remarcando la importancia de disponer de un puntaje adecuado para evaluar su pronóstico.

**Material y métodos:** Multicéntrico, observacional, retrospectivo. Análisis secundario de Registro SATI-Q y base de datos UCI72 Hospital JP Garrahan. Población: pacientes ingresados en las UCIP participantes entre el 1-1-2018 y 31-12-2019. Edad 1 mes a 16 años, con condición de inmunosupresión de acuerdo a CIE-9. Se evaluó el desempeño del PIM3 analizando su capacidad de discriminación (área bajo la curva ROC (AUCROC; IC95%) y calibración (test de Hosmer-Lemeshow, HL) en dicha población y se realizó análisis de subgrupos (etario, enfermedad de base y motivo de ingreso). Se consideró estadísticamente significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 1256 pacientes; el 39,4% presentó enfermedad oncohematológica. Los principales motivos de ingreso fueron monitoreo postquirúrgico (30,4%) y sepsis (24,4%). El 53,6% requirió ventilación mecánica. La mortalidad observada fue 15,8% (198/1256) mientras que la estimada por PIM3 10% (126/1256) siendo la Tasa de Mortalidad Estandarizada 1,57 (IC95% 1,36-1,80;  $p > 0,001$ ). La discriminación del puntaje fue adecuada (AUC-ROC: 0,77(0,74-0,8)). Sin embargo la calibración mostró diferencias estadísticamente significativas en la población general y subgrupos analizados (Test de HL  $\chi^2=198,66$ ,  $df=8$ - $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** PIM3 presentó un aceptable desempeño en la población analizada. Si bien en el grupo general la capacidad de discriminación para pronosticar mortalidad fue adecuada, se observó mayor mortalidad que la esperada por el puntaje en todos los subgrupos analizados. Puede considerarse una herramienta útil para objetivar la gravedad de estos pacientes y evaluar la calidad del tratamiento brindado en UCIP.

#### 0050 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M HORNOS(1), MB BUSCAGLIA(2), V RICHTER(2), I HUESPE(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1)  
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires. (2) Instituto Universitario del Hospital Italiano.

**Introducción:** La enfermedad por coronavirus (COVID-19) afecta principalmente al sistema respiratorio, sin embargo en un grupo específico de pacientes se manifiesta como una enfermedad sistémica. La tarea de recolección, sistematización y difusión de las características de los pacientes con COVID-19 en la unidad de cuidados críticos (UCI) resulta de suma relevancia para el futuro.

El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y resultados de los pacientes con COVID-19 crítico.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron datos de pacientes adultos con COVID-19 confirmado por laboratorio, hospitalizados en la UCI, entre marzo de 2020 y julio de 2021.

**Resultados:** Durante el período de estudio, 439 pacientes fueron ingresados a UCI. El 69% (299) de sexo masculino, mediana de edad de 65 años (RIC 56-75). La mediana de APACHE II al ingreso fue de 10 (RIC 7-15) y SOFA 3 (RIC 2-5). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial 53% (234), seguida de obesidad en el 41% (180) y diabetes, 19% (84).

El 78% (341) requirió ventilación mecánica invasiva, y entre ellos el 43% (146) recibió ventilación en decúbito prono. El 8% (27) recibió óxido nítrico inhalado, y el 8% (28) requirió oxigenación por membrana extracorpórea.

La mediana de días en UCI fue de 15 (RIC 7-31), y la estadía hospitalaria 24 días (RIC 14-42). El 6% (27) de los pacientes ingresados a UCI, tuvieron al menos una dosis de vacunación, pero solo el 0,5% (2) presentaron el esquema completo.

La mortalidad a los 30 días fue 28% (124), con una mortalidad hospitalaria de 39% (171).

**Conclusión:** El conocimiento de las características clínicas de pacientes críticos por COVID-19 nos permite definir estrategias diagnósticas y terapéuticas, posicionarnos ante familiares y definir normas hospitalarias en relación a la pandemia y la limitación de recursos humanos y económicos.

	Total n = 439
<b>Características clínicas</b>	
Sexo masculino, n (%)	299 (68)
Edad, mediana (RIC)	65 (56 - 75)
APACHE II, mediana (RIC)	10 (7 - 15)
SOFA, mediana (RIC)	3 (2 - 5)
Charlson, mediana (RIC)	3 (2 - 5)
<b>Comorbilidades, n (%)</b>	
Hipertensión arterial	234 (53)
Obesidad	180 (41)
Diabetes	84 (19)
Enfermedad coronaria	49 (11)
EPOC	23 (5)
Asma	17 (4)
Enfermedad renal crónica sin HD	31 (7)
Enfermedad renal crónica en HD	13 (3)
Insuficiencia cardíaca	21 (5)
Enfermedad oncológica sin quimioterapia	18 (4)
Enfermedad oncológica en quimioterapia	33 (8)
Trasplante de órgano sólido	24 (5)
Trasplante de médula ósea / células hematopoyéticas	5 (1)

**Tabla 1.** Características clínicas y comorbilidades de los pacientes con COVID-19 ingresados a Unidad de Cuidados Intensivos en 2020 y 2021. Las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC), las variables dicotómicas se expresan como n y porcentaje (%). Abreviaciones: EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HD: hemodiálisis.

	Total n = 439
<b>Evolución temporal, mediana (RIC)</b>	
Días desde inicio de síntomas hasta ingreso hospitalario	6 (2 - 8)
Días desde inicio de síntomas hasta ingreso a UCI	9 (5 - 12)
Días desde inicio de síntomas hasta inicio de ARM	9 (6 - 13)
Días de ARM hasta traqueostomía	19 (15 - 24)
Días de ARM	19 (8 - 34)
Estadía en UCI, días	15 (7 - 31)
Estadía hospitalaria, días	24 (14 - 42)
<b>Outcomes, n (%)</b>	
Mortalidad hospitalaria	171 (39)
Mortalidad a los 30 días	124 (28)

**Tabla 3.** Evolución temporal y outcomes.

### 0051 MANEJO INICIAL DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA GRAVE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA, CORRESPONDIENTE AL PERIODO ENERO 2019 A JUNIO 2019 CM MARECO HERRERO(1) (1) HC-IPS.

**Introducción:** La bronquiolitis aguda se define como el primer cuadro de tos y sibilancia en un lactante menor de 24 meses de edad. Es una infección viral de la vía respiratoria inferior que produce aumento de la producción de mucus cuyo diagnóstico se basa principalmente en la clínica. Actualmente, no existen elementos complementarios que confirmen la entidad ni tratamiento específico, por lo que se han propuesto varios protocolos, sin validación suficiente hasta la fecha.

**Pregunta de investigación:** ¿Cuáles son los recursos diagnósticos y terapéuticos más utilizados para el manejo inicial de bronquiolitis aguda grave en un hospital de referencia, correspondiente al período enero 2019 a junio 2019?

**Método y metodología:** Estudio observacional, de corte transversal, se recogen datos de fichas electrónicas de pacientes entre 1 mes a 24 meses, donde incluirán factores de riesgo e índice predictor de asma (ipa), los complementos laboratoriales-imagenológicos y tratamiento inicial de los pacientes ingresados con diagnóstico inicial de bronquiolitis aguda grave.

**Resultados:** Se estudiaron 33 pacientes, el 66% (22) eran de 1 a 2 meses de edad, el 70% (23) era del sexo masculino. El 81% (27) presentó algún factor de riesgo de gravedad, siendo los más frecuentes: prematuridad en 30 pacientes (91%), edad < 3 meses en 26 (78%) y apnea en 23 pacientes (70%). A todos se les realizó radiografía y hemograma. Todos recibieron esquemas de nebulización, entre los más

utilizados: la combinación de adrenalina con suero hipertónico en 10 pacientes (33%) y salbutamol con suero hipertónico en 8 pacientes (24%); otros tratamientos: corticoterapia y antibióticoterapia.

**Conclusion:** El manejo inicial de la patología en cuestión, hasta la fecha, se ha caracterizado por incluir exámenes auxiliares y tratamiento "medicamentoso" sin evidencia sólida que lo justifique, situación que nos incita a utilizar los recursos diagnósticos y terapéuticos de forma más razonable.

### 0052 CNAFO COMO ESTRATEGIA VENTILATORIA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19. EXPERIENCIA DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL SANATORIO ANTÁRTIDA MC MORENO(1), P LUCERO(1), JM ROMERO ALVAREZ(1), E PORJOLOVSKY(1), L FRANCONIERI(1) (1) Sanatorio Antartida

**Introducción:** La pandemia por SARS-COV-2 ha resultado en una presión sin precedentes sobre los sistemas de salud del mundo, aumentando la demanda de camas y los requerimientos de soporte respiratorio. Demostrando la importancia que conlleva la precisión del abordaje clínico del paciente cuando se trata de decidir cuál soporte respiratorio requiere. Las alternativas de soporte respiratorio no invasivas como la ventilación mecánica no invasiva (VNI) o la cánula nasal de alto flujo de oxígeno (CNAFO) presentan una mayor capacidad para responder mejor a la demanda inspiratoria de los pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica.

**Pregunta de investigación:** ¿CNAFO es una opción terapéutica beneficiosa para los pacientes adultos en UTI que requieren asistencia respiratoria por enfermedad por SarsCoV-2, disminuyendo la mortalidad y la necesidad de ventilación mecánica (VM)?

**Método y metodología:** Estudio observacional retrospectivo, incluyó 41 pacientes adultos, en UTI entre abril y julio de 2021 con diagnóstico de neumonía grave por SarsCoV-2 que requirieron terapia con CNAFO. Se utilizaron como score de severidad APACHEII y SAPS II y se analizó tiempo de tratamiento con CNAFO, requerimiento de VM, mortalidad global y mortalidad en VM. Se excluyeron 3 pacientes que usaron CNAFO previo a la internación en nuestro centro.

**Resultados:** 41 pacientes adultos, edad promedio 50,8 años, sexo masculino 34 (82.9%), media APACHE II 7, SAPS II 35, SOFA 4, IMC>30 19(46.3%), HTA 14 (34.1%), DBT 10 (24.3%), TBQ 5 (12%), vacunados para COVID-19 6 (14%), FIS hasta inicio de CNAFO 6-11 días, tiempo promedio de CNAFO 24hs, pronóstico 26 (63%), IOT 24 (58.5%), SDRA severo 13 (54%), mortalidad VM 12 (50%), mortalidad global 13 (31,7%)

**Conclusión:** En pacientes adultos con neumonías graves por sars-CoV-2, CNAFO demostró no ser una opción terapéutica beneficiosa, requiriendo VM en más de la mitad de los enfermos aumentando mortalidad de éstos que llegan a la VM.

### 0053 VENTILACION MECANICA INVASIVA EN PRONO EN PACIENTES CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA, MORTALIDAD, ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON COVID-19

B CASTRO(1), L FRANCONIERI(1), D LAFOSSE(1), J HERRERA(1), L PERO(1), C MORENO(1), G LLARUL(1), J OCHOA(1), A TRISTAINO(1), K CISNEROS(1), P CORDERO(1), J ROMERO(1), M JUNCO(1), N PEREZ(1), V CARIMAN(1), P LUCERO(1), E PORJOLOVSKY(1)  
 (1) Sanatorio Antartida

El 10 al 15% de los pacientes con COVID-19 evolucionan a enfermedad grave, presentando insuficiencia respiratoria, requiriendo el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y ventilación mecánica invasiva (VMI). Se ha llevado a cabo diversas terapéuticas una de ellas es la posición en decúbito prono (DP), utilizada para mejorar los niveles de oxigenación en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).

Nuestro objetivo es describir los factores demográficos, antecedentes, comorbilidades y mortalidad relacionados con el DP en pacientes con SDRA COVID-19.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional en mayores de 18 años, que ingresaron a UCI del Sanatorio Antártida, con covid19 más SDRA que requirieron DP desde marzo 2020 hasta julio 2021. Ingresaron a la UCI 739 pacientes, con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria aguda por Covid19, Con una mortalidad total de 36.5% (N270).

487 pacientes requirieron AVM, el 72% se realizó DP, con una mortalidad del 56%, el 54% solo realizaron 1 y 2 ciclos. Los pacientes que no realizo DP fue el 28%.

De 321 pacientes hipertensos, el 49% requirió DP, mayor incidencia 1-2 ciclos de pronó con el 64% (N101), con una mortalidad del 62% (N159) los requieren ciclos de pronó.

Los Diabéticos, 231 pacientes requirieron AVM, 113 (49%) requirieron Pronó, y el 60% (N71) recibieron 1 a 2 ciclos de pronó, con una mortalidad del 76% (N78).

Los Pacientes con IMC>30 280 requirieron AVM, 163 (58%) requirieron pronó con mayor incidencia los que recibieron 1-2 ciclos con el 42% (N68), con una mortalidad del 86% (N88).

Nuestra conclusión es que tuvimos una alta incidencia de pacientes que requirieron DP del total de AVM 72% (351), la mortalidad de los pacientes en DP es del 56% (N196), se observó que los pacientes con IMC 30 que requirieron pronó tuvieron una mortalidad del 86% (N88).

#### 0054 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA POR COVID-19

P DIAZ(1), F DOMICHIN(1), J BARTOLI  
(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola

**Introducción:** COVID-19 es la enfermedad causada por un nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Las complicaciones que conducen a la muerte incluyen síndrome de dificultad respiratoria aguda e insuficiencia respiratoria con hipoxemia refractaria. La cánula nasal de alto flujo (CNAF) se convirtió en un sistema de soporte respiratorio destacado en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria por COVID-19.

**Hipótesis:** Podría ser útil como medida de salvataje en pacientes con criterios de intubación al ingreso. Frecuencia respiratoria, IROX, score 4C y CURB-65 podrían ser predictores de mala evolución.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo desde el 25 marzo del 2020 hasta el 28 de abril del 2021. Los pacientes que se incluyeron padecían COVID-19, todos mayores de 18 años con insuficiencia respiratoria hipoxémica tratados con CNAF vs otro tipo de oxigenoterapia. Los datos fueron extraídos del sistema electrónico de historias clínicas. El índice ROX (IROX) (relación de oximetría de pulso (SaO2) / fracción de oxígeno inspirado (FiO2) a frecuencia respiratoria (FR)) fué medido al ingreso, al inicio de CNAF, y luego a las 4-6, 12 y 24 horas. Se evaluó la gravedad de la enfermedad mediante el score 4C y CURB-65. El fracaso de la CNAF se definió por la necesidad de intubación endotraqueal. En todos los casos se utilizó un generador de CNAF AIRVO2TM de Fisher & Paykel, con Cánula nasal Respir Care®. Los datos recolectados fueron analizados con el programa estadístico Infostat®. Se utilizó el modelo de casos y controles. Un P-valor <0,05 se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 130 pacientes, 99 casos (que usaron CNAF) y 31 controles. Ambos grupos fueron similares en relación a edad, género, comorbilidad, y score de gravedad. Los pacientes que usaron CNAF presentaban peor condición clínica: Frecuencia respiratoria más alta (28 vs 21), menor valor de IROX al ingreso (4.7 vs 15.9) y menor PAFI (143 vs 277). Además tenían más factores de riesgo de progresión a formas graves: Relación

neutrófilo/linfocito, Ferritina y LDH. Se realizó regresión logística multivariable donde no se detectó ningún factor de riesgo independiente para uso de CNAF. El tratamiento con CNAF tuvo éxito en 68 pacientes (67,32%). Los éxitos presentaron una mejor condición clínica en relación a los fracasos, con respecto a su edad, la FR y un mejor puntaje en los scores. También tuvieron menor estadía. Durante las primeras 24hs de CNAF hubo diferencias significativas en el IROX. Este fue mayor para los pacientes con éxito. A las 4-6 hs hubo diferencias significativas en la FR, que fué menor en los éxitos de CNAF. La mortalidad del grupo con fracaso fue de 16/31 (52%), similar a la mortalidad de Ventilación Mecánica en COVID-19. Por contraparte, todos los pacientes con éxito en el tratamiento con CNAF fueron dados de alta. Entre los pacientes que presentaban criterio de intubación al ingreso (n=52) (tabla 5), el intento de rescate inicial con CNAF tuvo éxito en 33 pacientes (63.4%) y 19 requirieron ventilación mecánica invasiva. En estos pacientes, la menor edad, un menor CURB-65 y 4C, y un mayor IROX se asociaron con éxito del tratamiento. Estos pacientes tuvieron menor estancia y no hubo fallecidos. En el grupo con fracaso de CNAF, todos fueron intubados y ventilados mecánicamente, tuvieron una evolución crítica prolongada y 11 de 19 fallecieron (58%).

**Conclusiones:** Según nuestro estudio la CNAF fué útil para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria causada por COVID-19 y debería ofrecerse siempre mientras no haya contraindicaciones ya que disminuye la estadía hospitalaria y no aumentaría la mortalidad. Los principales valores a tener en cuenta al ingreso y en las primeras 24 hs que podrían predecir la evolución serían: FR, IROX. Es de destacar que la PAFI menor a 150mmHg no fue significativa para predecir fracaso. Scores 4C y CURB-65 son predictivos de gravedad y mala evolución.

Tabla 1. Criterios de indicación de CNAF en pacientes que recibieron el tratamiento.

CRITERIO DE INDICACIÓN	SI	NO
FR >25 rpm n/N (%)	68/99 (69%)	31/99 (31%)
SatO2 < 90 cO2 bajo flujo SatO2 < 94 FiO2 > 0.6 n/N (%)	57/99 (58%)	42/99 (42%)
IROX <6 n/N (%)	63/99 (64%)	36/99 (36%)
PaO2 < 60 mmHg n/N (%)	45/99 (45%)	54/99 (54%)
PaFi >150 <300 n/N (%)	44/99 (44%)	55/99 (56%)
Al Menos 2 criterios n/N (%)	82/99 (83%)	17/99 (17%)

Tabla 5. Características generales y valores de laboratorio al ingreso de pacientes éxito y fracaso CNAF; en quienes tenían criterio de intubación.

	CASOS ÉXITO n=99 IC 95%	CASOS FRACASO n=19 IC 95%	p-valor
Sexo(M)	26(79%)	7(37%)	0.2211
Edad	51(30-72)	68(51-82)	<0.0001
<b>IMC</b>			
Normal	1(3%)	4(21%)	0.0987
Peso superior al normal	9(27%)	5(26%)	
Obesidad	23(70%)	10(53%)	
<b>SCORE</b>			
<b>CURB-65</b>			
Riesgo bajo	13(39%)	3(16%)	0.0274
Riesgo moderado	16(45%)	6(32%)	
Riesgo severo	5(15%)	9(47%)	
Riesgo alto	0(0%)	1(5%)	
<b>4C-SCORE</b>			
Intermedio	3(9%)	0(0%)	0.0014
Alto	28(85%)	10(53%)	
Muy alto	2(6%)	9(47%)	
HORAS CNAF	126(48-456)	24(4-240)	<0.0001
FR	29(16-40)	32(18-40)	0.028
IROX	3.78(2.45-20.2)	4.04(2.37-13.33)	0.8493
<b>LABORATORIO</b>			
Dimero D	530(175-2217)	760(315-2848)	0.0492
DÍAS DE INTERNACIÓN	8(2-19)	23(6-44)	<0.0001
<b>MORTALIDAD</b>			
alta	33(100%)	8(42%)	<0.0001
falleció	0(0%)	11(58%)	



### 0055 IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

ML DI SIBIO(1), FS LUCENTE(1), MV CAAMAÑO(1), M LAURIA(1), MC VILLAFÁÑE(1), A DI SIBIO(1)  
(1) Hospital Carrillo

**Introducción:** La obesidad se ha postulado como un factor de riesgo severo para la enfermedad por COVID-19, asociándose a peor evolución y muerte.

**Hipótesis:** Los pacientes con obesidad internados en la Unidad de Cuidados Críticos (UTI) con infección por COVID-19 presentan mayor probabilidad de muerte.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo y analítico que incluyó pacientes (18-95a) de ambos sexos, ingresados a la UTI por infección por COVID-19, desde junio 2020 a agosto 2021. Se analizaron aspectos demográficos: edad, sexo, comorbilidades (HTA, diabetes, enfermedades pulmonares, enfermedad renal crónica), APACHE II, SOFA, días de ventilación mecánica (VM), peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y mortalidad. Las variables continuas se expresaron como media y desvío standard o mediana y rango intercuartil y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Las mismas se analizaron utilizando la prueba exacta de Fischer. Las variables continuas se compararon con la prueba de U de Mann-Whitney y el Test de Student. Se consideró un nivel de significación estadística menor al 5% y se empleó el software statistix 8.0 chicago

**Resultados:** Se incluyeron 126 pacientes, de los cuales 74 (58,7%) fueron hombres. La media de edad fue 61,19 ( $\pm 13,85$ ). Comorbilidades: 47,61% HTA, 23% diabetes, 9,5% enfermedades pulmonares, 7,9% enfermedad renal crónica. Media de APACHE II 24,1 ( $\pm 9,25$ ), mediana de SOFA 10 (7-11,25). El 91,3% requirió VM, la mediana de VM fue de 12 días (7-16). La mortalidad fue de 74,6%. Presentaron obesidad 70 pacientes (55,5%): obesidad grado I: 32,5%, grado II: 15,1%, grado III: 7,9%. El Odds Ratio para mortalidad hospitalaria para pacientes con IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> comparado con normopeso fue 1,41 (IC95%; 0,63-3,15).

**Conclusión:** Nuestro trabajo no encontró asociación entre obesidad y mortalidad en los pacientes críticamente enfermos con infección por COVID-19.

### 0057 EFECTO DE LA PEEP SOBRE EL PRODUCTO PRESIÓN-TIEMPO ESOFÁGICO EN PACIENTES OBESOS CON SARS-COV2 BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA.

J DORADO(1), D GILGADO(1), G CARDOSO(1), N VERGOTTINI(1), A RIVERA(1), E NAVARRO(2), M ACCOCE(1)

(1) Sanatorio Anchorena San Martín. (2) Hospital Carlos G. Durand

**Introducción:** Una elevada proporción de pacientes ventilados por síndrome respiratorio severo coronavirus-2 (SARS-COV2) presentan obesidad. El esfuerzo inspiratorio y el drive central elevados son frecuentes en SARS-COV2 durante la fase de soporte parcial. La PEEP alta ha sido propuesta como una estrategia moduladora del esfuerzo inspiratorio. Además, se ha reportado que PEEP podría tener impacto reflejo sobre la frecuencia de descarga del nervio frénico. El producto presión-tiempo esofágico por minuto (PTPes-min) es una medida de eficiencia y frecuencia del esfuerzo relacionado con el consumo de oxígeno muscular respiratorio. El efecto de la PEEP sobre el PTPes-min en obesos con SARS-CoV2 y ventilación invasiva no ha sido estudiado.

**Pregunta de investigación:** ¿Posee la PEEP alta un efecto modulador sobre el PTPes-min?

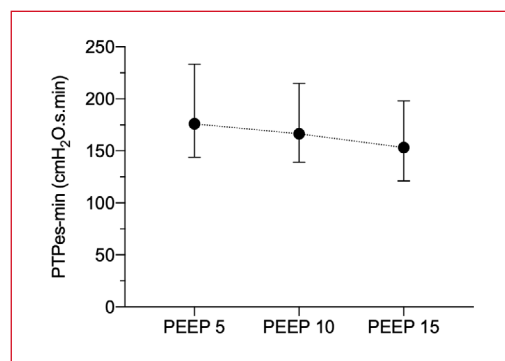
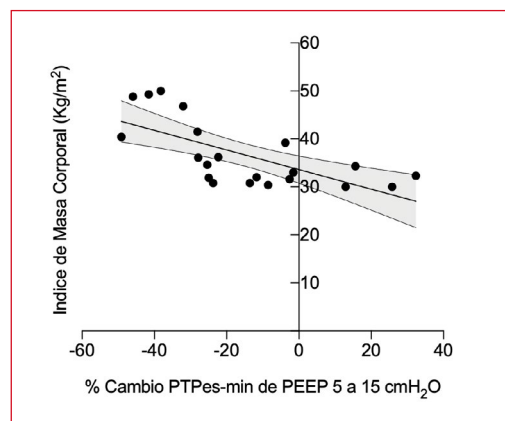
**Materiales y método:** Análisis secundario de estudio experimental, prospectivo realizado en la terapia intensiva del Sanatorio Anchorena San Martín. Se incluyeron pacientes obesos (índice de masa corporal [IMC]  $> 30$  Kg/m<sup>2</sup>) ventilados por SARS-COV2 en fase de soporte parcial de la ventilación mecánica invasiva. Se estudiaron 3 niveles de PEEP (5, 10 y 15 cmH<sub>2</sub>O) por 10 minutos cada uno. Se realizó monitoreo convencional y avanzado de la ventilación me-

cánica utilizando un monitor específico marca FluxMed; MBMED. La variable primaria de estudio fue el PTPes-min expresado en cmH<sub>2</sub>O.s.min.

**Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes con edad de 57.7 (13.3) años, APACHE 12,9 (5,3) e IMC 36,7 (6,8) Kg/m<sup>2</sup>.

El PTPes-min se redujo al aumentar la PEEP (PEEP5 = 176 [157-229]; PEEP10 = 166 [142-214]; PEEP15 = 153 [125-198] cmH<sub>2</sub>O.s.min;  $P < 0.001$ ) (Figura 1). Las modificaciones del PTPes-min se debieron en un 63 (14-89)% a cambios en la frecuencia respiratoria y en 37 (11-86)% a cambios en el esfuerzo inspiratorio. El porcentaje de cambio en el PTPes-min se correlacionó negativamente con el IMC ( $r = -0.68$ ;  $P < 0.001$ ) (Figura 2).

**Conclusiones:** La PEEP elevada redujo el PTPes-min en pacientes obesos con SARS-CoV2 ventilados invasivamente.



### 0058 VACUNACIÓN EN PACIENTES COVID INTERNADOS EN UTI DEL SANATORIO SAN ROQUE EN EL PERÍODO MAYO-AGOSTO 2021

R SILVIA(1), A PEREZ(1), M SINGH(1), S VIDELA(1), J SALVADORES(1), B OLOCCO(1)

(1) Sanatorio San Roque

**Introducción:** El coronavirus SARS-CoV-2 ha unificado a la comunidad científica en busca de soluciones terapéuticas. La principal prioridad en este momento es vacunar de forma segura y eficaz a la población en general con el fin de obtener una solución a largo plazo para evitar una mayor propagación y recurrencia de enfermedad.

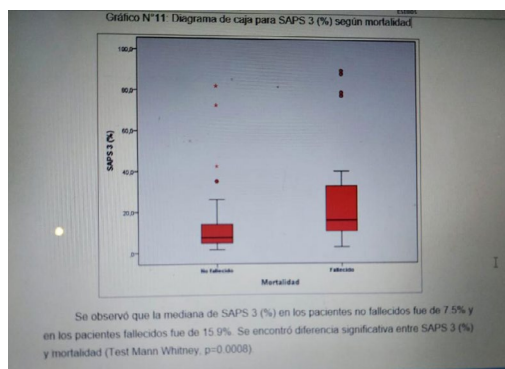
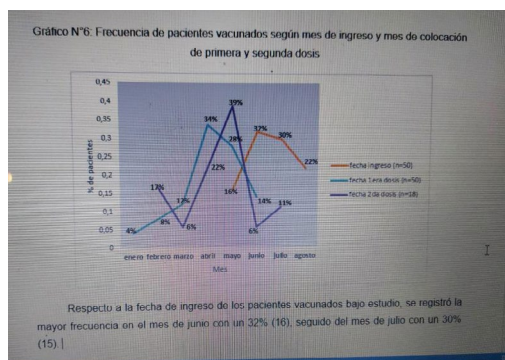
**Objetivos:** Determinar la frecuencia de vacunación en pacientes COVID internado en la UTI del Sanatorio San Roque durante mayo-agosto de 2021 y comparar pacientes vacunados y no vacunados.

**Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se evaluaron 83 pacientes mediante revisión de Historia Clínica.

**Resultados:** Del total (n=83), el 59% (49) corresponde a sexo mas-

culino. La edad más frecuente fue 60 a 69 años (24%). El 60% presentó q-SOFA de 1. El 60% se encontraba vacunado con un IC95%=[49%-71%]. De los vacunados el 36% tenía completo el esquema. El 60% recibió Sputnik. El tiempo transcurrido desde que el paciente recibe la primera dosis hasta el ingreso promediaba alrededor de 75 días. La mortalidad fue 30% en los pacientes estudiados (IC95%=[20%-40%]).

**Conclusión:** La vacuna COVID-19 fue eficaz contra la enfermedad grave crítica en pacientes mayores de 70 años. Se puede considerar SAPS 3 como predictor de severidad en el ingreso de UTI. Se considera que el q-SOFA no es útil para evaluar riesgo de sepsis en paciente con COVID-19. La mortalidad del Servicio de Unidad de terapia Intensiva se encuentra por debajo de la reflejada en estudio SATICOVID en comparación con otras terapias del país.



### 0059 DECANULACIÓN EN PACIENTES POST COVID-19 EN LOS CENTROS DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO. GRUPO RE.DES

MJ BOSSO(1), L PRIETO(1), F LAROCCA(1), AS MORALES(2), D VILLALBA(3), A MATESA, A BRUSCO(4), V MORALES(4), E NAVARRO(5), MV GASTÓN GERMÁN(6), S DE PAOLI(7), J NADUR(7), M SANTINI(8), M ALONSO(8), C DUARTE(9), R CAMPODÓNICO(9), G MUSSO(10), M LEINGRUBER(10), A SEGURA(11), ME VALLORY(11), SDC PEIRUZZI(12), P PASCAL(12), EL DE VITO(6)

(1) Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica. (2) Centro Médico Amenabar. (3) Clínica Basilea. (4) ALCLA. (5) Centro del Parque. (6) Centro del Parque. (7) CIAREC. (8) Clínica Pasteur. (9) ULME. (10) APREPA. (11) CAICE. (12) SEMED

**Introducción:** Los centros de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR) en Argentina proveen de cuidados especializados para pacientes post-COVID-19. Hasta el momento no hemos encontrado reportes nacionales sobre la decanulación de pacientes post-COVID-19 con traqueotomía (TQT) y ventilación mecánica invasiva (VMI).

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes traqueotomizados post covid-19 ingresados a CDVMR de Argentina que fueron decanulados. Reportar la tasa de decanulación y las variables asociadas.

**Material y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico. Se incluyeron > 18 años post-COVID-19 derivados a CDVMR con TQT con o sin VMI; julio de 2020 y mayo de 2021. Se registraron variables demográficas y de laboratorio, relacionadas con TQT y VMI en el CDVMR. Las variables continuas se expresaron como media (DE) y mediana [RIQ] y las categóricas como frecuencia (%). Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para determinar las variables asociadas al éxito de desvinculación.

**Resultados:** Se incluyeron 245 pacientes, 175 se decanularon, 121 (69%) hombres, con 63 años [52-70], BMI de 27 kg/m<sup>2</sup> [24.7-31.2] y Charlson de 2 [0-3]. El 56.6% ingresó con VMI, se desvinculó al 44%. El MRC fue de 41 [30-48], PIM de 64 [50.8-80] y PEM de 67 cm H<sub>2</sub>O [44.5-90]. Dos pacientes fallaron la decanulación. Los días de TQT fue de 20 [11-34.5]. La estancia fue de 49 [29-82]. El 81.7% logró alta a su domicilio, el 12% se derivó a UCI. La mortalidad fue 2.9%. Se describen como variables explicativas independientes de la decanulación el Charlson (OR 0.80, IC 95% 0.65-0.99 p=0,04) y un MRC > 48 al ingreso (OR 3.64, IC 95% 1.09-16.86. p=0,057).

**Conclusión:** La cantidad de comorbilidades y la debilidad adquirida fueron factores que se asociaron a la decanulación en pacientes post-Covid. La mayoría pudo ser decanulado y fueron dados de alta a su domicilio.

### 0060 VALOR PRONÓSTICO Y DETERMINANTES DE LA RELACIÓN ENTRE DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE LA PCO2 Y CONTENIDO ARTERIO-VENOSO DE OXIGENO EN PACIENTES CRÍTICOS

VG TORRES(1), JC PENDINO(1), JI IBARZABAL(1), LR BETTINI(1)

(1) Hospital Centenario

La detección y corrección de la hipoxia tisular en pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica es crucial. Múltiples marcadores se han propuesto para este fin, entre ellos D(v-a)pCO<sub>2</sub> / C(a-v)O<sub>2</sub>. Nuestro objetivo primario fue explorar posibles diferencias entre D(v-a)pCO<sub>2</sub> / C(a-v)O<sub>2</sub> en pacientes sobrevivientes y no sobrevivientes. Como objetivo secundario, se evaluaron determinantes de dicha relación.

Se examinaron los registros de pacientes que fueron monitorizados con catéter en la arteria pulmonar entre el 01/01/2014 y el 31/12/2019, utilizando los datos del primer set de mediciones. Se dividieron en 2 grupos (sobrevivientes vs no sobrevivientes), utilizando el test t-Student o U de Mann-Whitney según correspondiera para las diferentes variables analizadas. Para evaluar determinantes se realizó una regresión lineal múltiple.

Se incluyeron 45 pacientes (32 varones y 13 mujeres). La mortalidad a 30 días fue del 51,1% (n 23). No hubo diferencias en cuanto a edad, APACHE y SOFA entre ambos grupos. No se observó una diferencia estadísticamente significativa en la D(v-a)pCO<sub>2</sub> / C(a-v)O<sub>2</sub> (2.11 ±0.9vs 1.69±0.8 p=0.13) ni en los valores de lactato. Se observaron valores mayores en la concentración de hemoglobina (11.89 ± 2.44 vs 10.04 ±2.11), presión de aurícula derecha (12 vs 9 mmHg) y presión de enclavamiento en la arteria pulmonar (16 vs 13 mmHg) en sobrevivientes. Los principales determinantes de la GvaCO<sub>2</sub>/DavO<sub>2</sub>, fueron los niveles de Hb y pH, mientras que los valores de SvO<sub>2</sub> fueron cercanos al límite de significancia.

No hubo asociación entre los valores de la relación D(v-a)pCO<sub>2</sub> / C(a-v)O<sub>2</sub> y mortalidad. Los valores de Hb, el pH y en menor medida, la SvO<sub>2</sub> (no significativa), fueron considerados determinantes de la relación D(v-a)pCO<sub>2</sub> / C(a-v)O<sub>2</sub>. La relación D(v-a)pCO<sub>2</sub> / C(a-v)O<sub>2</sub> puede haber sido influenciada por factores diferentes a la presencia de metabolismo anaeróbico.

**0061 BURNOUT EN PROFESIONALES DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**  
 C BALASINI(1), C BALASINI(2), L TUMINO(3), P CANAVESSI(4)  
 (1) Pirovano-san Martin. (2) Pirovano y San Martin. (3) San Martin y San Camilo. (4) San Martin Y Español

**Introducción:** Desde el año 2002 la OMS considera al Burnout como un riesgo laboral. La pandemia COVID-19 ha exigido un esfuerzo físico y mental extraordinario por parte de los trabajadores de las Terapias intensivas (UTIS) neonatal, pediátricas y adultos de Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de Burnout en los profesionales de UTIS de Argentina final de la segunda ola de COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se evaluaron variables demográficas. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), definiendo alto nivel de agotamiento emocional >26 puntos, despersonalización > 9 y bajo nivel de logros personales < 34. Una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.

**Resultado:** En el presente estudio 1509 profesionales de UTI fueron encuestados de todas las provincias al finalizar la segunda ola COVID-19. La edad promedio fue 40 ±9, mujeres (69%), > 40 años: 47%, tenían más de 10 años de práctica (60%) y eran especialistas (67%). El 37% eran médicos, 38% enfermeros, 17% kinesiólogos, 6% residentes.

Se observa: poliempleo, trabajo sin relación de dependencia, jornadas extenuantes de trabajo, falta de días de descanso, falta de horas de sueño.

Los resultados de MBI indicaron que 539 trabajadores experimentaron altos niveles de agotamiento emocional (36%) con una mediana de 22 [16-30]; despersonalización 613 trabajadores (41%) mediana de 8 [3-13]; Falta de realización personal 1335 trabajadores (90%) mediana de 20 (14-27) puntos. La prevalencia de Burnout fue del 97%.

**Conclusiones:** Se observa una alta prevalencia de Burnout en el personal de UTI que trabajó en la primera línea luego de la segunda ola de COVID-19. Las 3 dimensiones se unen a través de una relación asimétrica, donde el cansancio emocional conduce a la obtención de los otros 2 componentes.

La falta de realización personal muestra que las demandas laborales excedieron su capacidad para atenderlas debidamente

	TODOS n=1509
Sexo femenino	1043 (68%)
Edad	40 ±9
Mayor de 50 años	229 (15%)
Años de profesión	16 (± 30)
>10 años de profesión	911 (60%)
Especialista	1,007 (67%)
1 trabajo	541 (36%)
2 trabajos	611 (41%)
3 o más trabajos	340 (23%)
Trabajo sin relación de dependencia	50%
Trabajo solo público	560 (38%)
Trabajo solo privado	348 (23%)
Trabajo público + privado	576 (39%)
24-36 hs. semanales de trabajo	243 (16%)
36-48 hs. semanales de trabajo	449 (30%)
48-60 hs. semanales de trabajo	434 (29%)
+60 hs. semanales de trabajo	366 (25%)
1 día libre por semana	258 (47%)
2 días libres por semana	177 (32%)
Más de 3 días libres por semana	38 (7%)
No hace guardias	716 (49%)
Hace 1 Guardias de 24 hs.	335 (23%)
Hace 2 Guardias de 24 hs.	279 (19%)
Hace 3 o más guardias de 24 hs.	133 (9%)
< 6 hs. de sueño	479 (32%)
< 4 hs. de sueño	126 (8%)
>8 hs. de sueño	108 (7%)
Dimensión cansancio	23± 10
Dimensión cansancio >26	539 (36%)
Dimensión despersonalización	9± 6
Dimensión despersonalización >9	613 (41%)
Dimensión realización personal	21± 9
Dimensión realización personal <34	1.335 (90%)
Burnout	1.470 (97%)

**0063 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES EMBAZAZADAS/PUÉRPERAS FALLECIDAS POR INFECCIÓN POR VIRUS SARS-COV-2 EN EL AÑO 2021 EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y SUS RESULTADOS FETALES- NEONATALES. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL**

A DAS NEVES(1), M BRACCO(2), D MUÑOZ(2), P SARACCO(2), M FERRARY(2), G LAMELA(3), A PAZ(3), M MOSQUERA(3), L KANTEREWICZ(3), D ZANLUNGO(3), B SABRINA

(1) Programa de Vigilancia de Muertes Maternas - Dirección de Equidad de Género en Salud PBA. (2) Programa de Vigilancia De. (3) Dirección de Equidad de Género en Salud Provincia de Buenos Aires.

**Introducción:** COVID-19 en embarazadas/puérperas se comportó de forma distintiva en la 2da ola, con un aumento de la morbimortalidad e ingreso a UCI. Nuestro objetivo es describir las características de las pacientes embarazadas/puérperas fallecidas por COVID-19 desde el 01/01/2021 al 15/09/2021, su trayectoria en el sistema de salud y sus resultados fetales-neonatales.

**Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se accedió a las historias clínicas de todos los eventos de muertes maternas (MM) notificadas al Sistema de Vigilancia de MM PBA, SISA y DIS de la PBA, los cuales fueron analizados.

**Resultado:** Se notificaron 61/112 (55%) MM por COVID-19, superando en frecuencia a las demás causas. En el 54/61(89%) de los casos las afecto entre el 2do y 3er trimestre. El 40/61(66%) de las pacientes presentaban comorbilidades, siendo obesidad y enfermedad hipertensiva del embarazo las principales. Se describe una demora de 3[1-5] días para el testeo, de 5[2-9] para la admisión hospitalaria y luego ingreso a UCI dentro de los 2[0-4] días. La estadía en UCI fue de 16[10-22]días. De las 61 pacientes, solo una recibió vacunación (esquema incompleto). 39/61(64%) de los RN nacieron vivos. El resto los resultados maternos fetales y neonatales se adjuntan en la tabla.

**Conclusiones:** Las pacientes embarazadas/puérperas representaron un desafío en la 2da ola, enfrentando a los equipos obstétricos a una situación desconocida. A pesar de la baja letalidad, constituye la primer causa de MM en la Provincia de Buenos Aires. Se observó un rápido deterioro del estado de salud materno, prematuridad y muerte fetal. Del registro de éstos datos se establecieron, entre otras tantas políticas públicas, la priorización de la embarazadas/puérperas como grupo de riesgo para vacunación y la confección de "Guías de manejo de enfermedad COVID-19 severo y embarazo".

Características de la población	
MM/MM totales 2021	
-COVID	61/112(55%)
-Otras indirectas	16/112(14%)
-Directas	17/112(15%)
-Tarjetas	17/112(15%)
-Sin especificar	1/112(1%)
Letalidad COVID	61/5571(1,09%)
Edad gestacional	29 ± 8
Edad(mes)	33 ± 6
Trimestre del embarazo	
-Primer	2/61 (2%)
-Segundo	20/61 (33%)
-Tercero	34/61(56%)
-Puérperio	6/61 (9%)
Comorbilidades	40/61(66%)
-Sobrepeso/Obesidad	24/40 (40%)
-Enf HTA del embarazo	11/40 (27%)
-Diabetes gestacional	3/40 (12%)
-Asma	5/40 (12%)
-HTA crónica	5/40 (12%)
-Diabetes pregestacional	5/40 (12%)
Vacunadas:	3/61 (1,6%)
1 dosis	
Curso de la enfermedad	
Días entre FIS- FTM	3[1-5]
Días FTM-Resultado	1,5 [1-6,25]
Días FIS -FI Hospital	5[2-9]
Días FI Hospital - FI UCI	2[0-4]
Estadía en UCI (días)	16[10-22]
Estadía Hospital (días)	18[12-28]
Subsector	
-público	44/61(72%)
-privado	17/61(28%)
Resultado del embarazo	
RNT	16/61(26%)
RNPT	23/61(38%)
Muerte fetal	11/61(18%)
Aborto	5/61(8%)
Sin finalizar	5/61(8%)
ILE	3/61(5%)
Causa de muerte:	
PMO	35/61 (58%)
Hipoxemia refractaria	20/61 (33%)
ACV isquémico	2/61 (3%)
Hematoma intracerebral	3/61 (5%)
Sin datos	2/61 (3%)

Las variables continuas se expresan como media (DS) y mediana (RI 0.25-0.75) y las variables categóricas como porcentaje.  
 FIS: fecha de inicio de síntomas/FTM: fecha de toma de muestra/FTI: fecha de ingreso/BNP: Recién nacido de término/RNPT: Recién nacido prematuro/ILE: Intercursión legal del embarazo/PMO: Falso muestreo/génesis/ACV: accidente cerebrovascular.

#### 0064 INTRODUCIENDO EL CONCEPTO DE DISFUNCIÓN TUBULAR AGUDA EN LA SEPSIS BASADO EN EL EXCESO DE BASE ALÁCTICO

J CANTOS(1), C MUSSO(1), J SINER(1), I HUESPE(1)  
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

**Objetivos:** Evaluar la funcionalidad del exceso de base aláctico (EBA) como indicador de disfunción tubular renal en la sepsis.

**Diseño:** Estudio de cohorte retrospectivo.

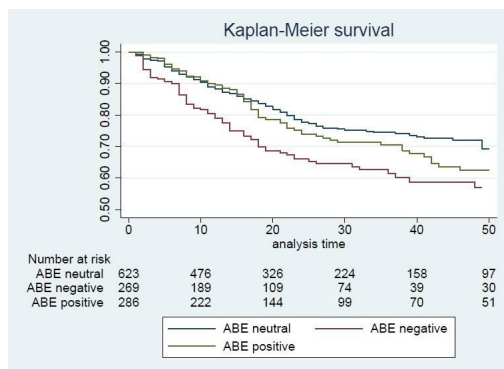
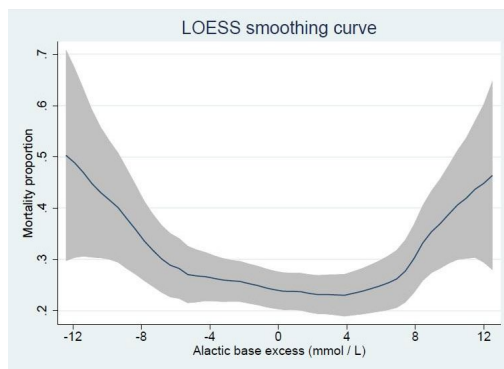
**Marco:** Dos hospitales universitarios de alta complejidad.

**Población:** Pacientes adultos con diagnóstico de sepsis o shock séptico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se excluyeron pacientes con requerimiento de terapia de reemplazo renal previo a la hospitalización y/o antecedentes de trasplante renal.

**Intervenciones:** Ninguna.

**Mediciones y resultados principales:** El cálculo de EBA es: EBA (mmol/L) = exceso de base estándar (mmol/L) + lactato (mmol/L), obtenido a partir de la primera gasometría arterial tras el diagnóstico de sepsis o shock séptico. Se incluyeron 1178 pacientes, los cuales se dividieron en tres grupos: 1) EBA negativo (<-3 mmol/L), 2) EBA neutro ( $\geq -3$  y <4 mmol/L) y 3) EBA positivo ( $\geq 4$  mmol/L). En el análisis multivariado, los pacientes con EBA negativo registraron mayor riesgo de muerte que aquellos con EBA neutro (HR 1,43; IC 95% 1,02-2,01, P = 0,04). Aquellos pacientes con EBA positivo tuvieron la misma mortalidad que los pacientes con EBA neutro (HR 1,2; IC 95% 0,82-1,77, P = 0,33). Los pacientes con EBA negativo presentaron mayor proporción de injuria renal aguda (IRA) (84%; IC 95% 79%-88%) y peor estadificación KDIGO. El 71% (IC 95% 66%-77%) de estos pacientes tenían un filtrado glomerular superior (26,3 ml/min) al que induce retención de ácidos fijos.

**Conclusiones:** El EBA negativo refleja retención de ácidos fijos no volátiles diferentes del lactato en el plasma. Esta condición podría atribuirse a una "disfunción tubular aguda" en pacientes sin criterios de IRA, la cual se asociaría a una mayor mortalidad y podría detectarse mediante la monitorización del valor de EBA.



#### 0067 FRECUENCIA DE LESIONES LARÍNGEAS Y DISFAGIA EN PACIENTES CRÍTICOS TRAQUEOSTOMIZADOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

ME CATINI(1), A FALDUTI(1), G CHIAPPERO(1)  
(1) Juan A Fernandez

**Introducción:** Según el estudio SATICOVID, un cuarto de los pacientes con Covid-19 requirieron traqueostomía (TQT) luego de la intubación orotraqueal (IOT) y ventilación mecánica (VM) prolongada. Ha sido reportado que la prevalencia y severidad de las lesiones laringeas está directamente relacionada a la duración de la vía aérea artificial y que la disfagia es altamente prevalente en pacientes que presentan cánula de traqueostomía.

**Objetivo:** Describir la frecuencia de lesiones laringeas y disfagia orofaríngea en los pacientes críticos traqueotomizados con diagnóstico de COVID-19.

**Material y métodos:** Se desarrolló en el Hospital Juan A. Fernández, en el período comprendido entre Julio de 2020 y septiembre de 2021. El diseño fue retrospectivo, longitudinal y observacional. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Covid-19 que requirieron IOT y VM durante más de 72 horas y que luego requirieron traqueostomía. La presencia de lesiones laringeas y disfagia fue registrada mediante estudio fibroendoscópico (FEES) en el momento de la decanulación.

**Resultados:** Se analizaron 69 pacientes, de los cuales 45 (65%) presentaron lesiones laringeas evaluadas mediante FEES, principalmente en la región glótica. La frecuencia de disfagia fue del 71% (n: 49). La mediana de días de IOT fue 19 (RIQ:4) y de TQT 32 (RIQ:38). La media de MRC en el momento de la decanulación fue de 42,71 puntos (DS:10,57) y la mediana de pico flujo tosido de 155 l/min (RIQ: 88). El 15,94% (n: 11) de los pacientes persistió con disfagia al alta hospitalaria.

**Conclusión:** Este estudio ha evidenciado una alta prevalencia de lesiones laringeas y disfagia. Consideramos que la evaluación precoz mediante FEES y el equipo multidisciplinario que hemos conformado para el seguimiento protocolizado de estos pacientes nos ha facilitado un diagnóstico oportuno para guiar el tratamiento de manera individual hasta la decanulación y resolución de la disfagia encontradas.

#### 0068 BURNOUT EN MÉDICOS DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

C BALASINI(1), C BALASINI(2), L TUMINO(3), P CANAVESSI(4)  
(1) San Martín-Pirovano. (2) Pirovano y San Martín. (3) San Martín y San Camilo. (4) San Martín Y Español.

**Introducción:** La Pandemia COVID\_19 mostró el déficit de médicos especialistas en terapia intensiva (UTI) adultos, pediátricos y neonatales. La falta de recurso humano es multifactorial pero principalmente por malas condiciones laborales y pobres salarios.

**OBJETIVO:** Evaluar la prevalencia de Burnout en los médicos las UTIs al final de la segunda ola de COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio trasversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se utilizó el cuestionario Maslach para Burnout (MBI), alto nivel de agotamiento emocional >26 puntos, despersonalización > 9 y bajo nivel de logros personales < 34. Una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.

**Resultado:** Fueron encuestados 562 médicos de UTI de todas las provincias. La edad promedio fue 43  $\pm$  8 años, mujeres (56%), >10 años de práctica 76% y eran especialistas (83%).

Se observa una población de profesionales con poliempleo, 42% tienen  $\geq 3$  trabajos, que el 25% con > 50 años siguen haciendo guardia, 52% están sin relación de dependencia, 45% hacen 2 o más guardias de 24 hs por semana, 33% trabajan más de 60 hs semanales, 47% solo tiene 1 día libre en la semana y solo 8% duerme 8 o más horas.

En total 217 médicos experimentaron altos niveles de agotamiento emocional (39%) con una mediana de 23[17-30]; despersonalización (47%) con una mediana de 9[4-15]; Falta de realización personal (88%) con una mediana de 21(1-28) puntos. La prevalencia de Burnout fue del 98%.

**Conclusiones:** Se observa una población de médicos intensivistas (neonatólogos, pediátricos y adultos) que trabajaron en la primera línea en la pandemia exponiendo su vida y la de sus familias con malas condiciones laborales: poliempleo, muchas horas de trabajo, pobre tiempo de descanso, pocas horas de sueño diario. La sobrecarga de trabajo generó una alta prevalencia de Burnout con afectación de las 3 esferas, principalmente una baja realización personal.

	Medico n= 562
Sexo femenino	313 (56%)
Edad	43 ±8
Mayor de 50 años	129 (23%)
Años de profesión	19 (33%)
>10 años de profesión	429 (76%)
Especialista	464 (83%)
1 trabajo	100 (18%)
2 trabajos	233 (42%)
3 trabajos	228 (41%)
Sin relación de dependencia	52%
Trabajo solo público	196 (35%)
Trabajo solo privado	122 (22%)
Trabajo público + privado	236 (43%)
24-36 hs. semanales de trabajo	37 (7%)
36-48 hs. semanales de trabajo	128 (23%)
48-60 hs. semanales de trabajo	209 (37%)
+60 hs. semanales de trabajo	186 (33%)
1 día libre por semana	258 (47%)
2 días libres por semana	177 (32%)
3 días libres por semana	115 (21%)
No hace guardias	121 (22%)
Hace 1 Guardias de 24 hs.	182 (33%)
Hace 2 Guardias de 24 hs.	177 (32%)
Hace 3 o más guardias de 24 hs.	74 (13%)
< 6 hs. de sueño	143 (25%)
< 4 hs. de sueño	25 (4%)
>8 hs. de sueño	24 (4%)
Dimensión cansancio	23 [17-30]
Dimensión cansancio >26	217 (39%)
Dimensión despersonalización	9 [4-15]
Dimensión despersonalización >9	263 (47%)
Dimensión realización personal	21 [15-28]
Dimensión realización personal <34	490 (88%)
Burnout	550 (98%)

### 0069 BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

C BALASINI(1), C BALASINI(2), L TUMINO(3), P CANAVESSI(4)  
 (1) San Martín- Pirovano. (2) Pirovano Y San Martín. (3) San Martín y San Camilo. (4) San Martín y Español

**Introducción:** La pandemia mostró la necesidad de jerarquizar a los profesionales de enfermería y también de la importancia de que sean especialistas en cuidados intensivos, para una adecuada atención de pacientes y sus familias.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de Burnout en los profesionales de enfermería de las UTIs al final de la segunda ola de COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio trasversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se utilizó el cuestionario Maslach para Burnout (MBI), alto nivel de agotamiento emocional >26 puntos, despersonalización > 9 y bajo nivel de logros personales < 34. Una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.

**Resultado:** Fueron encuestados 579 enfermeros de UTI de todas las provincias. La edad promedio fue 39±8 años, mujeres (84%), > 50 años 12%, >10 años de práctica 51% y eran especialistas (51%). El 60% tiene 1 solo trabajo, 37% tienen 2 trabajos, 44% no tienen

relación de dependencia, 31% tienen 1 solo día libre a la semana, 85% no hacen guardia y 41% duermen menos de 6 hs.

En total 176 enfermeros experimentaron 30% de agotamiento emocional con una media de 21±10; despersonalización (33%) con una mediana de 7±6; Falta de realización personal (94%) con una mediana de 18±9 puntos. La prevalencia de Burnout fue del 97%.

**Conclusiones:** Se observa una población de enfermeros, que la mitad eran especialistas en terapia intensiva y trabajaron durante la pandemia en la primera línea contra el COVID-19.

Si bien la mayoría no realiza guardias, tiene poliempleo. Un poco menos de la mitad están en relación de dependencia, con altas cargas horarias de trabajo y poco descanso. Lo que sumado al estrés de exponerse al COVID.19 tiene como resultado una alta prevalencia de burnout.

	Enfermeros n=579
Sexo femenino	489 (84)
Edad	39 ±8
Mayor de 50 años	59 (12%)
Años de profesión	15 (31%)
>10 años de profesión	297 (51%)
Especialista	295 (51%)
1 trabajo	335 (58%)
2 trabajos	213 (37%)
3 trabajos	28 (5%)
Sin relación de dependencia	44%
Trabajo solo público	222 (39%)
Trabajo solo privado	137 (24%)
Trabajo público + privado	210 (37%)
24-36 hs	158 (28)
36-48	223 (39%)
48-60	101 (18%)
+60	85 (15%)
1 día libre por semana	171 (31%)
2 días libres por semana	282 (52%)
3 días libres por semana	57 (11%)
Más de 3 días libres por semana	33 (6%)
No hace guardias	465 (85%)
1 guardias de 24 hs	37 (7%)
2 o más guardias de 24 hs	44 (8%)
< 6 hs de sueño	235 (41%)
< 4 hs de sueño	78 (14%)
>8 hs de sueño	57 (10%)
Cansancio	21±10
Cansancio >26	176 (30%)
Despersonalización	7 ±6
Despersonalización >9	185 (33%)
Realización personal	18± 9
Realización personal <34	528 (94%)
Burnout	559 (97%)

### 0070 BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE KISIOLOGÍA DE LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

P CANAVESSI(1), L TUMINO(2), C BALASINI(3)  
 (1) San Martín-Español. (2) San Martín y San Camilo. (3) Pirovano-San Martín

**Introducción:** Los profesionales de kinesiología de las UTIs tuvieron un rol destacado en esta pandemia COVID-19 con alta tasa de pacientes ventilados con distrés respiratorio

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de Burnout en los profesionales de kinesiología de las UTIs al final de la segunda ola de COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio trasversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se utilizó el cuestionario Maslach para Burnout (MBI), alto nivel de agotamiento emocional >26 puntos, despersonalización > 9 y bajo nivel de logros personales < 34. Una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.

**Resultado:** Fueron encuestados 257 kinesiólogos de UTI de todas las provincias. La edad promedio fue 39±8 años, mujeres (64%), > 50 años 11%, >10 años de práctica 64% y eran especialistas (75%). El 30% tienen más de 3 trabajos, 60% no tienen relación de dependencia, con una alta carga de horas de trabajo y pocas horas de descanso.

En total 107 kinesiólogos experimentaron 41% de agotamiento emocional con una media de 24±9; despersonalización (41%) con

una mediana de 9±6; Falta de realización personal (91%) con una mediana de 21±9 puntos. La prevalencia de Burnout fue del 99%. **Conclusiones:** Se observa una población de profesionales de kinesiología de UTI con una alta prevalencia de Burnout producto de la gran carga de trabajo física y estrés después de la segunda ola. Mas de la mitad de estos profesionales se encuentran sin relación de dependencia, poliempleo, pocos días de descanso y escasas horas de sueño.

	Kinesiólogos n=257
Sexo femenino	164 (64%)
Edad	39 ± 8
Mayor de 50 años	29 (11%)
Años de profesión	13 (8%)
>10 años de profesión	165 (64%)
Especialista	192 (75%)
1 trabajo	63 (25%)
2 trabajos	119 (46%)
3 o más trabajos	64 (25%)
Sin relación de dependencia	59%
Trabajo solo público	99 (39%)
Trabajo solo privado	5 (23%)
Trabajo público +privado	94 (37%)
24-36 hs	43 (17%)
36-48	74 (29%)
48-60	88 (34%)
+60	52 (20%)
1 día libre por semana	99 (39%)
2 días libres por semana	114 (45%)
3 días libres por semana	21 (8%)
Más de 3 días libres por semana	17 (7%)
No hace guardias	109 (43%)
1 guardia de 24 hs	81 (32%)
2 guardias de 24 hs	42 (16%)
3 guardias de 24 hs	19 (7%)
4 guardias de 24 hs	4 (2%)
< 6 hs de sueño	50 (19%)
< 4 hs de sueño	9 (4%)
>8 hs de sueño	21 (8%)
Cansancio	24 ± 9
Cansancio >26	107 (41%)
Despersonalización	9 ± 6
Despersonalización >9	106 (41%)
Realización personal	21 ± 9
Realización personal <34	232 (91%)
Burnout	255 (99%)

### 0071 MUERTES MATERNAS POR ENFERMEDAD COVID-19 OCURRIDAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2021 SEGÚN EL MODELO DE LAS 3 DEMORAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE MUERTES MATERNAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

A DAS NEVES(1), D MUÑOZ(2), M BRACCO(2), P SARACCO(2), M FERRARY(3), G LAMELA(4), M MOSQUERA(4), L KANTE-REWICZ(4), A PAZ(4), D ZANLUNGO(4), S BALAÑA(5)  
(1) Programa de Vigilancia de Muertes Maternas PBA. (2) Programa de Vigilancia de Muertes Maternas de PBA. (3) Programa de Vigilancia de Muertes Maternas PBA. (4) Dirección de Equidad de Género dn Salud Provincia de Buenos Aires. (5) Dirección de Equidad de Género en Salud PBA

**Introducción:** COVID-19 en embarazadas/puérperas se comportó de forma distintiva en la 2da ola, con un aumento de la morbimortalidad e ingreso a UCI. Nuestro objetivo fue analizar las demoras en la atención bajo el modelo de las 3 demoras de Maine y el planteo de acciones de mejora.

**Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se accedió a las historias clínicas de todos los eventos de muertes maternas (MM) notificadas al Sistema de Vigilancia de MM, SISA y DIS de la Provincia de Buenos Aires. Se revisaron bajo la perspectiva de seguridad del paciente los procesos de atención considerando las demoras en el reconocimiento de signos/síntomas de enfermedad y retraso en el acceso a la atención oportuna.

**Resultado:** Se notificaron 61/112(55%) eventos de MM por COVID-19, siendo la primera causa. Afectó principalmente embarazadas en el 2do y 3er trimestre. El 29/61(47%) de las pacientes demoró en acceder al testeo/primer consulta >72hs, habiendo en este grupo 1/3 de pacientes con FR. 39/61(64%) de las pacientes presentaron tercer demora, siendo las más frecuentes el retraso en la admisión hospi-

talaria de pacientes con FR que consultan en guardia 18/61(30%), ingreso a UCI 23/61(38%), en el inicio de la VM 24/61(39%), indicación de tratamiento farmacológico 21/61(34%). 14/61(23%) no disponían de cama en UCI al momento de requerirla y un 22/61(36%) requirieron traslado a mayor complejidad, encontrándose demora en el 11/61(18%) de los casos.

**Conclusión:** La mala evolución de las embarazadas con enfermedad COVID-19 parecería ser de etiología multicausal con factores no modificables y modificables. Dentro de éste último se encuentran los procesos de atención identificados como problemáticos como el alerta en la población y el proceso de atención hospitalaria. La detección de éstas demoras promovieron entre otras acciones la publicación del "Protocolo de atención de embarazadas con COVID-19 y embarazo" y el trabajo intersociedades para la publicación de la "Guías de manejo de COVID-19 severo y embarazo"

Tabla 1. Características de la población	
Causas de MM 2021	
-COVID	61/112(55%)
-Otras indirectas	16/112(14%)
-Directas	17/112(15%)
-Tardías	17/112(15%)
-Sin especificar	1/112(1%)
Edad gestacional	29 ± 8
Edad(años)	33 ± 6
Trimestre del embarazo	
-Primer	2/61 (2%)
-Segundo	20/61 (33%)
-Tercero	34/61(56%)
-Puerperio	6/61 (9%)
Comorbilidades	40/61(66%)
-Sobrepeso/Obesidad	24/40 (40%)
-Enfermedad HTA del embarazo	11/40 (27%)
-Diabetes gestacional	
-Alma	5/40(12%)
-HTA crónica	5/40(12%)
-Diabetes pregestacional	5/40(12%)
	5/40 (12%)
Vacunadas:	1/61 (1,6%) 1 dosis
Estancias	
Estadia en UCI (días)	16[10-22]
Estadia Hospital (días)	18[12-28]
Subsector	
-público	44/61(72%)
-privado	17/61(28%)
Traslado a mayor complejidad	22/61 (36%)
Las variables continuas se expresan como media (DS) y mediana [R] 0.25-0.75] y las variables categóricas como porcentaje.	
FIS: fecha de inicio de síntomas	
FTM: Fecha de toma de muestra	
FI: Fecha de ingreso	
FMO: Fallo multiorgánico	

Tabla 2. Modelo de las 3 demoras			
Demora 1: en acceso a la consulta (>72hs desde FIS)	29/61 (47%)	Demora 3: en acceder a tratamiento oportuno en tiempo	39/61 (64%)
1. Demora en acceso a consulta paciente con FR	19/61(31%)	1. Consulta con síntomas y no se testea	6/61(10%)
		2. Paciente con FR que no se interna	18/61(30%)
		3. Falta de evaluación integral (obstetricia + clínica) al ingreso	17/61(28%)
		4. Demora en ingreso a UCI	23/61(38%)
		5. Demora en inicio de VM	24/61(39%)
		6. Falta/demora en tratamiento farmacológico (corticoides + profilaxis antitrombótica)	21/61 (34%)
		7. Demora en finalización de embarazo	10/61 (16%)
		8. No disponibilidad de cama en UCI	14/61 (23%)
		9. Demora en referencia a hospital de mayor complejidad	11/61 (18%)

### 0072 RESPUESTA INMUNITARIA, BIOMARCADORES ENDOTELIALES Y SEVERIDAD DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES COVID-19

C CASARAVILLA(1), N BARONE(2), M MENENDEZ(2), N DESHPANDE(3), J FACAL(4), R SUAREZ(5), M BAZ(6), M BAZ(2)  
(1) Instituto de Higiene. (2) de Clinicas y Britanico. (3) Instituto Peter Doherty. Melbourne. Australia. (4) Maciel y Britanico. (5) Britanico. (6) Universidad Laval (Canadá) e Instituto Peter Doherty (Australia)

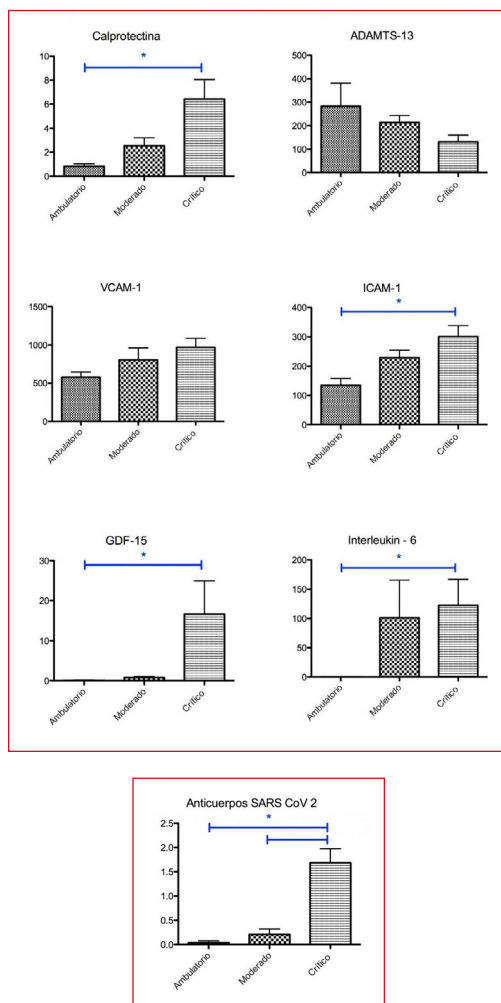
**Introducción y objetivos:** El rol del endotelio en la patogenia de la insuficiencia respiratoria por COVID-19 es aún materia de debate. El presente estudio pretendió evaluar la respuesta inmunitaria y los biomarcadores endoteliales en pacientes COVID-19 con diferentes grados de insuficiencia respiratoria.

**Métodos:** Estudio. Traslacional, retrospectivo. Pacientes. Aquellos cursando COVID-19 con insuficiencia respiratoria leve (ambulatorios), moderada-severa (ingresados a cuidados moderados) y muy

severa (críticos). Medidas. Patronímicas y niveles séricos extraídos al día 1 de consulta (D1) de anticuerpos (IgG) para SARS-COV-2 (mediante ELISA de fabricación nacional) y calprotectina (S100A8/A9), VCAM-1, ICAM-1, ADAMTS-13, GDF-15 e IL-6 (mediante ELISAs comerciales, R&D Inc, Mn, USA). Ética. Se contó con el aval institucional. Estadística. Los datos se expresaron como promedio±SD o mediana (rango intercuartílico) y se compararon los 3 grupos mediante test ANOVA y posterior test de comparaciones múltiples de Dunn. Se utilizó software Prism® (Graphpad, Ca, USA). Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Los resultados para los pacientes COVID-19 ambulatorios (N=4), moderados (N=10) y críticos (N=18) fueron respectivamente: IgG anti SARS-COV-2 (densidad óptica)  $0.61 \pm 1.15$  vs  $0.21 \pm 0.34$  vs  $1.68 \pm 1.22$  (p

**Discusión y conclusiones:** Los pacientes COVID-19 con mayor grado de hipoxemia presentaron niveles más elevados de calprotectina, ICAM-1, GDF-15 e IL-6, diferenciando los pacientes con insuficiencia respiratoria crítica de los ambulatorios. Los niveles de anticuerpos fueron diferentes en los tres grupos de pacientes. Es necesario profundizar la búsqueda de biomarcadores con correlación con la gravedad de la enfermedad y que pudieran constituir potenciales blancos terapéuticos.



#### 0074 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA POST-COVID-19 EN CENTROS DE DESVINCULACIÓN Y REHABILITACIÓN: ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO. GRUPO RE.DES

E NAVARRO(1), MA ESCOBAR(1), D VILLALBA(2), A MATE-SA(2), A BRUSCO(3), V MORALES(3), GG MOREL VULLIEZ(1), ES ROSITI(1), L PRIETO(4), MJ BOSSO(5), A COTERO(6), J NADUR(6), M SANTINI(7), M ALONSO(7), F LAROCCA(8), V GARCÍA(9), R CAMPODONICO(9), G MUSSO(10), M LEINGRUBER(10), AS MORALES(11), A SEGURA(12), ME VALLORY(12), SDC PIERUZZI(13), PS PASCAL(13), LE DE VITO(1)

(1) Centro del Parque. (2) Clínica Basilea. (3) Clínica de Rehabilitación Integral (ALCLA). (4) Santa Catalina (Catamarca). (5) Santa Catalina. (6) CIAREC. (7) Clínica Pasteur. (8) Santa Catalina (Venezuela). (9) ULME. (10) APREPA. (11) Centro Médico Amenábar. (12) CAICE. (13) SEMED

**Introducción:** Los centros de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR) en Argentina proveen de cuidados especializados para pacientes post-COVID-19 al alta de unidades de cuidados intensivos (UCIs). Hasta el momento no hemos encontrado reportes sobre el curso clínico y la desvinculación de pacientes post-COVID-19 con traqueostomía (TQT) y ventilación mecánica invasiva (VMI).

**Objetivos:** Describir las características clínicas de pacientes post-COVID-19 con VMI admitidos a CDVMR y su condición de egreso. Analizar los factores que se asocian con la desvinculación de la VMI.

**Material y Método:** Cohorte prospectivo, multicéntrico. Se incluyeron  $\geq 18$  años post-COVID-19 con: 1) TQT y VMI 2) TQT y ventilación espontánea con requerimiento de VMI en el CDVMR, durante Junio-20/Mayo-21. Se registraron variables demográficas, de laboratorio y relacionadas con la TQT y VMI.

**Resultados:** Ingresaron 138 pacientes. El 88% cumplía criterios de ventilación mecánica prolongada. El 93% (n=128) ingresó con VMI. El 7% (n=10) requirió reconexión a VMI. Edad 69 años [58-77], 71% hombres, IMC 27 kg/m<sup>2</sup> [25-31], Índice de comorbilidad de Charlson (ICCH) 2 [1-4]. La desvinculación de la VMI fue exitosa en el 63% (n=87). Los factores que se asociaron al éxito de desvinculación fueron: ICCH [OR: 0,75 (IC95%:0,61-0,91); p=0,004] y albúmina [OR: 2,68 (IC95%: 1,33-5,83); p=0,008]. El 45% fueron dados de alta sin VMI al domicilio. El 27% fue derivado a UCIs, 8% permanecen internados. La mortalidad global fue 15%.

**Conclusión:** La mayoría fueron adultos mayores masculinos con sobrepeso, baja carga de comorbilidad y ventilación mecánica prolongada. Más de la mitad fueron desvinculados. Se asoció al fracaso de la desvinculación valores elevados del ICCH y niveles bajos de albúmina. La mayoría de los desvinculados se fueron al domicilio, una gran proporción de los que fallaron se derivaron a UCIs.

#### 0076 FACTORES ASOCIADOS A LA FALLA DE EXTUBACIÓN EN PACIENTES COVID-19: COHORTE PROSPECTIVA DE UNA UCI DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

RA PRATTO(1), RS MORACCI(1), RS GOMEZ(1), NG ESCALIER(1), JD NUÑEZ(1), E WILHELM(1), P D ANNUNZIO(1), S PIERONI(1), G ANTONINI(1), CE QUIROGA(1), ME PEREIRA(1), GA PLOTNIKOW(1), DN VASQUEZ(1), AV RUIZ(1), ML OLAVE(1), AB MORENO(1), A ZURRA(1), C FACHAL(1), E SEERY(1), FJF BIANCHINI(1), FV GOMEZ

(1) Sanatorio Anchorena Recoleta

**Objetivo:** Describir las características de pacientes COVID-19 que requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) y lograron ser extubados. Comparar el grupo éxito (E) con el grupo fracaso (F) y encontrar factores de riesgo de falla.

**Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva. Población: pacientes COVID-19 que requirieron VMI en el Sanatorio Anchorena Recoleta y lograron ser extubados.

**Resultados:** 249 pacientes COVID-19 requirieron VMI, edad 57±11 años, 83(60%) hombres, SAPSII 33[24-42] y SOFA 5[3-7]. Comorbilidades: obesidad (50 pacientes,36%) e HTA (49 pacientes,35%).

**Valores al ingreso:** PaFIO2 174[140-253], compliance estática 37[31-47] y driving pressure 11[9-13]. 139 pacientes fueron extubados, 47(33.8%) fracasaron, 11 de ellos (23.3%) fallecieron en UCI.

Comparaciones E vs F respectivamente: días analgesia (8[6-10] vs 15[10-20], p=0.00), días sedación (5[4-7] vs 10[6-13], p=0.00), días bloqueantes neuromusculares (2[0-4] vs 4[1-7], p=0.00), shock (28(30%) vs 29(62%), p=0.01), decúbito prono (13(14.1%) vs 17(36.2%), p=0.00), PaFIO2 extubación (283 [232-323] vs 228 [195-286], p=0.001), días de VMI (8[6-11] vs 21[12-28]p=0.00), estadía-UTI (13[9-18] vs 25[18-30]p=0.00), mortalidad-UTI (0 (0%) vs 11(100%) p=0.00) y oxigenoterapia post-extubación [cánula nasal (CN): 48(79.7%) vs 11(20.3%), Venturi: 2 (100%) vs 0(0%), máscara reservorio (MR): 33(53.2%) vs 29(46.8%), cánula nasal alto flujo: 4(50%) vs 4(50%), ventilación no invasiva: 5(62.5%) vs 3(37.5%); p=0.0063 POST HOC de Bonferroni entre CN y MR].

En el análisis multivariado la PaFIO2 de extubación, el shock y el decúbito prono resultaron predictores independientes de falla (OR 0.992[IC95% 0.986-0.997], OR 2.78[IC95% 1.279-6.067] y OR 4.32 [IC95% 1.631-11.436], respectivamente).

**Conclusión:** Un tercio de los pacientes con COVID-19 presentó falla de extubación, la cual se asoció con más días de VMI, mayor estadía y mortalidad en UCI. Los predictores independientes de fracaso de extubación fueron la PaFIO2 del día de extubación, el shock y el decúbito prono.

	Todos n:139	Éxito n:92	Fracaso n:47	valor de p
Edad	57 (± 11)	57 (± 13)	58 (± 9)	0.61
Genero Hombre	83 (59.7%)	59 (64%)	24 (51%)	0.07
SAPS II	33 [24-42]	33 [24-43]	33 [23-42]	0.82
% SAPS II	14 [6-28]	14 [6-28]	14 [6-30]	0.69
APACHE II	13 [9-18]	12 [10-19]	13 [9-18]	0.66
% APACHE II	15 [10-26]	15 [10-32]	16 [10-26]	0.72
SOFA	5 [3-7]	5 [3-6]	5 [3-7]	0.57
CHARLSON	0 [0-1]	0 [0-2]	0 [0-1]	0.22
ant HTA	49 (35.2%)	28 (30.4%)	21 (44.6%)	0.1
ant EPOC	5 (3.6%)	2 (2.2%)	3 (6.4%)	0.22
ant ExTBQ	18 (12.9%)	12 (13%)	6 (12.8%)	0.89
ant ASMA	6 (4.3%)	5 (5.4%)	1 (2.1%)	0.34
ant DBT	31 (22.3%)	20 (21.7%)	11 (23.4%)	0.92
ant Obeso	50 (36%)	10 (11%)	17 (36.2%)	0.55
ant Hipotiroid	17 (12.2%)	10 (11%)	7 (14.9%)	0.55
ant Insuf Renal	3 (2.2%)	3 (3.3%)	0 (0%)	0.2
ant Oncológico	7 (5%)	4 (4.3%)	3 (6.4%)	0.64
PEEP	12 [10-14]	12 [10-14]	12 [10-15]	0.85
Volumen Minuto	9 [8.3-10.4]	9 [9-10]	9 [8-10]	0.46
Presión Plateau	23.5 [21-27]	24 [22-27]	23 [21-28]	0.92
Driving Pressure	11 [9-13]	11 [9-12]	11 [9-14]	0.9
Compliance	37 [31-47]	37 [31-47]	36 [30-45]	0.79
PaFIO <sub>2</sub>	174 [140-253]	177 [141-246]	160 [137-253]	0.51

### 0077 IMPACTO DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (CAFO) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXEMIA SECUNDARIA A COVID-19

S MOLINA(1), M DEHEZA(2), S MOLINA(2), A OHOLEGUY(2), M PUGA-TEJADA(2), M KUTTLER(2)

(1) Centro Gallego de Buenos Aires. (2) Centro Gallego

**Introducción:** La cánula nasal de alto flujo de oxígeno (CAFO) es una técnica utilizada en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica (IRAH). Se analizó su efectividad en una cohorte seleccionada de pacientes con IRAH debida a COVID 19.

**Objetivo:** Estudiar el resultado de CAFO en pacientes con IRAH COVID-19, analizando éxito terapéutico, estancia hospitalaria y sobrevida.

**Metodología:** Estudio observacional, del tipo cohorte. Ejecutado en la Unidad de CAFO del Centro Gallego de Buenos Aires, entre abril-junio/2021. Se incluyó pacientes >18 años con IRAH moderada por COVID-19. Se midió el índice de ROX al inicio, 24h y 48h. Se definió el éxito de la CAFO como el no uso de ventilación mecánica invasiva (VMI) y fracaso su utilización y se calculó el porcentaje de sobrevida.

**Resultados:** Estudiamos 34 pacientes (mediana edad 55 años, 11(32%) mujeres). Características basales (ver tabla 1). Registramos éxito en 23 /34 (68%), con una mediana de 7 días de utilización de CAFO. El fracaso de la CAFO se asoció a edad ≥65 años (OR 2.44; IC 95% 1.48-4.02; P=0.002), hipertensión arterial (OR 1.40; IC 95% 1.05-1.87; P=0.0324) y tabaquismo (OR 1.71; IC 95% 1.03-2.83; P=0.0497). El índice ROX basal, a las 24h y a las 48 h, fue significativamente mayor en el grupo con éxito. De los 11 pacientes que fracasaron todos pasaron a UTI y requirieron VMI. La mediana de estancia hospitalaria de los pacientes con éxito y fracaso fue 11 y 18 días respectivamente. La sobrevida al alta en el grupo éxito fue del 100% (23/23) y del grupo fracaso 18% (2/11) (P=0.0051).

**Conclusión:** La CAFO es una técnica efectiva en pacientes con IRAH COVID 19, reduciendo el uso de VMI y la estancia hospitalaria.

	todos n:139	Éxito n:92	Falla n:47	valor de p
Días AVMI	10 [7-17]	8 [6-11]	21 [12-28]	0.00
LOS UTI	16 [10-24]	13 [9-18]	25 [18-30]	0.00
Mortalidad en UTI	11	0	11 (100%)	0.00
Dependiente VM al alta	21 (15.1%)	0	21 (44.7%)	0.00
Días analgésicos	9 [7-14]	8 [6-10]	15 [10-20]	0.00
Días sedantes	6 [4-9]	5 [4-7]	10 [6-13]	0.00
Días Bloqueantes	3 [0-5]	2 [0-4]	4 [1-7]	0.00
Días inotrópicos	3 [1-4]	2 [1-3]	4 [2-8]	0.00
Shock/Sepsis	57 (41%)	28 (30%)	29 (62%)	0.01
Diálisis	11 (7.9%)	7 (7.6%)	4 (8.5%)	0.90
Decúbito prono	30 (21.6%)	13 (14.1%)	17 (36.2%)	0.004
PaFIO <sub>2</sub> extubación	266 [211-312]	283 [232-323]	228 [195-286]	0.001
Tiempo de PVE	60 [30-60]	60 [33-60]	60 [30-60]	0.87
Método PVE				
CPAP*	50 (36%)	33 (66%)	17 (34%)	
PC-CSV*	75 (54%)	51 (68%)	24 (32%)	
tubo en T-	14 (10%)	8 (57%)	6 (43%)	> 0.05
Oxigenoterapia Eot				
Cánula nasal*	59 (42.5%)	48 (81.4%)	11 (18.6%)	
Venturi*	2 (1.4%)	2 (100%)	0 (0%)	
Máscara	62 (44.6%)	33 (53%)	29 (47%)	
Reservorio-	8 (5.75%)	4 (50%)	4 (50%)	
CAFO <sup>+</sup>	8 (5.75%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)	0.0063 entre * y -



Tabla 1. Características basales de la población de estudio.

	Total (N=34)	Éxito (n=23)	Fracaso (n=11)	P-valor
<b>Edad (años)</b>	55 (44.5 - 62.3)	53 (39.5 - 58)	65 (56 - 71)	0.0043
Joven adulto (18-39)	6 (17.6)	6 (26.1)	-	
Adulto (40-64)	21 (61.8)	16 (69.6)	5 (45.5)	
Adulto mayor (≥65)	7 (20.6)	1 (4.3)	6 (54.5)	
<b>Sexo, n (%)</b>	11 (32.4)	9 (39.1)	2 (18.2)	0.2714
<b>Índice de Charlson, n (%)</b>	1 (0 - 2)	1 (0 - 1)	2 (1 - 4)	0.0815
0 - 1	22 (64.7)	17 (73.9)	5 (45.5)	
>1	12 (35.3)	6 (26.1)	6 (54.5)	
<b>Antecedentes, n (%)</b>				
Cáncer	1 (2.9)	-	1 (9.1)	0.3235
Insuficiencia cardíaca	4 (11.8)	-	4 (36.4)	0.0071
Diabetes mellitus	4 (11.8)	2 (8.7)	2 (18.2)	0.5799
Hipertensión arterial	7 (20.6)	6 (26.1)	1 (9.1)	1.0000
Obesidad	10 (29.4)	8 (34.8)	2 (18.2)	0.4375
Dislipidemia	2 (5.9)	2 (8.7)	-	1.0000
Asma	1 (2.9)	-	1 (9.1)	0.3235
<b>Tabaco, n (%)</b>				0.4222
No	27 (79.4)	19 (82.6)	8 (72.7)	
Ex-tabaquista	6 (17.6)	4 (17.4)	2 (18.2)	
Tabaquista activo	1 (2.9)	-	1 (9.1)	
<b>Vacuna contra COVID-19, n (%)</b>	3 (8.8)	1 (4.3)	2 (18.2)	0.2390

- a. Prueba U de Mann-Whitney.  
 b. Prueba exacta de Fisher.

Tabla 3. Características ventilatorias y desenlace según la respuesta clínica tras CAFO.

	Total (N=34)	Éxito (n=23)	Fracaso (n=11)	P-valor
<b>PaFi ingreso, mediana (RIC)</b>	190 (126 - 239)	205 (171 - 242)	110 (96.0 - 122)	0.0004
<b>pO<sub>2</sub> inicio, mediana (RIC)</b>	62.6 (54.6 - 74.3)	61.0 (52.5 - 77.2)	63.3 (60.4 - 71.5)	0.8540
<b>ROX hora, mediana (RIC)</b>	6.11 (5.30 - 7.40)	7.20 (6.05 - 7.74)	5.00 (4.40 - 5.30)	0.0001
<b>ROX a las 24 horas, mediana (RIC)</b>	7.94 (5.40 - 10.4)	9.47 (7.14 - 12.7)	5.20 (4.60 - 6.04)	0.0008
<b>ROX a las 48 horas, mediana (RIC)</b>	10.5 (6.98 - 13.0)	11.0 (7.93 - 14.9)	4.75 (4.59 - 6.70)	0.0192
<b>Duración CAFO (días), mediana (RIC)</b>	7 (5 - 9)	7 (6 - 9)	3 (2 - 7.5)	0.0227
<b>Desenlace, n (%)</b>				
Vivo	25 (73.5)	23 (100)	2 (18.2)	
Fallecido	9 (26.5)	-	9 (81.8)	0.0051
<b>Estancia hospitalaria desde CAFO (días), mediana (RIC)</b>	11 (10 - 13.8)	11 (9 - 12.5)	18 (11 - 31)	

- a. Prueba U de Mann-Whitney.  
 b. Prueba de Mantel-Cox.

### 0078 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PREDICTORES DE MAL PRONÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS CON ENFERMEDAD POR SARS-COV2 INGRESADOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MC PALACIO(1), M CHAMADOIRA(1), JC MEDINA(1)  
 (1) Sanatorio Anchorena Itoiz

**Introducción:** La Enfermedad por SARS-CoV2 grave desarrolla un cuadro caracterizado por neumonía intersticial bilateral que puede evolucionar a fallo respiratorio y aumento de la respuesta inflamatoria sistémica. En estudios post mortem se describe infección vírica directa celular con endotelitis difusa, disfunción microvascular, trombosis y microangiopatía.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresados por la COVID-19 grave, parámetros de la ventilación, y predictores de evolución o muerte de esta población.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo, de corte trasversal de 230 pacientes con enfermedad por SARS-CoV2 ingresados de forma consecutiva a una Unidad de Cuidados Intensivos desde abril 2020 hasta julio 2021.

Las variables continuas fueron expresadas como mediana y RIC o media y DS según su distribución.

Se realizó un modelo de regresión multivariable, análisis bivariado utilizando STATA 13.0.

**Resultados:** La mortalidad global de UCI fue de 40%. La mediana de edad fue de 58.3 años (SD+13) y el 34% sexo femenino.

El 67 % (n = 155) de los pacientes requirieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM).

La mortalidad de los pacientes ventilados fue de 60 % (n=93).

La mediana de días de internación en UTI fue de 12 días (RIC 6-22) En relación a los parámetros ventilatorios la mediana de VT fue de 6.6 ml/k (RIC 6.1-7), presión meseta de 22 (RIC 20-24), PEEP 10 (8-12), delta P 11 (9-13) y compliance 36 (30-43). Se observó una diferencia significativa tanto en el delta P como en la compliance estática.

El 95% recibieron corticoides, el 91.7% anticoagulación y 81% plasma de convaleciente. Se realizó maniobra precoz de PRONO en el 96% de los pacientes.

**Conclusión:** Los predictores de mal pronóstico en términos de necesidad de requerimiento de AVM o mortalidad fueron la edad, la diabetes y la obesidad. Estos parámetros fueron coincidentes para ambos desenlaces (AVM y mortalidad).

### 0079 DELIRIO ASOCIADO A VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS SANTAFESINA HA ARMANDOLA(1), NA PRAZENICA(2), MJ SALOMON(2) (1) Dr. Jose Maria Cullen. (2) Sanatorio San Geronimo

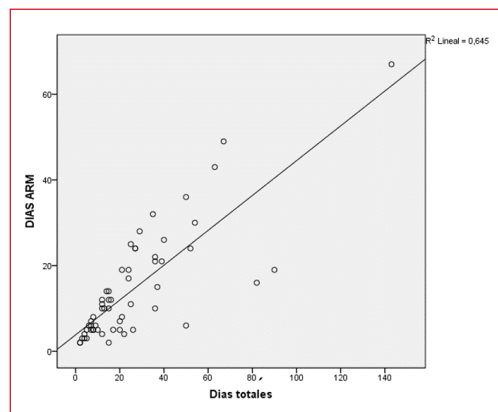
**Introducción:** El delirio es una disfunción cerebral asociada a mayor mortalidad, mayor tiempo de ventilación mecánica (VM), tiempo extendido en cuidados intensivos (UCI), mayor duración de estadía hospitalaria (EH) y trastornos cognitivos posteriores; también incremento en costos sanitarios.

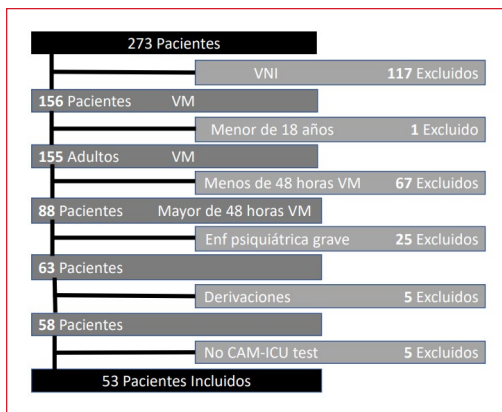
**Objetivo:** Establecer la prevalencia del delirio, identificar predictores para su desarrollo y mortalidad en UCI del Sanatorio Privado San Geronimo (SPSG) de Santa Fe, Argentina.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte pacientes internados en las UCI, con requerimiento de VM y diagnóstico de delirio. Se utilizó Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) y una versión en español del CAM-UCI para identificar delirio. Las variables estudiadas fueron historial médico, variables atribuidas a la internación y VM, y tipo de delirio. Se utilizó programa de análisis estadístico SPSS®.

**Resultados:** La prevalencia de delirio fue del 92% de los pacientes en VM. El delirio fue clasificado como: 58% hipoactivo y 42% hiperactivo. La mortalidad en nuestro estudio fue del 80%, en contraste con la mortalidad 0% de los no delirados. No se halló relación significativa entre el tipo de delirio presentado y la edad (p= 0,722), sexo (p= 0,828). El promedio de duración de días en VM es de 14.3 días para los pacientes con delirio y 8.9 para los no delirados. En cuanto a la EH los pacientes que sufrieron delirio tuvieron 17,5 días más internados en promedio.

**Conclusión:** Se pudo determinar una mayor tasa de mortalidad y EH en el grupo delirio No se obtuvieron datos estadísticamente significativos en relación a factores de riesgo, sedoanalgesia y uso de corticoides/neurolépticos, así como tampoco score de ingreso con mortalidad. De acuerdo a los datos obtenidos, se debería hacer más énfasis en la detección rutinaria del delirio, ya que influye en días de VM y, consecuentemente, de internación y mortalidad.





### 0080 DISFUNCIONES NEURO ENDOCRINAS DEL SODIO EN TRAUMA CRANEAL Y SU IMPACTO EN PRONOSTICO Y MORTALIDAD EN UNA UCI DE IV NIVEL

LA DULCEY SARMIENTO(4), LM MARTINEZ MARTINEZ(1), GA DOMINGUEZ(2), DM VILLAMIZAR OLARTE(3), R CALTAGIRONE(4), ER ESPINOZA SILVA(2), JF CAMACHO(2)

(1) Universidad de Santander. (2) Universidad de Bucaramanga. (3) Universidad Industrial de Santander. (4) Universitario de Los Andes

**Objetivos:** Establecer el papel pronóstico de las alteraciones del sodio sérico durante los primeros siete días en los pacientes con diagnóstico de trauma craneo encefálico severo, ingresados en el área de emergencia adultos de una UCI de IV nivel, periodo de Junio 2017 a Julio del 2018.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, de campo y corte longitudinal. Se seleccionaron aquellos pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de traumatismo craneo encefálico, se evaluaron diabetes insípida, secreción inapropiada de antidiurética y cerebro perdedor de sal en cada paciente integrante de la muestra.

**Resultados:** 103 pacientes, 90,6% hombres y 9,4% mujeres, la media de edad fue 25,8 años, el mayor grupo etario correspondió a los menores de 30 años, 79 (76,9%), los accidentes de tránsito fueron la principal causa de traumatismo craneo encefálico 79 (76%), el edema cerebral fue el principal hallazgo tomografico, todos los hallazgos neurotomograficos mostraron significancia estadística. Se presentaron los 3 tipos de trastornos neuroendocrinos relacionados con el sodio, siendo diabetes insípida el más frecuente. La mortalidad total fue de 22 (22,63%) pacientes de 103. Intervenciones neuroquirurgicas se realizaron en 10 pacientes con una mortalidad de 8 (80%), ( $p < 0,001$ ). El puntaje Glasgow en el grupo de vivos fue de 9,7 en comparación a 6,3 puntos en el subgrupo de fallecidos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** Existe una mayor mortalidad asociada a las alteraciones del sodio, la mayor asociación correspondió a la diabetes insípida, por lo que es vital manejar adecuadamente dichas alteraciones.

### 0081 PREDICTORES DE DESENLACES DIARIOS EN VENTILACION MECANICA EN PACIENTES CRITICOS COVID-19

M BAZ(1), J PIETROPINTO(2), M RODRIGUEZ(2), P DE LOS SANTOS(2), M CHIARELLA(2), G PEREZ(2), N DI TRAPANI(2), J FACAL(3)

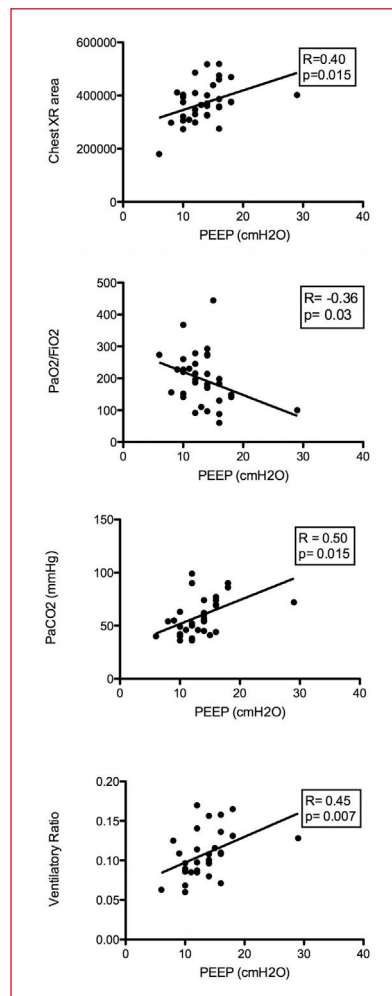
(1) De Clínicas y Británico. (2) Británico. (3) Maciel y Británico

**Introducción y objetivos:** Dado su rol debatido, el objetivo del trabajo fue evaluar la capacidad predictiva de los parámetros clínicos, de laboratorio y de mecánica respiratoria sobre los desenlaces clínicos cotidianos en pacientes críticos COVID-19 en ventilación mecánica invasiva.

**Métodos:** Estudio: clínico – fisiológico, retrospectivo. Pacientes: críticos COVID-19 en asistencia respiratoria mecánica invasiva. Medidas. Patrónicas. Factores predictores: linfocitosis, D dímeros, LDH, ferritina, PCR, procalcitonina, fibrinogenemia, PEEP, presión pico, presión plateau, complacencia estática del sistema respiratorio. Desenlaces: radiológicos (ImageJ®, NIH, Bethesda, USA), gasométricos (PaO<sub>2</sub>, PaFIO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, cociente respiratorio – marcador de espacio muerto fisiológico). Ética. Se contó con el aval institucional. Estadística. Los datos se analizaron de manera descriptiva y analítica según correspondiera, y se analizó la asociación entre variables continuas por análisis de correlación de Pearson o Spearman según correspondiera. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** En los primeros 6 pacientes críticos COVID-19 asistidos (edad (años)  $66.8 \pm 5.1$ , sexo (M/F) 5/1, comorbilidades (Charlson)  $4.0 \pm 1.4$ , APACHE II score  $27.4 \pm 11.2$ , estadía en la Unidad (días)  $36.5 \pm 4.8$ , sobrevida 4/6), se identificaron 76 eventos desenlace, de los que finalmente se lograron analizar 46 por la calidad de la radiografía de tórax. Se encontró una correlación positiva entre la PEEP y el área radiológica comprometida ( $R=0.40$ ,  $p=0.015$ ), pero también con el aumento de la PaCO<sub>2</sub> y del cociente respiratorio ( $R=0.5$ ,  $p=0.002$  y  $R= 0.45$ ,  $p=0.007$ , respectivamente), y una correlación negativa entre la PEEP y PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ( $R=-0.37$ ,  $p=0.027$ ) (ver figura). No se encontró asociación con otras variables clínicas o humorales.

**Discusión y conclusiones:** En los pacientes críticos COVID 19 se encontró un aumento del espacio muerto fisiológico y peoría del intercambio gaseoso al aumentar la PEEP. No se encontró asociación entre los parámetros clínicos y de laboratorio con los desenlaces radiológicos y de intercambio gaseoso. Será necesario buscar nuevos biomarcadores predictores de desenlaces en éstos pacientes.



### 0084 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS PACIENTES EN PANDEMIA COVID EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PIROVANO

C BALASINI(1), C BALASINI(2), JG VALIDO(2), CDV BARRIOS(2), A FELDMAN(2), A SIRINO(2), A LUGO(2), F RIOS(2), L MACCHIAVELLO(2), JM MORALES(2), L ABEDIN(2), D DENIS(2), F LUNA(2), C VANINI(3), F HERMIDA(2), V LISCHETTI(4), P MOLTRASIO(2), P LAGO(2), P FALVO(3), R PEREYRA(2), C LAWDAWSKY(2), A AGUSTIN(2), F COSTA(4), R COSTABILE(2), A MILLA LOPEZ(2), M RAGAZZOLI(2), G SMURRA(2), W ARGANA MONTAN

(1) San Martín- Pirovano. (2) Dr. Ignacio Pirovano. (3) Dr. Ignacio Pirovano. (4) Dr. Ignacio Pirovano

**Introducción:** Se presenta la experiencia de pacientes COVID-19 en la UTI Pirovano

**Objetivo primario:** Mortalidad a los 28 días; **Objetivos secundarios:** conocer las variables epidemiológicas, comorbilidades, gravedad al ingreso y complicaciones, y comparar los sobrevivientes y los no sobrevivientes.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes >18 años con COVID-19 en UTI del Hospital Pirovano desde 1/3/30 al 30/8/21. Variables Día 1: demográficas, comorbilidades, fallas orgánicas y scores. Al alta días de internación en UTI, días de ventilación mecánica y mortalidad.

Se comparan los datos con  $\chi^2$ , prueba T o Wilcoxon, según corresponda. Se realiza análisis multivariable. Una  $p < 0,05$  se consideró significativa.

**Resultados:** Ingresaron 265 pacientes COVID-19, ARM 90%, edad  $59 \pm 14$  años, masculinos 63%, comorbilidades 82%, APACHE II  $13 \pm 5$ , shock al ingreso 31% y distrés 38%.

Los no sobrevivientes eran mayores, estaban más graves al ingreso por el APACHE y el SOFA, tenían más comorbilidades, y más complicaciones.

**Predictores de mortalidad al ingreso a UTI:** Edad mayor a 60 años OR 3.8  $p < 0.001$ , Shock al ingreso OR 2.7  $p < 0.0901$ , ARM OR 6.1  $p < 0.0001$ , APACHE II mayor a 18 OR 2.4  $p < 0.025$ , Obeso OR 0.32  $p < 0.0001$ . El modelo calibra y discrimina.

La mortalidad a los 28 días 45%, en los ventilados fue del 57% y a los 28 días 52%.

**Conclusiones:** Los factores predictores al ingreso de la UTI fueron: edad mayor de 60 años, shock al ingreso, ARM, APACHE II mayor a 18 y obesidad.

Con una alta gravedad al ingreso y alta mortalidad. Los pacientes sobrevivientes presentaron una larga estadía de internación en Terapia Intensiva por complicaciones infecciosas y debilidad muscular.

COMPLICACIONES DURANTE LA INTERNACIÓN				
Shock (%)	111 (42%)	34 (31%)	77 (69%)	0.0001
Distrés (%)	180 (16%)	72 (40%)	108 (60%)	0.0001
Falla renal sin diálisis	81 (31%)	20 (25%)	61 (75%)	0.0001
Diálisis	29 (11%)	5 (17%)	24 (83%)	0.0001
Arritmia	37 (14%)	14 (38%)	23 (62%)	0.1
TEP	6 (2%)	2 (33%)	4 (67%)	0.4
Neumonía asociada a VM	82 (31%)	34 (41%)	48 (59%)	0.06
Bacteriemia por CVC	56 (21%)	29 (52%)	27 (48%)	0.78
Infecciones asociadas a SV	29 (11%)	14 (48%)	15 (52%)	0.82
Días de internación	14 [7-25]	17 [7-37]	13 [7-19]	0.003

	TOUSUS (n=265)	SOBREVIVIENTES (n=133)	NO SOBREVIVIENTES (n=132)	P
Edad (AÑOS)	59 ± 14	53 ± 14	66 ± 11	0.0001
Sexo masculino	168 (63%)	90 (54%)	78 (46%)	0.15
Mayores de 60 años	138 (52%)	45 (33%)	93 (67%)	0.0001
SCORES				
APACHE II	13 ± 5	15 ± 5	11 ± 4	0.0001
APACHE II mayor a 18	54 (20%)	12 (22%)	42 (78%)	0.0001
SOFA	4 ± 2	5 ± 2	4 ± 2	0.0001
COMORBILIDADES				
HTA	88 (33%)	34 (39%)	54 (61%)	0.008
Obeso	91 (34%)	60 (66%)	31 (34%)	0.0001
Tabaco	63 (24%)	23 (37%)	40 (63%)	0.013
Diabéticos	57 (22%)	19 (33%)	38 (67%)	0.004
EPOC	26 (10%)	9 (35%)	17 (65%)	0.09
Oncológicos	21 (8%)	7 (33%)	14 (67%)	0.11
Asma	8 (3%)	7 (88%)	1 (13%)	0.032
Insuficiencia renal crónica	5 (2%)	1 (16%)	5 (83%)	0.097
TOMOGRAFÍAS AL INGRESO				
Infiltrados bilaterales	148 (56%)	64 (43%)	84 (57%)	0.01
Vidrio esmerilado	150 (57%)	73 (49%)	77 (51%)	0.73
Infiltrados alveolares	35 (13%)	18 (51%)	17 (49%)	0.59
Al ingreso a UTI				
Shock (%)	83 (31%)	25 (30%)	58 (70%)	0.0001
Prono (%)	88 (33%)	36 (41%)	52 (59%)	0.03
Distrés respiratorio (%)	153 (58%)	58 (38%)	95 (62%)	0.0001
VENTILACIÓN MECÁNICA				
Ventilación mecánica	212 (80%)	93 (44%)	119 (56%)	0.001
Prono	110 (42%)	52 (47%)	58 (53%)	0.55
Días de VM	15 [9-27]	21 [11-38]	13 [8-21]	0.0001
Traqueostomía	68 (26%)	44 (65%)	24 (35%)	0.0001

### 0085 ¿PUEDE EL BIOMARCADOR DEL ANTÍGENO CA 19-9 SER ÚTIL Y EFICAZ PARA PREVENIR LA NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA?

M SHIDA(1), M QUEIROZ(2)

(1) Universidade Nove de Julho. (2) Uninove

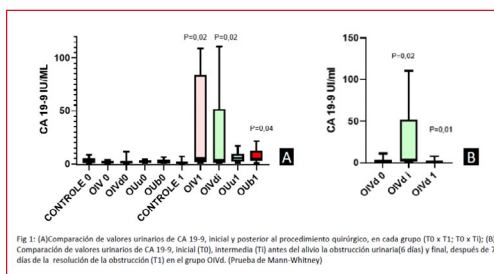
**Introducción:** La nefropatía obstructiva se presenta en todas las edades, desde la infancia hasta la tercera edad. En los niños es la principal causa de insuficiencia renal crónica. A pesar de un diagnóstico intrauterino temprano mediante ecografía prenatal, la determinación del pronóstico de la gravedad de la lesión renal aún no está bien establecida. La identificación de marcadores para definir la progresión del daño renal jugaría un papel importante. Se han descrito niveles elevados de antígeno CA19-9 en la obstrucción urinaria.

**Objetivo:** Evaluar hasta qué punto este biomarcador de fácil análisis podría ayudar en el diagnóstico precoz de uropatías obstructivas con potencial daño renal.

**Materiales y métodos:** 46 ratas Wistar hembras divididas en cinco grupos con diferentes patrones de obstrucción parcial del tracto urinario: **control**; **OIV**: obstrucción infravesical; **OIVd**: obstrucción infravesical con reversión y alivio de la obstrucción al séptimo día postoperatorio; **OUn**: obstrucción ureteral unilateral; **OUB**: obstrucción ureteral bilateral. La determinación inicial de CA 19-9 y creatinina en orina y sangre se realizó antes de la cirugía (T0) y después de 14 días (T1). El grupo OIVd se sometió a una nueva colecta antes del alivio de la obstrucción (Ti). Comparamos los valores de T1, Ti y T0.

**Resultados:** Hubo un aumento en la concentración urinaria de CA19-9 en todos los animales con obstrucción urinaria (Fig 1A). En los grupos OIV, OUB y OIVd, la elevación de T1 y Ti, alcanzó significación estadística ( $p < 0,05$ ) en relación con el valor de T0. El alivio de la obstrucción en el grupo OIVd promovió una reducción ( $p < 0,05$ ) del CA 19-9 urinario (Fig.1B).

**Conclusiones:** La concentración urinaria de CA19-9 aumentó en presencia de obstrucción del tracto urinario; el desempeño del CA19-9 urinario como marcador fue similar en las obstrucciones infravesicales y ureterales bilaterales. Hubo una disminución en la concentración urinaria de CA19-9 después del alivio de la obstrucción.



### 0086 MORTALIDAD EN SEGUNDA OLA COVID 19: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE CABA

MA FLORES MONTES(1), ME IBARRA(2), J HUARACHI(2), M NOCETO(3), T JORGE(2), C CABASSI(2), C VARGAS(2), R FIERRO(2), Y ANDROSZCZUK(2), N CAMPANICCI(2), D PLACENTI(2), L MENDEZ(2), J FERNANDEZ(2), C DOMINGUEZ(2), E CUNTO(2)

(1) Hospital F. Muñiz. (2) Muñiz. (3) Muñiz

**Introducción:** Durante la evolución de la pandemia se observaron dos momentos con picos epidemiológicos correspondientes a las denominadas primera y segunda ola de contagios de SARS COV 2 y su expresión clínica COVID 19.

Esta es parte de la experiencia realizada durante el periodo comprendido entre 01/01/21 hasta el 30/06/21. En una de las unidades de Terapia Intensiva de CABA.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional descriptivo sobre la mortalidad. Se tomaron datos estadísticos de los pacientes egresados en ese periodo de tiempo, se los dividió por grupo etario en 4 grupos, grupo A de 18 a 49 años (19 p), grupo B de 50 a 64 años (37 P), grupo C de 65 a 74 años (14 p) y grupo D mayores de 75 años (9 p). el promedio de edad fue de 58 años y la relación M/F fue 2.29/1.

Se analizó la mortalidad global, mortalidad de los pacientes que requirieron ventilación mecánica (VM), se calculó el promedio de APACHE II para cada grupo y se calculó el promedio de días de enfermedad hasta su ingreso en terapia intensiva.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 79 pacientes y se calculó la mortalidad global la cual fue 37.97% (30)

La mortalidad en VM para Grupo A fue 71.7% (11p; 8 óbitos) en el grupo B fue 45.5% (22p; 10 óbitos) en el Grupo C 57.1% (7p; 4 óbitos) Grupo D 100% (5p; 5 óbitos).

El promedio de días en VM de pacientes egresados fue de 13.7. Y en óbitos fue de 15.3 días.

El APACHE II promedio fue de 19.52 puntos y en óbitos fue de 20.51 puntos.

El promedio de días de evolución de enfermedad hasta el ingreso en terapia intensiva fue, grupo A 8.8 días, grupo B 11 días, grupo C 10.2 días y grupo D 8.6 días.

**Conclusión:** El análisis estadístico comparativo sobre mortalidad global entre los grupos etarios no arrojó ninguna significancia estadística.

No encontramos frente a una enfermedad con fisiopatología en base a la respuesta inflamatoria, aunque aún no está totalmente esclarecida y con una mortalidad variable. Los adultos mayores de 75 años tienen una mortalidad en VM superior al resto de los grupos etarios.

### 0087 EFECTOS CLINICO FISIOLÓGICOS DEL DECUBITO PRONO EN PACIENTES DESPIERTOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA POR COVID 19 BAJO OXIGENOTERAPIA POR CANULA NASAL A ALTO FLUJO

M BAZ(1), S PEREIRA(2), P CARNELLI(2), S PEREIRA(2), G LI(2), F GRUNBERG(2), M BAZ(2)

(1) De Clínicas y Británico. (2) De Clínicas.

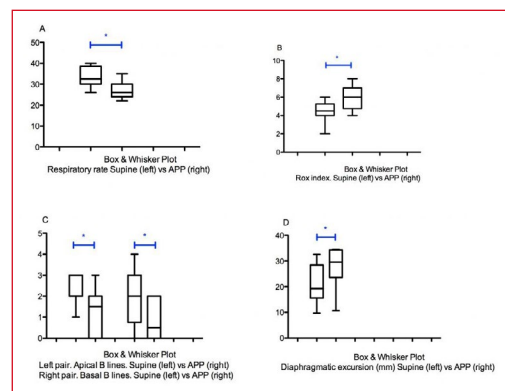
**Introducción y objetivos:** El decúbito prono en pacientes despiertos con insuficiencia respiratoria severa por COVID 19 bajo cánula nasal a alto flujo parece efectivo, aunque sus mecanismos de acción aún no se conocen en profundidad. El objetivo del trabajo fue evaluar los efectos fisiológicos agudos de la técnica en este tipo de pacientes.

**Métodos:** Estudio. Intervencionista, fisiológico sobre los efectos agudos (30 minutos) del decúbito prono. Pacientes. Pacientes con insuficiencia respiratoria severa con requerimiento de oxigenoterapia a alto flujo que aceptaran participar del trabajo. Medidas. Patronímicas, clínicas (frecuencia respiratoria, cardíaca, SpO<sub>2</sub>% e índice ROX, ecográficas (Siemens®, L150, Co, USA) (líneas B apicales

y basales, excursión diafragmática). Ética. Se contó con el aval institucional. Estadística. Se analizaron las variables en estudio antes y después del decúbito prono mediante pruebas de t pareadas o test de Friedman según correspondiera. Se consideró significativa una p<0.05.

**Resultados:** Se estudiaron 10 pacientes, edad (años) 65.0±23.4, sexo (M/F) 6/4, comorbilidades (Charlson) 1.9±0.8, APACHE II score 5.4±2.3, compromiso radiológico (ImageJ®, NIH, Bethesda, USA) área pulmonar 132137±22358, densidad (RawIntDen) 5328292±1080158. Las variables en estudio antes y después del decúbito prono demostraron respectivamente, frecuencia respiratoria (rpm) 33.4±4.6 vs 26.9±3.9 (p<0.05), frecuencia cardíaca (lpm) 88.5±15.5 vs 82.8±12.0 (p=0.3), SpO<sub>2</sub> (%) 89.5±9.2 vs 95.2±5.1 (p=0.1), iROX 4.5±0.72 vs 6.0±0.9 (p<0.05), Disnea (Borg) 2.3±0.7 vs 1.6±1.4 (p=0.7), líneas B en línea axilar anterior apical 2.3±0.7 vs 1.2±1.1 (p<0.05), líneas B en línea axilar anterior basal 1.9±1.3 vs 0.8±0.9 (p<0.05) y excursión diafragmática (mm) 20.7±7.7 vs 29.7±7.5 (p<0.05).

**Discusión y conclusiones:** El decúbito prono en pacientes con insuficiencia respiratoria severa por COVID-19 bajo cánula nasal a alto flujo determinó una mejoría de la frecuencia respiratoria y oxigenación, y una mejor ventilación de los sectores ventrales del pulmón. Se postula una posible mejoría de la relación ventilación-perfusión como mecanismo de acción de esta intervención.



### 0088 BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA ASISTENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID 19. ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA

M BAZ(1), C CASARAVILLA(2), F SILVEIRA(2), N DESHPANDE(3), J FACAL(4), G GONZALEZ SAPIENZA(2), M BAZ(5)

(1) De Clínicas y Británico. (2) Instituto de Higiene. (3) Instituto Peter Doherty. Melbourne. Australia. (4) Maciel y Británico. (5) Universidad Laval (Canadá) e Instituto Peter Doherty (Australia)

**Introducción y objetivos:** El personal de salud que asiste a los pacientes sintomáticos afectados por la COVID-19 está expuesto potencialmente a contagio. Existen reportes de la seroprevalencia para COVID-19 en personal de salud en otros medios, con diversa planificación de contingencia para la pandemia. No existen estudios publicados en el personal de salud en Uruguay. El objetivo primario del trabajo es medir la seroprevalencia para COVID-19 en el personal de salud, en forma secundaria estudiar la distribución de seroprevalencia en tres centros hospitalarios con una tasa de ocupación de camas por pacientes COVID-19 diferente, y finalmente identificar el posible origen del contagio en el ámbito asistencial o extra asistencial.

**Métodos:** Instituciones. (Hospital de Clínicas – HC - con casi nula ocupación de camas por COVID-19 al momento del estudio, Hospital Británico – HB - con una tasa de ocupación de camas intermedia, y Hospital Español – HE - con una tasa de ocupación de camas por CO-

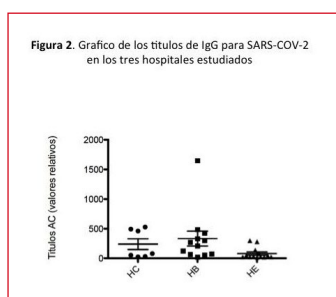
VID-19 casi total). Sujetos. Se estudiaron con serología para SARS-COV-2 (ELISA para IgG de fabricación nacional) los funcionarios de las tres instituciones que estuvieran en contacto de diferente grado con pacientes COVID-19 y sin noción de contagio previo por prueba de PCR o serológica. Aquellos sujetos con serología positiva para COVID-19 se interrogaron sobre su posible noción de contagio. Se analizaron los datos con estadística descriptiva y analítica de asociación entre variables según correspondiera (por ejemplo para datos cuantitativos continuos de distribución normal promedio y desvío estándar y correlación de Pearson). La participación fue voluntaria y el protocolo fue aprobado por los Comité de Ética Institucional. Se utilizó software Prism® (Graphpad, Ca, USA). Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se estudiaron 757 funcionarios de salud, con una seroprevalencia global para COVID-19 del 4.7%. Los resultados por Hospital fueron 2.1, 4.7 y 7.3% para HC, HB y HE respectivamente. Los títulos de los anticuerpos IgG (densidad óptica) fueron 78 [29,243], 235 [64,400] y 27 [20,105] respectivamente. Interrogados los funcionarios seropositivos reconocían como posible fuente de contagio el ámbito extra asistencial en un 88%.

**Discusión y conclusiones:** La seroprevalencia para COVID 19 en funcionarios de la salud fue baja y similar a la reportada en otros medios. Si bien existe relación entre la seroprevalencia y la tasa de ocupación de camas COVID-19 en cada Hospital, los funcionarios positivos reconocían en el interrogatorio como el posible origen del contagio fuera del ámbito asistencial.

**Figura 1.** Resultados de N, seroprevalencia (%) y títulos de IgG para SARS-COV-2 en los tres hospitales estudiados

	N	%	Títulos	Ac Neutral	Cepas, otros
HC	330	2.1	78 [29,243]	-	-
HB	251	4.7	235 [64,400]	-	-
HE	176	7.3	27 [20,105]	-	-



### 0089 IMPACTO EN MORTALIDAD DE LAS ALTERACIONES DINAMICAS DEL HIERRO Y NIVELES DE HEMOGLOBINA Y SU IMPACTO EN MORTALIDAD EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO Y COVID 19

LA DULCEY SARMIENTO(4), JS THERAN LEON(1), DM VILLAMIZAR OLARTE(2), LM MARTINEZ MARTINEZ(3), GA DOMINGUEZ(1), R CALTAGIRONE(4)

(1) Universidad Autonoma de Bucaramanga. (2) Universidad Industrial de Santander. (3) Universidad de Santander. (4) Universidad de los Andes.

**Introducción:** Las alteraciones del perfil ferrocínético, se asocian con mayor mortalidad en procesos infecciosos de cualquier índole desconociéndose actualmente el pronóstico a corto y largo plazo de los pacientes con COVID 19.

**Métodos:** Estudio observacional analítico prospectivo de cohorte, para determinar el valor pronóstico de las alteraciones del perfil ferrocínético en pacientes con diagnóstico de COVID 19 ingresados a una institución de tercer nivel entre Junio 2020 y Junio 2021.

**Resultados:** Del total de la muestra de 306 pacientes el principal género afectado fue el masculino, en edades superiores a 60 años. Entre las comorbilidades asociadas la principal fue la hipertensión arterial con 63,1%. La alteración más frecuente de los parámetros del perfil ferrocínético estudiados, fue el déficit de hierro, hallado en 32,7%. Niveles bajos de hemoglobina estuvieron presentes en 84 de los 306 pacientes. La mayoría presentó infarto agudo sin elevación del ST. Ocurrieron estas alteraciones en 85,4% de los fallecimientos, los cuales presentaron niveles bajos de hierro sin anemia. La mortalidad atribuida fue principalmente a infarto con elevación del ST (RR 3.2) en comparación a sin elevación del ST (RR 2.1) mostrando significancia estadística al comparar dichas variables  $p < 0,05$ . Conclusiones: el déficit de hierro es una comorbilidad muy frecuente con una relación de mortalidad elevada, asimismo el descenso de la hemoglobina posterior al ingreso hospitalario se relacionó con mortalidad, por lo que ambos parámetros deberían tomarse en consideración al ingreso en pacientes con diagnóstico de COVID como indicador de mortalidad a corto plazo.

### 0092 COMPORTAMIENTO DEL P50 EN LOS PACIENTES CRITICOS Y SU RELACION CON LA MORTALIDAD

AB ROJAS(1), M DEXTRE PRIMO(1), M ANDREOTTI(1), D REYNOSO(1), JC VERGOTTINI(1)  
 (1) Hospital Nacional de Clínicas

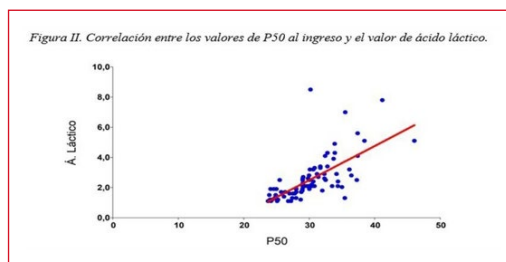
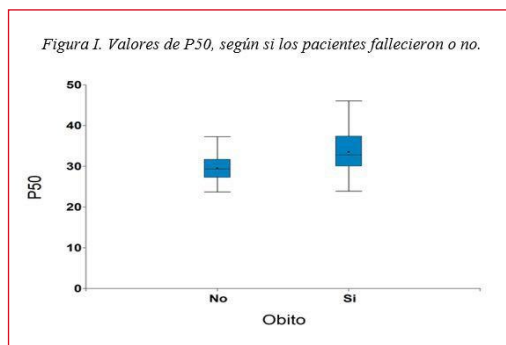
**Introducción:** La afinidad del Oxígeno (O<sub>2</sub>) por la Hemoglobina (Hb) puede ser evaluada a través de la curva de disociación de la Hb y de la P50. Esta es la Presión Arterial de O<sub>2</sub> en la cual el 50% de la Hb está saturada de O<sub>2</sub>, e indica el grado de afinidad entre ambos. Los factores que aumentan la afinidad de la Hb, disminuyen la P50, mientras que los factores que la disminuyen conducen a un aumento de la P50. En los pacientes críticos, existiría un incremento de la P50, dada la hiperperfusión tisular.

**Objetivos:** a) Determinar la relación de los valores de la P50 con la mortalidad en los pacientes críticos; b) Correlacionar los valores de pH, ácido láctico y Apache II con la P50.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Criterios de Inclusión: a) Edad  $\geq 18$  años; b) toma de muestras de gases arteriales y ácido láctico dentro de las 24 hs del ingreso a UTI; d) Cálculo del APACHE II al ingreso. Criterios de exclusión: a) Reingresos a UTI; b) Pacientes provenientes de Sala.

**Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes, el 61% (n=52) fueron masculinos y un 39% (n=33) femeninos. La mediana de edad fue de  $73 \pm 13$  años. La diferencia de los valores de P50 y entre los que fallecieron y los sobrevivientes fueron  $32,8 \pm 7,4$  mmHg vs  $29,3 \pm 4,5$  mmHg fue estadísticamente significativa ( $p < 0,0075$ ). La correlación entre los valores de la P50 con el Apache II, fue estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ , Rho de Spearman: 0,53), al igual que con los valores de pH ( $p < 0,0001$ , Rho de Spearman: -0,82) y los niveles de ácido láctico ( $p < 0,0001$ , Rho de Spearman: 0,79).

**Conclusiones:** La elevación de la P50 se asoció a mayor mortalidad. La P50 se correlacionó con Apache II elevado, hiperlactacidemia y caída del pH.



### 0093 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-COV-2

G GARCÍA(1), L GIMENEZ(1), M GARELLO(1), G AVACA(1), V BARBARESÍ(1), J DELLE CARPINI(1), S GIGENA(1), P GIMENEZ(1), A GOLDBERG(1), E STEINBERG(1), G NAHMÍAS(1), M OJEDA(1), M BERTÉ(1), A SANTA MARÍA(1), N SEGURA(1), D NOVAL(1), S FREDES(1), I SANTIAGO(1)  
 (1) Sanatorio La Trinidad Mitre

**Introducción:** Existe escasa evidencia respecto al proceso de desvinculación de la ventilación mecánica invasiva (VMI) de los pacientes con COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

**Objetivo:** Describir las características y evolución de pacientes con COVID-19 que requirieron VMI en la UTI del Sanatorio Mitre según las categorías de weaning propuestas por WIND.

**Materiales y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes que requirieron VMI más de 24 hs, con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 entre junio 2020 y julio 2021. Se compararon todas las variables entre los distintos grupos de weaning, con un nivel de significancia estadística de p=0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 155 pacientes. Un 30.32% (n=47) no iniciaron proceso de destete (grupo no weaning). Un 30.97% (n=48) se clasificaron como G1, el 20% (n=31) como G2, el 11.61% (n=18) como G3a y un 7.10% (n=11) G3b. Las características basales se presentan en la Tabla 1, las variables de VMI, sedación, analgesia y delirium en la tabla 2.

**Conclusión:** Un alto porcentaje de pacientes nunca experimentó un intento de separación. Este grupo fue más añoso, presentó mayor severidad al ingreso y mortalidad en UTI. En los que comenzaron el proceso de weaning la mayor parte fue desvinculado en el primer intento.

No se observaron diferencias estadísticas entre los grupos con respecto a variables iniciales de oxigenación y compliance del sistema respiratorio, sin embargo los pacientes del grupo NW presentaron mayor cantidad de días de PaO2/FiO2 <200, y mayor driving pressure al día uno.

No existió diferencia de días hasta el inicio de weaning entre grupos. La presencia de coma, uso de sedación y analgesia fue similar entre estos, con mayor días de uso en el grupo G3.

Tabla 1. Datos basales, mortalidad y estadía en UCI.

	Todos n=155	NW n=47	G1 n=48	G2 n=31	G3a n=18	G3b n=11	p
Edad n(%)	62.11 (14.71)	68.57 (14.15)	55.37 (12.76)	58.42 (13.84)	63.56 (14.24)	71.91 (12.84)	0.0000
Sexo -masculino n(%)	57 (62.58)	30 (30.93)	32 (34.02)	16 (16.49)	13 (13.4)	5 (5.15)	0.343
SAPS II mediana [RQ]	35 [29-43]	42 [30-49]	32 [27-38]	34 [31-42]	36 [30-48]	37 [32-51]	0.0038
Antecedentes n (%)							
Asma-EPOC	13 (8.39)	4 (30.77)	2 (15.38)	4 (30.77)	1 (7.69)	2 (15.38)	0.389*
Diabetes	47 (30.32)	17 (36.17)	12 (25.53)	10 (21.28)	5 (10.64)	3 (6.38)	0.815**
Enfermedad respiratoria	13 (8.39)	2 (15.38)	4 (30.77)	3 (23.08)	1 (7.69)	3 (23.08)	0.000*
Tabaquismo	23 (14.84)	10 (43.48)	5 (21.74)	5 (21.74)	3 (13.04)	0 (0)	0.399*
Enfermedad Cardíaca	27 (17.42)	16 (59.26)	1 (3.7)	5 (18.52)	5 (18.52)	0 (0)	0.000*
Hipertensión Arterial	77 (49.68)	31 (40.26)	17 (22.08)	13 (16.88)	9 (11.69)	7 (9.09)	0.033**
Insuficiencia Renal	12 (7.74)	5 (41.67)	2 (16.67)	2 (16.67)	2 (16.67)	1 (8.33)	0.680*
Obesidad	38 (37.42)	6 (10.34)	22 (37.93)	17 (29.31)	8 (13.79)	5 (8.62)	0.001**
HIV	2 (1.29)	1(50.0)	0 (0)	1 (50.0)	0 (0)	0 (0)	0.686*
Oncológico	17 (10.97)	12 (70.59)	1 (5.88)	2 (11.76)	0 (0)	2 (11.76)	0.001*
Mortalidad UTI n (%)	49 (31.61)	42 (85.41)	1 (2.04)	0 (0)	1 (2.04)	5 (10.20)	0.000
Días UTI mediana [RQ]	19 [12-28]	13 [7-22]	17 [13-21.5]	19 [11-21]	29.5 [20-43]	40 [28-52]	0.001

SAPS II: Simplified Acute Physiology Score II  
 \*Comparación mediante Test exacto de Fisher.  
 \*\*Comparación mediante Chi<sup>2</sup>.

Tabla 2. Datos de VMI, Sedación, analgesia, delirium y uso de bloqueantes neuromusculares.

	Todos n(%)	NW n(%)	G1 n(%)	G2 n(%)	G3a n(%)	G3b n(%)	p
PEEP medio mediana [RQ]	12 [10-15]	12 [10-12]	12 [10-14]	12 [10-15]	10 [10-12]	12 [10-12]	0.0148
CRS medio mediana [RQ]	35.5 [16.5-66]	35 [27-41]	33.6 [16.5-61.5]	30.5 [12-67]	30 [14-44]	37 [12-48]	0.1139
DP medio mediana [RQ]	10.5 [0-15]	12 [9-14]	10 [10.5-13]	9.5 [8-11]	10 [9-12]	9 [8-11]	0.0041
PaO2/FiO2 medio mediana [RQ]	100 [105-250]	100.5 [116-207]	106 [115-217]	170 [153-270]	200 [193-310]	212 [203-280]	0.0001
Días PaO2/FiO2 <200 mediana [RQ]	2 [1-4]	6 [4-14]	1.5 [0-6]	1 [1-4]	2 [0-4]	0 [0-0]	0.0001
SDRA leve n (%)	13 (9.29)	0 (0)	9 (17.36)	3 (10.0)	0 (0)	2 (22.22)	0.000*
SDRA moderada n (%)	70 (55.72)	15 (39.26)	30 (65.22)	17 (56.67)	10 (58.82)	6 (66.67)	0.0001
SDRA severa n (%)	40 (35.00)	20 (46.54)	9 (17.36)	10 (34.33)	7 (40.38)	1 (11.11)	0.0001
Destete precoz n (%)	82 (52.90)	27 (57.43)	25 (52.08)	14 (45.16)	11 (61.11)	5 (55.56)	0.219**
Estabilización n (%)	88 (56.44)	---	41 (86.56)	30 (100)	14 (77.78)	3 (33.33)	0.000
Reintubación n (%)	2 (2.88)	---	0 (0)	0 (0)	12 (66.7)	1 (100)	0.000
TQT n (%)	47 (30.32)	13 (27.66)	7 (14.58)	9 (30.86)	15 (83.33)	9 (100)	0.000
Días totales de VMI mediana [RQ]	13 [9-22]	7 [5-24]	11 [8-16]	12 [9-15]	21 [19-30]	31 [20-51]	0.0001
Días hasta 1 <sup>ra</sup> SA mediana [RQ]	10 [7-15]	---	11 [8-16]	9 [6-13]	10.5 [6-15]	9 [8-17]	0.0022
Días de weaning mediana [RQ]	2 [0-4]	---	0 [0-1]	2 [2-4]	9.5 [9-16]	21 [12-37]	0.0001
Coma n(%)	156 (100)	47 (100)	47 (100)	31 (100)	18 (100)	11 (100)	1.000*
Días coma mediana [RQ]	11 [5-14]	11 [6-18]	7 [5-11]	6 [4-9]	12 [9-16]	10 [6-20]	0.0024
Delirium n (%)	115 (74.8)	15 (31.9)	62 (128.5)	30 (100)	18 (100)	10 (100)	0.000*
Días de delirium mediana [RQ]	3 [1-4]	2 [1-7]	2 [1-5]	2 [1-4]	5 [3-8]	10 [3-14]	0.0000
Sedación n (%)	156 (100)	47 (100)	47 (100)	31 (100)	18 (100)	11 (100)	1.000*
Días de sedación mediana [RQ]	10 [10-10]	11 [9-13]	10 [7-13]	9 [6-13]	10 [6-13]	10 [6-27]	0.0005
Analgesia n (%)	156 (100)	47 (100)	47 (100)	31 (100)	18 (100)	11 (100)	1.000*
Días de analgesia mediana [RQ]	9 [5-15]	10 [6-18]	7 [5-10]	9 [6-14]	11 [7-20]	9 [6-16]	0.0001
BNM n(%)	101 (64.5)	30 (63.8)	42 (87.5)	26 (83.9)	10 (55.6)	9 (100)	0.748*
Días de BNM mediana [RQ]	9 [5-10]	9 [5-14]	8.5 [5-10]	8.5 [6-10]	7.5 [4-9.5]	13.5 [8-14]	0.0028

PEEP: presión positiva al final de la espiración; CRS: compliance del sistema respiratorio; DP: driving pressure; PaO2/FiO2: relación presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno; SDRA: síndrome de estrés respiratorio agudo; TQT: traqueostomía; SA: intento de separación (separation attempt).  
 \*Comparación mediante Test exacto de Fisher. \*\*Comparación mediante Chi<sup>2</sup>.

### 0094 COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES INTERNADOS EN UTI DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA

V MANDICH(1), D CHIACCHIARA(1), M BRAVO(1), A PILIPEC(1), S GRIMALDI(1), J COTEZ(1), V PANIOUK(1), H AREVALLO(1), O ESCOBAR(1), A HERBAS POZO(1), S PEREZ FLACH(1), A AIMAR(1)  
 (1) Santojanni

**Introducción:** En la literatura se describe la dinámica de la actual pandemia en contexto de países de altos ingresos, pero la información, características y evolución de la misma en países con sistemas de salud menos desarrollados es escasa.

**Objetivos:** Comparación entre pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con soporte ventilatorio, durante la pri-

mera y segunda ola de COVID 19 en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires.

**Material y Métodos:** Estudio observacional de cohorte prospectivo en adultos, con diagnóstico de COVID-19 por PCR-RT, en UCI. Las variables se expresaron como media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico, frecuencia absoluta y porcentaje. La comparación se realizó mediante Chi-Cuadrado, prueba de Fisher, Test de la mediana y t de Student según correspondiera. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Reclutados 44 pacientes durante la primera ola, y 80 en la segunda, se observaron en la segunda ola diferencias significativas para edad (60 vs 68 [IC 95%: 8(5;12)];  $p < 0.01$ ), días previos (9 vs 4.5 [IC 95%: -5(-6; -3)];  $p < 0.01$ ), duración de VM (10 días vs 16 [IC 95%: 7 (4;11)];  $p < 0.01$ ), Ferritina (1450 mcg/l vs 941 mcg/l [IC 95%: -227(-537; 18)];  $p 0,04$ ) y uso de antibióticos (97% vs 45%  $p < 0.01$ ). No hubo diferencia en la mortalidad (66% vs 78%  $p 0.14$ ) pero sí en sus causas primarias; siendo más frecuente hipoxemia/sepsis en la segunda ola (40% vs 3.4%  $p < 0.01$ ) e Hipoxemia/falla multiorgánica en la primera (28% vs 4%  $p < 0.01$ ). Durante la segunda ola se confirmó la presencia de variante Gamma mediante secuenciación.

**Conclusiones:** Durante la segunda ola de la pandemia, debida a la variante Gamma, en nuestra unidad ingresaron mayor cantidad de pacientes, más jóvenes, con mayor tiempo de evolución, menor tiempo de VM y mayor respuesta inflamatoria, sin diferencia en la mortalidad, aunque sí en sus causas.

#### 0095 AUMENTO DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UCI DURANTE LA PANDEMIA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA

V MANDICH(1), D CHIACCHIARA(1), M BRAVO(1), A PILIPEC(1), S GRIMALDI(1), J COTEZ(1), V PANIOUK(1), H AREVALO(1), O ESCOBAR(1), S PEREZ FLACH(1), A HERBAS POZO(1), A AIMAR(1), K ZAÑUDO(1)  
(1) Santojanni

**Introducción:** La infección por SARS-CoV-2 nos enfrenta con múltiples desafíos. Uno de ellos es indudablemente el discernimiento del uso adecuado de los recursos, entre los cuales los antibióticos (ATB) son tal vez uno de los más valiosos. La inadecuada prescripción de ATB podría asociarse a un aumento en las tasas de resistencia antimicrobiana. En la literatura se describe la dinámica de la actual pandemia en contexto de países de altos ingresos, pero la información, características y evolución de la misma en países con sistemas de salud menos desarrollados es escasa.

**Objetivos:** Comparación del uso de antimicrobianos entre pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con soporte ventilatorio, durante la primera y segunda ola de COVID-19 en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires.

**Material y Métodos:** Estudio observacional de cohorte prospectivo en adultos, con diagnóstico de COVID-19 por PCR-RT, en UCI. Las variables se expresaron como media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico, frecuencia absoluta y porcentaje. La comparación se realizó mediante Chi-Cuadrado, prueba de Fisher, Test de la mediana y t de Student según correspondiera. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Reclutados 44 pacientes durante la primera ola, y 80 en la segunda, se observaron en la segunda ola diferencias significativas para el uso de antibióticos (97% vs 45%  $p < 0.01$ ). Durante la segunda ola se confirmó la presencia de variante Gamma mediante secuenciación genómica de muestras de hisopado nasofaríngeo.

**Conclusiones:** La actual pandemia por Covid 19 evoluciona en sucesivas olas, las cuales llevan a cambios en los perfiles de pacientes ocasionando nuevos desafíos e impacto en el sistema de salud y en los profesionales tratantes. Es necesario identificar estos cambios para fortalecer a los mismos y evitar nuevas situaciones problemáticas como el aumento del uso de antibióticos y el potencial incremento de la resistencia bacteriana.

#### 0096 PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES INGRESADOS EN UTI CON NEUMONÍA SEVERA POR SARS-COV2

TE LUJAN, AS PIGA(1), CS SENGER(1)  
(1) Clinica Modelo SA

**Introducción:** El SARS-CoV-2 es una infección pulmonar que puede además afectar la función renal. El objetivo de este estudio fue establecer la prevalencia de insuficiencia renal aguda (IRA), en pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de la Clínica Modelo de la ciudad de Paraná, partiendo de la hipótesis de que padecer neumonía COVID 19 grave se relaciona con IRA.

**Métodos:** Realizamos un estudio de cohorte, retrospectivo, de los pacientes ingresados en UTI por neumonía COVID19, en el período entre Agosto 2020 y Agosto 2021, mayores de 18 años, con diagnóstico por RT-PCR, con neumonía severa por criterios de Ministerio de Salud de la Nación, basados en ATS/IDSA.

**Resultados:** 28 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión ( $n = 28$ ). El 67,8% fueron hombres ( $n = 19$ ) y 32,2% mujeres ( $n = 9$ ). La edad de los pacientes abarcaron un rango entre 25 y 85 años, siendo la edad promedio de 58,2 años. La prevalencia de IRA según criterios AKIN fue del 89,3% ( $n = 25$ ), de los cuales el 32,1% ( $n = 9$ ) se clasificaron en AKIN 1, 32,1% ( $n = 9$ ) en AKIN 2, y el 25% AKIN 3 ( $n = 7$ ). La prevalencia de pacientes con criterio de terapia de reemplazo renal sustitutiva fue del 14,2% ( $n = 4$ ). Los días de internación en UTI en promedio fueron de 17 días. La mortalidad de los pacientes COVID fue del 89% ( $n = 25$ ).

**Conclusiones:** En nuestro medio la IRA es una complicación frecuente en pacientes con neumonía severa por SARS-CoV-2. Hay una relación consistente entre la insuficiencia renal y la mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID 19. Consideramos que una muestra más grande, ayudará a establecer con más certeza la prevalencia de esta complicación.

#### 0097 SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA A LOS CARBAPENEMES Y CARBAPENEMASAS EN PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER BAUMANII EN ASPIRADOS TRAQUEALES TOMADOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M LOPEZ(1), ML CAZZOLA(1), MS OCAMPO BOTANA(1), MV BENITO(1), M MIJALSKI(1)  
(1) Hospital Italiano La Plata

**Introducción:** Pseudomonas aeruginosa (PAE) y Acinetobacter baumannii (AB) producen neumonías asociadas al ventilador y son capaces de adquirir resistencia a antimicrobianos y condicionar las opciones del tratamiento antibiótico.

**Objetivo:** Evaluar la sensibilidad antimicrobiana(S) a los carbapenemes (CA) y la presencia de carbapenemasas (C) en cepas de PAE y AB aisladas de aspirados traqueales (AT) tomados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del 1 de Junio de 2018 al 30 de junio de 2021.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional descriptivo donde se estudio la S y tipo de C de 141 cepas de PAE y 91 de AB, provenientes de 702 AT tomados entre el 1 de Junio de 2018 al 30 de junio de 2021 en la UCI. La tipificación y S se realizó mediante método automatizado Phoenix y difusión en agar por el método de Kirby-Bauer. La clasificación de tipo de C se realizo mediante pruebas de inhibición con monodiscos de ácido borónico y EDTA, discos combinados de meropenem DCMBrit y método inmunocromatografico RESIST-3 O.O.K. K-SeT Britania.

**Resultados:** El porcentaje de PAE y AB en los períodos relevados (P) varió entre 35% y 71%, y 25% y 51% respectivamente.

En AB la resistencia a CA fue del 100% en todos los P, y en PAE varió entre el 37% y el 66%. Las C aisladas en AB fueron MBL en el 15% de los aislamientos en el período Junio-Diciembre 2020 (1) y el 59% en Enero-Junio 2021 (2), y en PAE del 5% en el período 1 y el 2% en el período 2.

**Conclusión:** Se observó aumento persistente de resistencia a CA en

todo el P tanto en PAE como en AB. Los altos niveles de resistencia en el periodo pospandemia se debieron a la aparición de C del tipo MBL.

#### 0098 IMPACTO DE LA VARIANTE GAMMA EN EL INGRESO A UCI EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA

V MANDICH(1), D CHIACCHIARA(1), M BRAVO(1), A PILIPEC(1), S GRIMALDI(1), J COTEZ(1), V PANIOUK(1), H AREVALO(1), O ESCOBAR(1), S PEREZ FLACH(1), A HERBAS POZO(1), A AIMAR(1), K ZAÑUDO(1)  
(1) Santojanni

En la literatura se describe la dinámica de la actual pandemia en contexto de países de altos ingresos, pero la información, características y evolución de la misma en países con sistemas de salud menos desarrollados continúa siendo escasa.

**Objetivos:** Comparación entre pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con soporte ventilatorio, durante la primera y segunda ola de COVID-19 en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires.

**Material y Métodos:** Estudio observacional de cohorte prospectivo en adultos, con diagnóstico de COVID-19 por PCR-RT, en UCI. Las variables se expresaron como media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico, frecuencia absoluta y porcentaje. La comparación se realizó mediante Chi-Cuadrado, prueba de Fisher, Test de la mediana y t de Student según correspondiera. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .

**Resultados:** En la segunda ola hubo una incidencia de 69 ingresos a UCI Santojanni/100 000 ingresos a hospitales públicos de CABA; mientras que durante la primera ola la incidencia fue 11/100 000; lo que implica un aumento de la incidencia de admisión a nuestra UCI de 57.79 (IC95% 39.22-76.35) casos por cada 100 000 casos ingresados a hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Durante la segunda ola se confirmó la presencia de variante Gamma mediante secuenciación genómica.

**Conclusiones:** Durante la segunda ola de la pandemia, debida a la variante Gamma, en nuestra unidad ingresaron mayor cantidad de pacientes, lo cual significó un aumento de la carga laboral luego de un año de trabajo. Conocer la dinámica de la actual pandemia debe ayudarnos a definir estrategias de gestión en lo referente al recurso humano más allá del Covid para enfrentar desafíos futuros.

#### 0099 COMPARACIÓN DE ANTECEDENTES Y PRESENTACION CLINICA ENTRE PACIENTES INTERNADOS EN UTI DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS EN LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES (CABA), ARGENTINA

V MANDICH(1), D CHIACCHIARA(1), M BRAVO(1), A PILIPEC(1), S G(1), J COTEZ(1), V PANIOUK(1), H AREVALO(1), O ESCOBAR(1), S PEREZ FLACH(1), A HERBAS POZO(1), A AIMAR(1), K ZAÑUDO(1), M MINGHETTI(1)  
(1) Santojanni

En la literatura se describe la dinámica de la actual pandemia en contexto de países de altos ingresos, pero la información, características y evolución de la misma en países con sistemas de salud menos desarrollados es escasa.

**Objetivos:** Comparación entre antecedentes y presentación clínica de pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con soporte ventilatorio, durante la primera y segunda ola de COVID-19 en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires.

**Material y Métodos:** Estudio observacional de cohorte prospectivo en adultos, con diagnóstico de COVID-19 por PCR-RT, en UCI.

Las variables se expresaron como media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico, frecuencia absoluta y porcentaje. La comparación se realizó mediante Chi-Cuadrado, prueba de Fisher, Test de la mediana y t de Student según correspondiera. Nivel de significancia:  $p < 0.05$ .

**Resultados:** La presentación de la enfermedad difirió en cuanto a la frecuencia de la disnea, siendo el síntoma prevalente en la segunda ola (83.5% vs 56.8%,  $p < 0.01$ ), sin diferencias significativas entre otros síntomas categorizados como respiratorios y musculares.

Las comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, obesidad y tabaquismo no presentaron diferencias significativas entre ambas poblaciones; pero sí lo hicieron en la primera ola con respecto a la segunda los antecedentes de enfermedad cardiovascular (29.5% vs 15.2%;  $p < 0.05$ ) y diagnóstico de enfermedad bronquial obstructiva crónica (EBOC) (27.3% vs 8.9%;  $p < 0.01$ ). Contrariamente otras patologías previas, como HIV, hipotiroidismo, o diagnóstico de enfermedad oncohematológica; fueron más frecuentes en la segunda ola (43% vs 22.7%;  $p = 0.02$ ).

**Conclusiones:** Durante la segunda ola de la pandemia, en nuestra unidad ingresaron pacientes con similar presentación clínica respecto a la primera ola, diferenciándose si los antecedentes patológicos previos.

#### 0100 NEUMOTORAX ESPONTANEO EN COVID 19 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA UCI DE IV NIVEL

LA DULCEY SARMIENTO(1), R CALTAGIRONE(1), DM VILLAMIZAR OLARTE(2), JS THERAN LEON(3), LM MARTINEZ MARTINEZ(4), ER ESPINOZA SILVA(3)

(1) Universidad De Los Andes. (2) Universidad Industrial De Santander. (3) Universidad De Bucaramanga. (4) Universidad De Santander

**Introducción:** En pacientes infectados por SARS-CoV-2 la insuficiencia respiratoria aguda es generalmente secundaria a síndrome de dificultad respiratoria aguda. No obstante, en estos pacientes se han detectado otras complicaciones agudas en el diagnóstico diferencial, como neumotórax espontáneo aun en ausencia de hábito tabaquico.

**Descripción de casos clínicos:** De una muestra de 306 pacientes con COVID-19 se encontraron 11 complicados con neumotórax espontáneo y uno de ellos, además, con neumomediastino espontáneo, dos condiciones muy raramente asociadas con esta infección.

**Metodología:** Estudio observacional analítico prospectivo de cohorte, para determinar la frecuencia y factores asociados con Neumotórax espontáneo o Neumomediastino en pacientes con diagnóstico de COVID 19 ingresados a una institución de tercer nivel entre Junio 2020 y Junio 2021.

**Resultados:** Del total de la muestra de 306 pacientes el principal género afectado fue el masculino. Se utilizaron medidas de tendencia central tales como media (60,8 Años), moda (40.9-80.7) y se aplicó la prueba de Chi cuadrado para apreciar valor estadístico entre las diversas variables a correlacionar. Al correlacionar las variables la mortalidad de los pacientes con diagnóstico de COVID ocurrió principalmente en el grupo etareo de mayores de 60 años  $p < 0,0007$ . EPOC como antecedente  $p < 0,0004$ , índice de ROX menor de 4.88  $p < 0,0001$ , PAFI menor de 100 mm Hg  $p < 0,003$ . La mortalidad encontrada fue 8 de los 11 pacientes.

**Conclusiones:** Aún queda por establecerse el mejor tratamiento, su verdadera incidencia y si la existencia de estas complicaciones en esta población de pacientes se asocia con mayor gravedad, aunque con base en la limitada evidencia disponible en reportes de casos, la mortalidad parece ser más alta. Es necesario realizar más estudios en este tema para dilucidar estas incógnitas y ofrecer una mejor atención médica.



### 0101 MARCADORES PRONÓSTICOS GENÉTICOS Y PLASMÁTICOS DE LAS FORMAS MÁS SEVERAS DE COVID-19

F ARANDA(1), M PERALTA(1), S PERÉS(1), V CHEDIACK(1), A BOCASSI(1), E CUNTO(1), M MOIANA(1), M FERNÁNDEZ(1), A LUCERO(1), J CHAMORRO(1), V LARA(1), G DE LARRAÑA-GA(1)

(1) Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz

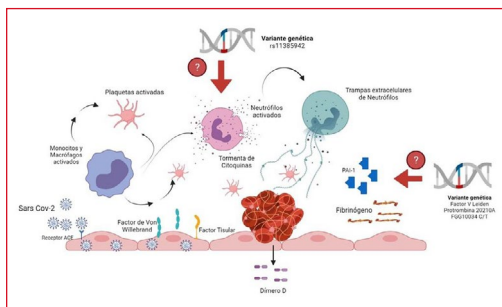
En pacientes COVID-19, la severidad del cuadro o el desenlace fatal han sido asociados con inflamación y coagulación exacerbadas. Diversas comorbilidades y factores genéticos estarían directamente asociados con dichos pronósticos.

El objetivo de la investigación fue estudiar la asociación de ciertas variantes genéticas y marcadores plasmáticos relacionados con inflamación y coagulación y la evolución de pacientes COVID-19 en una cohorte argentina (leves, moderados, severos y críticos).

Se estudiaron las variantes genéticas (n=85): Factor V Leiden, Factor II 20210A y FGG10034C/T (coagulación) y rs11385942 (inflamación). Variantes plasmáticas en el momento de internación (n=175): leucocitos, linfocitos, neutrófilos, relación neutrófilo/linfocitos, Dímero D, ferritina, LDH, plaquetas, creatinina, enzimas hepáticas, Proteína C reactiva, CK. Datos clínicos (n=175) edad, sexo, Índice masa corporal, días con síntomas previos a internación, días de internación, días de internación en UTI, APACHE II (inicio), SOFA (inicio), comorbilidades. Desarrollo de: ARDS, hipoxemia refractaria, shock séptico, disfunción orgánica, falla renal, IAM, TVP, TEP, entre otros.

Los pacientes que fallecieron mostraron niveles significativamente más altos de leucocitos, neutrófilos, ferritina, Dímero D, LDH, APACHE II, SOFA y linfopenia al momento de su internación, que aquellos que sobrevivieron. También estuvieron más días internados en UTI, tenían mayor edad y presentaron con más frecuencia diabetes y obesidad. No se observó asociación entre ningún parámetro de inflamación, coagulación ni la mala evolución de los pacientes con la portación de alguna de las variantes genéticas estudiadas. Mediante regresión logística binaria, se demostró que las variables clínicas más fuertemente asociadas con mortalidad fueron: desarrollo de SHOCK OR=7.464 (1.824-30.543), p=0.005; desarrollo de insuficiencia renal aguda OR=5.374 (1.147-25.168), p=0.033; y SOFA>3 al ingreso en UTI OR=8.454 (1.887-37.872), p=0.005.

Los resultados obtenidos coinciden con los descriptos en otros estudios acerca de algunos marcadores pronósticos y también mostrarían que las variantes genéticas relacionadas con exacerbación de inflamación y/o coagulación estudiadas no contribuyen significativamente a los desenlaces fatales.



### 0102 DETECCIÓN PROLONGADA DE SARS COV – 2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GRAVE COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MAYOR MORTALIDAD

N FUNES NELSON(1), C CERVANTES(2)

(1) Sanatorio del Oeste. (2) Sanatorio del Oeste Ituzaingó

**Objetivo:** Describir la tasa de mortalidad de aquellos pacientes con enfermedad grave ingresados a la UTI de nuestra institución, con y sin detección prolongada de PCR SARS COV2.

**Material y método:** Estudio Observacional retrospectivo, descriptivo, unicéntrico en pacientes con detección prolongada de PCR SARS COV2 mediante hisopado nasofaríngeo durante su internación en el Servicio de Cuidados Intensivos del Sanatorio del Oeste Ituzaingó; durante el periodo de enero a junio del año 2021.

**Resultados:** De 320 pacientes ingresados en nuestro servicio en el periodo descripto, 161 lo hicieron por neumonía grave por SARS COV2. 112 (69.5%) de esos 161, requirieron ARM, 75 (46.5%) de ellos fallecieron.

Un total de 159 (98,5%) pacientes de esos 161 dieron una PCR de control positiva. 90 (55.5%) de esos 161 mostraron una segunda PCR positiva a los diez días, 24 (14,5%) una tercera PCR positiva, 4 (2%) una cuarta PCR positiva. 18 pacientes negativizaron al primer control.

La edad promedio de los pacientes fallecidos fue de 64,46 años. Apache II promedio 19,87, sexo masculino el 62%, obesos el 7%, HTA 12 %, DBT 6,1%.

**Discusión:** En 159 pacientes se observó detección prolongada de PCR positiva SARS COV2, de estos, 76 (47.7%) pacientes fallecieron y en ellos se observó que presentaban 2, 3 y hasta 4 PCR positivas, a diferencia del resto que solo presentaban un control positivo.

**Conclusión:** En nuestra muestra, observamos una mayor mortalidad en aquellos pacientes con detección prolongada de PCR SARS COV2, versus aquellos que presentaban un solo control positivo. La presencia de factores de riesgo en los pacientes fallecidos fue baja en la muestra analizada.

### 0103 DECÚBITO PRONO EN COVID-19

MD UGARTE LOPEZ(1), AJ HERRERA(1), S COSENZA(1), P PRATESI(2)

(1) Hospital Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral.

La enfermedad por coronavirus-2019 (COVID-19), causó un aumento de los ingresos a la terapia intensiva (UCI) por insuficiencia respiratoria con hipoxemia refractaria, con requerimiento de decúbito prono (DP) durante la ventilación mecánica (ARM).

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y mortalidad de los pacientes con COVID-19 grave internados en UCI, con requerimiento de DP en ARM.

**Materiales y Métodos:** Es un trabajo descriptivo, observacional, retrospectivo, en un único centro. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años que ingresaron a UCI, con neumonía por COVID-19 confirmada por PCR a través del hisopado nasofaríngeo. En el periodo de marzo 2020 hasta octubre del 2021.

Los datos demográficos, antecedentes patológicos, datos clínicos y mortalidad se obtuvieron de la historia clínica informatizada del Hospital.

**Resultados:** En total ingresaron 339 pacientes, de los cuales requirieron ARM 243 (71,6%). Se pronaron 163 pacientes. En la tabla 1 se observan las características clínicas y mortalidad de los pacientes según la cantidad de ciclos de prono que realizaron. (Tabla1)

**Conclusión:** Observamos predominancia del sexo masculino en todos los grupos, con pacientes más jóvenes en el grupo pronóstico 0. En cuanto a las comorbilidades, hay mayor cantidad de obesos en los grupos de pacientes pronósticos.

Encontramos mayor mortalidad en los pacientes que realizaron 3 o más pronósticos, con valores de APACHE II similares en todos los pacientes evaluados.

Variables	DP 0 (73)	DP 1-2 (89)	DP 3-4 (43)	DP >4 (31)
Sexo masculino n, (%)	45(61.6)	69 (77.5)	33 (76.7)	21 (67.7)
Edad m, (RIQ)	53.8(40.1-67.5)	57.5(44.8-70.2)	62.6 (48.8-76.4)	60.1(46.3-73.9)
Comorbilidades n, (%)				
- HTA	31(42.4)	42(47.1)	19 (44.1)	12(38.7)
- DBT	18(24.6)	26(29.2)	9 (20.9)	8(25.8)
- Obesidad	23(31.5)	52(58.4)	22 (51.1)	15(48.4)
- Enfermedades pulmonar	11(15)	10(11.2)	11 (25.5)	4(12.9)
- ICC	7(9.6)	7(7.8)	3 (6.9)	3(9.6)
Días FIS-uci m, (RIQ)	10(6.1-13.9)	9(5.2-12.8)	8 (4-12)	8(4.1-11.9)
AP II m (RIQ)	13.5(7.8-19.2)	11.5(6.1-16.9)	12 (7-17)	13.2(7.8-18.6)
Días de ARM	19.3(-1.3-39.9)	25.8(5.2-46.4)	31.3 (10.5-52.1)	36.8(16.1-57.6)
Días internación UCI	23.2(2.1-44.3)	21.3(7.6-50.2)	32.9 (11.6-54.2)	38.9(17.2-60.1)
Días internación hospitalaria	30.9(9.1-52.7)	36.9(15.3-58.5)	36.5 (14.7-58.3)	42.1(20.3-63.9)
Traqueostomía	27(36.9)	48(53.9)	22 (51.1)	17(54.8)
Mortalidad	12(16.4)	25(28.1)	22 (51.1)	19(61.2)

Referencias: HTA, hipertensión arterial; DBT, diabetes; ICC, insuficiencia cardíaca; FIS, fecha de inicio de los síntomas; APII, Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II

Variables	HSC (80)	HUA (76)	p
Sexo masculino, n (%)	51 (63.7)	56 (73.7)	0,18
Edad media (DE)	59,3 (13,3)	54,2 (15,1)	0,02
Comorbilidades, n (%)			
HTA	31 (38,7)	28 (36,8)	0,76
DBT	25 (31,2)	19 (25)	0,36
ICC	3 (3,75)	4 (5,2)	0,66
Obesidad	26 (32,5)	38 (50)	0,03
Enfermedad pulmonar	10 (12,5)	14 (18,4)	0,32

Referencias: HSC, Hospital Solidario; HUA, Hospital Universitario Austral; HTA, hipertensión arterial; DBT, diabetes; ICC, insuficiencia cardíaca

Variables	HSC	HUA	p
FIS- Ingreso a UCI, media (DE)	7 (3,5)	8 (4)	0,19
AP II, media (DE)	13,8(4,9)	13,6(6,6)	0,85
Prono vigil, n (%)	19 (23,7)	35 (46)	0,003
CAFO, n (%)	18 (22,5)	34 (44,7)	0,003
Ventilación Mecánica, n (%)	47 (58,7)	48 (63,1)	0,56
Días de ARM, media (DE)	31 (23,9)	28,8 (27,9)	0,71
Requerimiento de TQT, n (%)	20 (25)	26 (34,2)	0,04
Días de internación en UCI, media (DE)	21 (23,9)	23,5 (23)	0,6

Referencias: ARM, ventilación mecánica; HSC, Hospital Solidario; HUA, Hospital Universitario Austral; FIS, fecha de inicio de síntomas; APII, Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II; CAFO, cánula de alto flujo; TQT, traqueostomía; UCI, Terapia Intensiva

Variable	HSC	HUA	p
Mortalidad ARM, n (%)	26 (55,3)	12 (25)	0,002
Mortalidad global en UCI, n (%)	29 (36,2)	12 (15,7)	0,003

Referencias: ARM, ventilación mecánica; HSC, Hospital Solidario; HUA, Hospital Universitario Austral; UCI, Terapia Intensiva

#### 0104 HOSPITAL DE CAMPAÑA COVID-19. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO COMPARATIVO

MD UGARTE LOPEZ(1), AJ HERRERA(2), MD UGARTE LOPEZ(2), S COSENZA(2), J ALVAREZ(2), P PRATESI(2)  
 (1) Hospital Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral

La enfermedad por SARS-CoV-2 representó un reto para el sistema de salud de todo el mundo, con un aumento del requerimiento de camas en terapia intensiva (UCI). Por lo que en muchos lugares se abrieron hospitales de campaña para hacer frente a este desafío. Entendiendo que el déficit no sólo fue de infraestructura sino también del personal de salud con formación en cuidados críticos. El objetivo de este trabajo es comparar las características clínicas y mortalidad de los pacientes que se atendieron en el Hospital Solidario (HSC) y el Hospital Universitario Austral (HUA).

**Materiales y Métodos:** Es un estudio descriptivo, observacional, de dos centros, coordinados por el mismo staff médico. El HSC contaba con médicos de guardia, enfermeros y kinesiólogos que no todos tenían formación en cuidados críticos a diferencia del HUA.

Se incluyeron pacientes mayores de 16 años que ingresaron a la terapia intensiva, por neumonía por COVID-19, entre Marzo y Octubre 2020.

**Resultados:** En la tabla 1 se pueden observar las diferencias de las características demográficas entre los dos Hospitales, en la tabla 2 las variables clínicas y de ventilación mecánica (ARM). Y en la tabla 3 la mortalidad global en UCI y la asociada a ARM.

**Conclusión:** Observamos diferencias significativas en cuanto a la edad, siendo más jóvenes los pacientes de HUA, y con mayor obesidad que en el HSC. Los pacientes en el HUA realizaron más pronóstico y cánula de alto flujo, aunque no hubo diferencias significativas en cuanto a la cantidad de pacientes ventilados.

La mortalidad tanto global como en ARM, fue significativamente menor en el HUA que el HSC.

Consideramos de gran importancia la formación en cuidados críticos por parte del personal de salud, quienes modifican la calidad de atención que recibe un paciente en UCI.

#### 0105 CAFO EN COVID-19

AJ HERRERA(1), MD UGARTE LOPEZ(1), S COSENZA(1), J ALVAREZ(1), P PRATESI(1)  
 (1) Hospital Universitario Austral

**Introducción:** La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19), implicó una gran cantidad de casos de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA), siendo un reto para el médico terapeuta la decisión de ventilación mecánica, por la elevada mortalidad que presentaban los pacientes. Optando el tratamiento de la IRA con cánula de alto flujo (CAFO), en casos determinados.

El objetivo es describir las características clínicas y mortalidad de los pacientes que requirieron CAFO y los que no, internados en terapia intensiva (UCI) por neumonía grave por COVID-19.

**Materiales y métodos:** Se realizó un trabajo descriptivo, observacional en un único centro. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años, que ingresaron a UCI por neumonía grave por COVID-19. En el periodo de marzo 2020 a abril 2021. Se excluyeron los pacientes ingresados luego de abril ya que sólo ingresaban a UCI pacientes con requerimiento de AVM.

Los datos demográficos, clínicos, asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y mortalidad se obtuvieron de la historia clínica informatizada de los pacientes del Hospital.

**Resultados:** Ingresaron en total 280 pacientes, de los cuales realizaron CAFO 160 (57%). En la tabla 1 se pueden observar las características demográficas. En la tabla 2 las características clínicas y de ARM. Y en la tabla 3 los datos relacionados con la mortalidad.

**Conclusión:** No encontramos diferencias significativas en cuanto a las variables demográficas entre los pacientes que recibieron CAFO y los que no, excepto en IMC>30.

Los días desde el inicio de los síntomas al ingreso a UCI y a la conexión a ARM es mayor en el grupo con CAFO.

El grupo que no recibió CAFO, presentaba mayor score de severidad al ingreso, con mayor requerimiento de ARM y mayor mortalidad global en UCI, aunque sin diferencias en la mortalidad en ARM.

**Tabla 1: Características demográficas**

Variables	No CAFO (120)	CAFO (160)	p
Masculino, n (%)	76 (63.3)	116 (72.5)	0.1
Edad, media (DE)	58.5 (13.8)	56 (13.8)	0,15
<b>Comorbilidades</b>			
HTA, n (%)	49 (40.8)	66 (41.2)	0,99
DBT, n (%)	31 (25.8)	43 (26.9)	0,87
ICC, n (%)	6 (5)	14 (8.8)	0,21
Obesidad, n (%)	48 (40)	76 (47.5)	0,05
Enfermedades pulmonares, n (%)	18 (13.3)	26 (16.2)	0,51

Referencias: CAFO, Cánula nasal de alto flujo de oxígeno; HTA, hipertensión arterial; DBT, Diabetes; ICC, insuficiencia cardíaca.

**Tabla 2: Características clínicas y ventilación mecánica**

Variables	No CAFO	CAFO	p
Días FIS- ingreso a UCI	7 (DE: 3.9)(3.1-10.9)	9(DE:3.7)(5.3-12.7)	0,00005
AP II	14,8 (5,8)	9,8 (5,6)	0,0000000000
ARM	90(75)	98(61.2)	0,013
Días FIS - ARM	8 (6,8)	11,33 (4,8)	0,0004
Días Ingreso a UCI-ARM	0,6 (2)	1,4 (2,8)	0,03
Días ARM	28,6(DE:21.6)(7-50.2)	26,2(DE:21.8)(4.4-48)	0,5
CAFO pos extubación	0(0)	10(6.25)	0,0013
Reintubación	14 (11,6)	14 (8,75)	0,33
TQT	46(38,3)	53(33,1)	0,41
Días UCI	24,4(DE:22.1)(2.3-46.6)	22(DE:22)(0-44)	0,44

Referencias: CAFO, Cánula nasal de alto flujo de oxígeno; AP II, Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II; FIS, fecha de inicio de síntomas; ARM, ventilación mecánica; UCI, unidad de cuidados intensivos; TOT, traqueostomía.

**Tabla 3: Mortalidad**

Variables	No CAFO	CAFO	p
Mortalidad global en UCI, n (%)	40(33.3)	34(21.2)	0,02
Mortalidad en ARM, n (%)	39(32.5)	32(20)	0,13

Referencias: CAFO, Cánula nasal de alto flujo de oxígeno; UCI, Unidad de Cuidados Intensivos; ARM, ventilación mecánica

### 0106 LA LIDOCAÍNA REFUERZA LOS EFECTOS DE LA DEXAMETASONA EN EL CONTROL DE LA ACTIVACIÓN INFLAMATORIA DE CÉLULAS EPITELIALES Y MIELOIDES SIN ALTERAR LA VÍA DE LOS INTERFERONES DE TIPO I. ¿UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE COVID-19 SEVERA?

M ELIZAGARAY(2), FCE, UNLP. CONICET, A PONTORIERO(1), E BAUMEISTER(1), G DOCENA(2), FCE, UNLP. CONICET, G GONDOLES(5), C RAIMONDI(6), UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, E CORREGER(8), M RUMBO(2), FCE, UNLP. CONICET (1) 2-División Virus Respiratorios. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas. Anlis-Malbrán. (2) 1-Instituto de Estudios Inmunológicos y Fisiopatológicos. (3) FCE. (4) UNLP. Conicet. (5) 3-Instituto De Medicina Traslacional Hospital Universitario Fundación Favaloro. Conicet. (6) 4-Catedra de Trasplante de Organos. Facultad de Ciencias Médicas. (7) Universidad Nacional de La Plata. (8) Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce. FCM UNLP

**Introducción:** SARS-Cov-2 grave se caracteriza por un cuadro inflamatorio, síndrome de distrés respiratorio agudo grave con eventual falla multiorgánica y subsecuente muerte. La lidocaína, antiarrítmico y anestésico local, es también conocida por su capacidad antiinflamatoria.

**Hipótesis:** La lidocaína puede tener efectos moduladores de la inflamación que complementen la acción de la dexametasona, opción terapéutica principal en estos casos.

**Metodología:** Se desarrollaron estudios pre-clínicos, experimentales sobre las líneas celulares: THP1 (monocítica humana), J774 y RAW 264.7 (monocítica-macrofágica ratón), Caco-2, HeLa, HEK (epiteliales humanas) y Vero (epiteliales de mono) y líneas reporteras (Luciferasa, GFP o fosfatasa alcalina secretada) de vías de señalización: NF- $\kappa$ B, inflamósoma, interferón gamma e interferones de tipo I. Se evaluó el efecto dosis-respuesta de la lidocaína (100 $\mu$ m a 1mM) sobre la activación causada por: ligandos TLR (flagelina,

PolyI:C, LPS, Pam3Cys), hTNF $\alpha$ , mIFN $\gamma$  y estímulos de activación de inflamósoma (transfección con pcDNA). Se analizaron los efectos en presencia o ausencia de dexametasona (0.1 a 1  $\mu$ m). Se midió mediante ELISA la secreción de mL-6, hIL-8 o hIL-1 $\beta$  como marcadores de activación.

**Resultados:** La lidocaína mostró una capacidad moduladora dosis-dependiente frente a activación por todos los ligandos de TLR empleados ( $p < 0.05$ ). La lidocaína no afectó la capacidad de infección del SARS-CoV2 en líneas celulares Vero. La combinación de lidocaína con dexametasona mostró efectos aditivos en la capacidad moduladora. Las vías de señalización moduladas en forma aditiva por la combinación de fármacos son: la señalización NF- $\kappa$ B, el ensamblado del inflamósoma (tanto la formación de specks de ASC-GFP y secreción de hIL-1 $\beta$ ) y la señalización de IFN $\alpha$  $\beta$  no es afectada por el tratamiento con lidocaína.

**Conclusiones:** La lidocaína produce un efecto inmunomodulador aditivo a dexametasona que podría resultar de interés para el plan-teo de estudios clínicos en pacientes con COVID19 severo.

### 0113 SUCESIVOS CICLOS DE DECÚBITO PRONO EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA CON DISTRÉS MODERADO A SEVERO DEBIDO A COVID-19. ESTUDIO DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, TIPO SERIE DE CASOS

G CARDOSO(1), M CALVO DELFINO(1), L CASTRO(1), J PÉREZ(1), J DORADO(1), D GILGADO(1), C SNAIDER(1), C PA-PAZIAN(1), D HALAC(1), M ACCOCE(1)  
(1) Sanatorio Anchorena San Martín

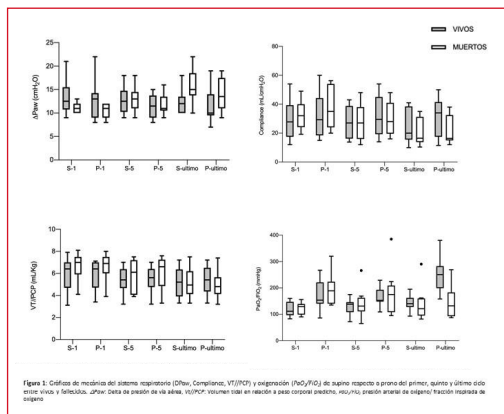
**Introducción:** La implementación del decúbito prono (DP) en pacientes con hipoxemia severa bajo ventilación mecánica invasiva (VMI) demostró mejorar la sobrevida. Durante la pandemia por COVID-19, estudios epidemiológicos informaron tasas elevadas de uso de DP, sin embargo el número de sesiones es similar al reportado previamente. La incapacidad de sostener mejoría en la oxigenación en supino, sobrecarga laboral y potenciales eventos adversos, podrían instaurar la discusión de sostener la estrategia durante ciclos sucesivos y en fases avanzadas del SDRA.

**Métodos:** En este estudio retrospectivo, tipo serie de casos, describimos los resultados de pacientes mayores de 18 años bajo VMI con SDRA moderado-severo por COVID-19 que requirieron 8 o más sesiones de PP.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes con una mediana (IQR) de 11 (9-14) ciclos de DP y una mediana (IQR) de 30 (23-34) días de VMI. El 26% logró ser desvinculado y 60% requirió traqueostomía. La mortalidad al alta de UCI fue 43,5%. No hallamos diferencias significativas entre vivos y muertos en variables demográficas, de monitoreo ventilatorio ni en ciclos totales de prono. Los pacientes vivos tuvieron más días de VMI y traqueostomía  $p < 0.001$ .

En la figura 1 se observa durante el primer y quinto ciclo de prono un comportamiento similar entre vivos y fallecidos en términos de mecánica. En el último ciclo, la oxigenación y mecánica del sistema respiratorio mejoró sólo en pacientes que sobrevivieron. Cuatro pacientes presentaron complicaciones potencialmente graves y ningún ciclo debió ser interrumpido.

**Conclusión:** Nuestros hallazgos muestran un subgrupo de pacientes con respuesta favorable en términos de oxigenación y mecánica aún luego de múltiples ciclos de DP. La baja tasa de complicaciones, resultados obtenidos y falta de predictores asociados a la intervención sugieren que no debería interrumpirse la implementación del DP más allá del número de ciclos reportado en la bibliografía.



### 0115 UTILIDAD DE BIOMARCADORES DE PRECLAMPSIA: UTOPIA O REALIDAD?

S DER PARSEHIAN(1), ME BERGMAN(2), S SANCHEZ SEGOVIA(2), I DI MARCO(3)  
(1) Mat Inf R Sarda. (2) HMIRS. (3) Health Ministry.

**Introducción:** La pre-eclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica, propia del embarazo y el puerperio. La disfunción placentaria altera los niveles circulantes del factor antiangiogénico fms-símil tyrosine kinasa-1 (sFlt-1) y Factor de Crecimiento Placentario (PIGF). El aumento del cociente sFlt-1/PIGF (CSP) se asocia a mayor riesgo de PE, y puede ser predictor precoz del desarrollo de complicaciones.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre los valores del cociente CSP y la aparición de resultados adversos materno-fetales.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Población: Mujeres con embarazo único y uno o más factores de riesgo para PE desde las 23 a 36.6 semanas (01/01/2018 a 31/12/2018). Criterios de exclusión: Signo-sintomatología manifiesta de Síndrome HELLP y/o Eclampsia. Se cuantificaron sFlt-1 y PIGF en suero materno mediante Electroquimioluminiscencia. Se clasificaron las pacientes en grupos de riesgo. CSP38 (rule in); CSP 38-85 (riesgo intermedio); CSP>85 (alto riesgo).

Se analizaron datos de 149 pacientes, registrando CSP de 187 muestras, edad gestacional al nacimiento, peso del recién nacido, ingreso materno a UTI y mortalidad fetal.

**Resultados:** En el grupo de RN85 unidades; 12% CSP37 SG la distribución de valores de CSP fue: 92% CSP<38; 8% CSP>85.

El 77% de los RN 85, el 94% con peso >3000gr CSP <38.

El 35% de las madres con CSP>85 requirieron ingreso a UTI Obstétrica.

Del total de ingresos a UTI la distribución de valores de CSP fue: 85% CSP>85; 15% CSP<38.

Se registraron 6 casos de mortalidad fetal, 2 con CSP200

**Conclusiones:** Valores de CSP>85 se asociaron a complicaciones materno-fetales de PE. Valores de CSPLa implementación del CSP es una herramienta bioquímica de utilidad clínica en Obstetricia para predecir, diagnosticar, y evitar las graves consecuencias de la PE para la salud materno-fetal.

### 0116 ROL DE LOS BIOMARCADORES DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL AREA PUBLICA

S DER PARSEHIAN(1), M ORTIZ DE ZARATE(2), R NIETO(2)  
(1) Mat Inf R Sarda. (2) HMIRS.

La presepsina es el fragmento N-terminal de 13 kDa de la proteína CD14. Puede ser considerado un biomarcador específico y temprano de la sepsis. En la etapa neonatal, se carece de un marcador adecuado para el diagnóstico de sepsis, por lo cual su investigación es de interés.

**Objetivos:** Determinar la capacidad predictiva de la presepsina (P-SEP) y su valor óptimo de corte, en sepsis neonatal tardía y comparar dicha capacidad, con la procalcitonina (PCT)

**Diseño:** Estudio de cohorte prospectivo.

**Material y Métodos:** Población: Neonatos nacidos entre el 10/03/2015 y 29/04/2016 internados en una unidad neonatal de tercer nivel, desde el 3° día de vida y hasta 4 semanas luego del alta, con sospecha de sepsis tardía.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 87 episodios en 77 pacientes con síntomas de sepsis tardía. Se confirmó sepsis bacteriana en 35 casos (40,2 %).

La mediana de presepsina y procalcitonina fueron mayores en los niños con sepsis. Mediana (min-max) 897 pg/ml (165-2413) vs 436 pg/ml (109-2267) p < 0,001 y 6,84 ng/ml (0,1-201) vs 0,27 ng/ml (0,06-139) p < 0,001.

Para presepsina el punto con mayor número de correctamente clasificados fue 833 pg/ml. Sensibilidad 65,7% (48-83), especificidad 82,6 % (IC 95% 71-94) VPP 72 % (55-89) VPN 78 % (66-90). Para PCT el punto de corte fue mayor o igual a 2.78 ng/ml. Sensibilidad 80 % (65.3-94.7), especificidad 76.9 % (IC 95% 64.5-89.3) VPP 70 % (54.6-85.4) VPN 85 % (73.9-96.3). El área bajo la curva fue 0.76 vs 0.84 p = 0.23.

**Conclusiones:** La presepsina es un biomarcador confiable para sumar a los algoritmos de diagnóstico y tratamiento. La capacidad predictiva no fue significativamente diferente a procalcitonina

### 0117 EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MAYORES ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE PLASMA DE CONVALECIENTE EN PACIENTES CON COVID-19

D ROMERO(1), M WILCHES(1), J MORALES(2), G RODRÍGUEZ(1), B FERNANDEZ(1), T HUANCA(1), L BARRA MONTES DE OCA(1), W VIDETTA(1), S QUINTANA(1), D BARRIENTOS(1), O GONZÁLEZ(1), H COLLAZOS(1), A TAMAYO(1)  
(1) Municipal Eva Perón de Merlo. (2) Municipal Eva Perón de Merlo

**Introducción:** En el contexto de la Pandemia por la COVID-19, producida SARS-CoV-2, la utilización de transfusiones por plasma de personas convalescentes (PC) que hayan padecido de COVID-19, surgió como una opción de tratamiento compasivo que fue sometida a su empleo y desarrollo experimental desde el principio.

**Objetivo:** Evaluar parámetros de seguridad a fin de evitar y/o tratar las complicaciones mayores y conocer la frecuencia de su presentación.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio experimental, no aleatorizado, que abarca un periodo de 8 meses, se analizaron las métricas de seguridad luego de la transfusión de PC de COVID-19 en 144 pacientes hospitalizados con enfermedad moderada o grave, con criterios de inclusión: edad igual o mayor a 18 años; Diagnóstico por rt-PCR; consentimiento informado del receptor o un familiar; con imágenes de lesiones pulmonares más alguno de los siguiente: Saturación igual o menor a 93% con O2 por máscara reservorio; uso de CPAP o de CAFO o VNI por IRA hipoxémica; con IOT y AVM con SDRA según definición de Berlin (PAFI menor a 300mmHg con PEEP igual o mayor a 5 cmH2O) y Menos de 7 días de internación por infección respiratoria.

**Resultados:** Se efectuó un análisis descriptivo por variables en cuanto a: Hombres 90 (62%) y mujeres 54 (38%) y edad menores de 60 años el 76% y mayores de 40 años un 24%.

La incidencia de complicaciones mayores en las primeras cuatro horas luego de la transfusión fue menor al 2%, (TACO:2, TRALI: 0 y Shock anafiláctico: 0 con una mortalidad del total de los transfundidos del 18%, pero con mortalidad 0% por causa directa por de su aplicación. La administración del PC antes de las 72 horas de internación fue del 90% y luego de las 72 horas fue del 10%, los antecedentes patológicos de mayor frecuencia fueron: HTA 26 %; DBT 24% y Obesidad 14%.

**Conclusiones:** La tasa de complicaciones mayores no es mayor a lo

encontrado en otros estudios y con una mortalidad del 0%, lo que establece que la transfusión de PC es un método seguro y que su eficacia aún se sigue evaluando en algunos grupos.

#### 0118 EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS GRAVES POR TRANSFUSIÓN DE SUERO HIPERINMUNE COVID-19

D BARRIENTOS(1), A BARRA MONTES DE OCA(1), T HUANCACA(1), C CLAROS(1), R GARNICA(1), J MORALES(1), B FERNANDEZ(1), M WILCHES(1), W VIDETTA(1), G RODRIGUEZ(1), O FLORES(1), O GONZALEZ(1), H COLLAZOS(1), W VELIZ(1), S CARABAJAL(1), D ROMERO(1), S QUINTANA(1), A TAMAYO(1)

(1) Municipal Eva Perón de Merlo

**Introducción:** El Suero Hiperinmune anti-COVID 19 esta basado en usos previos como como antitetánico, picadura por arácnidos, etc, incluso en la shigella productora del SHU, utilizándose solo fragmentos F (ab) 2 generados por la digestión en la pepsina y retienen la capacidad de unión bivalente hacia la inmunoglobulina G (IgG), careciendo de la región constante (Fc) responsable de reacciones como la enfermedad del suero y efectos secundarios importantes.

**Objetivo:** Evaluar la presentación y frecuencia de complicaciones mayores debido a su administración.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio experimental, no aleatorizado, durante un periodo de 6 meses en nuestra UTI, observando la seguridad luego de la transfusión de SH de Caballo en 28 pacientes adultos hospitalizados con la enfermedad moderada o grave. Criterios de inclusión: Edad igual o mayor de 18 años; Infección por SARS-CoV-2 confirmado mediante PCR; Enfermedad moderada o severa según definición de NIH, con no menos de 10 días de Fecha de Inicio de Síntomas (FIS) al momento de la selección. Con criterios de exclusión: Pacientes que hayan recibido tratamiento con PC por COVID-19; Enfermos que requieran AVM en el momento de la selección; antecedentes de anafilaxia grave, administración de suero equino (p.ej. suero antitetánico, suero antifídico o suero antitoxina por arácnido) o una reacción alérgica por contacto o exposición a los caballos).

**Resultados:** Existió una sola complicación mayor debido a la transfusión del suero equino o hiperinmune, una falla de bomba por aparente sobrecarga de volumen en una sola paciente, no existió mortalidad en relación directa con la transfusión según el análisis de seguridad, con una mortalidad del 10,7% para aquellos transfundidos pero por la propia enfermedad (Tabla No. 1).

**Conclusiones:** Se establece que la transfusión del suero equino presenta un perfil adecuado de seguridad a corde a los productos (Fab) con una mortalidad del 11% entre los transfundidos pero por la enfermedad per se y no relacionada con la transfusión.

#### 0119 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD DURANTE EL PRIMER CICLO EN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SARS-COV2

MC GONZALEZ(1), G APPENDINO(1), G MUSSO(1), M MARTIN(1), JM DOMINGUEZ(2), C LOVESIO(1), E ESTENSSORO(3)  
(1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular Rosario. (3) Hospital Interzonal de Agudos

**Introducción:** Nuestro objetivo fue identificar los factores asociados a la mortalidad durante las primeras 24 horas de decúbito prono en pacientes con hipoxemia severa en ventilación mecánica por neumonía por SARS-CoV2.

**Materiales y métodos:** Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo realizado en una UCI ubicada en Rosario, Argentina. Incluimos a todos los pacientes que requirieron decúbito prono debido a hipoxemia severa debido a neumonía por SARS-CoV2 entre el 1 de enero de 2020 y el 28 de febrero de 2021.

Registramos sexo, edad, comorbilidades, APACHE II, SOFA, número de sesiones prono –que duraron 24 horas–, infecciones intrahospita-

rias y mortalidad hospitalaria. La PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, la presión de meseta y la presión de conducción se registraron y compararon antes y después de la primera sesión en decúbito prono. Se compararon las variables entre supervivientes y no supervivientes y se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05. Se utilizó regresión logística para identificar factores independientes asociados con la mortalidad hospitalaria.

**Resultados:** Se registraron 126 pacientes; la edad media fue de 60±15 años, sólo 33 de los 126 fueron mujeres (25%) El score Apache II promedio fue de 12±2 y el score de SOFA de 4±2. 63 pacientes eran obesos (50%) 33 hipertensos (25%), 33 eran diabéticos tipo II (25%) y 28 pacientes presentaban enfermedad coronaria (22%) (Tabla 1). Los pacientes que sobrevivieron presentaban una menor tasa de comorbilidades.

De los 126 pacientes, 67 requirieron 1 sesión de prono, 26 pacientes 2 sesiones de prono, 23 pacientes 3 sesiones, y 10 pacientes 4 o más sesiones. La mortalidad fue de 55%, 69%, 75% y 100 % respectivamente (p < 0,000).

La PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inmediatamente previa al inicio del primer prono fue de 112±26 mmHg sin diferencias entre sobrevivientes y no sobrevivientes (p=0,92) y luego de 24 horas en prono fue de 186±59 mmHg, pero se encontraron diferencias estadísticamente significativas a las 24 horas del prono (p < 0,000). Los sobrevivientes tuvieron en promedio 220±48 mmHg versus 169±57 en los no sobrevivientes (p < 0,000) Tabla 2.

Al finalizar la primera sesión de decúbito prono, 5 pacientes presentaron descenso en los valores de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, 4 sostuvieron los mismos valores. Todos ellos murieron; y los 117 pacientes restantes presentaron un ascenso de la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. En 21 pacientes (16%) se observó un aumento menor al 25% comparado con el valor basal; en 28 pacientes (22%) se observó un ascenso entre el 25 y 50% del basal; y en 68 pacientes (54%) el ascenso fue mayor al 50%. La mortalidad en cada grupo fue 90%, 68% y 53% respectivamente (P=0,000) Tabla 3.

La magnitud de aumento de la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (medida en porcentaje) luego de la primera sesión de prono respecto a la inicial tuvo diferencias estadísticamente significativas entre sobrevivientes y no sobrevivientes (p= 0,000). Esto no es claro. de números se habla? En que tabla esta esto? Lo que hicimos fue tratarla como una variable cuantitativa continua sacando el porcentaje de aumento de pafi respecto a la inicial, x ej pafi inicial 100 y a las 24 hs 150 subió 50% respecto al basal. Lo agregué a la tabla 2.

Respecto a la presión meseta, sólo 10 de 126 pacientes presentaron valores iniciales por encima de 30 cmH<sub>2</sub>O. (P < 0,000). Luego de la primera sesión de prono, 5 de ellos (50%) habían descendido la presión meseta a menos de 30 cmH<sub>2</sub>O; sin embargo, sólo 2 sobrevivieron. La presión meseta basal fue 25,7±3,6 cmH<sub>2</sub>O y posterior al prono 25,4±3,7 cmH<sub>2</sub>O. Teniendo en cuenta el comportamiento de la presión meseta luego de 24 horas en prono, 35 de 126 pacientes (27%) tuvieron un descenso en la presión alveolar de 2 puntos o más y 48 pacientes (38%) aumentaron la presión meseta al ser sometidos al decúbito prono, aunque la mayoría de ellos continuaron con un valor absoluto menor a 30 cmH<sub>2</sub>O. Los ascensos en la presión meseta durante el prono se asociaron a mayor mortalidad (p < 0,000) Tabla 2.

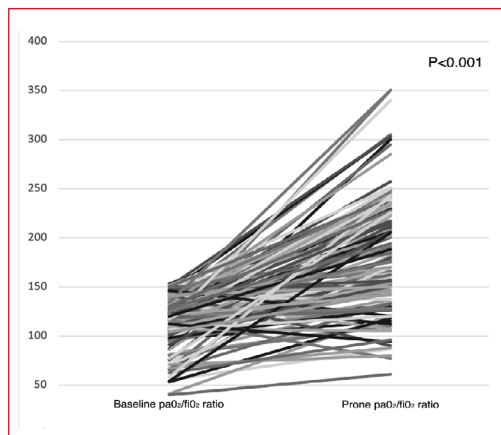
Considerando al delta P, el valor basal fue de 14±4 y luego del prono de 13±4. 42 pacientes (33%) tuvieron valores de delta P ≥ 15 cmH<sub>2</sub>O previo al prono y luego del prono sólo en 13 pacientes (10%) descendieron los valores. No hubo diferencias en el delta de presiones basal entre sobrevivientes y no sobrevivientes (p=0,12). Sin embargo, luego de 24 horas en prono, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,001). Además, 43 de los 126 pacientes (34%) presentaron un ascenso en el valor absoluto de delta P al ser sometidos a prono, si bien en la mayoría no sobrepasó el punto de corte de 15 cmH<sub>2</sub>O. El ascenso de delta P medido en porcentaje se asoció a mayor mortalidad, por más que se presentara en márgenes normales (p < 0,001) Tabla 2.

Respecto a la tasa de infecciones intrahospitalarias al momento de la hipoxemia severa que requirió prono, 52 pacientes (41%) de los

126 tenían sospecha de infección intrahospitalaria según criterio del médico tratante, 10 de ellos sobrevivieron (20%) y 42 murieron (80%) ( $p < 0,001$ ) Tabla 2.

Luego del análisis multivariado, los factores que se asociaron en forma independiente a mortalidad fueron el aumento de la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> luego de 24 horas en pronó (OR 1,01; IC 95% 1,01-10;  $p = 0,01$ ), el número de ciclos de pronó que tuvo el paciente (OR 1,84; IC 95% 1,08-3,12;  $p = 0,02$ ), la presencia de infección intrahospitalaria (OR 5,8; IC 95% 1,78-2;  $p = 0,001$ ), el antecedente de enfermedad coronaria OR 5; IC 95% 1,17-2,04;  $p = 0,02$ ) el score APACHE II (OR 1,2; IC 95% 1,08- 1,34;  $p < 0,001$ ) y el sexo femenino (OR 3,39; IC95% 1,06-10,84);  $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con SDRA secundario a SARS COV 2 el aumento de la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> luego de 24 horas en pronó se asoció en forma independiente a menor mortalidad; mientras que, el número de ciclos de pronó que tuvo el paciente, la presencia de infección intrahospitalaria concomitante, la edad y el score Apache II fueron factores que se asociaron en forma independiente a mayor mortalidad.



## 0120 APOYO A LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA ERA DE COVID-19: COLABORATIVA PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL SECTOR DE SALUD PÚBLICA DE ARGENTINA - PROYECTO 5C (COLABORATIVA EN CALIDAD DURANTE COVID EN CUIDADOS CRÍTICOS)

C LOUDET(2), F JORRO-BARÓN(1), R REINA(2), MDP ARIAS LÓPEZ(3), S ALEGRÍA(4), C BARRIOS(5), R BUFFA(6), L CABANA(7), E CUNTO(8), S FERNÁNDEZ-NIEVAS(1), M GARCÍA(9), L GIBBONS(1), G IZZO(10), N LLANOS(11), VIRGEN MARÍA DE FÁTIMA, JJ MIRA(13), ME RATTO(3), M RIVET(14), A TÉVEZ(15), L URANGA(16), G ZAKALIK(17), G ESTUDIO 5C (1) Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (2) HIGA San Martín de La Plata. (3) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (4) Hospital Provincial Neuquén Castro Rendón. (5) Hospital Dr. Ignacio Pirovano. (6) Hospital José Bernardo Iturraspe. (7) Hospital Pablo Soria. (8) Hospital de Infecciosas F. J. Muñoz. (9) Hospital Regional V. Sanguinetti. (10) Hospital Simplemente Evita. (11) Hospital Escuela y de Clínicas. (12) Virgen María de Fátima. (13) Univesidad Miguel Hernández. (14) Hospital B. Rivadavia. (15) Hospital Balestrini. (16) Hospital Príncipe de Asturias. (17) Hospital Lagomaggiore

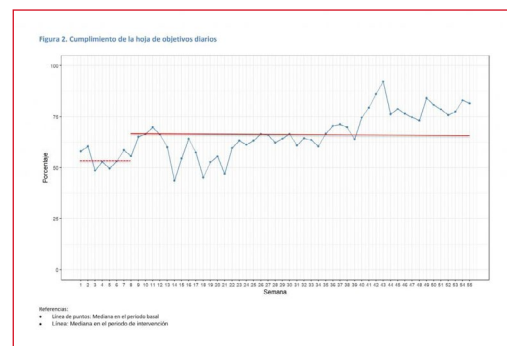
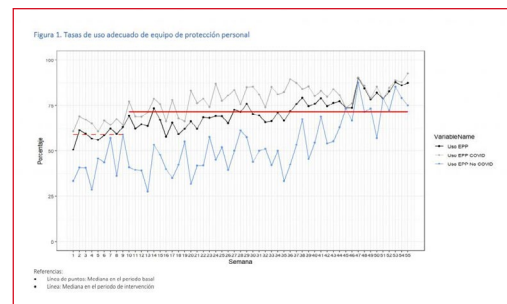
**Introducción:** La pandemia causada por el SARS-Cov-2 ha expuesto una matriz compleja: demanda excesiva, contagio y estrés del personal, capacidad y recursos escasos de los sistemas hospitalarios. Las unidades de cuidados intensivos (UCIs) han soportado el mayor impacto.

**Hipótesis:** El uso de una estrategia multicomponente basada en ciencia de la implementación permite mejorar los procesos de las UCIs relacionados con: el uso de equipos de protección personal (EPP), cumplimiento de 9 procesos claves para la seguridad del paciente (SP) mediante el uso de una hoja de objetivos diarios (HOD), y el apoyo emocional al equipo de salud (ES).

**Métodos:** Diseño quasi experimental, análisis serie de tiempo no controlada, colaborativa de mejora de la calidad desarrollada en 14 UCIs del sector público de la Argentina, compuesta por las siguientes etapas: investigación formativa donde se evaluaron barreras y facilitadores de la intervención y una fase de medición basal (13/07 al 06/09/2020); implementación y codiseño de una intervención multimodal basada en sesiones de aprendizaje, períodos de acción y ciclos de mejora (pPlanear-Hacer-Evaluar-Actuar) entre 07/09/2020 al 01/08/2021. Medición de impacto emocional mediante Test EASE.

**Resultados:** Se realizaron 7.369 mediciones de uso de EPP, 7.453 mediciones de atención de SP registrados en la HOD, 1.358 mediciones de impacto emocional en el ES. Se observó un aumento del uso adecuado de EPP en forma global (59% (56,5-60) vs 71,4% (66,3-76,8),  $p < 0,001$ ), en contacto con pacientes con COVID-19 (65,9% (60,8-68,9) vs 80,6% (78,0-83,5),  $p < 0,001$ ) y sin COVID-19 (40,8% (28,6-57,1) vs 53,3% (45,5-57,5),  $p = 0,013$ ). También aumentó el cumplimiento de los 9 procesos contenidos en la HOD (54,3% (52-58,2) vs 66,4% (61,7-76)  $p < 0,001$ ). En la figura 1 y 2 se observa el aumento en el cumplimiento en el tiempo del uso adecuado de EPP y la HOD. Se autotestó en el estado emocional en promedio el 4,8 +/- 3,2% del ES cada 2 semanas, con una mediana en el puntaje de 6 (IQ25-75:2-12). Los últimos 4 meses del estudio coincidieron con la mayor cantidad de casos a nivel país de COVID-19. Se calculó un impacto en más de 95000 días/paciente, cerca de 6% de las camas totales de UCI del país.

**Conclusiones:** En el marco extraordinario de la pandemia a través de una intervención multifacética colaborativa, codiseñada y basada en un modelo de mejora se aumentó el uso adecuado de EPP y el cumplimiento de los procesos de atención médica medidos, permitiendo evaluar además el impacto emocional del ES.



**0121 INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A CUIDADOS DE LA SALUD Y DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON COVID-19 CON REQUERIMIENTO DE VENTILACION MECANICA INVASIVA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

J VILCA(1), C LOUDET(2), P TAPIA(2), A PATERER(2), M LARES(2), T JUHASZ(2), A PIÑAS(2), C LOGIO(2), V COSSIO(2), M GUTIERREZ(2), M GARDEAZABAL(2), I PARODI(2), F MORALES(2), M CORDOBA(2), A CUCCI(2), C GARCIA(2), L TU-MINO(2)

(1) San Martin. (2) San Martin de La Plata

**Objetivo:** Determinar la incidencia de las infecciones asociadas a la salud (IACs) en pacientes con diagnóstico de COVID-19 con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VM) durante las dos olas de la pandemia. Analizar y comparar la bacteriología de las IACs entre ambos periodos de estudio.

**Métodos:** Cohorte prospectiva realizada en UCI médica-quirúrgica de 28 camas durante los periodos de mayo-octubre2020 y marzo-julio2021. Se registraron las características epidemiológicas, scores de severidad, evolución de todos los pacientes consecutivos ingresados y todas las IACs. Se compararon las tasas de estas infecciones y el tipo de gérmenes entre los dos periodos. En el segundo periodo, la UCI se encontraba participando de un programa de calidad. Para las comparaciones se utilizó se utilizó Chi-cuadrado/Fisher para datos categóricos o TTest y Wilcoxon para continuos (p significativa <0.05). Programa STATA-14.

**Resultados:** En los periodos de estudio ingresaron un total de 163 pacientes con COVID-19 y requerimiento VMI; 57 en primera ola y 106 en la segunda. Las características los pacientes por periodos se muestran en Tabla 1. Se registraron 61 infecciones en el primer periodo: Bacteriemia primaria (BP)52.6%; Neumonía asociada a VMI (NAV)21.3%; Bacteriemia asociada a catéter (BAC)26%; y 108 en el segundo periodo (BP40.7%- NAV44.4%- BAC14.8%). Las tasas de estas infecciones comparando 2020 vs 2021 fueron: BP 21.55 vs 13.44/1000 días-paciente (p=0.046); NAV 9.09vs 15.68/1000 días-VM (p=0.07) BAC 10.8 vs 4.89/1000 días-catéter (p=0.03). La distribución de los gérmenes comparando 2020 vs 2021 fueron: BGN no fermentadores (BGN NF)16% vs 40% (p= 0.015), BGN fermentadores 39.7% vs 29 % (p=0.17), Stafilococcus Aureus Meticilino Sensible (SAMS) 5% vs 13% (p=0.18), Enterococcus Vancomicina Resistente (EVR) 14% vs 5% (p=0.07), Stafilococcus Coagulasa Negativos 12% vs 3% (p=0.035), Cándidas 8.6% vs 2.83% (p=0.12).

**Conclusiones:** En la segunda ola se observó un cambio significativo en tasas de IACs, por disminuir las BAC, probablemente relacionado a la intervención de calidad. La alta incidencia de BP puede relacionarse a NAV no detectadas (escasa toma de muestras respiratorias) predominantemente en la primera ola. Si bien se observó una preponderancia de más gérmenes durante la primera ola, la preponderancia de BGN NF en la segunda estaría explicado por la mayor incidencia de NAV.

**TABLA 1- CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES**

	Todos (n=163)	Julio - octubre 2020 (n=57)	Marzo-junio 2021 (n=106)	Valor de p
EDAD	54.39±13.7	54.93±14.9	54.09±13.02	0.71
SEXO(Masc)	109 (66.9)	37(63.8)	72(68.6)	0.54
IMC	31.46±6.1	30.8±6.1	31.5±6.1	0.32
APACHE II	17.99±7.24	19.23±7.53	17.35±7.04	0.13
SOFA 24h	7[5-9]	7 [5-9]	7 [4-9]	0.56
DIÁLISIS	73/157 (46.5)	22/55 (40)	51/102 (50)	0.23
DÍAS VM	22[11-38]	21 [11.5-37.5]	22 [11-39]	0.85
DÍAS HOSPITAL	30 [14-52]	28.5 [12.5-48]	30 [15-56]	0.60
DÍAS UCI	23 [11-41]	23 [11.5-38]	23 [11-46]	0.67
PRONO	100/161 (62.1)	29/55(52.7)	71/106 (67.0)	0.08
MORTALIDAD	98/163 (60.1)	34/57 (59.7)	64/106 (60.4)	0.93

**0122 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH) EN PACIENTES CON COVID 19 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
MF LANDABURU(1), C TORRES(1), R VICECONTE(1), V DURAN(1), A SENGOKU CADIMA(1), M AYLLO JUANES(1), MJ LÓPEZ FURST(1), C PLAZA(1), T PUENTES(1), G FERNANDEZ(1)  
(1) Sanatorio Julio Mendez

**Introducción:** No existe un consenso uniforme en la literatura respecto a cuanto y de que modo, las IIH afectan la evolución de covid 19 en los pacientes críticamente enfermos. Nuestro objetivo es describir las características de este grupo de pacientes en nuestra Terapia Intensiva.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, incluyó pacientes en UCI con COVID 19 entre 03/2020 y 08/2021. Estadística: SPSS 26.0, p <0,05.

**Resultados:** Total 257 pacientes, edad media 61,14, sexo masculino 61,8%. Neumonía grave 95,3%, ARM 79,8% y media de días de ventilación 20,65. Comorbilidades 88,3%, más frecuentes: HTA 47,9%, obesidad 41,6% y diabetes 32,3%. Días internación en UCI: 20,75 (1-281) y la mortalidad 53,7%. Tabla 1: características de la población divididos por edad. Se observaron IIH en 161 pacientes (62,6%), 275 episodios de infección. La media de días desde el ingreso a UCI y el primer episodio fue 8,63 días (2-28). En tabla 2 se muestran las características clínicas de los pacientes que presentaron IIH comparados con los que no.

**Discusión:** Los pacientes mayores de 65 años presentaron más comorbilidades, un cuadro más grave al ingreso (APACHE y SAPS2), mayor porcentaje de ARM y consecuentemente mayor mortalidad con diferencia estadística significativa. Las IIH fueron más frecuentes en pacientes más graves (scores APACHE y SAPS2) y con comorbilidades. Los tiempos de ventilación mecánica prolongados parecen haber sido determinantes en el desarrollo de IIH y viceversa. La mortalidad fue mayor en el grupo que presentó infecciones. Observamos un aumento de las IIH en pacientes internados en UCI durante la pandemia, probablemente la gravedad de los pacientes, la necesidad de pronación y la utilización del equipo de protección personal dificultó la prevención de las IIH, al obstaculizar el cumplimiento correcto del aislamiento de contacto y facilitar la transmisión horizontal.

Total pacientes	con IIH (161)	sin IIH (96)	p
Neumonía grave	156 (96,9 %)	89 (92,7 %)	0,492
Edad	61,39 (21-85)	60,72 (29-87)	0,705
Apache	15,02 (1-73)	12,16 (2-37)	0,014
Saps2	40,31 (10-103)	34,73 (6-82)	0,012
ATB ingreso	106 (65,8 %)	57 (59,4 %)	0,298
Días UCI	28,91 (3-281)	7,07 (1-35)	< 0,001
ARM	158 (98,1 %)	47 (49 %)	< 0,001
Días ARM	25,13 (1-192)	5,66 (1-18)	< 0,001
Comorbilidades	152 (94,4 %)	75 (78,1)	< 0,001
Sexo masculino	103 (64 %)	56 (58,3%)	0,368
Mortalidad	85 (52,8 %)	34 (35,4 %)	0,007
Días internación	37,78 (5-282)	15,32 (1-46)	< 0,001

	> 65 total 105 (%)	< 65 total 152 (%)	p
ARM	94 (89,5)	111 (73)	0,001
Comorbilidades	102 (97,1)	125 (82,2)	0,001
Infección	69 (67)	92 (60,5)	0,294
Sexo masculino	59 (56,2)	100 (65,8)	0,119
Mortalidad	75 (71,4)	44 (28,9)	0,001
APACHE	18,18	11,05	0,001
SAPS2	17,19	15,01	0,001
Días UCI	15,83	24,16	0,012
Días ARM	14,64	25,77	0,001
Días internación	23,52	33,41	0,008

**0123 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH) ASOCIADAS A COVID 19 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS**

MF LANDABURU(1), C TORRES(1), R VICECONTE(1), V DURAN(1), A SENGOKU CADIMA(1), M AYLLON JUANES(1), C PLAZA(1), MJ LOPEZ FURST(1), T PUENTES(1), G FERNANDEZ(1)

(1) Sanatorio Julio Mendez

**Introducción:** Se ha descrito en la literatura un aumento de las IIH en pacientes graves COVID 19. El objetivo de este trabajo es conocer las características epidemiológicas y la sensibilidad antibiótica de los microorganismos aislados.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, incluyó pacientes internados en UCI con COVID 19 entre 03/2020 y 08/2021. Datos recolectados: infecciones a partir de 48 hs internación, tratamiento antibiótico y microorganismos aislados. Estadística: SPSS 26.0, p < 0,05.

**Resultados:** 130 pacientes con IIH (50,6 %). Media de días desde la internación hasta el primer episodio de infección 8,63 (2-28). Episodios de infección por paciente 2,13 (1-7). Tabla 1: microorganismos aislados y foco infeccioso. El 63 % de los BGN (148) fueron resistentes a carbapenemes, con 61,5 % productores de metalobetalactamasas (total 91 aislamientos). Klebsiella pneumoniae fue el patógeno predominante (58 %). Tabla 2: comparación de variables durante 2020 y 2021. Los datos de colistin no deben compararse debido a un cambio en el punto de corte de las pruebas de sensibilidad. El 65,6 % recibió tratamiento antibiótico adecuado. La mortalidad en el grupo tratado con ceftazidime avibactam fue de 13 (43,3 %) vs 18 (58,1 %) en los BGNRC tratados con otros esquemas antibióticos p=0,077.

**Discusión:** El tiempo medio de aparición de infección de ambos períodos fue menor al promedio registrado previo a la pandemia y el 60,8 % de los pacientes presentaron más de un episodio de IIH. El foco endovascular fue el más frecuente, con una disminución significativa de las IAC durante el 2021. Los microorganismos más frecuentes en todos los focos fueron los BGN, con más de 60 % de resistencia a carbapenemes, con un claro aumento durante el año 2021. Consideramos que estos hallazgos tienen relación con la dificultad durante la pandemia de mantener las medidas de aislamiento de contacto.

Además observamos una disminución estadísticamente significativa de la sensibilidad de los antibióticos utilizados más frecuentemente para tratar estas infecciones como fueron: aminoglucósidos, tigeclina y meropenem.

Gentamicina	53 (36,1 %)	14 (14,6 %)	< 0,001
Imipenem	52 (52 %)	18 (46,2 %)	0,536
Meropenem	47 (49,5 %)	12 (33,3 %)	0,008
Tigeciclina	60 (81,1 %)	40 (56,3 %)	0,001
Fosfomicina	31(43,7 %)	20 (27,8 %)	0,061
Colistin	20 (25 %)	54 (64,3 %)	< 0,001
BGNRC	75 (40,5 %)	73 (57 %)	0,004
Mortalidad	73 (56,2 %)	65 (51,2 %)	0,424

Focos de Infección	IAC	IPS	NAV	ITU	Otros	Total 277
Bacilos gram negativos (BGN)	60 (63,2 %)	41 (69,5%)	103 (90,4 %)	25 (59,5 %)	7 (63,6%)	236 (73 %)
<i>K pneumoniae</i>	40 (43 %)	32 (54,2%)	46 (40,4 %)	15 (35,7 %)	4 (36,4 %)	137
<i>P aeruginosa</i>	4 (4,3 %)	4 (6,8 %)	27 (23,7 %)	-	1 (9,1 %)	36
<i>A baumannii</i>	12 (12,6 %)	3 (5,1 %)	14 (12,3 %)	-	2 (18,2 %)	31
<i>P mirabilis</i>	2 (2,2 %)	-	5 (4,4 %)	5 (11,9 %)	-	12
<i>S marcescens</i>	-	1 (1,7 %)	3 (2,6 %)	-	-	4
<i>E coli</i>	-	-	2 (1,8 %)	3 (7,1 %)	-	5
otros	2 (2,2 %)	-	6 (5,4 %)	2 (4,8 %)	-	10
Cocos gram positivos	28 (29,5 %)	14 (23,7%)	11 (9,6 %)	1 (2,4 %)	2 (18,2 %)	56 (17,3 %)
<i>S aureus</i>	3 (3,2 %)	-	10 (8,8 %)	-	1 (9,1 %)	14
<i>E faecalis</i>	7 (7,5 %)	7 (11,9 %)	1 (0,9 %)	1 (2,4 %)	1 (9,1 %)	17
<i>S epidermidis</i>	12(12,9 %)	3 (5,1 %)	-	-	-	15
<i>S hamis</i>	3 (3,2 %)	1 (1,7 %)	-	-	-	4
<i>S haemolyticus</i>	3 (3,2 %)	1 (1,7 %)	-	-	-	4
Otros	2 (3,4 %)	-	-	-	-	2
Hongos levaduriformes	7 (7,4 %)	4 (6,8 %)	-	16 (38,1 %)	2 (18,2 %)	29 (9 %)
<i>C albicans</i>	2 (2,2 %)	-	-	13 (31 %)	1 (9,1 %)	16
<i>C glabrata</i>	1 (1,1 %)	3 (5,1 %)	-	2 (4,8 %)	-	6
<i>C tropicalis</i>	-	1 (1,7 %)	-	1 (2,4 %)	-	2
<i>C parapsilosis</i>	3 (3,2 %)	-	-	-	1 (9,1 %)	4
<i>C pelliculosa</i>	1 (1,1 %)	-	-	-	-	1
Hongos filamentosos	-	-	2 (1,8 %)	-	-	-
AI probable	-	-	2	-	-	2 (0,6 %)
Total aislamientos	95	59	114	42	11	323
BGNRC (Resistentes carbapenemes)	48 (51,1 %)	30 (51,7%)	56 (50,5 %)	8 (19 %)	6 (66,7 %)	148 (63 %)

	2020 (130)	2021 (127)	p
Tratamiento antibiótico ingreso	110 (84,6 %)	53 (41,7 %)	< 0,001
Días desarrollo 1 <sup>era</sup> infección	8,17 (2-18)	9,11 (3-28)	
Episodios de infección	2,32	1,94	0,096
Tratamiento adecuado	68 %	62,3 %	0,325
Nº microorganismos	189	132	
Infección asociada a catéter (IAC)	53 (34,6 %)	26 (21,5 %)	0,015
Infección primaria sangre (IPS)	21 (13,7 %)	25 (20,7 %)	0,127
Neumonía asociada a respirador (NAV)	50 (32,7 %)	50 (41,3 %)	0,151
Infección urinaria (ITU)	24 (15,7 %)	16 (13,2)	0,545
Antibióticos (ATB) sensibilidad			
Amikacina	79 (56,8 %)	13 (14,6 %)	< 0,001

**0124 UPP EN PANDEMIA**

F CISNEROS(1)

(1) Sanatorio del Oeste

**Introducción:** Las úlceras por presión aumentan la morbimortalidad y retardan la recuperación del paciente internado, con los factores de aislamiento, ventilación mecánica y de cubito prono, constituyendo un indicador de calidad de atención.

**Objetivo:** Describir la incidencia y disminuir las upp durante la internación en uci por covid-19.

**Materiales y métodos:** Es un estudio observacional, retrospectivo de pacientes internados en UCI, durante septiembre 2020 a junio 2021, con 18 camas y 6 enfermeros por turno.

Se aplicó protocolo de prevención, escala de Braden, tabla horaria de rotación, tratamiento y seguimiento.

**Variables:** Paciente en aislamiento infectológico por Covid-19, pacientes covid-19 positivos en VM y edad.

**Resultado:** Se incluyeron 587 pacientes, de edad promedio 51 años, de los cuales el 50% fueron covid-19 positivo y de estos el 53% con requerimiento de VM. El 3% representa al total de pacientes con lesiones por presión, predominando las lesiones en rostro 2,7%, rodilla 1,7%, tórax 0,3% y zona sacra 2,4%.

**Conclusión:** A pesar del estado de los pacientes internados por co-



vid-19, el aislamiento, la ventilación mecánica y el decúbito prono, se logró con el protocolo y medidas preventivas, una tasa de incidencia de upp menor a la prevalencia mundial según la OMS de 5 a 12%, pero mayor en comparación a la del año anterior (1.80%) en nuestra institución.

### 0125 COVID-19: PRIMERA OLA VS. SEGUNDA OLA EN PACIENTES CRÍTICOS VENTILADOS

A ALLER(1), A ALLER(2), JG VALIDO(2), CDV BARRIOS(2), P FALVO(2), A FELDMAN(2), F RIOS(2), L MACCHIAVELLO(2), M CALANI(2), A SIRINO(2), A LUGO(2), JM MORALES(2), L ABEDÍN(2), D DENIS(3), F LUNA(2), C VANINI(4), F HERMIDA(2), V LISCHETTI(2), P LAGO(3), C LAWDANSKY(2), F COSTA(2), R COSTABILE(2), A MILLA LOPEZ(4), M RAGAZZOLI(2), P MOLTRASIO(2), G SMURRA(2), W ARGANA MONTAN(2), G FIGUEROA

(1) Pirovano. (2) Dr. Ignacio Pirovano. (3) Dr Ignacio Pirovano. (4) Dr. Ignacio Pirovano

**Introducción:** A partir de marzo del 2021 inició la segunda ola COVID-19 producto de una nueva variante.

**Objetivos:** Comparar epidemiología, gravedad, días de estadía y mortalidad de los pacientes de la primera y segunda ola.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes >18 años con COVID-19 en ventilación mecánica (ARM) en UTI del Hospital Pirovano, se comparó los pacientes ingresados en la primera ola (15/03/21 al 27/02/21) con los de la segunda ola (01/03/21 al 30/8/21). Variables Día 1: demográficas, comorbilidades, fallas orgánicas y scores. Al alta días de internación en UTI, días de ventilación mecánica y mortalidad.

Se comparan los datos con  $\chi^2$ , prueba T o Wilcoxon, según corresponda.

**Resultados:** Ingresaron 215 pacientes COVID-19 en ARM, 119 en la primera ola y 96 en la segunda. Edad  $60 \pm 14$  años, masculinos 63%, APACHE II  $14 \pm 5$ .

Si bien los pacientes en la primera ola eran más añosos esa diferencia no fue estadísticamente significativa. En la primera ola había mayor cantidad de pacientes mayores de 70 años (p 0.002), APACHE II mayor (p 0.00001), SOFA al ingreso mayor (p 0.01), por lo que la mortalidad fue mayor (p 0.049) y con menos días de ARM (0.049) pero con igual tiempo de internación. Los pacientes de la segunda ola estuvieron más graves durante la internación como se evidencia por el porcentaje de shock y ARDS aunque este último no fue estadísticamente significativo y pronos posteriores.

**Conclusiones:** Lo pacientes en la primera ola estuvieron más graves al ingreso y con mas fallas orgánicas. Los pacientes de la segunda ola presentaron más shock y distrés durante la internación, pero tuvieron menos mortalidad y por lo tanto menos días de ARM y de internación.

	Todos n=215	Primera ola n=119	Segunda ola n=96	p
Edad en años	60 ± 14	62±14	58±13	0.049
Masculino (%)	63%	65%	61%	0.62
>70 años	56 (26%)	34%	27%	0.002
APACHE II	14 ± 5	16± 15	12± 4	0.00001
APACHE ≥18	24%	35%	10%	0.0001
SOFA Ingreso	5 ± 2	5 ± 2	4 ± 2	0.01
DBT	48 (22%)	31 (26%)	17 (18%)	0.14
Obeso	74 (34%)	32 (27%)	42 (45%)	0.01
Oncológico	19 (9%)	10 (8%)	9 (9%)	0.8
HTA	72 (33%)	43 (86%)	29 (30%)	0.36
Tabaco	55 (26%)	32 (27%)	23 (24%)	0.6
EPOC	24 (11%)	12 (10%)	12 (12%)	0.57
Shock al ingreso	38%	37%	39%	0.8
Shock en internación	51%	33%	73%	0.0001
ARDS al ingreso	69%	71%	66%	0.3
ARDS en la internación	19%	19%	29%	0.4
Prono al ingreso	40%	47%	31%	0.019
Prono en la internación	45%	28%	66%	0.0001
Falla renal	35%	34%	35%	0.7
Día de ARM	15 [9-27]	14 [9-24]	17 [9-32]	0.049
Días de internación	15 [10-29]	15 [9-27]	18 [11-32]	0.12
Mortalidad 28 días	53%	58%	45%	0.049

### 0126 COVID GRAVE EN PACIENTES OBSTETRICAS. ANALISIS DE FACTORES RIESGO Y RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES EN UNA SERIE DE CASOS

EB BARROZO(1), N BLINT(1), J CACCIAGUERRA(1), C WALTER(1), A ESCODA(1), G SORIA(1)

(1) Maternidad Provincial Teresita Baigorria

**Introducción:** Contraer COVID-19 durante el embarazo supone un riesgo mayor de ingreso a cuidados intensivos pero la información respecto a esta población es aun escasa.

El objetivo de este estudio es presentar una serie de casos analizando condiciones de riesgo y los resultados en embarazadas con covid grave que requirieron ingreso a UCI.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional de una serie de casos de pacientes ingresadas a Terapia Intensiva de la Maternidad Teresita Baigorria San Luis con insuficiencia respiratoria aguda por covid 19 de Enero a Agosto de 2021. Analisis retrospectivo de datos de Historia clinica.

**Resultados:** Ingresaron al Hospital 75 pacientes obstetricas con PCR + covid-19. 20 presentaron sintomas respiratorios (26%) 15 requirieron UCI (75%).

Se admitieron 12 embarazadas (80%) y 3 puerperas.

9 pacientes requirieron ARM (60%). 6 pacientes mantuvieron la ventilacion espontanea.(40%) 2 utilizaron CAFO.

10 pacientes finalizaron su embarazo en la internacion (66%) 100% Cesarea. 80% parto prematuro.

El peso promedio de los RN de madres en ARM fue de 1290 grs.

Se externaron 5 embarazadas: 4 finalizaron a termino. 1 aborto espontaneo.

No hubo mortalidad materna ni de RN en nuestra serie. Todos los RN tuvieron PCR negativa.

Ninguna de las pacientes estaba vacunada.

**Conclusión:** En nuestra poblacion los sintomas respiratorios fueron de aparicion precoz y con rapido deterioro al ingreso al Hospital.

La Obesidad, cursar el segundo trimestre de gestacion, la linfopenia marcada y altos niveles de PCR fueron factores determinantes de mala evolucion y requerimiento de ARM.

Evidenciamos alta tasa de parto prematuro y de morbilidad para los RN.

Las embarazadas deben tener monitoreo estricto en unidades especializadas.

VARIABLES	PROMEDIO	OBSERVACIONES
EDAD	28 AÑOS	MEJOR QUE EN OTRAS SERIES
APACHE II	8.5	
INICIO DE LOS SINTOMAS	5 DIAS	
LATENCIA INGRESO UTI	1.8 DIAS	1.5 GRUPO ARM
OBESIDAD (IMC > 29.5)	33.7 IMC	73% GRUPO ARM VS 50% NO ARM
EDAD GESTACIONAL	25 SEMANAS	88% GRUPO ARM >26 S
LINFOCITOS	8.4%	6% GRUPO ARM VS 12.8 NO ARM
PCR	60	85 GRUPO ARM VS 27.6 NO ARM
EG A LA FINALIZACION	32 SEMANAS	28.8 GRUPO ARM

### 0127 RELACIÓN ENTRE INDICE DE ROX EN LAS PRIMERAS 12 HORAS DE INICIO DE CNAF EN PACIENTES CON NEUMONIA POR COVID 19 Y REQUERIMIENTO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL

MV VILA(1), C TORRES(1), M LYNCH(1), M TISI BAÑA(1)  
(1) Hospital Universitario Austral

El score de Rox es un índice validado para predecir cuáles de los pacientes con insuficiencia respiratoria que se encuentran con soporte con CNAF tienen mayor probabilidad de requerimiento de IOT. Los estudios que validaron este índice establecen que el momento con mayor precisión para predecir el fallo es a las 12 horas de iniciado el soporte con CNAF. Al momento no existe evi-

dencia sobre la capacidad de predicción de IOT según el índice en pacientes con neumonía por COVID 19. Se realizó este estudio para evaluar si el valor de índice de Rox a las 12hs se relaciona con el requerimiento de IOT en pacientes con neumonía severa por COVID 19. Se llevó a cabo un estudio prospectivo con 62 pacientes internados por neumonía severa por COVID 19 con requerimiento de CNAF. Se incluyeron pacientes adultos, 42 hombres y 20 mujeres. El 83% (52) presentaba comorbilidades. 36 pacientes presentaron neumonía leve o moderada por tomografía, 24 presentaba neumonía extensa y 2 no tuvieron hallazgos en tomografía. El 100% de los pacientes recibió tratamiento con corticoides y antibióticos, y el 38% recibió Tocilizumab. La mortalidad fue 9% (6). Se realizó medición de índice de Rox a las 12hs de inicio de la CNAF. Un valor de Rox mayor a 4,88 se asoció a menor riesgo de intubación orotraqueal (OR 0.12 IC 0.03-0.4) p=0.001. Teniendo en cuenta este resultado, se interpretó que el uso de índice de Rox en pacientes con insuficiencia respiratoria por COVID-19 podría ser útil para predecir de manera sencilla el riesgo de intubación orotraqueal. A partir de este trabajo podría desarrollarse nueva evidencia acerca de la validación de datos pronósticos en neumonía severa por COVID 19.

### 0128 ASOCIACIÓN ENTRE BIOMARCADORES MEDIDOS A LA ADMISIÓN HOSPITALARIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 MODERADO-SEVERO

C PERALTA(1), M GHIGO(2), A VILLALBA(2), M CASTRO(2), L LÓPEZ(2)

(1) Instituto Modelo De Cardiología Srl. (2) Instituto Modelo de Cardiología Privado S.R.L.

**Introducción:** En pacientes con COVID-19 hospitalizados, el monitoreo seriado con biomarcadores (inflamatorios, de trombosis e injuria miocárdica) demostró ser útil para predecir eventos clínicos adversos. Debido a la alta mortalidad que tienen las formas severas de la infección por SARS-CoV-2, sigue siendo de interés médico poder identificar pacientes de alto riesgo al momento de la admisión. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar si existe asociación entre los biomarcadores medidos a la admisión hospitalaria y la mortalidad en pacientes con COVID-19 moderado-severo.

**Método y metodología:** Estudio retrospectivo, observacional realizado en 389 pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 internados en área crítica (UTI) o en sala COVID. Solo se incluyeron aquellos pacientes que tuvieron medidos a la admisión, lactato deshidrogenasa (LDH), ferritina (Ferr), proteína C reactiva (PCR), Troponina T de alta sensibilidad (hs-TnT), fracción N-terminal del péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) y dímeros D (DD). El punto final fue mortalidad intrahospitalaria. Se realizaron análisis descriptivos, inferenciales y regresión logística. Para el análisis de riesgo se definió el punto de corte de los biomarcadores mediante curvas operador-receptor. Se consideró un valor de p < 0,05 como significativa.

**Resultados:** 219 individuos cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio fue 60,7±13,5 años. El 74.5% hombres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 11%. El 55.1% era hipertenso, el 41.9% obeso y el 20% tenía enfermedad cardiovascular previa. Algunos biomarcadores presentaron diferencias entre los grupos de sobrevivientes vs no sobrevivientes (Tabla I). Se encontró asociación entre el nivel de los biomarcadores a la admisión y la mortalidad intrahospitalaria (Tabla II).

**Conclusión:** Nuestro estudio mostró que un perfil de biomarcadores alterado a la admisión hospitalaria en pacientes con las formas moderada severa de la infección por SARS-CoV-2 se asocia con peor pronóstico y mayor mortalidad intrahospitalaria.

Tabla I: Parámetros inflamatorios, pro tromboticos y de injuria miocárdica medidos a la admisión hospitalaria

	Total	Sobrevivientes	No sobrevivientes	P (< 0.05)
DD (ng/ml)	366 (225.1-648.5)	350.0 (224.0-598.1)	519.0 (225.0-2247.0)	0,009
hs-TnT (ng/L)	8,49 (5.64-14.59)	7.97 (5.4-12.9)	16.09 (12.2-40.9)	<0,001
NT-proBNP (pg/ml)	122,0 (55.0-342.3)	94.0 (47.0-290.1)	523 (218.0-2194.1)	<0,001
LDH (U/L)	472,0 (390,3-596,3)	469,0 (388,0-583,0)	609,0 (403,5-769,5)	0,014
Ferritina (ng/ml)	941,1 (492,5-1673,0)	933,0 (488,5-1663,1)	1012,2 (515,5-2165,6)	0,341
PCR (mg/dl)	6,4 (2,7-11,1)	6,34 (2,5-10,7)	8,1 (4,3-14,0)	0,104

DD: Dímeros D, hs-TnT: Troponina T de alta sensibilidad, NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético atrial, LDH: Lactato deshidrogenasa, PCR: proteína C reactiva, OR: odds ratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla II: Asociación entre mortalidad y el nivel de biomarcadores en la admisión hospitalaria

Parámetro	OR	IC95%	p (<0,05)
Edad > 60 años	5.33	2.08-13.67	<0,001
DD > 500 ng/ml	2.4	1.17-4.92	0,021
hs-TnT > 14 ng/L	5.20	2.41-11.21	<0,001
NT proBNP > 600 pg/ml	3.96	1.82-8.60	<0,001
Ferritina > 2000 ng/ml	2.38	1.08-5.27	0,048
LDH > 1000 U/L	3.97	1.06-14.71	0,076
PCR > 25 mg/dl	1.28	1.05-4.32	0,048

DD: Dímeros D, hs-TnT: Troponina T de alta sensibilidad, NT-proBNP: fracción N-terminal del péptido natriurético atrial, LDH: Lactato deshidrogenasa, PCR: proteína C reactiva, OR: odds ratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%.

### 0130 ABORDAJE TRANSDISCIPLINARIO EN UNA SALA DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES POST-COVID (SARH): EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO

M RUBIO(1), JI LISAZÚ(1), N CRISTIANI(1), M PIROVANI(1), M NEIRA(1), N DAVIDJAN(1), A DUTTWEILER(1), J GURRISI(1), V MARTIN(1), A AISENBERG(1), S TEDESCO(1), K PÉREZ(1), P PISANO(1), MC POGLIANI(1), J GRINBERG(1), G INGA SALAZAR(1), MS MAGGINI(1), A GÓMEZ(1), K DÍAZ(1), G MUNTAABSKI(1), M PREVIGLIANO(2), M RODRÍGUEZ RUÍZ(1)

(1) Pirovano. (2) Fernandez

**Introducción:** Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pueden desarrollar síndrome post cuidados intensivos, sufriendo trastornos físicos, cognitivos y/o de salud mental; se desprende entonces la necesidad de un dispositivo de intervención transdisciplinario para su rehabilitación que tendrá como objetivo alcanzar la máxima funcionalidad optimizando su calidad de vida.

A raíz de la emergencia sanitaria surgió un dispositivo de rehabilitación transdisciplinaria e intensiva para pacientes que cursaron internación por COVID-19. Esta sala en el contexto de un hospital de agudos resulta novedosa y nos ha motivado a documentar la evolución de los pacientes.

El objetivo fue describir las características clínico-demográficas y la evolución de las variables de cada especialidad.

**Métodos:** Diseño observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal. Se incluyeron pacientes que cursaron internación en UCI e ingresaron a la SaRh durante 09/2020-08/2021. Se excluyeron pacientes no COVID-19. Eliminados: intercurencia médica. Se recolectaron variables respectivas a cada especialidad.

**Resultados:** n=73. Edad: media y desvío estándar 73(+/-14,6) años, 67,1%(49) masculinos. Diagnóstico ingreso: 93,2%(68) neumonía por COVID-19; 49,3%(36) residentes en área programática del nosocomio. Días de internación en rehabilitación: mediana y rango intercuartil 15(9;25) días. Ingreso: dependencia funcional 91,8%(67), polineuropatía 52,5%(32), oxigenoterapia 31,5%(23), 69,9%(51) sin deambulacion, 28,8%(21) vía de alimentación enteral, 78,9%(45) alteración de función cognitiva. Egreso: 89%(65) alta por especialidades, 58,5%(38) independencia funcional, deambulacion 90,7%(59), 100%(65) alimentación exclusiva vía oral y 1,5%(1) con oxigenoterapia.

**Conclusión:** Concluimos que los pacientes que cursaron internación en la SaRh presentaron condiciones de alta notablemente favorables en relación al ingreso a la misma en actividades de la vida diaria, deambulación, vía de alimentación y requerimiento de oxígeno suplementario.

### 0131 IMPORTANCIA DE LOS GASES EN SANGRE ARTERIAL EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE COVID AL INGRESO HOSPITALARIO

BN GARCIA ROSOLEN(2), BF CAPECCE(1), LMC RODRIGUEZ(2), LG BALLARINO(3), TD LOPEZ(2), BC ZUANICH(2)  
(1) Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. (2) Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer. (3) UCES

**Introducción:** La gasometría arterial (GSA) evalúa estado ventilatorio, de oxigenación y equilibrio ácido-base. En COVID-19 son características las manifestaciones pulmonares y se ha descrito la "hipoxemia silenciosa" como hipoxemia sin disnea. La SpO<sub>2</sub> (pulsioximetría) puede diferir de la oxihemoglobina (O<sub>2</sub>Hb%) medida por cooximetría y es menos exacta en valores menores a 80%.

**Objetivo:** Evaluar al ingreso al hospital GSA, correlación entre SpO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub>Hb% e "hipoxemia silenciosa" en pacientes COVID-19. Identificar marcadores asociados a evolución a ARM.

**Métodos:** Estudio retrospectivo (abril 2020 a junio 2021). Se analizaron resultados GSA 21% (ABL90 Radiometer) e historias clínicas: disnea, frecuencia respiratoria (FR), SpO<sub>2</sub>, comorbilidades, edad, sexo, ARM. Estadística InfoStat v.2020; comparación de variables test Chi cuadrado, Fisher, test T, prueba de la mediana, coeficiente de Pearson y regresión lineal y análisis multivariado. P significativa <0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 176 pacientes, 55 años ±13,3, 61% varones. Disnea 76%, FR 24/min ±5,4, comorbilidades 64% (56% patología respiratoria crónica), pO<sub>2</sub> 68,9mmHg ±13,6, SpO<sub>2</sub> 92,6% ±4,6, 87% presentaron hipoxemia (pO<sub>2</sub><85mmHg) y 59% hipocapnia (pCO<sub>2</sub><35mmHg). La pO<sub>2</sub> en los pacientes con disnea fue menor (p=0,03). El 19,3% de los hipoxémicos no presentaron disnea. Correlación de Pearson entre SpO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub>Hb% (p=0,001), regresión lineal R<sup>2</sup>=0,431. En el 27% que requirió ARM, la pO<sub>2</sub> al ingreso fue menor (p=0,031) aunque la hipoxemia no se asoció a ARM, mientras que sí la patología respiratoria crónica (p=0,003). El 18% falleció.

**Conclusiones:** La patología respiratoria crónica preexistente se asoció a ARM (riesgo 66.3% mayor), no se hallaron otros marcadores al ingreso asociados. "Hipoxemia silenciosa" se observó en 19.3%. El 43% de las SpO<sub>2</sub> estimaron correctamente la verdadera saturación, en los valores bajos la subestimación del pulsioxímetro es mayor.

### 0132 TRABAJO OBSERVACIONAL DE HELMET COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN NEUMONÍA POR COVID-19

JP ARDUINO(1), D CATTALINI(1), S PULCINELLI(1), D SANCHEZ(1), D SOUTO(1), C SUAREZ(1)  
(1) HECA

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA), es un centro de 3° nivel de atención dentro del Sistema de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

La pandemia por COVID-19 supuso un nuevo desafío al tener que garantizar la atención de pacientes frente a las nuevas necesidades sanitarias.

Entre Abril de 2020 y Agosto de 2021 ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva 349 pacientes, de los cuales 209 tuvieron diagnóstico de neumonía por COVID 19 confirmado por PCR. De éstos, el 65% fueron hombres y el 35% mujeres, con una edad promedio de 50,2 años. El 88,2% presentaron algún tipo de co-morbilidad.

En este contexto, del total de pacientes asistidos por COVID-19 (209), 190 requirieron asistencia ventilatoria (90,9%), de los cuáles a 149 (78%) se los colocó en ventilación invasiva (VI) al momento

del ingreso a la unidad, mientras que a 41 pacientes (22%) se los vinculó a VNI con Helmet.

De esta manera, se implementó la oxigenoterapia con alto flujo con CPAP mediante Helmet como herramienta terapéutica para determinados pacientes que presentaban hipoxemia refractaria al tratamiento con oxígeno con mascarilla y criterios gasométricos de vinculación mecánica ventilatoria.

La mortalidad total observada en nuestro Servicio fue del 51% en pacientes admitidos por COVID-19; siendo la mortalidad en los pacientes con ventilación invasiva del 61,9%.

De los 41 pacientes tratados con Helmet, 63% fueron hombres y 37% mujeres, con una edad promedio de 49 años. La mortalidad observada en este grupo fue del 39% (23 pacientes requirieron ventilación invasiva, de los cuáles 16 fallecieron). La estadía promedio fue de 14,7 días, con un promedio de uso de Helmet de 4,7 días.

En este sentido, consideramos que la ventilación con Helmet, puede ser una opción terapéutica eficiente y aceptable para el tratamiento en determinados tipos de pacientes con neumonía por COVID-19.

### 0133 ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS A LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA POR NEUMONIA POR COVID-19

A FELDMAN(1), D QUARANTA(1), D VARELA(1), J AGUIRRE(1), C LOPEZ(1), G SIBILA(1), P CORONADO(1), J YALOSKE(1), J CAPELLA(1), R ALVARADO(1), A PERAZZI(1), S TOMEZ(1), M DE GAURDIA(1), C BENAY(1), N TIRIBELLI, M LOMPINZANO(1), S FREDES(1), N FALCON(2), M VAZQUEZ(1), S RACERO(1), C POZO(1), E ARISTA(1), C CANESSA(1), R SANCHEZ(1), C PINO(1), P REVEL CHION(1), P ESCALANTE(1), M GUAYMAS(1)  
(1) Churruca. (2) Perez

**Introducción:** Desde el 31 de diciembre de 2019, hasta la fecha se han registrado más de 238.700.000 de casos de COVID -19 .

**Objetivo:** Describir la epidemiología de los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico de neumonía por COVID-19.

**Material y metodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes >15 años de edad ingresados a UTI con diagnóstico de COVID-19 confirmado por RT-PCR desde enero del 2021 hasta junio del 2021. Las variables registradas: edad, sexo, escores de gravedad, síntomas, fallas orgánicas, ventilación mecánica (VM), días de estadía y mortalidad. Los datos se presentan como media ± DE, mediana + RI y porcentajes % .

**Resultados:** Ingresaron a UTI 190 pacientes con neumonía con COVID-19, 155 requirieron ARM (81 %) por más de 24 hs. La edad fue de 59±16 y el 68 % hombres. El APACHE II 24±8 con riesgo de mortalidad del 53 %, el SOFA 4 ± 2. El tiempo de inicio de los síntomas hasta el ingreso a UTI de 8 [RI 3-8]. Los síntomas fueron: fiebre 129 (68%), tos 123 (65%), disnea 40 (21%). Los factores de riesgo HTA 80 (42%), obesidad 74 (39%), diabetes 38 (20 %), EPOC 8 (4%). Al ingreso se observó shock en el 133 (70 %) y 165 (87 %) desarrollo SDR. De los 45 pacientes que no requirieron ARM, 12 (22%) recibieron cánula de alto flujo (CAF) y mascara reservorio 23 (43%). Solo requirió AMS (3%), dexametasona 190 (100 %) y tocilizumab 4 (2%) y remdesivir 6 (3%). Requirieron traqueostomías percutáneas (TQTP) 91 (48%) pacientes, días a TQTP 15 [RI 8-20]. La PAFI de ingreso 112 [110-180], decúbito prono 114 [60%]. Complicaciones: shock séptico 114 (60%), fallo renal 38 (20%), neumotórax 19 (10%), fistula traqueo-esofágica 3 (6%). Los días de VM 16 [RI 3-15] y días de estadía en UTI 24 [4-30], la mortalidad fue del 58 %.

**Conclusion:** Nuestra población muestra predominio en pacientes en edad media y sexo masculino, con scores de gravedad elevados. Es notable lo tardío de el ingreso a UTI desde el inicio de los síntomas. La mortalidad observada concuerda con la mayoría de las publicaciones.

### 0134 ¿LA VACUNACIÓN MEJORA LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON COVID-19 EN TERAPIA INTENSIVA? EXPERIENCIA EN 3 CENTROS DE CABA

V CHEDIACK(1), E CUNTO(1), L DE VEDIA(1), P SAUL(1), N CHACON(1), A RODRIGUEZ(1), N LISTA(1), C DOMINGUEZ(1), R GREGORI SABELLI(1), J FERNANDEZ(1), M FLORES(1), I PRIETO(1), Y LAMBERTO(1), L NICOLOSI(2), P VELAZQUEZ(3), M SANCHEZ CUNTO(3), M BERTELLI(3), K SCHIAVINO(3)  
(1) Muñiz. (2) Español. (3) Policlínico Central UOM

**Introducción:** Entre los beneficios de las vacunas para COVID-19 se mencionan la menor probabilidad de progresión a casos graves/críticos, con reducción de la tasa de ingreso a Terapia Intensiva (TI) y mortalidad.

**Hipótesis:** La vacunación contra COVID es protectora en los pacientes ingresados a TI, con disminución de necesidad de ventilación mecánica (VM) y mortalidad.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, caso control, multicéntrico. Se analizaron 467 pacientes ingresados a TI con COVID-19, 85 vacunados y 382 no vacunados, en el período marzo-agosto 2021. Se usó planilla Microsoft Excel y estadística descriptiva. Significancia estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Entre los vacunados, 79 (93%) tenían una dosis y 6 (7%) dos dosis. El 39% eran mujeres. Comorbilidades asociadas: hipertensión arterial (61%), obesidad (51%) y diabetes (34%). Mediana: edad 70 años, fecha de inicio de síntomas (FIS) e ingreso hospitalario: 6 días, 8 días hasta el ingreso a TI y estaba en TI fue 12 días. 81% requirió VM, y 72% decúbito prono. El 75% requirió vasopresores, 37% evolucionó con bradicardia y 32% con insuficiencia renal. El 38% presentó neumonía asociada a VM (NAV). Falleció el 71% (62% hombres). Las variables asociadas con mortalidad: edad  $\geq 70$  años; VM, decúbito prono y vasopresores, días de VM; bradicardia, insuficiencia renal y NAV.

Entre los pacientes no vacunados, el 32% eran mujeres; edad mediana 57 años; requirieron VM 67%; mortalidad 48% (ventilados 65% ventilados).

Comparando ambos grupos se observó que entre los pacientes vacunados fueron significativamente mayores las tasas de requerimiento de VM y la mortalidad.

**Conclusión:** En nuestro grupo de pacientes graves y críticos la vacunación no fue protectora para evitar la VM o mejorar la sobrevida. Sin embargo, cabe consignar que solo 6 de los 85 pacientes habían completado el esquema de vacunación al momento de ingresar a TI.

### 0136 CREACION DE UN PROGRAMA DE CUIDADOS POSTERIORES AL COVID 19 EN UNA UCI DE IV NIVEL

LA DULCEY SARMIENTO(1), DM VILLAMIZAR OLARTE(2), JF CASTILLO BLANCO(3), LM MARTINEZ MARTINEZ(3), EA VILLARREAL ROJAS(4), R CALTAGIRONE(5), GP SALAMANCA COY(2)

(1) Universitario de los Andes. (2) Universidad Industrial de Santander. (3) Universidad de Santander. (4) Universidad Libre. (5) Universidad de los Andes

**Introducción:** La enfermedad por COVID-19 puede provocar una gran variedad de problemas de salud a largo plazo, como deteriorar la función pulmonar, reducción del rendimiento del ejercicio y disminución de la calidad de vida. Nuestro estudio tuvo como objetivo investigar la eficacia, viabilidad y seguridad de la rehabilitación pulmonar en pacientes con COVID-19 y comparar los resultados entre pacientes con un curso leve / moderado y grave / crítico de la enfermedad.

**Métodos:** Los pacientes en la fase posaguda de un curso leve a crítico de COVID-19 ingresados en un programa integral de rehabilitación pulmonar, se incluyeron en este estudio de cohorte prospectivo y observacional. Se evaluaron antes y después varias medidas

de rendimiento del ejercicio, distancia de caminata de 6 minutos, función pulmonar (capacidad vital forzada (CVF)) y calidad de vida (encuesta de salud de formato corto de 36 preguntas (SF-36)). Resultados: Se incluyeron 43 pacientes en el estudio (20 con COVID leve / moderado y 23 con COVID grave / crítico- 19).

**Resultados:** Al ingreso, los pacientes tenían una distancia de caminata reducida (leve: mediana 401 m, rango intercuartílico (IQR) 335-467 m; severo: 108 m, 84-132 m), una CVF deteriorada (leve: 72%; severo: 35%), y una puntuación baja de salud mental SF-36 (leve: 52 puntos, severo: 32 puntos. Los pacientes recibieron sesiones ajustadas a sus capacidades físicas, los pacientes de ambos subgrupos mejoraron en la prueba de caminata de 6 minutos (leve / moderada: +54 m, severo / crítico: +117 m, ambos  $p < 0,002$ ), CVF (leve / moderada: + 8,9%,  $p = 0,004$ ; severo / crítico: + 12,4%,  $p < 0,003$ ) y componente mental SF-36 (leve / moderado: +6,8 puntos,  $p = 0,062$ ; severo / crítico: +16,7 puntos,  $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** Un programa de ejercicio bien estructurado resulta en un beneficio en las esferas de capacidad aeróbica, volúmenes pulmonares y calidad de vida, en tal sentido se recomienda ampliar muestras poblacionales para poder aplicar nuestro protocolo a otros centros encargados en la rehabilitación de pacientes COVID-19.

### 0137 COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA DE PACIENTES CON COVID-19 QUE REQUIRIERON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UNA UCI ARGENTINA

G MUSSO(1), C GONZALEZ(1), MC GOMEZ(1), G APPOENDINO(1), L CLEMENTE(1), A ABARCA(1), L FRISCIONE(2), G PLOTNIKOW(3), F MONTAGNER(1), O ABBONDANZIERI(1), L ID BETAN(1), F BRACONI(1), A BIANCO(1), P GUERRERO(1), Y GARRIDO(1), H CARRANZA(1), L BERLONI(1), C LOVESIO(1), M MANAGO(1)

(1) Sanatorio Parque. (2) Instituto Cardiovascular de Rosario. (3) Británico.

**Introducción:** La información sobre las características y resultados ventilatorios que comparen la primera (O1) y segunda (O2) ola de COVID19 en Argentina son limitados.

**Objetivos:** Describir las características generales y variables ventilatorias en pacientes COVID19 que requirieron asistencia mecánica ventilatoria invasiva (ARM), y comparar las diferencias entre las olas. Secundariamente se estudiarán los factores asociados con mortalidad.

**Materiales y Métodos:** Realizamos un estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes mayores de 18 años infectados por SARS-CoV-2 ingresados de forma consecutiva a la unidad de cuidados intensivos, en ARM, entre el 1 de agosto de 2020 y el 30 de junio de 2021. Las características al ingreso de los pacientes y las variables ventilatorias se recopilaron para su posterior análisis.

**Resultados:** De los 412 pacientes analizados el 73.8% eran hombres y la mediana de edad fue 61 años. Encontramos diferencias en la edad [O1 64 (55-72) años vs O2 59 (50-66) años]; presencia de EPOC [O1 n=41 (19.8%) vs O2 n=13 (6.3%)]; Presión plateau [O1 27 (25-30) cmH<sub>2</sub>O vs O2 24 (22-27) cmH<sub>2</sub>O], driving pressure ( $\Delta P$ ) [O1 15 (13-17) cmH<sub>2</sub>O vs O2 12 (11-14) cmH<sub>2</sub>O]; complacencia [O1 40 ml/cmH<sub>2</sub>O (32-46) vs O2 33 ml/cmH<sub>2</sub>O (27-40)]; reintubación [O1 30,4% (n=63/207) vs O2 13,7% (n=28/205)]. La regresión de Cox identificó la edad [(OR 1.07 (IC 95% 1.05 - 1.09)], el  $\Delta P$  en las primeras 24 hs [(OR 1.19 (IC 95% 1.10 - 1.28)] y O2 [OR 1.81 (IC 95% 1.12 - 2.93)] como predictores independientes de mortalidad.

**Conclusión:** Los pacientes con COVID19 durante la O2 fueron más jóvenes y se logró alcanzar variables de monitoreo de mecánica ventilatoria más ajustadas a una estrategia de ventilación protectora. Condiciones preexistentes como la edad y variables ventilatorias como el  $\Delta P$  fueron predictoras independientes de mortalidad.

**0138 ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, COMORBILIDADES Y TIEMPO DE ESTADÍA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INTERNADOS CON COVID-19 EN EL NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA**  
 S CAMISSA(1), ML COLUCCINI(1), V CASTRO(1), A MARTINI(1), N SALAZAR(1), ML VISENTINI(1)  
 (1) Nuevo Hospital San Roque

**Introducción:** La COVID-19 planteó desafíos y amenazas sin precedentes para pacientes y sistemas de salud en todo el mundo. La evaluación y el tratamiento nutricional oportuno y adecuado, reducen efectivamente las complicaciones y mejoran los resultados clínicos.

**Pregunta de investigación:** ¿Existe asociación entre el estado nutricional, las comorbilidades y el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes internados con COVID-19 en el Nuevo Hospital San Roque desde abril a diciembre de 2020 en la ciudad de Córdoba?

**Método y Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, correlacional y de corte transversal. Los datos fueron recabados de la historia clínica digital de cada paciente, desde abril a diciembre de 2020 (sociodemográficos, medidas antropométricas, estadía hospitalaria, estado nutricional, atención en cuidados intensivos). Se registraron en una tabla de recolección de datos y se procesaron en tablas y gráficos pertinentes, empleando el programa Microsoft Excel versión 365.

**Resultados:** Muestra conformada por 477 pacientes. El Estado Nutricional Sobrepeso y Obesidad, fue más frecuente en pacientes entre los 36 y 64 años. Las comorbilidades de mayor prevalencia fueron las Metabólicas y Cardiovasculares. La estadía hospitalaria predominante fue la Intermedia. A medida que el IMC aumentaba, los días de internación hospitalaria se prolongaban. A medida que aumenta el número de comorbilidades la estadía hospitalaria disminuye. Se observó que quienes presentaban 1 o 2 comorbilidades tuvieron una estadía hospitalaria intermedia. Un 40% del total de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos fue diagnosticado con Obesidad según su IMC.

**Conclusión:** Es fundamental el trabajo interdisciplinario, siendo indispensable el rol de las/os Licenciados en Nutrición, en el proceso de atención nutricional, identificando pacientes malnutridos y/o en riesgo, realizando una intervención temprana y oportuna, evitando el deterioro nutricional el cual afecta su recuperación y calidad de vida post internación de los pacientes con COVID-19.

**0140 ANALGOSEDACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES COVID-19 VENTILADOS EN UNA UCI DE ADULTOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO**

J VILCA(1), CI LOUDET(1), MJ MESCHINI(1), M GARCÍA SARUBBIO(1), V PAZOS(1), G SAENZ(1), S TAL BENZECRY(1), A BARBIERI(1), V ARAMENDI(1), C TROVATTO(1), C COLAVITA(1), A MAZZOLENI(1), C PAEZ(1), A GARRONI(1)  
 (1) Higa Gral San Martín

**Introducción:** La COVID-19 se asoció a altas, aunque dispares, tasas de mortalidad y desafió a los equipos en relación al manejo del SDRA. Un protocolo de analgoosedación (AS) vigente desde 2016 en nuestra UCI se puso a prueba durante la pandemia.

**Objetivos:** Analizar características de pacientes y la estrategia de AS y bloqueo neuromuscular (BNM) en pacientes COVID-19 ventilados. Determinar mortalidad hospitalaria e identificar predictores de mortalidad.

**Método:** Cohorte prospectiva en UCI adultos de 28 camas de un Hospital público de alta complejidad de la Pcia de Bs As. Se incluyeron pacientes consecutivos con COVID-19 (PCR), ≥16 años en VM >2 días, desde julio 2020 a junio 2021. Se registraron características de pacientes, scores de gravedad al ingreso, días ARM, días hospital, días UCI, mortalidad hospitalaria, requerimiento de pronó y de BNM. Además, de la prescripción electrónica se obtuvieron las dosis y días de tratamiento de analgoosedantes y BNM. Se compararon

resultados entre vivos y muertos. Para todas las comparaciones se consideró significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 163 pacientes. El 94.5% recibió FNT, 90.2% MDZ, 39.9% DEX, 34.4% PROP y 60.7% ATRA. Las características de la población se muestran en tabla 1 y las dosis y días de AS en tabla 2. La mortalidad hospitalaria fue 60.1%. En modelo de regresión logística múltiple el SOFA (OR e IC), edad >55 (OR e IC) y días FNT (OR e IC) fueron predictores independientes de mortalidad.

**Conclusiones:** El manejo de la AS fue consistente con el protocolo de la unidad, no se observó diferencia entre vivos y muertos, pese a la severidad, reflejando la importancia de contar con un programa de AS afianzado. Se determinó elevada mortalidad hospitalaria observándose relación inversa entre días de FNT y esta variable. SOFA y edad >55 resultaron predictores de mortalidad

**TABLA 1- CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES**

	TODOS (n=163)	VIVOS (n=65)	MUERTOS (n=98)	P value
EDAD	54.39±13.7	50.4±12.9	57.04±13.63	0.0024
SEXO(Masculino)	109 (66.9)	48(75)	60(61.2)	0.069
IMC	31.46±6.1	32.0±4.27	31.1±7.02	0.4135
APACHE II	17.99±7.24	14.25±5.96	20.22±7.03	<0.0001
SOFA 24h	7[5-9]	5 [4-7]	7 [6-9]	<0.0001
DIALISIS	73/157 (46.5)	18/61 (29.5)	55/96 (57.2)	0.001
DIAS ARM	22[11-38]	36 [17-59]	15 [9-26]	<0.0001
DIAS HOSPITAL	30 [14-52]	52 [34-73]	18 [12-31]	<0.0001
DIAS UCI	23 [11-41]	41 [25-61]	15 [9-25]	<0.0001
PRONO	100/161 (62.1)	39/64(60.9)	61/97 (62.9)	0.803
DIAS BNM	7.5 [4-12]	8 [4-11]	7 [3.5-12]	0.8460
BNM	102/163 (62.6)	38/65 (58.4)	64/98 (65.3)	0.377

Datos presentados como mediana [p25-75], media ±SD o n/N(%).  
 Se consideró significativo  $p < 0.05$

**TABLA 2- RESULTADOS: DOSIS Y DÍAS DE ANALGOSEDANTES Y BNM**

		TODOS	VIVOS	MUERTOS	P value
FENTANILO (n=154)	mcg/k/h	4 [3-5]	4[3-5]	4[3-5]	0.8888
	días	12[7-20]	16 [8-27]	10.5 [6-17]	0.0033
MIDAZOLAM (n=147)	mg/k/h	0.17 [0.135-0.2]	0.16 [0.14-0.2]	0.17 [0.13-0.2]	0.4615
	días	9[5-17]	11.5 [6-17]	9 [5-15]	0.1623
DEXME (n=65)	mcg/k/h	0.65 [0.5-0.8]	0.65[0.5-0.8]	0.6[0.42-0.72]	0.1480
	días	7 [4-12]	7 [5-12]	7 [3-12.5]	0.6070
PROPOFOL (n=56)	mg/k/h	1.85 [1.6-2.25]	1.95[1.6-2]	1.8[1.56-2.4]	0.6220
	días	3[1-5]	4 [2-8.5]	2.5 [1-4]	0.0298
REMI (n=29)	mcg/k/h	13 [10-15]	13 [11.5-14.5]	11[10-15]	0.4760
	días	5 [2-11]	7 [3.5-12]	3 [2-10]	0.1193
ATRACURIO (n=99)	mcg/k/min	11 [7.5-14]	11[7.5-14]	11[8-14]	0.7321
	días	7 [3-11]	7.5 [4-11]	6 [3-10]	0.5444
ROCURONIO (n=5)	mcg/k/min	8 [5.5-8.2]	-	8 [5.5-8.2]	-
	días	4 [3-6]	-	-	-
VECURONIO (n=5)	mcg/k/h	62.5 [60-64]	70 [70-70]	61.25[60-63.2]	0.1468
	días	6 [6-7]	-	-	-

Abreviaturas: DEXME: dexmedetomidina; REMI: remifentanyl  
 Datos presentados como mediana [p25-75]. Se consideró significativo  $p < 0.05$

**0142 DETECCIÓN Y REHABILITACIÓN PRECOZ DE LA DISFAGIA EN UNA UNIDAD DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (UACV)**

M ALBEVERIO(1), MF GUARIELLO(1), A DAVANCENS(1), C BAIGORRI(1), CM COSTILLA(1), N MANTIÑAN(1), CJ ESTOL(1)  
 (1) Sanatorio Güemes

**Introducción:** La disfagia es una complicación frecuente en pacientes con ACV repercutiendo negativamente en el resultado funcional. La evaluación e intervención oportuna realizada por fonoaudiólogos especialistas en deglución, permite detectar disfagia, reducir malnutrición, deshidratación y neumonía aspirativa (NA).

**Objetivo:** Describir y analizar la detección y rehabilitación precoz de disfagia. Materiales: Evaluamos 1221 pacientes internados en la UACV entre agosto del 2017 y septiembre del 2021 mediante un protocolo de evaluación clínica de disfagia complementado con test GUS (Guggin Swallowing Screen) para determinar disfagia y vía de alimentación.

**Resultados:** De los 1221 pacientes con ACV evaluados (83% isquémicos y 17% hemorrágicos), 623 tuvieron disfagia (51%). Los predictores clínicos de disfagia más frecuentes fueron afasia (5%), déficit

facial (5%), disartria (9%), combinación de afasia - déficit facial (15%) y disartria - déficit facial (34%). En el 51% (317) de los casos con disfagia la nutrición fue mediante sonda nasogástrica (SNG) y el 25% (158) de ellos, además necesitó intubación orotraqueal para protección de la vía aérea. En el 22% (137) de los pacientes con disfagia utilizamos la combinación de SNG y vía oral (VO) y en el 27% (169) la adaptación de consistencias. El seguimiento diario registró que el 7% (11) de pacientes con SNG sin AVIM (159) iniciaron VO exclusiva y el 46% (64) de aquellos con alimentación mixta (137) progresaron a VO, siendo el promedio de estadía en la UACV 6 días. De los 623 pacientes con disfagia 4% (25) tuvieron NA con puntaje GUSS < 4.

**Conclusiones:** En la UACV la disfagia afecta a la mitad de los pacientes, siendo disartria/déficit facial el predictor clínico más frecuente. El puntaje bajo en la prueba indirecta de GUSS fue predictor de NA. La rehabilitación fonoaudiológica durante la primera semana permite el retiro de SNG en el 25% de los pacientes sin AVIM.

#### 0143 THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM28 Y NURSING ACTIVITIES SCORE PARA VALORAR CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON COVID-19 EN VENTILACION MECANICA INVASIVA

SL FERNANDEZ, CI LOUDET(1), J BECERRA VILCA(1)  
(1) Hospital 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 scores 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 peorNAS. 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  $58 \pm 5$ ; peorTISS28:  $35 \pm 6$  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 ítem 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.

#### 0144 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES CON COVID-19 GRAVE: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD

AN PÉREZ MURÚA(1), MH JUNCO CUBILLAS(1), M JAUME(1), MF PIÑEIRO(1), L PERO(1), MP CORDERO(1), AJ HERRERA(1), C MORENO(1), A TRISTAÍNO(1), D LAFOSSE(1), J ROMERO(1), B CASTRO(1), G LLARRUL(1), J OCHOA(1), P LUCERO(1), K CISNEROS(1), E PORJOLOVSKY(1), L FRANCONIERI(1)  
(1) Sanatorio Antártida

**Introducción:** Los pacientes con COVID-19 grave pueden presentar insuficiencia respiratoria y requerir ventilación mecánica (VM). En estos casos, la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) es una complicación frecuente que puede asociarse a mayor morbi-mortalidad.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas y mortalidad global en pacientes con COVID-19 grave con requerimiento de VM e identificar factores asociados al desarrollo de NAVIM.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un sanatorio de CABA entre abril-2020 y agosto-2021. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de COVID-19 grave con requerimiento de VM. Se analizaron características demográficas, clínicas y mortalidad global, tanto en pacientes con o sin desarrollo de NAVIM. Para el diagnóstico de NAVIM se utilizaron criterios de la Infectious Disease Society of America (IDSA). Se realizó un análisis bivariado para identificar factores asociados al desarrollo de NAVIM.

**Resultados:** Se incluyeron 440 pacientes con COVID-19 con requerimiento de VM en el periodo en estudio, de los cuales 193 (43.9%) cumplieron con los criterios diagnósticos de NAVIM. La media de tiempo desde el requerimiento de VM hasta el desarrollo de NAVIM fue de 10,6 días (DE 6,4). Las características demográficas y clínicas, tanto en los pacientes con y sin NAVIM, se muestran en las tablas 1 y 2 respectivamente.

**Conclusión:** No hubo diferencia significativa en cuanto a variables demográficas y comorbilidad. Una gran proporción de pacientes requirió por lo menos un ciclo de prono previo a la NAVIM (83,4%), y se observó mayor duración de la VM (24,4 vs 11 días), sin diferencias en la mortalidad global en comparación con los pacientes que no desarrollaron NAVIM.

Tabla 1: Variables Demográficas

Variable	No NAVIM (n=247)	NAVIM (n=193)	p
Sexo masculino, n (%)	181 (72,1)	155 (79,9)	0,15
Edad, media (DE)	55,9 (13,8)	54,3 (13,9)	0,12
Comorbilidades, n (%)			
HTA	115 (46,5)	82 (42,9)	0,44
DBT	77 (31,7)	65 (33,6)	0,55
IMC >30	95 (37,8)	87 (45,08)	0,14
TBQ/ExtTBQ	58 (23,4)	43 (22,8)	0,7

Referencias: HTA, hipertensión arterial; DBT, diabetes; IMC, índice de masa corporal; TBQ-ExtTBQ, tabaquismo-extabaquismo.

Tabla 2: Variables clínicas y mortalidad

Variables	No NAVIM (n=247)	NAVIM (n=193)	p
Prono n (%)	140 (56,6)	161 (83,4)	0,00000000002
Días de ARM media, (DE)	11 (14)	24,4 (14)	0,00000006
Mortalidad n (%)	131 (53)	94 (48,7)	0,39
Días desde IOT- 1°NAVIM (DE)	-	10,6 (6,4)	

#### 0145 INCIDENCIA DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO INGRESADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DOCTOR RAMÓN MADARIAGA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

MM KAECELE(1), M KAECELE(1), M ARGÜELLO(1), R VILLALBA(1), M POHLEMANN(1), D ACOSTA(1), A ALARCON(1), L JOSE SANTANA(1), I CRUZ(1), M RODRIGUEZ(1), A CARRERA(1), S RIBAK(1), C CORREIA DA SILVA(1), C FARQUARSON(1), N BARRETO(1)  
(1) Madariaga

**Introducción:** El TEC es la principal causa de muerte e incapacidad en menores de 40 años. Durante la pandemia por COVID-19 las medidas sanitarias llevaron a las restricciones en la circulación por el aislamiento obligatorio; los accidentes viales descendieron el 80% según la Agencia Nacional de Seguridad Vial de Argentina.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de TEC en la UTI durante la pandemia por COVID-19; comparar con un periodo antes del inicio de la pandemia.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional de serie de casos; se incluyeron pacientes mayores de 15 años con TEC internados en la UTI del Hospital Escuela de Agudos Doctor Ramón Madariaga entre marzo del 2020 a julio de 2021, y se compararon con un periodo antes de la pandemia

**Resultados:** Durante el periodo se evaluaron a 18 pacientes, que ingresaron a UTI del HEADRM con diagnóstico de TEC; 11 eran masculinos y 7 femenino, la edad media fue de 21 años. El mecanismo lesional más frecuente fueron los accidentes viales 94.4%, 1 por caída de altura; todos los casos fueron TEC grave. La estancia en UTI fue de 32.2 días, y los días de AVM de 18.9. La mortalidad fue 16.6%. En el periodo antes de la pandemia (Arguello et Al. 2020) se evaluaron 78 pacientes, 68 masculino, media de edad 32 años; mecanismo lesional más frecuente accidentes viales 96.15%; el TEC grave 76.9%; estancia en UTI fue 24.9 días, y los días de AVM 20.4 días. La mortalidad por TEC grave fue 30.7%.

**Conclusiones:** Pudimos observar una disminución de la incidencia del TEC durante la pandemia por COVID-19, con predominio del TEC grave; y una disminución en la mortalidad. Esta disminución estaría relacionada con una merma en la circulación dado el contexto de la pandemia.

#### 0146 ASOCIACIÓN ENTRE LA FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS (FIS) Y LA SOBREVIDA EN PACIENTES CON COVID-19

ML QUILES(1), X GAMBETTA(1)  
(1) Clínica del Valle

En diciembre de 2019 en Wuhan, China se reportó una neumonía, producida por el SARS-CoV-2.

El espectro clínico de este virus es variable, desde una infección asintomática a una condición crítica.

La incidencia a nivel mundial de falla respiratoria aguda es de aproximadamente el 20%, mientras que el ingreso a la UCI es del 25%. La identificación precoz de los criterios de inclusión a la ventilación mecánica invasiva (VMI) son de vital importancia para mejorar el pronóstico de los pacientes.

El objetivo es encontrar asociación estadística entre el tiempo transcurrido entre el FIS y el inicio de la VMI con respecto a la sobrevivida de los pacientes.

Estudio analítico, observacional y prospectivo, de 101 pacientes, mayor o igual de 18 años con Covid-19, ingresados a UCI con falla respiratoria aguda en Clínica del Valle. Entre el 20 julio del 2020 y 30 de julio del 2021. Se excluyen pacientes con requerimiento de ventilación mecánica no invasiva, óbito dentro de las 24 hs y distrés leve. La población de estudio fue dividida en FIS temprano, quienes comienzan con síntomas y antes del noveno día ingresan a VMI, y FIS tardío, luego del noveno día.

El género masculino fue el predominante con el 60.4%, la media de edad fue de 57. El 70.29% presentaba comorbilidades. El APACHE

II tuvo un promedio de 20.37. La media de VMI en temprano fue de 11 días y de 16 en el tardío. La media de estadía hospitalaria fue de 17 días. La mortalidad fue significativamente mayor en el grupo tardío vs temprano ( $p=0.0005$ ).

**Conclusión:** Nuestro estudio sugiere que existe relación estadística relacionando las variables de FIS y el tiempo transcurrido hasta el ingreso a la VMI. Creemos necesario continuar con futuras investigaciones que analicen este resultado.

#### 0148 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y COMORBILIDAD DE LOS PACIENTES CON COVID-19 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DOCTOR RAMÓN MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES

HD ACOSTA(1), M ARGUELLO(1), R VILLALBA(1), M POHLEMANN(1), M KAECELE(1), A ALARCON(1), L SANTANA(1), I CRUZ(1), M RODRIGUEZ(1), A CARRERA(1), S RIBAK(1), C CORREIA(1), C FARQUARSON(1), N BARRETO(1)  
(1) Hospital Agudos Ramón Madariaga

**Introducción:** Cuando la OMS declaró que el brote de SARS-CoV-2 era una pandemia debido al número cada vez mayor de casos fuera de China, en la Provincia de Misiones hubo un aumento creciente de casos y la información sobre pacientes críticos con infección por SARS-CoV-2 es escasa en Misiones.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, comorbilidades y la mortalidad de los pacientes ingresados en la UTI durante un periodo de 16 meses.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional de serie de casos en un único centro; se incluyeron los datos de pacientes mayores de 15 años con neumonía por COVID-19 internados en la UTI de adultos del Hospital Doctor Ramón Madariaga entre marzo del 2020 y julio del 2021.

El diagnóstico de COVID-19 fue establecido por el resultado del hisopado nasofaríngeo; detectado por reacción en cadena de la polimerasa RT-PCR. El diagnóstico de SDRA según los criterios de Berlín.

**Resultados:** Se evaluaron 167 pacientes, 113 masculinos y 54 femenino, la edad media fue de 56 años; las comorbilidades más frecuentes fueron HTA 53.89%, DBT2 26.9%, obesidad 19.7%, además de TBQ, ERC, Miastenia Gravis. Todos los pacientes presentaron criterios para SDRA según consenso de Berlín, el promedio de APACHEII fue de 20 (20.5%). El promedio de estadía en UTI fue de 16.8 días, los días de AVM fueron 16.7; todos los pacientes requirieron al menos una sesión de decubito prono, y el uso de drogas inotrópicas, la mortalidad fue 78.44%, con predominio en el sexo masculino 70.9%.

**Conclusión:** En nuestra serie de casos confirmados con diagnóstico de COVID-19 y SDRA que ingresaron a UTI predominó el sexo masculino, la comorbilidad más frecuente fue la HTA y la DBT2, la mortalidad fue del 78.44%. Primer reporte de pacientes graves en la Provincia de Misiones.

#### 0149 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UNA SALA DE REHABILITACIÓN POST COVID. ESTUDIO RETROSPECTIVO

A GÓMEZ(2), C BALASINI(1), A ALLER(2), N DAVIDJAN(2), E FULGENZI(2), V MARTÍN(2), G MUNTAABSKI(3), P PAULA(2), M RODRÍGUEZ RUIZ(2)

(1) General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano. (2) General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano. (3) Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano

**Introducción:** Desde el 07-09-2020 funciona en nuestra Institución una Sala de Rehabilitación Intensiva de pacientes post COVID (SaRIP), para el tratamiento de pacientes que presentaron complicaciones y secuelas de una infección por SARS-COV2.

**Objetivos:** Describir las complicaciones neurológicas observadas en los pacientes internados en una sala de rehabilitación de pacientes post COVID.

Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes internados en nuestra sala desde el 07-09-2020 al 15-07-2021. Se registraron sus características epidemiológicas, días de internación en UTI y las complicaciones neurológicas observadas y tratadas durante su internación.

**Resultados:** Sobre 109 pacientes internados en SaRIP en ese período, 93 habían ingresado por complicaciones derivadas de la infección por SARS-COV2 y sus datos fueron incluidos en el presente estudio. 51 eran hombres; la edad promedio era de 61 +/- 15 años. El tiempo promedio de internación en UTI fue 33 días. El hallazgo más común fue debilidad muscular generalizada en 62 (67%) pacientes, en 8 (9%) plexopatía braquial, o en algunos casos un cuadro que impresionaba como una combinación de ambos. 1 paciente presentó hallazgos sugestivos de mononeuropatía. El hallazgo más común en la afectación del sistema nervioso central fue la presencia de alteraciones cognitivas en 30 (32%) pacientes. 20 (22%) presentaron confusión o delirio, 2 temblor/mioclónias, en un caso aguesia y anosmia. 6 (67%) pacientes presentaron vértigo, en un caso asociado a hipoacusia.

**Conclusiones:** Las complicaciones neurológicas fueron muy frecuentes en los pacientes internados en nuestra sala de rehabilitación, tanto en el sistema nervioso periférico como en el central, relacionadas con la severidad de cuadro que presentaron y el prolongado tiempo de internación en UTI. Las complicaciones post COVID halladas en el presente estudio difieren de las descriptas en otros trabajos por las particularidades de la población evaluada.

#### 0150 ¿SE PUEDE PREVENIR LA DISFAGIA POS-EXTUBACIÓN? TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO OPORTUNO EN PACIENTES VENTILADOS EN LA UTIGO DE LA MPTB

ADV VELEZ(1)

(1) Maternidad Teresita Baigorria

La Disfagia post extubación es el trastorno de deglución que se presenta comunmente en pacientes sobrevivientes a enfermedades críticas, después de la extubación. Actualmente no existen pautas establecidas basadas en evidencia sobre prevención de la Disfagia Post Extubación y más aún, del conocimiento sobre el trabajo fonoaudiológico en relación a ello. Actualmente muchas de las UTIs de nuestro país cuentan con un profesional fonoaudiólogo, quien se ocupa de rehabilitar la función deglutoria una vez que el paciente es extubado.

La UTIGO de la Maternidad (MPTB), cuenta desde hace un año con el servicio de fonoaudiología al cual se le realizaba la interconsulta una vez extubado el paciente. Luego de 6 meses se sugiere la intervención precoz en pacientes con ventilación mecánica (VM) para así prevenir las disfagias y derivar al paciente a sala con alimentación oral.

El objetivo de este trabajo fue determinar la existencia de diferencias en la mecánica deglutoria en 5 paciente extubados (Grupo1) y 11 pacientes en VM (Grupo 2).

Se realizaron intervenciones específicas para cada uno de los grupos. Grupo 1: Abordaje de minimización de secuelas y Abordaje de Rehabilitación temprana. mientras que al Grupo 2 se le sumó el Abordaje de mantención de funciones.

Los resultados obtenidos mostraron que los 6 pacientes del Grupo 1 lograron el manejo de semisólido, sólido y líquido luego de la primer semana de extubación, mientras que todos los paeintes del Grupo 2, manejaron todas las consistencias de los alimentos entre las 24 y 48 hs de ser extubados.

En conclusión, ¿Se puede prevenir la disfagia pos extubación? Un tratamiento fonoaudiológico precoz bien definido y personalizado a cada situación clínica del paciente, resulta oportuno no solo para reducir significativamente las complicaciones relacionadas con la morbilidad y mortalidad de los pacientes en Unidades Críticas sino también para la prevención de trastornos deglutorios.

#### 0151 INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO VIRAL EN TERAPIA INTENSIVA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL INICIO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2

FM JEREZ(1), M D'URSO(1), PD JUAREZ(1), MV LEGUINA(1), JC PEDRAZA CORONEL(1), AS REARTE(1), NA AYBAR(1)

(1) Hospital del Niño Jesús

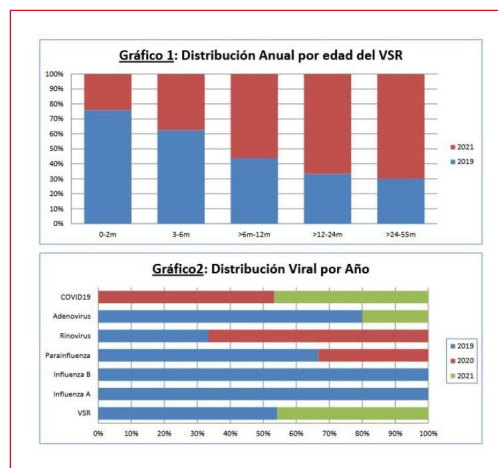
**Introducción:** El aislamiento 2020 redujo la circulación y por ende el contacto de niños con agentes virales, alterando la epidemiología habitual.

**Hipótesis:** El aislamiento habría producido desplazamiento etario para bronquiolititis por VSR en 2021 y modificación de la epidemiología viral. En niños COVID con comorbilidades existiría mayor mortalidad, días ARM y UTI. El uso de CAFO aumentaría los días de ARM y UTI.

**Material y método:** Estudio retrospectivo observacional. Se analizaron historias clínicas de pacientes ingresados a UTI de 0 a 4 años entre enero 2019 y septiembre 2021 con diagnóstico de bronquiolititis. Análisis descriptivo mediante test t no pareado, test chi cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson con significancia de 5%.

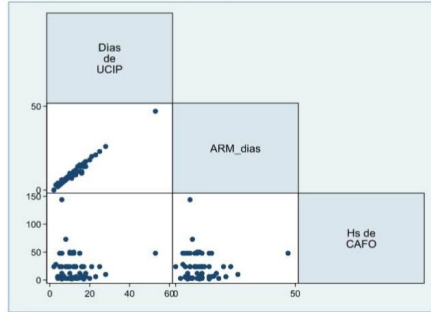
**Resultados:** Se incluyeron 111 pacientes con media de edad de 13.36 meses ( $DS \pm 14.2$ ). Requirieron ARM 106 pacientes con media de días UTI de 12,2 días ( $DS \pm 7.66$ ). En el grupo de VSR se observó un cambio etario siendo 71% de 0 a 6 meses en 2019 y 37% en 2021 con un 63% entre 6 a 36 meses en igual año. Virus predominantes: VSR 79% (n=57) en 2019, en 2020 63% SarsCoV2 (n=13) y en 2021 83% VSR con 15% SarsCoV2 (n=46). Se registraron 15 pacientes COVID, con una mortalidad de 11% (n=3). Al analizar su asociación con comorbilidades no fue significativo para mortalidad ( $p=0.792$ ) pero si para días UTI ( $p=0.0418$ ) y ARM ( $p=0.0188$ ). Previo al ingreso 60 niños requirieron CAFO no encontrándose asociación con días de ARM ( $p=0.8961$ ) y días UTI ( $p=0,9357$ ).

**Conclusión:** Pudimos determinar un desplazamiento del grupo etario en bronquiolititis por VSR a edades más tardías. Se modificó la epidemiología viral habitual no registrándose casos de Influenza, manteniendo niveles altos de VSR. En niños COVID sin comorbilidades la media días ARM y UTI fue significativamente menor. El uso previo de CAFO no afectó la evolución de los pacientes.





**Gráfico 3: Asociación entre Hs de CAFO y días ARM (P= 0,8961) y UCIP (P=0,9357)**



**Electromiograma:**

MUSCULO	Actividad Espontánea			Potenciales U.M.			Esfuerzo Máximo			OTROS
	FIB	O.A.	FA	DES	DUR	POLI	U	S	I	
1er. interóseo I	XX	XX	-							Sin PUM
Abductor pulgar I	XX	XX	-							Sin PUM
Flexor carpo I	XX	XX	-							Sin PUM
Extensor carpo I	XX	XX	-							Sin PUM
Biceps I				N/P				X		
Deltoidei I				N/P		X			X	
1er. interóseo D	X									
Extensor carpo D				N/P					X	

FIB: fibrilaciones; O.A.: ondas agudas; FA: fasciculaciones; DES: descargas de alta frecuencia; DUR: duración; N: normal; D: disminuida; P: prolongada; POL: polifásico; U: unitaria; S: simple; I: intermedia; IF: interferenciales.

**0152 CARACTERÍSTICAS DE LA PLEXOPATÍA BRAQUIAL EN UNA SALA DE REHABILITACIÓN DE PACIENTES POST COVID. SERIE DE CASOS**

E FULGENZI(1), C BALASINI(1), A ALLER(1), G ANDREA(1), S HUESPI(1), V MARTÍN(1), G MUNTAABSKI(1), M RODRÍGUEZ RUIZ(1)  
 (1) General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano

**Introducción:** Se ha reportado la aparición de plexopatías braquiales en pacientes con neumopatía por COVID que recibieron asistencia respiratoria mecánica (ARM), probablemente relacionadas con las maniobras de pronación utilizadas. Por otra parte, desde septiembre 2020 funciona en nuestro Hospital una Sala de Rehabilitación Intensiva de pacientes post COVID (SaRIP).

**Objetivo:** Describir una serie de pacientes internados en SaRIP con cuadro compatible con plexopatía braquial. Evaluar los patrones de afectación y factores de riesgo más importantes para la misma.

**Material y métodos:** Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes internados en SaRIP desde el 07-09-2020 al 15-07-2021 con debilidad uni o bilateral en miembros superiores compatible con plexopatía braquial. Se consideraron datos epidemiológicos, tiempo de internación en UTI, tiempo de ARM y antecedentes de pronación.

**Resultados:** De 93 pacientes post COVID internados, 8 (9%) presentaron debilidad uni o bilateral en miembros superiores compatible con plexopatía braquial. 5 (62%) eran hombres. La edad promedio fue de 53 años. Todos recibieron ARM y pronación. El tiempo promedio de internación en UTI fue de 51 días, el de ARM 41 días. El patrón clínico más frecuente fue el compromiso severo y global de la fuerza muscular en el miembro afectado.

**Conclusiones:** La plexopatía braquial es una complicación frecuente en pacientes internados en una sala de rehabilitación post COVID. Su aparición se relaciona con cuadros severos, ARM prolongada y pronación.

Caso	Sexo	Edad	Días UTI	Días ARM	Pronaciones	Lateralidad	Derecho	Izquierdo
1	M	51	79	61	2	B	L	S
2	M	52	36	22	2	B	S	S
3	F	59	D	34	2	B	L	S
4	M	35	63	56	6	B	S	L
5	F	59	63	51	8	B	S	S
6	M	67	39	37	2	D	S	N
7	M	67	47	35	1	L	N	S
8	F	34	32	26	2	B	S	S

Referencias: M: masculino, F: femenino, B: bilateral, D: derecho, I: izquierdo, S: severa, L: leve, N: normal.

**0153 PREDICCIÓN DE VENTILACION MECANICA MAYOR A 7 DIAS COMO CRITERIO DE RIESGO NUTRICIONAL. ESTUDIO PROSPECTIVO EN UNA POBLACION MIXTA DE PACIENTES CRITICOS**

D MORETTI(1), MG BUNCUGA(1), NS ROCHETTI(1), S GATTINO(1), M RE(1), R GIMENEZ(1), S RADIMACK(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)  
 (1) Hospital Escuela Eva Perón

**Introducción:** El riesgo nutricional (RN) en pacientes críticos se define como el riesgo de adquirir complicaciones o eventos adversos, prevenibles a través del soporte nutricional óptimo. Se postuló que la estadía en UCI con ventilación mecánica (VM) >1 semana, individualizaría una población sometida a estrés metabólico prolongado con RN elevado. La puntuación NUTRIC, propuesta para evaluar el RN en críticos, carece de criterios explícitos de temporalidad y su capacidad predictora de VM prolongada (VMP) no se estudió en profundidad.

**Objetivo:** Evaluar modelos de predicción de VM >7 días, definida como VMP con un criterio de RN. Estudiar la capacidad discriminativa de VMP del NUTRIC y comparar la misma entre aquellos con puntajes altos y bajos de dicha escala.

**Métodos:** Cohorte prospectiva observacional. Como modelo predictivo se utilizó Regresión Logística, Random Forest y C5.0 con las variables de las primeras 72 horas de VM. Variante del NUTRIC con PCR.

**Resultados:** Se analizaron 550 enfermos ventilados. El 57% tuvo VMP. Clasifico como bajo RN por NUTRICpqr el 86% y la mortalidad fue del 32.5% (179/550). Exactitud (IC95%) para predecir VMP de la regresión logística, Random Forest y C5.0: 0.479 (0.375-0.584), 0.500 (0.395-0.605) y 0.543 (0.437-0.646) respectivamente. La capacidad discriminativa de la VMP del NUTRICpqr es baja (AUCROC: 0.543 IC95% 0.495-0.591). La presencia de VMP entre aquellos de alto y bajo RN por NUTRICpqr, no mostro diferencias significativas (67.1% vs 55.4%, p 0.069). Dentro de aquellos con bajo RN por NUTRICpqr la mortalidad fue mayor en los que tuvieron VMP (34.1% vs 21.4% p=0.0034; OR 1.897 IC95% 1.249-2.879).

**Conclusiones:** Ningún modelo predice la VMP con un criterio de RN. La puntuación NUTRICpqr no discrimina la VMP y por lo tanto no estimaría el RN asociado a la misma. La VMP es prevalente en el grupo de bajo RN por NUTRICpqr y se asocia a una mayor mortalidad.

**0154 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL EN UN DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

GE MORA MENDOZA, LI DELGADILLO VESTER(1), DN NÚÑEZ ARIAS(1), HJ JIMÉNEZ ROLÓN(1)  
 (1) Hospital de Clínicas

**Introducción:** El trasplante renal es la mejor alternativa terapéutica para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal de diversas causas. Actualmente es un procedimiento electivo para pacientes a los que se les ha efectuado una preparación y evaluación

preoperatoria cuidadosa. En la actualidad las cifras de mortalidad fluctúan entre 0-0,5%.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes sometidos a trasplante renal pediátrico en un Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos durante el periodo 2016-2020.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de corte transversal.

**Criterios de inclusión:** Pacientes pediátricos (0-18 años) ingresados a un Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos en su post operatorio inmediato de Trasplante Renal.

**Resultados:** Se efectuaron 11 trasplantes renales pediátricos; en su mayoría fueron de sexo femenino, adolescentes y escolares; todos con más de 20 kg de peso. La mayoría provenía de zona urbana del país. El 55% de los donantes correspondió al tipo cadavérico y entre los donantes vivos en su mayoría fueron los padres. En los receptores de riñón cadavérico, en todos los casos tuvieron menos de 24hs de isquemia. Entre las complicaciones postquirúrgicas, la hipertensión arterial fue la más frecuente, seguida de causa infecciosa (neumonía nosocomial) y shock hemorrágico secundario a dehiscencia de suturas y hemorragia en el lecho operatorio, los mismos requirieron transfusiones de hemoderivados. Se registró pérdida del injerto renal en un paciente secundario a trombosis vascular renal. Ningún paciente requirió de asistencia respiratoria mecánica, y solo 1 requirió infusión de droga vasoactiva. No se registró óbito de receptores renales y el PIM2 promedio para los pacientes fue de 0,7%.

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes trasplantados fueron adolescentes y escolares, siendo los donantes, en su mayoría, cadavéricos; El PIM2 promedio fue de 0,7%, correspondiéndose con los reportes internacionales.

#### 0156 ENFERMEDAD POR SARS-COV-2 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

G APARICIO(1), D BERGNA(1), AC BORDOGNA(1), P CASTELLANI(1), SN GIACOBINO(1), ME GUTIÉRREZ MEYER(1), M MENDOZA(1)

(1) Hiaep Sor María Ludovica

**Introducción:** La infección grave por SARS-CoV-2 en pacientes pediátricos es una entidad poco frecuente que se caracteriza por manifestaciones clínicas muy variables que incluyen síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico (PARDS), Síndrome Inflamatorio Multisistémico (PIMS) y cuadros neurológicos, entre otros. Presentamos la experiencia en nuestra unidad para aportar evidencia de valor en el conocimiento de esta enfermedad.

**Objetivos:** • Describir la incidencia, características y evolución de la infección por SARS-CoV-2.

• Comparar la evolución de los diferentes cuadros clínicos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de pacientes con enfermedad por SARS-CoV-2 que ingresaron a una unidad de cuidados intensivos pediátricos entre el 1/3/2020 y el 31/9/2021.

Los datos se obtuvieron de revisión de historia clínica y base de datos SATI-Q.

**Resultados:** Ingresaron al hospital 137 pacientes con enfermedad por SARS-CoV-2, 104 con cuadro típico de COVID-19 y 33 con PIMS. En la tabla se describen los datos clínico-epidemiológicos

**Conclusión:** El 13,8% de los pacientes ingresados al hospital requirieron internación en UCIP. No hubo diferencia en la incidencia de ambas presentaciones clínicas SI bien la mediana de edad fue similar en ambos grupos, solo se observaron niños menores de 4 años en el grupo COVID típico.

Se observaron comorbilidades en el 50% de los pacientes con cuadro típico, una mediana de estadía en UCIP de 14 días, requiriendo AVM el 100% de los pacientes, mientras que en el grupo con PIMS no se observaron comorbilidades, la mediana de estadía fue de 4 y solo el 55,5% requirió AVM.

Con respecto a la mortalidad fue similar en ambos grupos, destacándose que 66,6% de los fallecidos con cuadro típico presentaban CCC y el 100% del grupo con PIMS tenían más de 4 fallos de órganos.

Resulta difícil comparar nuestros datos con la evidencia publicada ya que no hay protocolos unificados en cuanto a diagnóstico, tratamiento y criterios de internación debido al continuo cambio en el conocimiento de la enfermedad.

DATOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS	COVID-19	PIMS
Ingresos hospitalarios	104	33
Ingreso UCIP	10 (9,5%)	9 (27,3%)
Edad (mediana)	9 años (1 mes-14 años)	8 años (4-14 años)
Sexo (M: F)	6:4	4:5
Condiciones crónicas complejas (CCC)	5 (50%)	0
Días de estada (mediana)	14 (2-62)	4 (1-15)
AVM	10	5
Días de AVM (mediana)	4,5 (2-55)	2 (1-5)
Requerimiento de inotrópicos	7	8
Reacción en cadena de polimerasa (PCR) positiva	10	1
Serología COVID-19 positiva	0	7
Complicaciones		
- PARDS	5	0
- Shock	5	9
- Infección asociada a cuidados de la salud	5	0
Disfunción orgánica		
- Respiratorio	10	5
- Cardiovascular	7	8
- Neurológico	2	1
- Hematológico	1	4
- Renal	1	3
- Hepático	0	2
Tratamiento		
- Corticoides	9	8
- Plasma de convaleciente	4	0
- Anticoagulantes	3	3
- Inmunoglobulina	0	7
Mortalidad UCIP	3 (30%)	2 (22,2%)
Mortalidad hospitalaria	3 (2,8%)	2 (6%)

#### 0157 COMPORTAMIENTO DE PARÁMETROS DE PERFUSIÓN TISULAR Y DE RESISTENCIA DE LA ARTERIA RADIAL EN PACIENTES CON PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA MENOR A 50 MMHG

JJ IBARZABAL(1), JC PENDINO(1), VG TORRES(1), LR BETTINI(1)

(1) Hospital Centenario

Se ha sugerido que una presión diastólica (PAD) menor a 50 mmHg podría relacionarse con una disminución del tono vascular. Lee E-P y cols. han demostrado adecuada correlación entre el índice de resistencia (IR) medido por ecografía doppler de la arteria radial a nivel de la tabaquera anatómica y la medida de resistencias vasculares sistémicas (RVS) por termodilución transpulmonar, siendo índices menores a 0.97 indicativos de RVS bajas.

El objetivo fue relacionar parámetros de perfusión tisular (monitoreo multimodal) con el índice de resistencia de la arteria radial en pacientes con PAD menor a 50 mmHg.

Se incluyeron pacientes internados en UCI, con PAD menor a 50 mmHg entre en los meses de agosto y septiembre de 2021. Se realizó medición del IR según técnica descripta. Se definieron dos grupos: IR < 0.97 "IR bajo" o 0.97-1 "IR normal". Se realizaron determinaciones de SvCO<sub>2</sub>, Lactato, Dva-CO<sub>2</sub>, presión de pulso, tiempo de relleno capilar (TRC), pH y exceso de base entre otras variables. El test t-Student o la U de Mann-Whitney se utilizaron para el análisis. Se incluyeron 13 pacientes, divididos en 2 grupos: IR bajo (n=8) e IR normal (n=5), de los cuales 4 tenían noradrenalina en cada uno de los grupos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas

en frecuencia cardíaca en el grupo "IR normal" con 69 (IQR [7]) vs 80 (IQR [23]) lpm ( $p=0.03$ ) en el grupo "IR bajo". No se hallaron diferencias entre los otros parámetros medidos. Como limitantes, es un estudio observacional y con un pequeño número de pacientes. Es posible que la diferencia en frecuencia cardíaca refleje un mecanismo compensador ante la caída de la RV. No se encontraron diferencias en otros parámetros de monitoreo multimodal recabados. Se requieren más estudios para determinar la utilidad de la determinación del IR en la arteria radial en pacientes con PAD bajas.

### 0158 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19, DURANTE LA 2ª OLA DEL AÑO 2021

C TORANCIO(1), N DARGAINS(1)  
(1) HIEAYC San Juan de Dios

**Introducción:** Nuestro objetivo fue analizar la mortalidad durante los meses de mayor demanda en el 2021 por COVID-19 y su relación con las variables de monitoreo en pacientes que recibieron ventilación mecánica invasiva hasta el día 28 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital San Juan de Dios de La Plata.

**Materiales y métodos:** Se trata de un estudio, observacional, prospectivo, analítico y longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes ( $N=57$ ) mayores de 18 años que ingresaron de forma consecutiva en UCI y requirieron ventilación mecánica invasiva durante el periodo 1 de Abril 2021 hasta el 31 de Julio 2021. Se recolectaron datos de monitoreo mecánico y otras variables durante un periodo de 28 días corridos desde el momento de inclusión.

**Resultados:** La mortalidad observada fue 61% (35/57). En el análisis discriminado por semana se observó: Semana 1 la mortalidad fue del 20% (7), (DP 15 cmH<sub>2</sub>O – Cest 24 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,33 – PAFI 172) y sobrevivientes desvinculados (SD) fue del 18% (4), (DP 12 cmH<sub>2</sub>O – Cest 29 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,37 – PAFI 202). Semana 2 la mortalidad fue del 31% (11), (DP 16 cmH<sub>2</sub>O – Cest 24 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,35 – PAFI 150) y (SD) fue del 14% (3), (DP 12 cmH<sub>2</sub>O – Cest 33 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,40 – PAFI 196). Semana 3 la mortalidad fue del 31% (11), (DP 20 cmH<sub>2</sub>O – Cest 17,5 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,37 – PAFI 138) y (SD) fue del 23% (5), (DP 14 cmH<sub>2</sub>O – Cest 26,5 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,40 – PAFI 203). Semana 4: la mortalidad fue del 18% (6), (DP 21 cmH<sub>2</sub>O – Cest 19 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,30 – PAFI 99) y (SD) fue del 45% (DP 12 cmH<sub>2</sub>O – Cest 25 ml/cmH<sub>2</sub>O – PH 7,41 – PAFI 198).

**Conclusión:** El presente estudio muestra una alta mortalidad, siendo la segunda y tercer semana las más críticas. De las variables analizadas se observó que niveles menores a 15 de DP se asociaron a una mayor sobrevida.

### 0159 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS COV-2 BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE CABA

D CANALE, R MORACCI(1), H TOLAY(1)  
(1) Fernández

**Introducción:** Conocer las características basales y evolución de los pacientes de terapia intensiva (UTI) permite determinar el pronóstico e individualizar el tratamiento más adecuado de acuerdo a la evidencia científica.

**Materiales y método:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Variables continuas presentadas como media o mediana según su distribución, variables categóricas como porcentaje y número absoluto. Para la comparación de las medias se utilizó el test de student para muestras independientes, para las variables no paramétricas la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

**Hipótesis:** Las variables clínicas y de ventilación mecánica (VM) presentan diferencias en mortalidad.

**Resultados:** Ingresaron 61 pacientes, 24,6% (15) eran mujeres. La mortalidad en UTI fue 34,4% (21). Se agruparon los pacientes de acuerdo a la mortalidad en UTI en vivos y muertos respectivamente. Presentaron una edad media de 54,9 vs 61,1 ( $p=0,12$ ), estadía de 22 vs 16,2 ( $p=0,015$ ), mediana de días de VM 19 (RIQ12-25) vs 14 (RIQ11-22) ( $p=0,26$ ), traqueotomía 22 (55%) vs 2 (9,5%) ( $p=0,01$ ), decúbito prono en 26 (65%) vs 18 (85,7%) ( $p=0,08$ ), mediana de ciclos de pronos 1 (RIQ1-3) vs 2 (RIQ2-2,8) ( $p=0,014$ ); se hallaron diferencias significativas entre las medias de PaFiO<sub>2</sub> días 3 (221 vs 187,  $p=0,04$ ), 4 (218 vs 170,  $p=0,011$ ), 5 (206 vs 162,  $p=0,018$ ) y 10 (230 vs 137,  $p=0,00$ ), pH día 10 (7,35 vs 7,28,  $p=0,004$ ), PaCO<sub>2</sub> día 3 (47,4 vs 57,1,  $p=0,04$ ), día 10 (51,2 vs 64,2,  $p=0,002$ ) y 14 (52,9 vs 62,3,  $p=0,04$ ), PaO<sub>2</sub> día 10 (91,8 vs 78,4,  $p=0,018$ ), compliance día 10 (41 vs 29,  $p=0,008$ ), plateau día 3 (22,2 vs 24,2,  $p=0,028$ ), 4 (21,8 vs 24,  $p=0,048$ ), 5 (21,7 vs 25,6,  $p=0,003$ ) y 10 (21,5 vs 26,  $p=0,01$ ), driving pressure día 5 (11,3 vs 14,2,  $p=0,027$ ) y 10 (11,2 vs 16,  $p=0,019$ ) y 4xDP+FR al día 10 (68,6 vs 90,2,  $p=0,016$ ).

**Conclusión:** Se observó una mortalidad en UTI del 34%. Se encontraron variables con diferencias estadísticamente significativas entre vivos y muertos pero se requieren estudios analíticos más grandes.

### 0162 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DOCTOR RAMÓN MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES

MC POHLEMANN TARNOVSKI, A CARRERA(1), S RIBAK(1), M ARGUELLO(1), RA VILLALBA(1), A ALARCÓN(1), M KAECHELLE(1), L SANTANA(1), I CRUZ MUÑOZ(1), M RODRÍGUEZ(1), C CORREIA(1), C FARQUHARSON(1), N BARRETO(1)  
(1) Hospital Escuela de Agudos Dr Ramón Madariaga

**Introducción:** La traqueotomía se realiza en pacientes críticos que necesitan ventilación mecánica prolongada. La pandemia de COVID-19 provocó un aumento de pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva prolongada y un aumento de pacientes que necesitan una traqueotomía para facilitar el destete del soporte respiratorio. Las recomendaciones actuales sugieren retrasar o evitar la traqueotomía en pacientes con COVID-19. Sin embargo en ausencia de evidencia definitiva sobre el riesgo de traqueotomía para los operadores involucrados decidimos realizar una traqueotomía percutánea en los pacientes con COVID-19.

**Objetivo:** El objetivo es analizar la mortalidad de la enfermedad por coronavirus 2019 en pacientes que recibieron traqueotomía percutánea.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, con pacientes que ingresan a UTI del HEADRM con diagnóstico de neumonía por COVID-19. Se analizan todos los pacientes en se realizó traqueostomía percutánea durante su manejo, en un periodo de 16 meses entre marzo del 2020 y julio 2021.

**Resultados:** De un total de 167 pacientes con diagnóstico de neumonía por COVID-19; se analizaron 33 (19.76%) pacientes. El 60.6% eran varones; edad media 55.5 y APACHE II 20.6. Los días medios de ventilación mecánica previa a la realización de traqueostomía fueron de 21 días. Se realizó traqueostomía percutánea en todos los casos, todos los pacientes presentaban SDR grave. La mortalidad en los paciente traqueostomizados fue de 54.4%, y los paciente que sobrevivieron fueron 15. La mortalidad global de nuestra serie de casos fue de 78.44%.

**Conclusión:** La mediana de días hasta la realización de la traqueostomía supera los siete días recomendados, y la mortalidad en los pacientes traqueostomizado fue de 54.4%, si bien es menor a la mortalidad global de nuestra serie de casos, con estos datos no podemos aseverar que la realización de la traqueostomía percutánea disminuya la mortalidad de estos pacientes.

### 0163 FACTORES INICIALES ASOCIADOS AL FALLO DE LA TERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A NEUMONÍA POR COVID-19

L DIAZ BALLVE(1), J GOMEZ(1), F PUZZO(1), C MARÍA BELÉN(1), V JANET(1), Y ROMINA(1)  
(1) Hospital Cuenca Alta C. N. Kirchner

**Introducción:** La insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (IRAH) que se desarrolla por COVID-19 lleva a un gran número de pacientes a la asistencia respiratoria mecánica (ARM) aumentando la mortalidad. Recientemente la terapia con cánula nasal de alto flujo (CNAF) se ha introducido para el tratamiento de IRAH, sin embargo es limitada su evidencia.

**Objetivo:** Analizar e identificar variables iniciales que estén asociadas al fracaso de la CNAF en pacientes con IRAH, diagnosticados con neumonía por COVID-19

**Métodos:** Estudio de diseño prospectivo de tipo serie de casos. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con IRAH grave secundaria a neumonía por COVID-19 ingresados de forma consecutiva en el periodo 01 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021. Se excluyeron aquellos que utilizaron CNAF por un tiempo menor a 2 horas, una PCO2 mayor a 45 mmHg y aquellos con adecuación del esfuerzo terapéutico. Se determinó falla a la necesidad de intubación endotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva.

**Resultados:** Se incluyeron 166 pacientes. Sesenta y tres (38%) presentaron criterios de falla y debieron ser intubados. Se observaron diferencias significativas entre quienes fallaron y aquellos que no en la edad, el puntaje de APACHE, el score de Charlson, antecedentes cardiovasculares, respiratorios, HTA, el índice ROX a las 2 horas. Como así también en los días de internación, días con CNAF y la mortalidad. Se identificó mediante análisis multivariado de regresión logística a la edad mayor a 65.5 años, en índice ROX a las 2 horas menor a 4.32, antecedentes cardiovasculares y la obesidad. como predictores independientes de falla al inicio de la CNAF.

**Conclusión:** Observamos que la edad  $\geq$  a 65.5 años, el índice ROX a 2 horas  $\leq$  a 4.32, los antecedentes cardiovasculares y la obesidad podrían ser predictores independientes de falla de CNAF en neumonía por COVID-19.

### 0164 USO DE SUSTANCIAS TOXICAS EN PROFESIONALES DE LAS TERAPIAS INTENSIVAS CON BURNOUT DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

L TUMINO(1), P CANAVESSI(2), C BALASINI(3)  
(1) San Martín-San Camilo. (2) San Martín-Español. (3) San Martín Pirovano

**Introducción:** Los profesionales de terapia intensiva trabajaron en primera línea en la Pandemia COVID-19, sometidos a estrés, miedo, cansancio, multiplicando horas de trabajo e inclusive aislándose de la familia. Pero el Burnout deja secuelas físicas y psicológicas que son difíciles de borrar y llevan a buscar modos de vida incorrectos y autodestructivos.

**Objetivo:** Evaluar el uso de sustancias tóxicas en profesionales de la salud de UTI de Argentina con BURNOUT al finalizar la segunda ola  
**Materiales y métodos:** Estudio trasversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se evaluaron variables demográficas y uso de sustancias tóxicas. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.

**Resultado:** Al final de la segunda ola 1469 profesionales de 1509 presentaron Burnout. Edad  $40 \pm 9$ , mayores de 60 años 15%, masculinos 31%, de todas las provincias. Eran: médicos 37%, enfermeros 38%, kinesiólogos 17%, residentes 6% y otros 1%. Años de recibido  $16 \pm 20$ , especialistas 67%, pluriempleo 64%.

Consumo de sustancias tóxicas: tabaco 22%, ansiolíticos 12%, antidepresivos 1%, marihuana 3%, cocaína 1%, alcohol 24%, analgésicos 30%

**Conclusiones:** Los profesionales de las UTIs con Burnout luego de la segunda ola tienen un alto consumo de sustancias tóxicas, principalmente tabaco, alcohol y analgésicos.

Es necesario la evaluación preventiva del equipo de salud para diagnosticar el síndrome e implantar un tratamiento temprano que mejore la calidad de vida de los profesionales.

### 0165 ECOGRAFIA DIAFRAGMÁTICA Y SU CORRELACIÓN CON DEBILIDAD ADQUIRIDA EN EL PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL PROCESO DE LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

D GELABERT(1), D GARCIA DAVI(1)  
(1) Clínica 25 de Mayo

**Introducción:** La disfunción diafragmática sigue siendo la principal causa de dificultad o fracaso del destete.

**Hipótesis:** Evaluar si existe correlación por ultrasonido (US) entre parámetros diafragmáticos y debilidad adquirida del paciente crítico (DAUCI) con el fin de predecir éxito de liberación de la ventilación mecánica invasiva (VMI).

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de investigación transversal de la función diafragmática en términos de movimiento y función de acortamiento (FACO) con el uso de la ecografía al pie de cama del paciente durante una prueba de respiración espontánea (PRE). Fueron ingresados 30 pacientes a Terapia Intensiva durante un periodo de 12 meses del 2019.

Se evaluó MRC Score para valorar fuerza muscular con corte inferior a 48 puntos para DAUCI.

Las características de la población se agruparon según edad, sexo, causa de la insuficiencia respiratoria y duración de la VMI.

Las mediciones diafragmáticas ED, índice frecuencia respiratoria/ED(RSBI-D)/FACO y perfiles pulmonares se realizaron con equipo marca Sonosite Turbo a los 30 minutos de una PRE pieza en T.

La ED y FACO se midieron con transductor sectorial convexo de 3.5-5 MHZ para ED y lineal de 7.5-10 MHZ para FACO.

**Resultados:** El resultado primario fue la precisión diagnóstica del US para predecir liberación de la VMI y su correlación con la DAUCI. La mediana de días de VMI fue de 6,5 días (1-14). Los parámetros ecográficos representaron ED 14mm (10-34), RSBI-D 1,4 (0,58-3) y FACO >35%.

La mediana del MRC score fue 48 (16-60), media de 44 puntos.

Los perfiles A, B, C y derrame pleural en el 53,3%(n:16),43,3%(n:13),3,3%(n:1),16,67%(n:5).

El 97% presentó función sistólica (n:29).

La extubación fue exitosa en el 86,2% (n:25), requirieron traqueotomía el 10% (n:3) y 6.6%(n:2) no superaron la PRE.

Del total de pacientes, recibieron el alta el 93.3%(n:28) y el 6,6% (n:2) fallecieron por sepsis y falla multiorgánica.

**Conclusiones:** La ED, RSBI-D Y FACO medidos por ecografía son herramientas útiles para predecir éxito de una PRE y no se correlacionaron con DAUCI.

#### 0166 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN PACIENTES COVID 19, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DR RAMÓN MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES

I CRUZ MUÑOZ(1), R VILLALBA(2), M PHOLEMAN(2), M ARGUELLO(2), D ACOSTA(2), A ALARCON(2), LJ SANTANA(2), M RODRIGUEZ(2), M KAECHHELE(2), AE CARRERA(2), S RIBACK(2), C CORREIA DA SILVA(2), C FARQUIARSON(2), N BARRETO(2)

(1) Hospital Escuela Dr Ramon Madariaga. (2) Hospital Madariaga

**Introducción:** Hay datos limitados con respecto a los resultados después de un paro cardíaco intrahospitalario entre los pacientes con COVID-19, nuestro estudio busca contribuir a este conocimientos al describir los resultados y la mortalidad en pacientes con COVID-19 en nuestra institución, un hospital Público, centro de referencia de la provincia de Misiones. El estudio de Fei Shao et Al (2020), es uno de los primeros en que detalla estos resultados en la población en Wuhan, China.

**Objetivo:** Describir las características y los resultados del paro cardíaco intrahospitalario en pacientes con enfermedad por COVID-19, internados en UTI del HEADRM y conocer la mortalidad.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en un centro de la provincia de Misiones. Se incluyeron pacientes consecutivos con enfermedad por COVID-19 que experimentaron un paro cardíaco en la UTI del HEADRM con al menos un intento de reanimación siguiendo las recomendaciones del Comité de Reanimación Cardio-Cerebro-Pulmonar de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

**Resultados:** De 167 pacientes en UTI por COVID-19 durante el período de estudio, 131 pacientes sufrieron un paro cardíaco intrahospitalario; y tuvieron un intento de reanimación, el ritmo más frecuente fue la asistolia y la AESP; solo en 5 casos se logró la recuperación de la circulación espontánea (ROSC), pero fue transitoria luego de un segundo intento de reanimación no se logró la ROSC. La causa más frecuente del paro cardíaco fue la hipoxemia refractaria. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA 53.89%, DBT2 26.9%, obesidad 19.7%. La mediana de edad fue de 56 años y el 70.9% eran varones, el promedio de estadía en UTI fue de 15 días. La mortalidad fue del 100%.

**Conclusión:** En nuestra serie de casos, los pacientes con enfermedad por COVID-19 que sufrieron un paro cardíaco tuvieron una mortalidad del 100%.

#### 0167 SINDROME DE BURNOUT Y DESEMPEÑO LABORAL EN PROFESIONALES DE TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

L TUMINO(1), P CANAVESSI(2), C BALASINI(3)

(1) San Martín-San Camilo. (2) San Martín-Español. (3) Pirovano-San Martín

**Introducción:** Los profesionales de Terapia Intensiva neonatal, adultos y niños con Burnout tienen mas tendencia a aislarse, faltar al trabajo y estar irritable con su familia y sus compañeros de trabajo

**Objetivo:** Evaluar el auto percibimiento de BURNOUT (SB) y como afecta a la familia y al trabajo

**Materiales y métodos:** Estudio trasversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se evaluaron variables demográficas Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.

**Resultado:** Al final de la segunda ola 1469 profesionales de 1509 presentaron Burnout. Edad 40±9, mayores de 60 años 15%, masculinos 31%. Eran: médicos 37%, enfermeros 38%, kinesiólogos 17%, residentes 6% y otros 1%.

Solo el 49% auto percibió que podía tener Burnout.

Consideraron que: 1) 70% que el SB afectaba la atención que le brindaban a los pacientes; 2) 76% que el SB los podía llevar a cometer errores; 3) 43% han comentado a sus compañeros y 44% a su familia de que podía tener SB; 4) 45% refiere que se ha aislado de la familia, amigos y/o compañeros de trabajo; 5) 43% cree que necesita ayuda; 6) 32% va a buscar ayuda; 7) 60% refiere estar propenso a ser mas irritable con los compañeros; 8) 31% llega tarde al trabajo; 9) 18% se toma descansos prolongados durante el horario laboral; 7% refiere cometer errores que pueden dañar a los compañeros de trabajo; el 3% falta frecuentemente al trabajo

**Conclusiones:** El Burnout afecta la relación de los profesionales con su familia y con sus compañeros de trabajo. Su estado emocional y de agotamiento físico y psíquico lo lleva a disminuir el rendimiento en el trabajo, ausentismo y a cometer errores exponiendo a los pacientes y a sus propios compañeros.

Hay un pobre auto percibimiento del síndrome, por priorizar la salud de los pacientes sobre la de uno mismo. Solo un tercio indica que va a buscar ayuda.

#### 0168 RIESGO DEL PERSONAL DE SALUD DURANTE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR RAMÓN MADARIAGA

RA VILLALBA, M POHLEMANN(1), MD ARGUELLO(2), D ACOSTA(2), A ALARCON(2), LJ SANTANA(2), I CRUZ(2), M RODRIGUEZ(2), M KAECHHELE(2), A CARRERA(2), S RIBAK(2), C CORREIA DA SILVA(2), C FARQUHARSON(2), N BARRETO(3)

(1) Hospital Escuela De Agudos Dr Ramon Madariaga. (2) Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramon Madariaga. (3) Hospital Escuela De Agudo Dr. Ramon Madariaga

**Introducción:** La traqueotomía en pacientes con SDRA se considera necesaria tras una intubación orotraqueal prolongada. Se han discutido los aspectos relativos a la realización de traqueotomías, en pacientes con infección por COVID-19, por el alto riesgo de contagio del personal de salud durante la manipulación y apertura de la vía aérea por la generación de aerosoles.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la traqueotomía percutánea en pacientes con COVID-19 y el riesgo a la exposición para los trabajadores de salud.

**Materiales y método:** Estudio observacional, en pacientes que ingresan a UTI del HEADRM con diagnóstico de neumonía por COVID-19, en quienes se realizó traqueostomía percutánea, y en el personal de salud que intervinieron durante el procedimiento, el personal expuesto fueron médicos; kinesiólogos y enfermeros.

**Resultados:** Se realizó traqueostomía percutánea en 33 (19.76%) pacientes de un total de 167. Los días medios de ventilación mecánica previa a la realización de traqueostomía fueron de 21 días. El equipo médico conformado por 2 médicos fue el mismo en todas las intervenciones, los kinesiólogos intervinientes fueron 5 que asistieron de forma alterna en los procedimientos, e intervinieron un total de 22 enfermeros, de estos 8 tuvieron una segunda exposición y 5 una tercera exposición, todo el personal de salud utilizó los EPP según las normas y recomendaciones. Se realizó el seguimiento de cada personal interviniente si presentaron síntomas dentro de los 7 a 10 días postexposición en cada procedimiento. No se registró ningún personal con síntomas post exposición en ninguna de las 33 traqueostomías percutáneas.

**Conclusiones:** Es un procedimiento de alto riesgo para el personal de salud, pero puede reducirse cumpliendo estrictamente las medidas de protección y recomendaciones. En nuestra experiencia, puede realizarse en forma segura.

#### 0169 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON COVID 19 EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UTI

C TORANCIO(1), J MERELES(1), N DARGAINS(1), C ORELLANO(1), A MANTI(1)  
(1) HIEAYC San Juan de Dios

**Introducción:** A la fecha continuamos analizando datos que podrían estar asociados con mortalidad en pacientes con insuficiencia respiratoria severa por enfermedad por coronavirus (COVID-19) en ventilación mecánica (VM).

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo de pacientes internados en UTI del Hospital San Juan de Dios de La Plata con diagnóstico de COVID-19 y requerimiento de VM durante el período 22/1/2021- 30/6/2021. Se confeccionó una base de datos con información de historias clínicas, registrando datos filiatorios, edad, sexo, comorbilidades, días de internación, ventilación mecánica (VM), bloqueantes neuromusculares (BNM). Se calculó SOFA y APACHE al ingreso en UTI. También se registraron aquellos que requirieron pronó, traqueostomía (TQT), diálisis, y por último extubación/mortalidad. Se compararon datos entre sobrevivientes y no sobrevivientes a los 28 días.

**Resultados:** Se incluyeron 67 pacientes con una edad promedio de 58 años (95% IC 55-61), sobrevivientes: edad promedio 45 (95% IC 39.4-50.4), no sobrevivientes: edad promedio 56.6 (95% IC 52.7-60.4)  $p=0.001$ . Masculinos 65 %, mortalidad asociada a sexo  $p=0.345$ . Scores SOFA media: 5; APACHE media: 9. Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad 49%, HTA 28%, Diabetes 25%, tabaquismo 12% sin asociación con el aumento de mortalidad. Días promedio de VM: 17 (95% IC 14.3-19.6), días promedio de estadía en UTI: 20 (95% IC 17-23). Días desde el ingreso hospitalario hasta la ventilación mecánica en sobrevivientes media de 2 (95% IC 1.3-2.8) en no sobrevivientes 3.4 (95% IC 2.4-4.4)  $p=0.070$ . Calculado con fecha de inicio de síntomas  $p=0.126$ . 23 extubaciones, 6 Re-intubaciones de las cuales 2 se extubaron exitosamente, 2 se realizó traqueostomía, 2 óbitos. Se realizaron 23 traqueostomías quirúrgicas, media de días desde VM: 19.8 (95% IC 17.7-22). Mortalidad global 60%

**Conclusión:** Los datos presentados respecto a comorbilidades y sexo se corresponden a datos epidemiológicos nacionales. El tiempo de demora desde inicio de síntomas e ingreso hospitalario hasta el ingreso a UTI fue menor en los pacientes que sobrevivieron, aunque sin significancia estadística.

#### 0170 PREVALENCIA DE COVID-19, CONTENCIÓN EMOCIONAL Y EL FUTURO DE LA ESPECIALIDAD EN PROFESIONALES DE UTI CON SÍNDROME DE BURNOUT LUEGO DE LA SEGUNDA OLA

P CANAVESSI(1), L TUMINO(2), C BALASINI(3)  
(1) San Martín-Español. (2) San Martín y San Camilo. (3) San Martín. Pirovano

**Introducción:** Los profesionales de Terapia Intensiva neonatal, adultos y niños con Burnout estuvieron expuestos en la primera línea en la pandemia por Covid-19. Muchos enfermaron, varios murieron.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de profesionales que se contagiaron de COVID-19, la contención emocional y la visión de futuro sobre seguir siendo intensivistas en profesionales de UTI con BURNOUT.

**Materiales y métodos:** Estudio trasversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se evaluaron variables demográficas. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.

**Resultado:** Al final de la segunda ola 1469 profesionales de 1509 presentaron Burnout. Edad  $40\pm 9$ , mayores de 60 años 15%, masculinos 31%. Eran: médicos 37%, enfermeros 38%, kinesiólogos 17%, residentes 6% y otros 1%.

Los profesionales refieren que: 1) El 46% tuvo COVID, solo el 1% estuvo en ventilación mecánica y el 2% refieren tener secuelas; 3) El 92% tuvo miedo de contagiar a su familia; 4) El 18% tuvo familiares directos que fallecieron por el virus; 5) El 47% tuvo miedo de morir; 6) El 9% evita asistir pacientes COVID-19; 7) el 97% fue vacunado con esquema completo.

Contención emocional: 1) El 95% cree que todos deberíamos haber recibido contención emocional aun sin solicitarla; 2) El 86% refiere que hubiese sido necesario recibir contención profesional; 3) El 16% ha recibido contención emocional adecuada en su institución; 4) el 55% refiere que la contención emocional recibida en su institución fue insuficiente; 5) el 41% ha recibido contención emocional fuera de su institución.

Visión de futuro laboral: 1) El 42% ha pensado en dejar la especialidad; 2) El 6% ha decidido dejar la especialidad; 3) El 40% ha pensado en dejar la profesión; 4) El 3% ha decidido dejar la profesión.

**Conclusiones:** Casi la mitad de los profesionales de UTIs de Argentina que tienen Burnout se infectaron de COVID-19.

Se observa una pobre contención emocional del equipo de salud dentro de la Institución donde trabaja.

Casi la mitad ha pensado en dejar la especialidad y la profesión.

#### 0171 ALTERACIONES DEL ESTADO ACIDO BASE, ELECTROLÍTICAS Y DE OXIGENACIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 MODERADO-SEVERO

L LÓPEZ(1), A VILLABA(2), M GHIGO(2), C PERALTA(2)  
(1) Instituto Modelo de Cardiología SRL. (2) Instituto Modelo de Cardiología Privado S.R.L.

**Introducción:** A pesar de la alta prevalencia de neumonía e injuria renal en pacientes con infección por SARS-CoV-2, los trastornos del estado ácido base (EAB) y electrolíticos no han sido muy bien descritos. La incidencia de estos a la admisión hospitalaria y la relación con el pronóstico de la enfermedad no son del todo conocidas. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de los trastornos del EAB, de oxigenación y electrolíticos a la admisión hospitalaria en pacientes con COVID-19 y la relación entre estas variables y la mortalidad.

**Método y metodología:** Estudio retrospectivo, observacional realizado en 301 pacientes adultos con diagnóstico de neumonía moderada-severa por SARS-CoV-2 que fueron internados en área crítica (UTI) o en sala COVID. Se incluyeron solo aquellos pacientes que tuvieron gasometría arterial y perfil electrolítico medidos a la ad-

misión. Todos respiraban aire ambiente al momento de la punción arterial. La clasificación de los trastornos ácido base y los cálculos oximétricos fueron realizados por personal experto y corroborado por un software. Se realizaron análisis descriptivos, inferenciales y regresión logística.

**Resultados:** La edad promedio de los participantes fue de 61,6±12,5 años. El 72% fueron hombres. La alcalosis respiratoria y la acidosis metabólica fueron los trastornos más prevalentes, 92.7 y 21.6% (tabla I). El 74% presentó hipoxemia (25% moderada y 0.5% severa). El 97% tuvo disminuido el gradiente alveolo-arterial de oxígeno. El 40.2% tenía hiponatremia y el 27.2% hipokalemia. La alteración del exceso de base, la captación pulmonar y el transporte de oxígeno a la admisión hospitalaria se asociaron con mayor mortalidad intrahospitalaria (Tabla II).

**Conclusión:** La alcalosis respiratoria hipoxémica, la hiponatremia y la disminución de la captación pulmonar de oxígeno fueron las alteraciones del EAB más frecuentes en esta población. La alteración del EAB se asoció con mayor riesgo de mortalidad.

Tabla I: Parámetros ácido base, electrolíticos y variables de oxigenación medidos a la admisión hospitalaria en pacientes con COVID-19

Parámetro	total	Sobrevivientes	No sobrevivientes	P (<0.05)
pH <sup>+</sup> **	7.46±0.05	7.47 (0.04)	7.45 (0.05)	<b>0.032</b>
PCO2 (mmHg)**	31.0 (6.5)	31.0 (6.0)	29.0 (7.25)	0.061
PO2 (mmHg)**	65.0 (15.0)	65.0 (15)	66.5 (15)	0.671
HCO3 (mmol/L)**	22.1 (3.2)	22.2 (3)	21.1 (3.9)	<b>0.014</b>
EB (mmol/L)**	-0.5 (2.7)	-0.4 (2.4)	-1.6 (4.5)	<b>0.005</b>
SO2 (%)**	93.2 (4.4)	94.3 (4.3)	92.5 (4.0)	<b>0.048</b>
Na (mmol/L)**	135.4 (3.7)	135.7 (3.9)	134.2 (3.6)	0.063
K (mmol/L)**	3.84±0.5	3.74 (0.6)	3.84 (0.6)	0.064
Cl (mmol/L)**	100.0 (4.5)	100.0 (4.4)	99.6 (5.3)	0.689
AGAP (mmol/L)**	13.4 (3.2)	13.3 (3.1)	13.6 (3.1)	0.538
a/A (%)**	57.3 (15.2)	57.0 (14.1)	56.5 (14.2)	0.537
CTaO2 (Vol%)**	17.7±2.2	17.8 (2.6)	17.6 (4.2)	0.147
Hb (g/dl)**	13.4±1.6	13.7 (1.8)	13.3 (2.8)	0.330

Variables medidas en sangre arterial con fracción inspirada de oxígeno al 21%. pCO2: presión parcial de dióxido de carbono, pO2: presión parcial de oxígeno, HCO3: bicarbonato, EB: exceso de base, SO2: saturación de oxígeno, Na: sodio, K: Potasio, Cl: Cloro, AGAP: anión gap, a/A: gradiente alveolo-arterial de oxígeno, CTaO2: contenido total arterial de oxígeno, Hb: concentración de hemoglobina en sangre. \* Valores expresados en media y desvío estándar. \*\*Valores expresados en mediana y rango intercuartil. P<0.05: significativa

Tabla II: Asociación entre mortalidad intrahospitalaria y parámetros del estado ácido base, electrolíticos y de oxigenación medidos a la admisión

Parámetro	Punto de corte	OR	IC95%	p (<0.05)
pH	>7.45 o <7.35	0.8	0.38-1.7	0.680
PCO2 (mmHg)	>7.45 o <7.35	2.02	0.78-5.23	0.205
PO2 (mmHg)	< a 75	1.63	0.51-5.22	0.589
HCO3 (mmol/L)	<2.0 o >2.6	1.47	0.71-3.07	0.360
EB (mmol/L)	<-2.5 o >2.5	<b>2.78</b>	1.37-5.62	0.005
SO2 (%)	<93	<b>1.96</b>	1.08-4.79	0.041
Na (mmol/L)	<135 o >145	1.36	0.67-2.76	0.460
K (mmol/L)	<3.5 o >5.3	0.74	0.32-1.74	0.541
Cl (mmol/L)	<95 o >108	1.97	0.97-4.02	0.08
AGAP (mmol/L)	>16	1.09	0.52-2.28	0.840
a/A (%)	<85	0.28	0.07-1.84	0.09
PAFI	<350	0.16	0.11-3.97	0.99
CTaO2 (Vol%)	<12	<b>2.51</b>	1.22-5.18	0.014
Hb (g/dl)	<11	0.66	0.17-2.57	0.75

pCO2: presión parcial de dióxido de carbono, pO2: presión parcial de oxígeno, HCO3: bicarbonato, EB: exceso de base, SO2: saturación de oxígeno, Na: sodio, K: Potasio, Cl: Cloro, AGAP: anión gap, a/A: gradiente alveolo-arterial de oxígeno, CTaO2: contenido total arterial de oxígeno, Hb: concentración de hemoglobina en sangre. OR: odds ratio, IC95%: intervalo de confianza del 95%. P<0.05: significativa

## 0174 ADECUACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19

J ROMERO(1), M KEMNITZ(1), V LEPE(1), C CAMPOS(1)  
 (1) Luis Carlos Lagomaggiore

**Introducción:** Durante la internación en terapia intensiva (UTI), el paciente crítico desarrolla alteraciones metabólicas que desencadenan un estado hipercatabólico, comprometiendo su estado nutricional y aumentando el riesgo de debilidad adquirida en la UTI. Una intervención nutricional temprana y suficiente contribuye a disminuir estas complicaciones.

**Objetivos:** Evaluar la adecuación del aporte calórico-proteico y determinar las causas de suspensión relacionadas al SNE de pacientes

críticos con diagnóstico de COVID-19 durante las primeras dos semanas de internación en UTI.

**Material y métodos:** Se estudiaron 42 pacientes con COVID-19, de ambos sexos, de entre 25 y 80 años, que requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) en las primeras 48 hs de ingreso a la UTI. Se definió el inicio de VMI, como día 1 para el inicio del SNE, y se recopiló datos de la adecuación del SNE (en comparación con los requerimientos nutricionales calculados) durante los primeros 14 días de internación. El análisis estadístico se realizó mediante prueba T de Student para muestras relacionadas o prueba de Wilcoxon (p<0,05).

**Resultados:** El 59% de los pacientes recibió SNE temprano, y se requirieron en promedio 5,2 (±3,9) días para alcanzar la meta nutricional. La adecuación calórico-proteica al séptimo día fue del 80,7% y 85,6%, respectivamente. El SNE sufrió más de un día de suspensión o reducción en el 43.8% de los pacientes, siendo las causas más frecuentes la ausencia de SNG, posición prono e inestabilidad hemodinámica. Luego del día 7, las complicaciones gastrointestinales fueron las predominantes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a morbimortalidad y estancia en UTI en relación al SNE.

**Conclusiones:** A pesar de la evidencia creciente de la importancia del apoyo nutricional del paciente crítico, la falta de acceso enteral y la posición prono continúan siendo las principales dificultades identificadas al momento de brindar un SNE temprano y adecuado.

## 0176 GRADO DE AUTONOMÍA EN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS CAMPOS DE LA TAXONOMÍA INTERNACIONAL

LE GOIRIS(1), E OTTO(1), C BLANCO(2), J ABASTO(2), L DAHMER(3), J YESA(2), J AVALOS(2), A LUCERO DOS SANTOS(4)  
 (1) Escuela Dr. R. Madariaga. (2) Escuela de Enfermería. (3) de Pediatría F. Barreyro. (4) Materno Neonatal

**Introducción:** Las actividades que realiza el enfermero dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar otorgando autonomía en su práctica profesional.

**Objetivo:** Identificar los campos que el enfermero tiene menor grado de autonomía para aplicar intervenciones independientes.

**Métodos:** Estudio con enfoque tipo cuantitativo, con alcance descriptivo observacional. Las poblaciones estuvieron constituidas por dos grupos para describir los resultados, el primero por 90 estudiantes de la carrera licenciatura en enfermería, se realizó un muestreo de tipo aleatorio simple, nivel de confianza 95 y margen de error 10% puntuación de 1.96 que nos arroja un total de 46 en el tamaño muestra. El segundo grupo constituido por 23 enfermeros de la terapia intensiva del Hospital Dr. R. Madariaga, para el cual se trabajó con una muestra de tipo aleatorio simple, nivel de confianza 95 y margen de error 10% puntuación de 1.96 que nos arroja un total de 25 unidades de análisis. Se ha operado con una sola variable y 7 campos o categorías y 27 indicadores para trabajar. El instrumento de recolección de datos ha sido una encuesta estructurada y los datos fueron recogidos durante los meses de julio-agosto del año 2021.

**Resultados:** Se ha identificado que en casi la totalidad de las categorías los estudiantes afirman tener mayor autonomía que los enfermeros competentes incluso en el campo fisiológico complejo que tiene lugar a varias de las intervenciones independientes relacionadas a los cuidados de pacientes en estado crítico pertenecientes a la especialidad.

**Conclusiones:** Los campos identificados con menos autonomía han sido sistema sanitario 66% (área gestión), fisiológico complejo 76 % (intervenciones del paciente crítico) y conductual 79 %.

TABLA 1: Porcentaje de respuestas afirmando la autonomía de la intervención en relación a la población y la categoría seleccionada

CATEGORÍA O CAMPO	1*		2*		3*		4*		5*		6*		7*	
	EST	ENF	EST	ENF	EST	ENF	EST	ENF	EST	ENF	EST	ENF	EST	ENF
FISIOLÓGICO BÁSICO	90	90	90	90	100	100	94	70	90	100	93	91		
FISIOLÓGICO COMPLEJO	72	48	88	78	88	81	80	78	100	100	100	100	47	88
CONDUCTUAL	72	78	80	74	93	100	88	78	83	78	83	82		
SEGURIDAD	88	83												
FAMILIA	88	83												
SISTEMA SANITARIO	70	60	78	80	87	48								
COMUNIDAD	88	83												

**0178 INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**  
 R GIANNONI(2), RO MARAÑÓN(1), EAJ ABELLEIRA(2), AM ANTON(2), SDC CANTARUTTI(2), MG ARCE(2), FF GIANNONI(2)  
 (1) CONICET. (2) Regional Ramón Carrillo

**Introducción:** Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal. Además, tendría una importante implicancia en el desarrollo de injuria renal aguda (IRA) la que detectarse precozmente, favorecería la evolución. Sin embargo, los mecanismos fisiopatológicos, todavía no son claros.

**Objetivos:** 1) Evaluar el desarrollo de insuficiencia renal aguda precoz en pacientes con THE, 2) Determinar si existe asociación independiente entre insuficiencia renal aguda y variables bioquímicas y hemodinámicas al ingreso de la terapia intensiva.

**Material y método:** Se incluyeron 155 pacientes consecutivas con THE (Preeclampsia Severa, Eclampsia, HELLP) durante las primeras 48 hs de la admisión a unidad de terapia intensiva. Se definió IRA precoz como el incremento de la creatinina sérica  $\geq 0,3$ mg/dl con respecto al valor de ingreso hasta las 48hs. Se registraron datos epidemiológicos, scores de gravedad, balances y de laboratorio a la admisión (Ac Úrico, LDH, Proteinuria, etc). Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal crónica. Se realizó análisis univariado, multivariado y un modelo de regresión logística para evaluar la asociación independiente con IRA precoz.

**Resultados:** Del total de las pacientes que presentaron THE, el 39% presentó IRA. Entre los diferentes parámetros analizados, se destacan los niveles de LDH y de albumina, los que se mostraron elevados significativamente en las pacientes con IRA precoz. Además, se observó necesidad de ARM, vasopresores y mayor APACHE II (Tabla 2). Se confeccionó un modelo de regresión logística que demostro asociación independiente con el albumin al ingreso con el desarrollo de AKI precoz, Wald 6.44 p. 0.011.

Tabla 1: Características de los pacientes. (ver archivo adjunto)  
 Tabla 2: Análisis de parámetros bioquímicos y hemodinámicos relacionados a IRA precoz.

**Conclusion:** La IRA precoz, es frecuente en los THE, se determinó una asociación independiente, entre otros parámetros, con los valores iniciales de albumina yLDH lo que se correlaciona con aki.

	AKI internación	No AKI	p
Edad	24 (20,5-33)	20,5 (18-27)	0,07
Talla	161 (157-165)	160 (155-168)	0,5
Peso Teórico	53 (50-56)	54,4 (50-57,6)	0,36
HIE (%)	13(33)	15(30)	0,74
HTA crónica(%)	8(20)	7(14)	0,42
DBT PG(%)	5(13)	3(6)	0,46
Edad Gestacional	36 (32,7-38)	36,7 (34,2-38)	0,63
Albumina	2,7 (2,5-2,9)	3,1 (2,9-3,4)	0,0001
Ac Úrico	49 (38-71,5)	49,5 (34,5-56,8)	0,1
LDH	656 (506-1051)	528 (363,2-664,5)	0,008
pH	7,35 (7,31-7,4)	7,41 (7,37-7,43)	0,002
EB	-5,5 (-8--2,8)	-3,85 (-6--1)	0,003
Creatinina ingreso	8,9 (7,85-10)	7,8 (7,2-8,2)	0,0007
Creatinina 24 hs	12,1 (9,35-14,25)	8,1 (7,1-8,8)	1,24
K <sup>+</sup> (mEq/l)	3,9 (3,5-4,1)	3,7 (3,5-3,9)	0,045
Na <sup>+</sup> (mEq/l)	137 (133,5-141,5)	138 (133-141,7)	0,69
Clearance Cr 24 hs	58,5 (34,4-73,7)	83 (70-105)	0,0005
HIA (%)	9(23)	1(2)	0,001
Balance 48 hs (ml)	-1290 (-280-25)	-1750 (-2931--882)	0,14
Apache II	11 (9-13,7)	9 (7-11,7)	0,081
SAPS 2	33 (26-38,7)	27 (21-31)	0,006
Shock (%)	7(18)	2(4)	0,06
ARM (%)	25(64)	16(32)	0,01
Días UTI	3 (3-5)	3 (2-3)	0,38
Mortalidad (%)	3(7,7)	2 (4)	0,45
Días Hospital	11 (7,5-15,5)	7 (5-9)	0,19
Resp Fluidos (%)	21(54)	15(30)	0,01
TAS pr 1º día	125,9 (118,7-138,4)	130,1 (119,6-135,6)	0,69
TAD pr 1º día	80,1 (71,6-94,7)	84,1 (75,9-90,6)	0,53
TAM pr 1º día	96,7 (87-106,7)	98,3 (89,4-105)	0,69

nº	155
Edad (años)	23,7 (18,2-29)
Diagnóstico:	
Preeclampsia Severa	44 (28,4)
Sind. HELLP	14 (9)
Eclampsia	97 (62,6)
Edad Gestacional (sem)	36 (33-38)
Apache II	11 (8-14)
SAPS 2	29 (22-37)
ARM	86 (55,5)
Shock	17 (11)
AKI internación	39 (25,2)
HTA crónica	24 (15,5)
HIE	46 (29,7)
DBT Pregestacional	12 (7,7)
Mortalidad materna	9 (5,8)
Mortalidad fetal	20 (13)
Balance hídrico 48 hs (ml)	-1570 (-2875--350)
Respuesta a Fluidos +	72 (53,3)
K <sup>+</sup> admisión (mEq/l)	3,9 (3,5-4,1)
Na <sup>+</sup> admisión (mEq/l)	137 (133,5-141,5)

**0180 BURNOUT Y SUICIDIO EN PROFESIONALES DE UTI CON SINDROME DE BURNOUT LUEGO DE LA SEGUNDA OLA**  
 L TUMINO(1), L TUMINO(2), P CANAVESSI(3), C BALASINI(4)  
 (1) San Martín. (2) San Martín-San Camilo. (3) San Martín-Español. (4) San Martín. Pirovano

**Introducción:** Los profesionales de Terapia Intensiva neonatal, adultos y niños con Burnout que estuvieron expuestos en la primera línea en la pandemia por Covid-19, desarrollaron síntomas algunos leves y otros severos.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de síntomas y enfermedades relacionadas con BURNOUT en profesionales de UTI luego de la segunda ola de COVID-19

**Materiales y métodos:** Estudio trasversal, descriptivo realizado mediante una encuesta por redes sociales y whatsapp. Se evaluaron variables demográficas Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y una sola dimensión que supere el punto de cohorte fue considerado Burnout. Los datos se presentan como media, DS, Mediana, RI y %.



**Resultado:** Al final de la segunda ola 1469 profesionales de 1509 presentaron Burnout. Edad 40±9, mayores de 60 años 15%, masculinos 31%. Eran: médicos 37%, enfermeros 38%, kinesiólogos 17%, residentes 6% y otros 1%.

Los profesionales refieren que padecen: 1) 32% insomnio; 2) 32% cefaleas frecuentes; 3) Gastritis 24%; 4) 10% diagnóstico de depresión; 5) 40% trastornos de la ansiedad; 6) 8% ataques de pánico; 7) 14% Diagnóstico de Burnout.

Con respecto al suicidio: 1) 102 (7%) de los profesionales pensaron en suicidarse; 2) El 6% tuvo ideas suicidas, pero nunca lo intentó; 3) El 1% tuvo ideas suicidas e intentos de suicidio; 4) El 32% habla del problema con su familia, el 60% con su terapeuta y el 40% no se lo contó a nadie.

**Conclusiones:** La sobrecarga laboral en los trabajadores del área de la salud es uno de los principales factores que influyen en el desencadenamiento del síndrome de Burnout y los síntomas leves como gastritis o cefalea, pero también mayores como ataques de pánico, depresión, insomnio e ideación e intento de suicidio.

La contención emocional de los profesionales de UTI durante y después de la pandemia es imprescindible tanto para mejorarles la calidad de vida, como así también salvarles la vida.

### 0182 SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN NIÑOS, RELACIONADO CON COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

S ABALOS(1), R BURGOS PRATX(2)

(1) Hospital Materno Infantil Dr Héctor Quintana. (2) Hospital Materno Infantil Dr. Héctor Quintana

**Introducción:** El síndrome inflamatorio multisistémico en niños temporalmente relacionado con COVID-19 (SIM-C) es una presentación clínica de la infección por SARS-CoV-2. El SIM-C puede presentarse durante la infección aguda, o como complicación pos infección en las semanas siguientes a la infección. De clínica variable, desde un cuadro febril hasta presentaciones graves con compromiso hemodinámico y falla multiorgánica. La incidencia en pediatría es incierta, con mayor frecuencia en varones (59%), rango de edad de 7 a 10 años. Mortalidad cercana al 2 %, con alta incidencia de ingresos a unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), El ministerio de salud de la nación incluyó en Julio 2020 como definición de caso COVID-19 en pediatría.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional, población bajo estudio conformada por pacientes internados en UCIP hospital Quintana de Jujuy durante el periodo agosto 2020 - agosto 2021

**Resultados:** Se analizaron 14 pacientes, de 1 mes a 16 años, edad media 10.6, 64% adolescentes, 71% varones, obesidad 50%, sin otras comorbilidades. El 100% presentó fiebre, 11 pacientes con dolor abdominal, 4 niños posquirúrgica apendicetomía profiláctica. El 85% con exantema. El 100% presentó Shock, 85% miocarditis, 50% con disfunción ventricular izquierda severa requiriendo Levosimendan. 8 pacientes requirieron ARM. El 100% recibió Gammaglobulina y Corticoides, todos recibieron antibióticos inicialmente, cultivos negativos. Serología + SARS-CoV-2 85%, PCR + SARS-CoV-2 57%, ferritina y fibrinógeno elevados en todos los pacientes. Complicaciones observadas: FOM 3, 1 paciente con Púrpura fulminans, evolución a gangrena seca, amputación dedos del pie, Miopatía severa 5, Síndrome de Abstinencia 3, Sin registro de mortalidad.

**Conclusiones:** La evolución de los pacientes descriptos guarda relación con los reportes analizados, morbilidad significativa a corto plazo, con necesidad de intervenciones de cuidados críticos, pero baja mortalidad y evolución favorable. El tratamiento está supeditado al sostén de los órganos comprometidos y al aporte de agentes inmunomoduladores

### 0183 UTILIZACIÓN DE LA INSUFLACION TRAQUEAL DE GASES CONTINUA (TGIC) EN EL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) POR COVID-19

PG INSAURRALDE(1), F GONZALES(1), J LEIRIA(1), I GARCIA(2), B CONCA(2), C ARDILEZ(1), O ASPITIA(1), T NURIA(3)  
(1) Hospital Zonal Trelew. (2) Hospital Zonal Trelew. (3) Hospital Zonal Trelew

**Objetivo:** Describir el efecto de la T.G.I.C. sobre la disminución de la Pco2 y la Optimización del PH en pacientes a los cuales se Ventiló bajo Estrategia de Ventilación de Protección Pulmonar y tolerancia de la Hipercapnea Permisiva (H.P) en SDRA por COVID 19.

**Material y Método:** Estudio prospectivo, observacional en el que se evaluaron desde el 01/08/2019 al 30/08/2020, pacientes portadores de SDRA de acuerdo al C.E.A. que en el transcurso de su evolución se tolero la H.P hasta un pH de 7.20.

Para confeccionar la T.G.I.C. se utilizó una Sonda con un diámetro interno de 2.2 mm la que se introducía por dentro del tubo endotraqueal (T.E.T) y que quedaba cercana a la carina por observación radiológica. Una pieza en t se utilizó como intermediario entre el T.E.T y el respirador. El flujo fue administrado por un flowmeter requiriendo un flujo promedio de 7 litros (rango 5 – 9). Se realizó muestra de gasometría Arterial (G.A) previo y a la 1ra horas posteriores a la I.T.G.C.

**Resultados:** Ingresaron al estudio 5 pacientes con una edad promedio de 69.4 (rango 62 – 81). Del análisis de G.A realizada antes y a la 1ra hora de administrar la T.G.I.C se advierte una disminución promedio de la Pco2 de 18 mmhg (rango 11-23) esto a su vez generó un incremento del pH en 0.16 puntos (rango 0.10-0.21).

Pco2 antes de TGIC pH antes deTGIC Pco2 1ra hora después de TGIC

66 mmhg. 7.18 57 mmhg. 7.28

73 mmhg. 7.16 54 mmhg. 7.36

75 mmhg. 7.14 57 mmhg. 7.32

78 mmhg. 7.12 59 mmhg. 7.26

91 mmhg. 7.10 68 mmhg. 7.31

**Conclusiones:** Ventilar bajo la estrategia de protección pulmonar, en pacientes portadores de SDRA por COVID-19, conlleva a un grupo de ellos a tolerar la H.P, como resultado de esto se alcanza valores de pH por debajo de 7.20. La T.G.I.C. en la muestra estudiada parecería ser un método útil para lavar el espacio muerto, generar el descenso de la Pco2 y corregir el pH, sin la necesidad de administrar bicarbonato de sodio para su corrección, pudiendo continuar con los beneficios de la ventilación protectora pulmonar.

### 0184 DETECCIÓN PRECOZ DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN PERSONAS CON DETERIORO DEL NIVEL DE CONCIENCIA. LOS NUEVOS DESAFÍOS PARA ENFERMERÍA

JM ORTEGA(1), E TARICURA(2), V DOMINGUEZ(2), F BARRIOS(2), J PEÑA(2)

(1) Hosp. Cuenca Alta N. Kirchner (HCANK). (2) HCANK

La retención aguda de orina (RAO) es la urgencia urológica más frecuente.

Para aquellos pacientes sondados, la presencia de RAO se asocia básicamente a la ubicación de algún objeto físico intraluminal (fibrina, coágulos, pus, sedimento) dentro del sistema invasivo de sondaje. Todos los datos subjetivos del paciente lúcido, desaparecen ante la presencia de pérdida de la conciencia. Debido a la ausencia de una comunicación verbal efectiva entre persona – profesional, se requieren datos de la valoración física que sean precisos y con alto nivel de sensibilidad y certeza para determinar RAO. La ecografía abdominal es una forma rápida, eficaz y no invasiva.

**Hipótesis:** La retención aguda de orina es un dato subclínico que se evidencia sólo ante la presencia de complicaciones mayores (alteración en los signos vitales, distensión y defensa abdominal, insuficiencia renal post renal) en aquellos individuos con deterioro del nivel de conciencia.

**Método:** Estudio descriptivo transversal que se realizará durante el mes de Octubre 2021, en la UTI A del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, en aquellos pacientes que se encuentren con:

- Glasgow menor a 13/15.
- Asistencia Respiratoria Mecánica.
- RASS – 2.

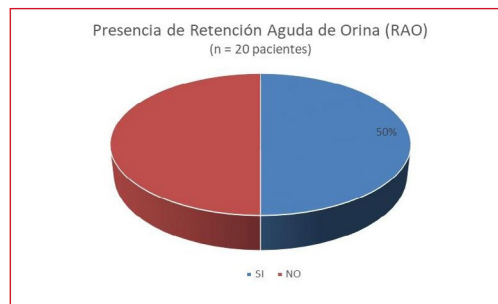
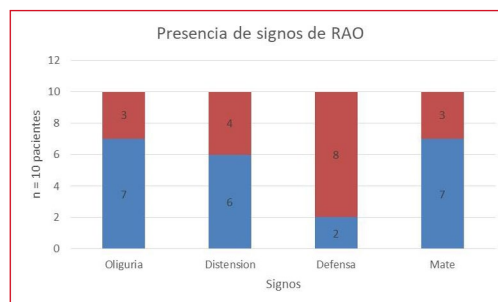
Se realiza la medición del volumen urinario mediante el uso del ecógrafo. Se toma una muestra aleatoria diaria y se exploran datos objetivos semiológicos de RAO:

- Signos vitales.
- CPOT.
- Oligoanuria / Anuria.
- Abdomen distendido y con defensa abdominal.
- Percusión abdominal.

**Datos:** Medición aleatoria de 20 pacientes en la UTI A del Hospital Cuenca Alta Nestor Kichner. Cañuelas. 1ra quincena Octubre 2021

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta los datos recolectados (n = 20 pacientes) y la alta incidencia de RAO (50%), el 70% aproximadamente de los pacientes presento signos asociados pero no patognómicos o concluyentes, tales como, oliguria (< 50 ml/h), distensión abdominal y sonido mate a la percusión. A su vez, la mayoría de las sondas vesicales colocadas eran de calibre chico (70%) y mediano (30%), predisponiendo a la oclusión del flujo urinario intralumen, ante la presencia de sedimento, pus, coágulos, etc.

Por último, a los datos ya aportados y sumando el estado de conciencia de los individuos internados y sondados, se vuelve imprescindible y el gold standard la utilización del ecógrafo para la detección precoz de las retenciones urinarias y evitar complicaciones mayores.



## ÍNDICE DE AUTORES

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
<b>A</b>					
ABALOS, S	182	<b>E</b>		MORENO, MC	52
ACOSTA, HD	148	ELIZAGARAY, M	106	MORETTI, D	153
ALBEVERIO, M	142	<b>F</b>			
ALLER, A	125	FALCON, ND	30	MUSO, G	137
APARICIO, G	156	FELDMAN, A	133	<b>N</b>	
ARANDA, F	101	FERNÁNDEZ CEBALLOS, I	22	NAVARRO, E	74
ARDUINO, JP	132	FERNANDEZ, R	21	<b>O</b>	
ARMANDOLA, HA	79	FERNANDEZ, SL	143	ORTEGA, JM	184
ÁVILA POLETTI, D	7	FLORES MONTES, MA	86	<b>P</b>	
<b>B</b>					
BALASINI, C	61	FULGENZI, E	152	PALACIO, MC	78
BALASINI, C	68	FUNES NELSON, N	102	PERALTA, C	128
BALASINI, C	69	<b>G</b>			
BALASINI, C	84	GARCIA ROSOLEN, BN	131	PÉREZ MURÚA, AN	144
BARRIENTOS, D	118	GARCÍA, G	93	PISTILLO, N	19
BARROZO, EB	126	GASSMANN, JS	4	POHLEMANN TARNOVSKI, MC	162
BAZ, M	72	GELABERT, D	165	POLLIOOTTO, LB	45
BAZ, M	81	GIANNONI, R	178	PRADO, E	34
BAZ, M	87	GOIRIS, LE	176	PRADO, E	37
BAZ, M	88	GÓMEZ, A	149	PRATTO, RA	76
BELLAGAMBA, Y	17	GONZALEZ, MC	119	<b>Q</b>	
BIANCHINI, F	26	<b>H</b>			
BOSSO, MJ	59	HERNANDEZ, R	20	QUILES, ML	146
BOTTO, M	2	HERRERA, AJ	105	<b>R</b>	
BUSICO, M	9	HERRERA, M	48	RAEMDONCK VAN MEGRODE, E	28
<b>C</b>					
CAMISASSA, S	138	HORNOS, M	50	RODRIGUEZ, DA	29
CANALE, D	159	HUESPE, I	5	ROJAS, AB	92
CANAVESSI, P	70	<b>I</b>			
CANAVESSI, P	170	IBARZABAL, JI	157	ROMERO, D	117
CANTOS, J	64	INSAURRALDE, PG	183	ROMERO, J	174
CARDOSO, G	57	<b>J</b>			
CARDOSO, G	113	JEREZ, FM	151	RUBIO, M	130
CARNERO ECHEGARAY, J	16	<b>K</b>			
CASTRO, B	53	KAECHELE, MM	145	<b>S</b>	
CATINI, ME	67	<b>L</b>			
CHEDIACK, V	134	LANDABURU, MF	122	SAULLO, JP	33
CISNEROS, F	124	LANDABURU, MF	123	SHIDA, M	85
CISNEROS, K	42	LLANES, NS	41	SIMONASSI, J	43
CONTRERA ROLON, N	11	LOCKHART, C	35	SINGH, M	58
CORNU, MG	1	LÓPEZ, L	171	<b>T</b>	
CRUZ MUÑOZ, I	166	LOPEZ, M	97	TAFFAREL, P	31
<b>D</b>					
DAS NEVES, A	63	LOUDET, C	120	TAFFAREL, P	32
DAS NEVES, A	71	LOUSTAU, M	46	TORANCIO, C	158
DER PARSEHIAN, S	115	LUJAN, TE	96	TORANCIO, C	169
DER PARSEHIAN, S	116	<b>M</b>			
DI SIBIO, ML	55	MANDICH, V	94	TORRES, VG	60
DIAZ BALLVE, L	163	MANDICH, V	95	TUMINO, L	164
DIAZ, P	54	MANDICH, V	98	TUMINO, L	167
DISTÉFANO, EA	18	MANDICH, V	99	TUMINO, L	180
DORADO, J	36	MARECO HERRERO, CM	51	<b>U</b>	
DULCEY SARMIENTO, LA	80	MARTINEZ, A	39	UGARTE LOPEZ, MD	103
DULCEY SARMIENTO, LA	89	MIHOFF, F	44	UGARTE LOPEZ, MD	104
DULCEY SARMIENTO, LA	100	MOLINA, S	77	<b>V</b>	
DULCEY SARMIENTO, LA	136	MONTENEGRO, M	47	VEGA, M	13
		MORA MENDOZA, GE	154	VELEZ, ADV	150
				VIDES, AN	40
				VILA, MV	127
				VILCA, J	121
				VILCA, J	140
				VILLALBA, RA	168
				VITALE, A	3